

COMPETENCIAS PROFESIONALES PARA LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS EN EL DOMICILIO.

BLOQUE I: HIGIENE Y ATENCIÓN SANITARIA DOMICILIARIA

(Desarrollar intervenciones de atención física domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención sociosanitaria)

OBJETIVOS:

C1: Describir las principales características y necesidades de atención que presentan las personas dependientes y su entorno, determinando las actitudes y valores que debe manifestar el profesional de atención directa y las relaciones con personas dependientes y su entorno.

C2: Adaptar y aplicar técnicas de higiene personal y de preparación de cama, en el domicilio, seleccionando los productos, materiales y utensilios de uso común, en función del estado del usuario y del tipo de técnica.

C3: Ejecutar las órdenes de prescripción de administración de medicación por vía oral, tópica y rectal, así como los tratamientos locales de frío y calor, precisando y organizando el material que se ha de utilizar en función de la técnica demandada y de la prescripción.

C4: Analizar diferentes tipos de dietas y aplicar la técnica de apoyo a la ingesta y de recogida de eliminaciones más adecuada, en función del grado de dependencia del usuario, siguiendo las indicaciones de administración prescritas.

C5: Efectuar las técnicas de traslado, movilización y deambulación y posicionamiento de un usuario en función de su grado de dependencia.

C6: Realizar técnicas de asistencia sanitaria de urgencia determinando la más adecuada en función de la situación y grado de aplicabilidad.

UNIDAD FORMATIVA 1: CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DE ATENCIÓN HIGIÉNICO-SANITARIA DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES.....	5
1. Identificación de las características y necesidades de las personas dependientes.....	5
1.1. El proceso de Envejecimiento.....	5
1.2. La enfermedad y la convalecencia.....	11
1.3. Las Discapacidades:.....	14
2. Delimitación del ámbito de la atención domiciliaria.....	19
2.1. Unidades convivenciales con personas dependientes: tipología y funciones.....	19
2.2. Evolución, funcionamiento y prospectiva de los Servicios de Ayuda a Domicilio.....	24
2.3. Los cuidadores principales y el servicio de ayuda a domicilio.....	34
2.4. Uso del vocabulario básico de la atención domiciliaria.....	35
2.5. Principios éticos de la intervención social con personas y colectivos con necesidades especiales. Actitudes y valores.....	36
2.6. Aprecio por los principios éticos de la intervención con personas dependientes.....	37
2.7. Confidencialidad a la hora de manejar información personal y médica.....	38
2.8. Respeto por la intimidad de las personas dependientes.....	40
2.9. Mantenimiento de la higiene y presencia física personales del profesional de ayuda a domicilio.....	42
2.10. Atención integral de las personas. Técnicas de humanización de la ayuda.....	42
2.11. Dinámica de la relación de ayuda: Adaptación, dificultades, límites, y prevención de riesgos psicológicos.....	44
2.12. La intervención en las situaciones de duelo.....	46
2.13. La observación y el registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades de atención física. Técnicas e instrumentos de observación aplicados a las situaciones domiciliarias.....	49
2.14. Las ayudas técnicas para la higiene personal y el cuidado.....	55
3. Aplicación de técnicas de higiene y aseo de la persona dependiente.....	58
3.1. Principios anatomofisiológicos del órgano cutáneo y fundamentos de higiene corporal. Patología más frecuente.....	58
3.2. Técnicas de aseo e higiene corporal según tipología de ayuda a domicilio.....	63
3.3. Úlceras por presión. Prevención y Tratamiento:.....	73
3.4. Tipos de camas, accesorios y lencería. Técnicas de realización de camas.....	78
3.5. Cuidados del usuario/a incontinente y colostomizado.....	84
3.6. Prevención y control de infecciones:.....	88
3.7. Cuidados postmortem. Finalidad y preparación del cadáver.....	89
3.8. Técnicas de limpieza y conservación de prótesis.....	91
3.9. Fomento de la autonomía de la persona dependiente y su entorno para la mejora de su higiene y aseo.....	92
3.10. La Inmovilidad.....	92
UNIDAD FORMATIVA 2: ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y TRATAMIENTOS A PERSONAS DEPENDIENTES EN EL DOMICILIO.....	101
1. Planificación del menú de la unidad convivencial.....	101
1.1. Principios de Alimentación y nutrición.....	101
1.2. Principios anatomofisiológicos de los sistemas digestivo y endocrino. Patología más frecuente.....	102
1.3. Conceptos de alimentación y nutrición. Los alimentos. Clasificación funcional.....	110
1.4. Recomendaciones en energía y nutrientes. Ingesta recomendada. Interpretación del etiquetado nutricional.....	112
1.5. Dieta saludable. Calidad de dieta.....	114

1.6.	Problemas nutricionales de las sociedades desarrolladas	114
1.7.	Tipos de dietas	118
1.8.	Dieta familiar y planificación de menús diarios y semanales.....	121
1.9.	Raciones y medidas caseras	123
1.10.	La alimentación en la persona mayor y en el convaleciente.....	124
1.11.	Consideración por la situación específica alimentaria y nutricional de cada persona dependiente.....	126
2.	Utilización de Técnicas de alimentación	127
2.1.	Alimentación por vía oral, enteral	127
2.2.	Ayudas Técnicas para la ingesta	130
2.3.	Apoyo a la ingesta.....	131
3.	Recogida de eliminaciones.....	131
3.1.	Medios y Materiales para la recogida de excretas.....	131
3.2.	Eliminación de excretas	133
3.3.	Normas higiénico-sanitarias.....	133
3.4.	Mantenimiento de la higiene y presencia física personales	133
3.5.	Respeto por la intimidad de la persona dependiente y sus familiares.....	134
4.	Administración de medicamento en el domicilio	134
4.1.	Evolución del metabolismo en el ciclo vital.....	134
4.2.	Principios de farmacología general.....	135
4.3.	Principios anatomofisiológicos de los sistemas cardiovascular, respiratorio y excretor. Patología relacionada.....	138
4.4.	Constantes vitales.....	148
4.5.	Técnicas de preparación y administración de medicación por vía oral, tópica y rectal.....	151
4.6.	Técnicas de aerosolterapia y oxigenoterapia.....	151
4.7.	Técnicas de aplicación frío y calor.....	155
4.8.	Riesgos de los fármacos.....	155
4.9.	Constitución y mantenimiento de botiquines.....	157
UNIDAD FORMATIVA 3: MEJORA DE LAS CAPACIDADES FÍSICAS Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LAS PERSONAS DEPENDIENTES		158
1.	Movilidad de la persona dependiente.....	158
1.1.	Principios anatomofisiológicos de sostén y movimiento del cuerpo humano.....	158
1.2.	Aparato Locomotor.....	158
1.3.	Patologías más frecuentes del aparato locomotor.....	161
2.	Empleo de técnicas de movilización, traslado y deambulaci3n.....	162
2.1.	Posiciones anatómicas.....	162
2.2.	Técnicas y ayudas técnicas para la deambulaci3n, traslado y movilización en personas dependientes.....	166
2.3.	Técnicas para el posicionamiento en la cama.....	173
2.4.	Orientaci3n a la persona dependiente y a sus cuidadores principales	176
2.5.	Fomento de la autonomía de la persona dependiente y su entorno para la mejora de su movilidad y estado físico.....	177
3.	Toma de constantes vitales.....	178
3.1.	Temperatura corporal.....	178
3.2.	Pulso.....	181
3.3.	Respiraci3n	182
3.4.	Tensi3n arterial	183

4.	Aplicación de técnicas de seguridad y primeros auxilios.....	183
4.1.	Primeros auxilios	183
4.2.	Intoxicaciones	185
4.3.	Traumatismos. Vendajes e inmovilizaciones.....	187
4.4.	Técnica de reanimación cardiopulmonar	190
4.5.	Quemaduras:	193
4.6.	Heridas y hemorragias	194
4.7.	Botiquín de urgencias.	197
4.8.	Consultas a distancia.....	198
4.9.	Prevención de riesgos en el entorno de la persona dependiente	198
4.10.	Atención especial a la prevención de riesgos laborales	199
	Bibliografía:	201

UNIDAD FORMATIVA 1: CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DE ATENCIÓN HIGIÉNICO-SANITARIA DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES

Código: UF0120

1. Identificación de las características y necesidades de las personas dependientes.

1.1. El proceso de Envejecimiento.

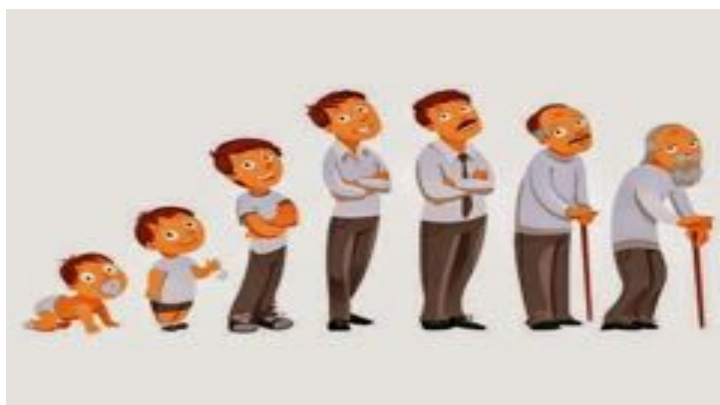
La vejez no es sinónimo de enfermedad ni de dependencia. Debemos diferenciar entre **envejecimiento fisiológico**, el que se produce por el paso del tiempo y el efecto que tiene en la persona. Y el **envejecimiento patológico**, en el que intervienen enfermedades o situaciones que aceleran el proceso normal de envejecimiento (cataratas, alzheimer, malos hábitos, medio ambiente)

A medida que se envejece las personas tienden a ser más **heterogéneas**, más distintas unas de otras en el funcionamiento fisiológico, psicológico o social, debido entre otras cosas a factores **biológicos** (genéticos, hereditarios) o **biográficos**, como por ejemplo, el estilo de vida (actual y pasado; alimentación, estrés, acceso a recursos, nivel socioeconómico y educativo) a lo largo del ciclo vital. De manera que, las personas mayores presentan más diferencias entre sí que una muestra comparable de personas más jóvenes.

Los cambios que se producen asociados al envejecimiento no tienen porqué aparecer en el mismo momento y grado en todas las personas mayores (por ejemplo, las diferencias en el encanecimiento del pelo, pudiendo encontrarse diferencias interindividuales tanto en el momento en el que comienza a producirse como en el grado en que se produce el cambio de color, pudiendo ser más o menos blanco), pudiendo manifestar algunas personas mayores más o menos cambios que otras.

La forma de envejecer tendrá que ver con el modo de vida que se ha seguido.

El envejecimiento es una más de las etapas del ciclo vital, junto a la infancia, la adolescencia y la edad adulta, que implica una serie de **cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales** asociados a la edad, inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo.



El envejecimiento es un hecho natural y universal, pero las actitudes de la sociedad ante el mismo no son iguales y varían de un lugar a otro y de una época a otra. Por eso la cuestión previa que hay que delimitar y precisar es ¿qué es una persona mayor? ¿qué significa pertenecer a este colectivo y bajo qué criterios se forma parte de él? No está claro o al menos no hay unanimidad de criterios dónde fijar la edad en la que uno entra a pertenecer a este sector poblacional. Hay autores que catalogan la **edad efectiva de una persona** según varios baremos o indicadores culturales. Estos son:

- A. Edad cronológica:** corresponde al número de años transcurridos desde el momento del nacimiento hasta la fecha que se mida en un momento dado.
- B. Edad biológica o funcional:** viene determinada por los cambios anatómicos y bioquímicos que ocurren en el organismo durante el envejecimiento. El envejecimiento se define en función del grado de deterioro (intelectual, sensorial, motor, etc.) de cada persona.
- C. Edad psicológica:** representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y su capacidad de adaptación al medio.
- D. Edad social:** establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve. Fundamentalmente viene determinada por la edad de jubilación, dado que superando esta edad el papel social del individuo se pierde o, cuando menos, deja de ser lo que era.

En el envejecimiento se dan cambios **biológicos, psicológicos y sociales**. Veamos cada uno de ellos.

A. Cambios biológicos:

Son modificaciones que afectan a las estructura y funciones del organismo:

a. Visión:

- Disminuye el tamaño de la pupila.
- Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana.
- Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.

b. Audición:

- Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales.

c. Gusto y olfato:

- Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.

- Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos.

d. La piel:

- Aparición de arrugas.
- Manchas.
- Flaccidez.
- Sequedad.

Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas).

e. Estructura muscular:

- Se produce una importante pérdida de masa muscular.
- Atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro.
- El deterioro de la fuerza muscular.

f. Sistema esquelético:

- La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos.
- Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura. Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas: mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación, etc.

g. Articulaciones:

- Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad.
- Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor.

h. Sistema cardiovascular:

- Aumento del ventrículo izquierdo.
- Mayor cantidad de grasa acumulada envolvente.

- Alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.
- Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis).
- El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre.
- Las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse.

i. Sistema respiratorio:

- Atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna).
- Deterioro del tejido pulmonar (bronquios).

j. Sistema excretor:

- El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho.
- El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.

k. Sistema digestivo:

- Digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.
- Pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación.
- Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución.
- Atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor.

l. Vesícula e hígado:

- En las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares
- Un menor tamaño y eficiencia del hígado.

B. Cambios psicológicos y emocionales:

- a. Se altera la memoria reciente o memoria a corto plazo (MCP)** ,esencial para el aprendizaje y la adaptación a nuevas situaciones. Sin embargo, la memoria a largo plazo (MLP) o memoria remota, se mantiene sin grandes variaciones.

- b. **Disminuye la capacidad de atención y concentración**, relacionada por la falta de interés por las cosas que le rodean.
- c. **Aumenta la dificultad para aprender nuevos conocimientos.** La velocidad de aprendizaje es menor. El aprendizaje es posible si se da en entornos conocidos. Debemos proponer aprendizajes prácticos, puesto que aquellos que requieran rapidez, y pensamiento abstracto resultan más complicados para las personas de edad avanzada.
- d. **La percepción también está alterada** tanto para recibir información (a través de vista, oído, gusto y olfato) como para procesarla.
- e. **Reducción de la capacidad para adaptarse a las situaciones nuevas o desconocidas**, por lo que tienden a buscar entornos estables y cercanos que transmitan sensación de seguridad.

C. Cambios sociales:

- a. **Cambios en el rol individual.** Dependerá de la capacidad y de la personalidad del individuo para afrontar los cambios de rol que le tocará vivir (como abuelo/a, al perder a su pareja, al tener que abandonar su hogar,). Por otro lado con el avance de los años surgen problemas de fragilidad, dependencia y enfermedad que condicionan a la familia y al mayor en el cambio de roles de cuidado.
- b. **Cambios en el rol social.** La jubilación es un cambio importante por todas las repercusiones que tiene. Por otro lado las redes sociales y las relaciones pueden verse mermadas, aumenta la distancia intergeneracional., hay una pérdida de capacidad adquisitiva. En este caso también aparecen los prejuicios y mitos relacionados con la vejez que cada sociedad pudiera tener.

El estilo de vida que las personas han mantenido en su juventud y edad adulta determinan el entorno socioafectivo de las personas mayores. Decisiones como tener pareja, hijos, mantener amistades a lo largo de los años...todo ello conformará sus relaciones en la tercera edad. Así mismo influirán también su estado de salud y las condiciones socioeconómicas y culturales.

Respecto a las relaciones familiares, es una etapa de cambios: salida de los hijos del hogar, pérdida de actividad laboral (jubilación), incorporación de nuevos miembros familiares y pérdida de seres queridos que repercutirán disminuyendo sus redes sociales.

En esta etapa se produce una disminución de las relaciones secundarias (aquéllas ligadas al rol profesional) y se mantienen las relaciones primarias (íntimas, duraderas, de éstas forman parte la familia y amigos). Por ello la persona mayor a la hora de recibir cuidados prefiere siempre los que

proviene de su familia y amigos (red informal) antes de acudir a los recursos sociosanitarios (apoyo social formal).

La sexualidad evoluciona y sufre modificaciones a lo largo de las distintas etapas de la vida. Los cambios físicos, psicológicos y sociales que se experimentan en la vejez condicionan la manera en que las personas mayores viven su sexualidad.

Aun cuando los cambios fisiológicos afectan a la sexualidad y algunas enfermedades y fármacos influyen en la actividad sexual de las personas mayores, **el deseo y los intereses sexuales se mantienen**. Incluso la actividad sexual puede mantenerse hasta edades avanzadas.

Se debe señalar además que existen **factores personales que afectan las relaciones sexuales en las personas mayores** entre ellos están:

1. **Falta de estímulo sexual** : Provocados por una vida sexual monótona y poco variada.
2. **Menor intensidad de las relaciones sociales.**
3. **Pérdida de atractivos corporales de la pareja:** La creencia de que es incorrecto tener fantasías sexuales en esta edad.
4. **Trabajo, jubilación y aspectos económicos:** preocupaciones, personas sometidas a elevadas presiones o demandas laborales e intelectuales derivadas de sus cargos.
5. **Viudez:** Los sentimientos afectivos desencadenados por la pérdida del cónyuge se hacen evidentes y se agrega en ocasiones a un periodo prolongado de inactividad sexual.
6. **Enfermedades físicas y mentales:** Toda enfermedad debilitante o que afecte el psiquismo, por diferentes mecanismos. La Diabetes Mellitus es un ejemplo típico por mecanismos vasculares y neurogénicos pueden producir pérdida de la erección o presencia de eyaculación retrógrada por falta de cierre del esfínter vesical durante el orgasmo
7. **Medicamentos:** Fármacos utilizados para el tratamiento de la hipertensión arterial pueden provocar disminución del deseo sexual, disfunción eréctil y disminución de la lubricación vaginal. Los antidepresivos se han relacionado con trastornos sexuales que pueden afectar a cualquiera de las fases de la función sexual.
8. **Alcoholismo:** Los cambios hormonales y metabólicos que afectan a todo el organismo (disminución de la testosterona) provocan trastorno de la erección en el hombre.
9. **Creencias religiosas:** Consideran el sexo como algo pecaminoso con exclusión de su valor reproductivo, o que debe ser limitado dentro de estrictas reglas.
10. **Temor al desempeño:** El miedo a fallar a no tener erección o a no hacer "un buen papel". En la mujer por temor a que su cuerpo o su desempeño no sean del agrado de su compañero.

Podemos afirmar que un hombre o una mujer sanos físicamente y psíquicamente entre 50 y 70 años o incluso en edades avanzadas pueden mantener un determinado nivel de actividad sexual.

La siguiente tabla resume los **cambios más evidentes en la respuesta sexual en mujeres y hombres.**

Mujeres:

- 1. Disminución leve o variable del deseo sexual** relacionado a factores hormonales o sociales
- 2. Atrofia de la mucosa vaginal**, que la hace más corta, menos elástica y lubricada; lo que puede provocar un dolor durante la penetración.
- 3. Disminución de la congestión del clítoris.**
- 4. Disminución de la frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas.** Toma más tiempo alcanzar el orgasmo y su duración disminuye.

Hombres:

- 1. Disminución leve o variable del deseo sexual** relacionado a factores hormonales o sociales.
- 2. Erección más lenta**, que requiere mayor estimulación.
- 3. Retraso de la eyaculación.**
- 4. Menor volumen de esperma y eyaculado.**
- 5. Disminución de la frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas.**

La actitud de la sociedad es con frecuencia negativa ante la idea de que los mayores puedan estar interesados por la actividad sexual. Puesto que la actividad sexual va más allá y es mucho más que el coito, mantener la actividad sexual y la sexualidad en esta etapa de la vida es especialmente factible y sano, e implica además afecto, compañía, contacto físico, interrelaciones sociales, y mejora de la autoestima.

La sexualidad de los adultos mayores es objeto de variados prejuicios, se piensa que los adultos mayores pierden todo el interés sexual cuando envejecen o que ellos son pervertidos si continúan teniendo relaciones sexuales. La realidad es que el potencial sexual puede permanecer hasta la muerte aún cuando sea alterado por los cambios propios del envejecimiento .

La sociedad no está preparada para compartir y aceptar la sexualidad de la persona mayor, así lo corrobora términos tales como "viejo verde" "Vieja indigna".

La dieta sana, los ejercicios físicos, la eliminación de hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcohol, la consulta regular al médico, son algunos modos de conservar nuestra salud y disfrutar de la sexualidad en la llamada tercera edad.

1.2. La enfermedad y la convalecencia.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud entendemos por Salud el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades.

La enfermedad se refiere a la respuesta del organismo hacia un agente patógeno que origina una afectación funcional u orgánica, alterando la salud de la persona.

Todos los pacientes que padecen una **enfermedad** presentan determinadas **características comunes** en mayor o menor grado:

- Sufrimiento o malestar físico o psicológico.
- Ansiedad o angustia.
- Miedo causado por distintos motivos: la propia enfermedad y sus consecuencias; el dolor o daño físico; las pruebas a las que se le someta, etc.
- Sensación de indefensión. Desorientación.
- Sentimiento de incapacidad.
- Sensación de vulnerabilidad.
- Hipersensibilidad.

Cuando se trata de enfermedades sabemos que las hay unas peores que otras, pero también se puede dar el caso de que una misma enfermedad se presente más o menos agresiva dependiendo de la persona o de la etapa en la que ésta se encuentre. Explicaremos la **diferencia entre enfermedades agudas, crónicas y terminales**.

- Enfermedades agudas:** Se caracterizan por tener una afección (enfermedad) de duración determinada y de aparición repentina. Salvo complicaciones, las enfermedades agudas remiten después de administrar un tratamiento. La convalecencia es menos traumática y rápida cuando el paciente permanece en su entorno (familia, cuidadores habituales..). Algunas enfermedades agudas: gripe, gastroenteritis, cefaleas...
- Enfermedades crónicas:** La enfermedad afectará durante varios años, incluso toda la vida. El tratamiento se orienta a la enfermedad y a sus efectos para evitar que la enfermedad progrese. En este tipo de enfermedades es importante que el paciente aprenda hábitos de autocuidados. Algunas enfermedades crónicas: asma, hipertensión arterial, diabetes, ..
- Enfermedades terminales:** Son aquellos que padecen una enfermedad incurable avanzada, la intervención se centrará en aplicar cuidados paliativos para aliviar el dolor y mejorar el confort en el último tramo de su vida.

Las personas enfermas tienen unas **necesidades comunes** como son:

- Necesidad de información:** Es importante dar una información clara y completa de la enfermedad, de forma que la persona pueda adaptarse mejor a la situación. De esta forma el miedo a lo desconocido se minimiza, además podrá tomar decisiones de forma más

consciente.

- B. Necesidad de cuidados físicos y aprendizaje de técnicas de autocuidado.** Cada persona necesitará unos cuidados concretos para tratar su enfermedad, a veces tendrá que realizarlos un técnico (por ser complejos) pero otras veces le enseñaremos a realizar técnicas de autocuidado (control de la glucemia, administrar insulina, relajación...), tendremos que facilitarle los apoyos que precise.
- C. Necesidad de relación social y expresión emocional:** es importante establecer vías de comunicación para que pueda expresar sus sentimientos, miedos, deseos y necesidades con el fin de evitar el aislamiento y la aparición de estados depresivos.
- D. Necesidad de ocio y autorrealización:** con frecuencia las personas enfermas centran su ánimo en la enfermedad, es por ello que debemos intentar que encuentre actividades que le distraigan y le sean satisfactorias (leer, pintar, hacer manualidades...).

La **convalecencia** se refiere al periodo, más o menos prolongado, que ocurre entre la enfermedad y el retorno al estado de salud, y durante el cual se restablece progresivamente el funcionamiento normal de los diversos órganos y aparatos del organismo humano. La convalecencia no termina hasta el restablecimiento completo de la salud. Es variable en tiempo y calidad, dependiendo del tipo de enfermedad de que se trate y de los factores genéticos, físicos, psicológicos, sociales de la persona enferma.

La convalecencia de una enfermedad cobra especial importancia en los servicios de asistencia domiciliaria. En muchas ocasiones el período de convalecencia se realiza en el domicilio de la persona afectada, por lo que resulta fundamental el apoyo de los servicios domiciliarios en la atención a las necesidades del usuario durante este período.

Existen patologías que se dan con mayor frecuencia en la vejez y que se estudian desde la geriatría, y se denominan “**grandes síndromes geriátricos**”. Entre ellos destacan:

- 1. Inmovilidad:** La persona deja de realizar movimientos y poco a poco se limitan a sus domicilios o a espacios reducidos. Es importante motivar a la realización de ejercicio físico y favorecer la participación en todas las AVD.
- 2. Incontinencia urinaria:** Pérdida involuntaria de la orina, podemos sugerir ir al baño con frecuencia o distribuir de forma adecuada la toma de líquidos.
- 3. Úlceras por presión:** Daños que se producen en la piel por una presión duradera, se da en personas encamadas o que pasan mucho tiempo en silla de ruedas, los cambios posturales son importantes para prevenirlas
- 4. Caídas:** Por falta de equilibrio y falta de adaptaciones arquitectónicas.
- 5. Trastornos del sueño:** El sueño puede verse alterado por causas psicológicas (ansiedad,

miedos..), ambientales (frío o calor excesivo...), por la medicación, por enfermedades. Las técnicas de relajación, hábitos regulares, evitar excitantes antes de dormir etc.. son aconsejables antes de administrar somníferos.



1.3. Las Discapacidades:

1.3.1. Concepto

Más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor, pues su prevalencia está aumentando. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental.

En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información.

La percepción que la sociedad tenga de la discapacidad ocasiona un impacto muy fuerte en el tipo de respuesta que se da a los temas de discapacidad y a la manera en que las personas con discapacidad son consideradas.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) establece en su artículo 1º: "Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) logró avances a la hora de comprender y medir la discapacidad. Se creó a través de un largo proceso en el que participaron académicos, clínicos y, lo más importante, personas con discapacidad. La CIF hace hincapié en el rol de los factores ambientales en la creación de la discapacidad, y esa es la principal

diferencia entre esta nueva clasificación y la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. En la CIF, los problemas del funcionamiento humano se agrupan en **tres categorías** vinculadas entre sí:

- A. Deficiencias:** Son problemas en la función corporal o alteraciones en la estructura corporal; por ejemplo, parálisis o ceguera.
- B. Limitaciones de la actividad:** Son dificultades para realizar actividades; por ejemplo, caminar o comer.
- C. Restricciones de participación:** Son problemas para participar en cualquier ámbito de la vida; por ejemplo, ser objeto de discriminación a la hora de conseguir empleo o transporte.

La discapacidad se refiere a las dificultades que se presentan en cualquiera de las tres áreas de funcionamiento.

Las personas con discapacidad tienen derecho a vivir de forma independiente y a participar plenamente en todos los aspectos de la vida. Para ello, los poderes públicos adoptarán las medidas pertinentes para asegurar la accesibilidad universal, en igualdad de condiciones con las demás personas, en los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, así como los medios de comunicación social y en otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Las personas con discapacidad y sus familias tienen derecho a los servicios sociales de apoyo familiar, de prevención de deficiencias, de promoción de la autonomía personal, de información y orientación, de atención domiciliaria, de residencias, de apoyo en su entorno, servicios residenciales, de actividades culturales, deportivas, ocupación del ocio y del tiempo libre.

1.3.2. Clasificación y etología frecuente

La clasificación se divide en tres grandes grupos: **Discapacidad física, discapacidad sensorial y discapacidad psíquica o intelectual.**

A. Discapacidad Física:

Se considerará que una persona tiene discapacidad física cuando padezca anomalías orgánicas en el aparato locomotor o las extremidades (cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores).

También se incluirán las deficiencias del sistema nervioso, referidas a las parálisis de extremidades superiores e inferiores, paraplejias y tetraplejias y a los trastornos de coordinación de los movimientos, entre otras.

Un último subconjunto recogido en la categoría de discapacidades físicas es el referido a las

alteraciones viscerales, esto es, a los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, sistema endocrino-metabólico (diabetes, hipotiroidismo) y sistema inmunitario.

B. Discapacidad sensorial:

Supone la afectación de alguno de los principales canales sensitivos de recepción de la información, el sentido de la vista o del oído y el lenguaje. La disfunción afecta al desarrollo de las AVD (actividades de la vida diaria) de la persona limitando su participación en el entorno que le rodea.

C. Discapacidad psíquica o intelectual:

Hace referencia a trastornos permanentes en el comportamiento adaptativo de las personas. Pueden ser debidos a deficiencia mental (en cuya categoría se incluye el espectro del retraso mental en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo), las demencias y otros trastornos mentales. En esta última recoge trastornos tan diversos como el autismo, la depresión mayor, el trastorno bipolar, los trastornos de pánico, las esquizofrenias, los trastornos psicóticos, somáticos y de la personalidad, entre otros.

Las etologías frecuentes sucede en torno a **cuatro grandes grupos de riesgo:**

A. Problemas perinatales:

- Defectos y malformaciones genéticas (Síndrome de Down, hidrocefalia, etc.).
- Prematuridad (peso menor a 2.500 gramos en el nacimiento).
- Problemas en el parto, daño obstétrico (anoxia, traumatismos).
- Sufrimiento fetal.
- Retrasos evolutivos (en el lenguaje, Psicomotricidad), problemas de conducta, parálisis cerebral, pérdida de visión o de audición, luxaciones, etc., son algunos de los efectos que pueden producirse alrededor del embarazo y del parto.

B. Riesgo socioambiental:

- La tasa de deficiencias se triplica en ambientes muy desfavorecidos. Las situaciones socioculturalmente desfavorecidas traen consigo problemas de salud (desnutrición, enfermedades), inadaptación, retrasos en el desarrollo y problemas de aprendizaje.
- Los niños pertenecientes a etnias minoritarias o a grupos excluidos pertenecen también a este grupo de riesgo, pues se van a desenvolver en ambientes de marginalidad y de falta de recursos para atender sus necesidades más básicas (vivienda, alimentación, higiene...).
- Las situaciones de falta familiar y maltrato suponen otro importante factor de riesgo asociado a deficiencias, trastornos de conducta, enfermedades y trastornos emocionales.

C. Accidentes:

- A partir del primer año de vida, el riesgo de deficiencias se traslada especialmente a los accidentes: en el hogar (1 a 4 años), en el colegio y grupos de ocio (4 a 18 años), accidentes de tráfico (jóvenes) y accidentes laborales (en torno a los 20 - 30 años).

D. Enfermedades crónicas:

- Aparato circulatorio
- Digestivo
- Osteo-articulares y respiratorias

Principales causas que derivan en secuelas permanentes e incapacitantes asociadas a los procesos naturales de envejecimiento.

1.3.3. Características y necesidades

Establecer características comunes a las personas con discapacidad resulta complicado, ya que depende del tipo de discapacidad, de las características de la persona, del entorno... pero sí vamos a señalar **rasgos comunes**:

- A. Inseguridad y baja autoestima:** como consecuencia de las dificultades para realizar actividades y participación social.
- B. Excesiva dependencia de otros:** en ocasiones como consecuencia de un cuidado excesivo (sobreprotección). Pueden también aparecer sentimientos de frustración, rechazo o negación de su situación.
- C. Distorsiones en la valoración de sus capacidades.**
- D. Dificultades en la relación con otras personas.**

En cuanto a las **Necesidades**:

- A. Necesidad de respeto:** ser tratados con normalidad y dignidad como personas, evitando actitudes de lástima.
- B. Necesidad de apoyos:** para poder desarrollar por sí mismos una vida con la mayor autonomía posible.
- C. Necesidad de acompañamiento:** acompañar, no hacer por él.
- D. Necesidad de motivación.** Es importante que los profesionales seamos capaces de detectar estas necesidades y prestar la atención que precisen para mejorar su bienestar y autonomía.

1.3.4. Calidad de vida, apoyo y autodeterminación de las personas con discapacidad.

Autodeterminación se define como el proceso por el cual la acción de una persona es el principal

agente causal de su propia vida y de las elecciones y toma de decisiones sobre su calidad de vida, libre de influencias externas no deseables. Una característica esencial es que la persona pone en juego las habilidades y actitudes necesarias para ser el principal responsable de su vida.

Autodeterminación y calidad de vida están relacionadas, ya que ser responsable de las decisiones adoptadas revierte positivamente en la personas mejorando la autoestima. En el caso de las personas con discapacidad intelectual se les niega la posibilidad de decidir sus propios proyectos de vida, con la finalidad de protegerles, evitarles frustraciones, o simplemente por costumbre.

Nuestra tarea será facilitar a las personas con discapacidad su derecho a elegir, implicará aumentar la motivación para realizar las tareas y disminuir los comportamientos desajustados. En relación con estas ideas surge el **paradigma de apoyos** que cree en la capacidad de la persona y apuesta por su autonomía. Este paradigma se centra en las limitaciones funcionales, el bienestar personal, los apoyos individualizados y en las competencias y adaptaciones personales.

Entendiendo por apoyos: los recursos y estrategias desde los ámbitos individual, familiar, social y político, que pretenden el desarrollo, la educación y el bienestar de la persona, mejorando así su funcionamiento individual.

-Actuaciones a nivel político-institucional: en el fomento y búsqueda de recursos, así como en la eliminación de barreras arquitectónicas y estudios sobre accesibilidad.

-Actuaciones a nivel social o comunitario: mediante la concienciación social y acciones encaminadas a favorecer que las personas con discapacidad sean aceptadas de igual modo que otras a pesar de sus diferencias.

-Actuaciones a nivel individual y familiar: implicando a ambos en el tratamiento y favoreciendo procesos de normalización y de autorresponsabilidad de la persona con discapacidad.

Las personas con discapacidad conforman un grupo vulnerable y numeroso al que el modo en que se estructura y funciona la sociedad ha mantenido habitualmente en conocidas condiciones de exclusión. Este hecho ha comportado la restricción de sus derechos básicos y libertades condicionando u obstaculizando su desarrollo personal, así como el disfrute de los recursos y servicios disponibles para toda la población y la posibilidad de contribuir con sus capacidades al progreso de la sociedad.

En este sentido, la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de las personas con discapacidad, fue la primera ley aprobada en España dirigida a regular la atención y los apoyos a las personas con discapacidad y sus familias, en el marco de los artículos 9, 10, 14 y 49 de la Constitución, y supuso un avance relevante para la época.

La Ley 13/1982, de 7 de abril, participaba ya de la idea de que el amparo especial y las medidas de

equiparación para garantizar los derechos de las personas con discapacidad debía basarse en apoyos complementarios, ayudas técnicas y servicios especializados que les permitieran llevar una vida normal en su entorno. Estableció un sistema de prestaciones económicas y servicios, medidas de integración laboral, de accesibilidad y subsidios económicos, y una serie de principios que posteriormente se incorporaron a las leyes de sanidad, educación y empleo

Finalmente, es imprescindible hacer referencia a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), ratificada por España el 3 de diciembre de 2007 y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008. La Convención supone la consagración del enfoque de derechos de las personas con discapacidad, de modo que considera a las personas con discapacidad como sujetos titulares de derechos y los poderes públicos están obligados a garantizar que el ejercicio de esos derechos sea pleno y efectivo

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Esta ley tiene por objeto:

- a) Garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución Española y a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.
- b) Establecer el régimen de infracciones y sanciones que garantizan las condiciones básicas en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

2. Delimitación del ámbito de la atención domiciliaria

2.1. Unidades convivenciales con personas dependientes: tipología y funciones.

Una **unidad convivencial** con personas dependientes es el ámbito donde pueden convivir, en el mismo domicilio una o varias personas sea cual sea su afinidad o parentesco.

Tipología:

Las unidades convivenciales con personas dependientes pueden ser:

A. Unidades convivenciales familiares

B. Unidades convivenciales no familiares

C. Unidades convivenciales familiares

A. Unidades convivenciales familiares

Ámbito donde conviven una o varias personas compartiendo domicilio, todos o parte de los ingresos económicos, y la socialización de sus miembros.

Tipos de familias:

- 1. Familias nucleares:** Compuestas por padres (casados o no) e hijos no emancipados, con alguno de sus miembros en situación de dependencia (bien alguno de los padres, bien alguno de los hijos).
- 2. Familias monoparentales:** Un solo padre convive con hijos no emancipados, con alguno de éstos en situación de dependencia.
- 3. Familia extensa:** Familias nucleares o monoparentales conviven con otro u otros familiares con diferentes grados de parentesco (abuelos, tíos...), con alguno de sus miembros en situación de dependencia (habitualmente la persona o personas mayores)
- 4. Familia reconstituida o ensamblada:** Familias en las que, tras una separación o divorcio, uno de los miembros de la pareja vuelve a casarse o convive con otra persona, existiendo como mínimo un hijo de la relación anterior y con alguno de sus miembros en situación de dependencia (bien alguno de los miembros de la pareja, bien alguno de los hijos, etc.)
- 5. Familias de personas de la tercera edad:** Pareja de personas mayores, con uno o ambos en situación de dependencia
- 6. Familia de una sola persona en situación de dependencia:** Aunque no es una unidad convivencial tiene un amplio interés en el ámbito de la ayuda a domicilio. Suelen ser personas mayores (viudos o viudas que viven solas) aunque pueden darse casos de personas más jóvenes con enfermedades mentales crónicas emancipadas, con algún grado de dependencia, o personas con algún tipo de discapacidad física o enfermedad degenerativa (p.ej. esclerosis múltiple).

B. Unidades convivenciales no familiares

Ámbito donde **conviven varias personas sin ningún tipo de parentesco**, pero asumiendo responsabilidades con el resto de sus miembros.

Entre ellas podemos encontrar:

- 1. Unidades de acogida:** Familias o personas que acogen en su domicilio a personas dependientes con las que no hay parentesco. Se ofrece desde algunas unidades de servicios sociales.
- 2. Unidades de tutela:** Acogimiento de un dependiente sin parentesco en una familia bajo

régimen de tutela. La tutela siempre estará dictaminada por un juez.

3. **Alojamiento con estudiantes:** Posibilidad para personas dependientes (generalmente personas mayores) de compartir domicilio con un estudiante, de manera que se ofrecen mutuamente compañía, colaboración en tareas y reparto de los gastos. Se impulsa desde la Universidad, con la colaboración de la Obra Social de alguna Caja de Ahorros y los Servicios Sociales Municipales.
4. **Unidades de Pisos tutelados:** Viviendas donde conviven de tres a ocho personas como máximo dirigidos a personas mayores, personas con diferentes discapacidades, o enfermedades mentales, que poseen cierta autonomía en las actividades de la vida diaria y no dependen continuamente de personal sociosanitario para sus cuidados. Tienen alojamiento, manutención, y atención psicosocial.

Funciones:

Las funciones de una unidad convivencial, en relación con las personas dependientes son múltiples. Podemos destacar:

1. **Económica:** Pueden darse diferentes funciones económicas como mantenimiento de los miembros no productivos, unidad de consumo o compartir gastos.
2. **Educativa-socializadora:** Corresponde a la educación e integración en la sociedad de los diferentes miembros de la unidad.
3. **Psicológica:** Satisfacción de las necesidades de afecto, seguridad y reconocimiento.
4. **Cuidado y protección:** Cuidado a los miembros con necesidades de atención y protección psicológica.
5. **Domiciliaridad:** Establecimiento o creación de un espacio de convivencia y refugio.
6. **Establecimiento de roles:** Según las culturas, cada miembro de la unidad adquiere algún tipo de rol dentro del funcionamiento de la propia unidad convivencial.

2.1.1. Necesidades y riesgos de los cuidadores principales

Entendemos por cuidador principal a aquella persona que, aunque no pertenece al mundo sociosanitario ni se ha formado en él, procura los cuidados necesarios a un enfermo crónico o persona dependiente. Pertenece a la red de cuidadores informales, es decir, existen vínculos familiares. En la mayoría de las ocasiones la responsabilidad de los cuidados la asume una única persona, generalmente una mujer (esposa, hija o nuera) y muchas de las veces sin que haya habido un consenso o acuerdo explícito con el resto de la familia. Estas mujeres, con frecuencia se suelen sentir desbordadas, porque además de atender a su familiar mayor, deben continuar con su vida laboral (si la tienen) y con la atención al resto de miembros de la familia: hijos, esposo...

Los estudios realizados acerca de cuáles son las **necesidades más importantes** de la persona **cuidadora principal**, han puesto de manifiesto que las más importantes y urgentes son las siguientes:

1. Información:

La necesidad de información abarca una gran gama de temas (características del envejecimiento, características de las demencias, alimentación e higiene del dependiente, manejo de los medicamentos, prevención de accidentes diurnos y nocturnos, cambios de personalidad y de la conducta, niveles de comunicación, etc.) y permitirá una mejor relación y comprensión de la persona dependiente, una ayuda en la toma de decisiones, una mejor comunicación con los miembros de la familia, un saber hacer y una mayor seguridad en la propia persona.

2. Formación en diferentes habilidades:

Hace referencia a la habilidad de comunicación, el afrontamiento del estrés, la autoconfianza, ... y además enriquecerse en aspectos personales, afectivos, emocionales y de relación a fin de conseguir una suficiente autoconfianza, al objeto de controlar aspectos de la enfermedad, delimitar el tiempo, permitir que otros miembros de la familia o del vecindario le ayuden, y mantener una vida afectiva y personal activa para saber que está haciendo las cosas lo mejor que puede en cada circunstancia. Se debe reforzar especialmente el autocuidado:

- Llevar una alimentación sana.
- Descansar cada día lo suficiente.
- Practicar ejercicio.
- Conservar y cuidar la propia salud.
- Practicar la relajación.
- Mantener una vida social activa.
- Utilizar los recursos comunitarios.
- Pedir ayuda.

3. Apoyo emocional:

Se trata de una necesidad básica caracterizada por el afecto, comprensión y apoyo de otras personas de su círculo social (sean familiares o no). Para ello, en ocasiones se forman grupos de apoyo, constituidos por personas que viven situaciones similares.

4. Fórmulas adecuadas para facilitar el descanso de las personas cuidadoras:

Deben existir opciones para atender a las personas dependientes en determinadas circunstancias (mañanas, vacaciones, fines de semana...) y permitir a la persona cuidadora principal tener momentos

de respiro. Así podemos hablar de centros de día, acompañantes, voluntarios, ONG, cuidadores profesionales, asociaciones de familiares, familias de acogida, etc.

Como es obvio, existen muchas otras necesidades (económicas, domésticas, ayuda en el cuidado físico, ayuda en las compras, etc). no obstante, las señaladas anteriormente son las que presentan una mayor demanda.

En todo caso, los cuidadores son auténticos agentes de salud que necesitan apoyo y asesoramiento para poder llevar a cabo las actividades cuidadoras eficazmente. Ello se justifica porque sus conocimientos son muy limitados, porque tienen que compatibilizar sus actividades habituales con un trabajo remunerado y con el propio cuidado de la persona dependiente. En fin, porque no cuentan con conocimientos, recursos y habilidades suficientes.

Los riesgos de los cuidadores principal son:

- 1. Pueden surgir peleas con otros miembros de la familia** por las tensiones que conlleva el cuidado, por falta de colaboración, por falta de reconocimiento del esfuerzo y dedicación, por las diferencias de opinión entre unos y otros, por la alteración del ritmo y desarrollo normal de la vida cotidiana (nietos que deben ceder su habitación, que no tienen ambiente de estudio...), etc.
- 2. Es cada vez más complicado compaginar el cuidado con el trabajo**, se puede tener la sensación de estar incumpliendo con éste o de estar abandonando al familiar dependiente cuando se va a trabajar, o puede que, finalmente, se tenga que dejar o reducir la jornada laboral. Los ingresos disminuyen en ese caso a la par que los gastos derivados del cuidado pueden aumentar.
- 3. Se corre el peligro de ser absorbido por el papel de cuidador**, renunciando a las necesidades propias de relación, aislándose y cayendo progresivamente en la depresión. Es por tanto determinante la actitud que adopte el cuidador, siendo muy conveniente el aprovechamiento de los recursos formales (residencias temporales, respiro familiar, centros de día, ayuda a domicilio) y de otros informales (red de apoyo en su entorno: otros familiares, amigos, vecinos...) produciendo en el cuidador un desahogo y desconexión mental que le beneficiará de forma muy positiva.
- 4. Se produce un impacto negativo en la salud física:** es probable que sienta cansancio físico y fatiga mental, que el riesgo de aparición de enfermedades aumente (dolores dorsales, alteraciones psicósomáticas...), insomnio, agotamiento físico y mental, y, que tenga la sensación de que su salud ha empeorado desde el inicio del cuidado.

Es muy importante prestar atención a las reacciones emocionales del cuidador, puesto que si éste no se siente bien, la situación acabará afectando de manera inevitable a la calidad de los cuidados que

dispensa a su familiar. No obstante, hay que señalar que la experiencia que cada cuidador familiar tiene sobre el cuidado es única y depende de muchos aspectos: por qué se cuida, a quién, la relación previa con la persona cuidada, la causa y el grado de dependencia del familiar, la ayuda que prestan otros miembros de la familia, las exigencias que se marquen los cuidadores...

2.2. Evolución, funcionamiento y prospectiva de los Servicios de Ayuda a Domicilio.

1. Evolución en el desarrollo de los SAD en España en el contexto de la Unión Europea.

Sin entrar en el análisis de la perspectiva histórica de la ayuda a domicilio, con antecedentes bastante remotos en el tiempo, según ha sido bien señalado por algunos autores (Estivil, 1991, Estrada, 1993), a continuación se realiza un somero repaso a los orígenes en España del servicio de ayuda a domicilio en sentido estricto, es decir, como servicio público desarrollado por las diferentes Administraciones Públicas. Puede situarse su inicio en la década de los 70, cuando, por Orden del Ministerio de Trabajo de 19 de marzo de 1970, se establecía el Servicio Social de Asistencia a los ancianos, que fijaba entre sus objetivos la “organización de asistencia o ayuda domiciliaria a los beneficiarios” Por otra parte, la Orden del mismo Ministerio de 26 de febrero de 1971 aprobaba el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los ancianos, una de cuyas áreas de actuación consistía en el desarrollo de la ayuda a domicilio. Se configuraba ésta como una prestación del Sistema español de Seguridad Social y, por tanto, dirigida a los trabajadores afiliados al sistema, pero restringida a los sectores de población más necesitados. No obstante, lo cierto es que las experiencias que en la década de los 70 se pusieron en marcha como consecuencia de dicha normativa sólo fueron algunos proyectos aislados, que, desde luego, no alcanzaron significación estadística.

El inicio del SAD con carácter general puede situarse a partir de la constitución de los primeros ayuntamientos de la democracia, que tuvo lugar con las elecciones municipales de 1979, si bien su extensión en todo el territorio del Estado no se realiza hasta bien entrados los años 80, conforme pudo ser puesto de relieve en un estudio realizado por el INSERSO, en colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias (INSERSO, 1990) El mencionado estudio reveló, por otra parte, y como aspecto positivo a destacar, la generalización del servicio en la mayoría de los municipios.

Fuera de nuestras fronteras, puede afirmarse que en el conjunto de muchos de los países más desarrollados de Europa la extensión generalizada del SAD da comienzo con bastantes años de anticipación, en comparación con España. Algunos de ellos, como los países nórdicos, Gran Bretaña y Holanda comienzan a implantarlos con posterioridad al fin de la II Guerra Mundial, como correlato del triunfo de las ideas acerca del Estado del Bienestar propugnadas por Beveridge y Keynes y dentro de un contexto amplio de prestaciones universales de seguridad social, que incluye las pensiones, la asistencia sanitaria y los servicios sociales, uno de cuyos pilares lo constituye el SAD. Concretamente,

en Gran Bretaña se regula en 1946, concibiendo la atención a domicilio como uno de los programas de la asistencia sanitaria. El Gobierno holandés, por su parte, organiza y financia un sistema de ayuda a domicilio con carácter general en 1947 con ayuda de entidades voluntarias, generalmente vinculadas a instituciones religiosas. En Dinamarca, la primera legislación sobre ayuda domiciliaria se produce en 1949. A los pioneros se les van uniendo la mayoría del resto de los países desarrollados durante las décadas de los 60 y 70, años en los que fueron apareciendo normas sobre su implantación, para después realizarse un desarrollo y extensión generalizada del SAD.

A lo largo de los años 80 resultó ya posible en la mayor parte de ellos realizar evaluaciones sobre el conjunto de servicios que ofrecía la prestación de atención domiciliaria y consolidarla como vía óptima de atención a personas o grupos familiares vulnerables. Entre las ventajas que más se destacan es que estos apoyos son los más idóneos para permitir a las personas con discapacidades o dependencias vivir el máximo tiempo posible en su casa, retrasando o evitando institucionalizaciones innecesarias. Este período se caracteriza por la implantación de criterios más técnicos y perfeccionados en la organización de los SAD. Sin duda alguna, el grupo de países que más ha avanzado en la extensión de la protección social en general, y de los SAD en particular, es el constituido por los países nórdicos.

2. Dependencia y funcionamiento de los SAD en España.

Este conjunto de servicios se presta fundamentalmente por iniciativa de las Administraciones Públicas, y, sobre todo, por las corporaciones locales. La gestión y prestación del servicio suele correr a cargo de organizaciones de carácter no lucrativo, así como por empresas mercantiles o cooperativas de servicios, con quienes los ayuntamientos suscriben los correspondientes conciertos de servicios. La organización y coordinación de los SAD suele estar a cargo de los trabajadores/as sociales, aunque en algunos lugares es un equipo multiprofesional el que se responsabiliza de su funcionamiento.

3. Visión prospectiva del desarrollo de los SAD: Una alternativa eficaz y eficiente y un programa generador de soluciones a personas dependientes y familias cuidadoras.

De cara al futuro se estima que necesariamente van a desarrollarse los SAD en mucha mayor medida de lo que se ha hecho en los últimos años. Pero, además de aplicar esfuerzos y presupuestos a la extensión de la cobertura, deben atenderse también otros aspectos como son: la superación de los desequilibrios interterritoriales que actualmente existen entre las Comunidades Autónomas, la eliminación de las diferencias en las modalidades de acceso al servicio, la introducción de medidas dirigidas a corregir la gran diversidad existente en el sistema de contribución de usuarios/as al pago de los costes, el incremento de la intensidad de los servicios de atención personal, la generalización de la atención coordinada entre los servicios sociales y los servicios sanitarios, etcétera

La identificación de este programa, dentro del conjunto de servicios sociales destinados a la atención

de las personas con discapacidad o dependencia, como el más idóneo para desarrollarlo de manera inmediata obedece a las siguientes razones:

- 1. Insuficiencia de la cobertura actual en España**, en relación con otros países de Europa.
- 2. Facilidad de implementación de los SAD.** Al contrario de lo que ocurre con otros servicios sociosanitarios (residencias, centros de día, etc.), no son necesarias grandes inversiones en infraestructuras ni largos períodos de tiempo para desarrollar los SAD.
- 3. Dar satisfacción a la propia demanda de las personas dependientes y de sus familias.** Según la investigación disponible en España, y en coincidencia con lo que ocurre en el conjunto de los países desarrollados, resulta preferible para la mayoría de los afectados de dependencia (lo mismo que para sus familias) recibir atención en su propio domicilio.
- 4. El SAD es un recurso eficaz y más barato** en cuanto a su mantenimiento que otros servicios.
- 5. El SAD es uno de los servicios identificados como “nuevo yacimiento de empleo”.**

2.2.1. Los Servicios de Ayuda a Domicilio o de atención domiciliaria. Conceptualización y objetivos.

1. Los SAD en el contexto de los servicios sociales de base.

El inicio del SAD, con las características generales de servicio público, habría de arrancar a partir de la aprobación de la Constitución Española de 1978 y la configuración de los primeros ayuntamientos de la democracia, hechos que tuvieron lugar tras las elecciones municipales de 1979. Después de éstas, las Corporaciones Locales (Municipios, Cabildos insulares y Diputaciones Provinciales y Forales) desarrollan nuevas competencias en el área de la asistencia social y de los servicios sociales. La Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, mencionaba alguna de las funciones que a este nivel de la Administración le correspondían (obligatorias para los municipios mayores de 20 mil habitantes) y que, sobre todo, tienen que ver con los denominados servicios sociales generales o de atención primaria que en su territorio se presten.

Para lograr el impulso y más rápido desarrollo de la red local de servicios sociales y de las prestaciones de este nivel de la Administración fue decisivo el Plan Concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales de CC.LL., que se inició el año 1988 por iniciativa de la Administración General del Estado y con la colaboración y financiación conjunta entre ésta, las respectivas CC.AA. y las CC.LL. Las prestaciones básicas del Plan Concertado son cuatro: información, diagnóstico, orientación y ayuda a domicilio. Con respecto al caso concreto del SAD, tal como se pudo poner de manifiesto en el primero de los estudios realizados mediante la colaboración entre el INSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) al inicio de la década de los años 90, la extensión y generalización del SAD en todo el territorio del Estado aún no se había conseguido, si bien aquellas CC.LL. que no lo habían iniciado se encontraban

en fase de planificación y preparación de la infraestructura correspondiente.

Un momento verdaderamente clave para España en el devenir de los servicios sociales en general y del SAD en particular fue la promulgación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), mediante la que, siguiendo la tendencia de algunos países avanzados en políticas sociales, se incrementaba nuestro ámbito de protección social creando un derecho social nuevo que se configura como derecho subjetivo.

Entre las prestaciones que la LAPAD contempla está el servicio de ayuda a domicilio (SAD), que pasa a convertirse así en una prestación de derecho para las personas que, reuniendo los requisitos que la ley establece, la soliciten y les sea contemplada en su Programa Individualizado de Atención (PIA).

Sin embargo, también el SAD continuó y continúa prestándose a personas o familias que, sin encontrarse en situación de dependencia reconocida oficialmente o ser ésta de carácter leve (no contemplada dentro del ámbito protector de la Ley), sí se encuentran en otras situaciones de fragilidad o necesidad de las que se contemplan y regulan en las respectivas leyes de servicios sociales autonómicas. En algunas de éstas se contempla ya una cartera de servicios, entre ellos el SAD, que se declaran como derechos subjetivos. Todo lo anterior ha originado que, el crecimiento que en España ha tenido la extensión de la cobertura del SAD a lo largo de los últimos decenios haya sido muy notable, aunque insuficiente según las previsiones realizadas

Aunque los servicios domiciliarios estaban en su origen enfocados a las familias en general, y en particular, a las madres y a la infancia en situación de riesgo, la evolución sociodemográfica derivada del envejecimiento poblacional ha hecho que el SAD se preste en un altísimo porcentaje a personas mayores y, en mucha menor proporción, a familias e infancia o personas con discapacidad jóvenes.

2. Definición de los SAD

Existen diferentes definiciones del SAD. Entre ellas, destacamos la siguiente, que es también la que se recoge en el Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia (IMSERSO, 2005):

Se define el **servicio de ayuda a domicilio** como un programa personalizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal (física y psicosocial), gestión y funcionamiento de la unidad convivencial, fomento de las relaciones sociales en el entorno y apoyo a las familias, prestado en el domicilio de una persona en situación de fragilidad o de dependencia (Rodríguez, 2003, 2011)

En líneas generales, puede ser usuaria /o del SAD toda persona que tenga dificultad para realizar las actividades de la vida diaria y supere los límites de puntuación del baremo establecido a tal efecto en

cada entidad local. Cuando se trate de un SAD como prestación derivada de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), los requisitos son los establecidos por las normas derivadas de dicha Ley.

3. Objetivos generales de los SAD

Generalmente, se cita como objetivo general del SAD mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, potenciando su autonomía, seguridad y relaciones sociales.

Y entre sus objetivos específicos, suelen encontrarse:

- **Promover la autonomía personal en el medio habitual**, atendiendo las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- **Prevenir y evitar el internamiento** de personas que, con este servicio, puedan permanecer en su medio habitual.
- **Apoyar a las unidades de convivencia** con dificultades para afrontar las responsabilidades de la vida diaria.
- **Favorecer el desarrollo de capacidades personales y de hábitos de vida adecuados.**
- **Promover la convivencia** de la persona en su grupo de pertenencia y con su entorno comunitario.
- **Favorecer la participación** de las personas y de las unidades de convivencia en la vida de la comunidad.
- **Atender situaciones coyunturales de crisis personal o convivencial.**
- **Servir como medida de desahogo familiar** apoyando a las personas cuidadoras en su relación de cuidado y atención.

4. La dependencia y la pérdida de autonomía de las personas mayores.

El Consejo de Europa define la **dependencia** como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. Es un “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Se recogen así las características definitorias de la **dependencia**:

- La limitación física, psíquica o intelectual que disminuye determinadas capacidades personales.
- La incapacidad para realizar una o varias de las actividades de la vida diaria.

- La necesidad de cuidados y asistencia por parte de terceros.

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades.

La situación de dependencia se clasificará en los siguientes **grados**:

- **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.

En términos generales se podría afirmar que podrán recibir el SAD todas aquellas personas y unidades de convivencia que carezcan o tengan mermada la autonomía, temporal o permanentemente, que les impida satisfacer sus necesidades personales y sociales por sus propios medios, y requieran asistencia para continuar en su domicilio habitual, y que residan en cualquier municipio de la Comunidad Autónoma de que se trate.

La concesión del servicio de ayuda a domicilio se efectuará normalmente previa tramitación del procedimiento establecido al efecto por los entes locales competentes conforme a su normativa. Y presentada la solicitud por el interesado, corresponderá a los servicios sociales locales la valoración de la misma y la propuesta de concesión o denegación de la prestación.

En el caso de la LAPAD deberá seguirse el procedimiento de valoración y resolución establecido por la normativa específica. La variabilidad en los requisitos de acceso y baremos para la valoración de solicitudes y las diferencias de copago son algunos de los problemas que plantean estas prestaciones ya que se observan diferencias significativas entre CC.AA. y entes locales.

El **Catálogo de servicios** comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia que son:

- 1. Servicio de Teleasistencia:** El servicio de Teleasistencia 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, o de

inseguridad, soledad y 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.

2. Servicio de Ayuda a domicilio

- a. Atención de las necesidades del hogar.
- b. Cuidados personales.

El Servicio de Ayuda a Domicilio tiene como finalidad la mejora de la calidad de vida y la promoción de la autonomía de las personas para facilitarles la permanencia en su medio habitual

3. Servicio de Centro de Día y de Noche:

- a. Centro de Día para mayores.
- b. Centro de Día para menores de 65 años.
- c. Centro de Día de atención especializada.
- d. Centro de Noche.

El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de 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.

4. Servicio de Atención Residencial:

- a. Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
- b. Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

2.2.2. El rol y el perfil profesional de los/as auxiliares de ayuda a domicilio. Tareas y funciones. Trabajo en equipo.

1) El rol de los/as auxiliares de ayuda a domicilio

Un auxiliar de ayuda a domicilio no es más que un profesional cuyo trabajo consiste en ayudar o facilitar ayuda a una persona con problemas de dependencia en su domicilio, para hacer con ella o por ella y en colaboración, en muchas ocasiones, con la familia, aquellas actividades de la vida diaria que no puede realizar solo, intentando fomentar su autonomía

2) El perfil profesional

- Los auxiliares y las auxiliares de ayuda a domicilio son las personas encargadas de la atención directa a las personas usuarias/os mediante la realización de las tareas establecidas por los trabajadores y trabajadoras sociales.
- Estos profesionales deberán tener la **cualificación profesional** específica de atención sociosanitaria a personas en el domicilio, acreditada a través de los correspondientes Títulos de Formación Profesional , Certificados de Profesionalidad o vías equivalentes, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de Junio de las Cualificaciones y de la Formación Profesional.

A estos efectos, en particular se considerarán:

- a) El título de formación profesional de grado medio de Técnico en Atención Sociosanitaria o equivalente, regulado en el Real Decreto 496/2003 de 2 de mayo.
- b) El certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio o equivalente, regulado en el Real Decreto 1379/2008, de 1 de Agosto modificado por el RD 721/2011, de 20 de mayo).

3) Las tareas de los/ las auxiliares de ayuda a domicilio

La prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio comprende las siguientes tareas :

A. Tareas de carácter doméstico.

B. Tareas de carácter personal.

A. Tareas de carácter doméstico

Son aquellas **tareas** que van dirigidas fundamentalmente al cuidado del domicilio y sus enseres como apoyo a la autonomía personal y de la unidad de convivencia.

Estas actuaciones se podrán concretar, entre otras, en las siguientes actividades:

1. Relacionadas con la alimentación:

- Preparación de alimentos en el domicilio.
- Servicio de comida a domicilio.
- Compra de alimentos con cargo a la persona usuaria.

2. Relacionados con el vestido:

- Lavado de ropa en el domicilio y fuera del mismo.
- Repaso y ordenación de ropa.
- Planchado de ropa en el domicilio y fuera del mismo.

- Compra de ropa, con cargo a la persona usuaria.

3. Relacionadas con el mantenimiento de la vivienda:

- Limpieza cotidiana y general de la vivienda, salvo casos específicos de necesidad en los que dicha tarea será determinada por el personal técnico responsable del servicio.
- Pequeñas reparaciones domésticas. En éstas quedarán englobadas aquellas tareas que la persona realizaría por sí misma en condiciones normales y que no son objeto de otras profesiones.

B. Tareas de carácter personal

Son aquellas tareas que fundamentalmente recaen sobre las personas usuarias dirigidas a promover y mantener su autonomía personal, a fomentar hábitos adecuados de conducta y a adquirir habilidades básicas, tanto para el desenvolvimiento personal como de la unidad de convivencia, en el domicilio y en su relación con la comunidad.

Estas actuaciones se podrán concretar, entre otras, en las siguientes actividades:

1. Relacionadas con la higiene personal:

- Planificación y educación en hábitos de higiene.
- Aseo e higiene personal.
- Ayuda en el vestir.

2. Relacionadas con la alimentación:

- Ayuda o dar de comer y beber.
- Control de la alimentación y educación sobre hábitos alimenticios.

3. Relacionadas con la movilidad:

- Ayuda para levantarse y acostarse.
- Ayuda para realizar cambios posturales.
- Apoyo para la movilidad dentro del hogar.
- Relacionadas con cuidados especiales:
- Apoyo en situaciones de incontinencia.
- Orientación temporo-espacial.

4. Control de la administración del tratamiento médico en coordinación con los equipos de salud.

5. De ayuda en la vida familiar y social:

- Acompañamiento dentro y fuera del domicilio.
- Apoyo a su organización doméstica.
- Actividades de ocio dentro del domicilio.
- Actividades dirigidas a fomentar la participación en su comunidad y en actividades de ocio y tiempo libre.

Se excluyen expresamente del Servicio de Ayuda a Domicilio las siguientes tareas:

- La atención a otros miembros de la unidad de convivencia que no hayan sido contemplados en la valoración, propuesta técnica y concesión del servicio.
- Las actuaciones de carácter sanitario y otras que requieran una cualificación profesional específica.

4) Funciones de los/las auxiliares de ayuda a domicilio.

El personal auxiliar de ayuda a domicilio tendrá, entre otras, las competencias **funcionales** que a continuación se detallan:

- Realizar las actuaciones de carácter doméstico y personal.
- Prestar a las personas usuarias/os la atención adecuada a sus necesidades, realizando un trabajo educativo y contribuyendo a la inserción y normalización de situaciones a nivel individual o convivencial.
- Estimular el protagonismo de la persona usuaria, no sustituyéndola en aquellas tareas que pueda desarrollar autónomamente.
- Facilitar a las personas usuarias canales de comunicación con su entorno y con el personal técnico responsable del servicio.
- Cumplimentar la documentación de registro que le corresponda en los modelos establecidos para el servicio.
- Participar en la coordinación y seguimiento del servicio, facilitando la información necesaria sobre las personas usuarias.

5) Trabajo en equipo

El Servicio de Ayuda a Domicilio requiere la intervención de distintos profesionales, con la cualificación necesaria, para garantizar un nivel óptimo de calidad y eficacia en la prestación del mismo.

El equipo básico para la prestación del servicio **estará formado por trabajadores y trabajadoras**

sociales y auxiliares de ayuda a domicilio. Además, para posibilitar una actuación integral del mismo **podrán participar otros profesionales de los servicios sociales.**

La persona usuaria contará con una persona de referencia perteneciente al equipo de los Servicios Sociales Comunitarios de la Corporación Local, cuya función será facilitar información y asegurar, de forma integral, la atención que precise.

2.3. Los cuidadores principales y el servicio de ayuda a domicilio.

La familia como principal fuente de cuidado informal. Todos los datos internacionales, europeos y nacionales confirman de forma consistente que la familia es la principal proveedora de los cuidados informales para las personas dependientes en la mayoría de los países desarrollados (Las diversas investigaciones realizadas en nuestro país también indican la mayor representación de los familiares de las personas dependientes entre los cuidadores informales frente a otras fuentes de asistencia informal como los amigos y vecinos. Los últimos datos disponibles señalan que el 81% de las personas dependientes de cualquier grupo de edad es atendido por un familiar (INE, 2002; IMSERSO, 2003). Otra de las cuestiones que aparecen más claras cuando se estudia el perfil de los cuidadores informales es que la provisión de los cuidados de larga duración sigue siendo de forma predominante una tarea principalmente realizada por la mujer.

En general, los cuidadores de personas dependientes suelen ser familiares directos como los padres, los hijos o los cónyuges dependiendo del receptor de la asistencia. Son las madres, esposas e hijas las que asumen en mayor medida el cuidado. Los datos recogidos en España muestran que las mujeres mayores dependientes son atendidas fundamentalmente por sus hijas mientras que la asistencia proporcionada a los hombres dependientes de esta misma edad es efectuada bien por la hija bien por la esposa. También se confirma para España lo que sucede en otros lugares, es decir, que el intervalo de edad del cuidador se sitúa entre los 45 y los 69 años . Los cuidadores informales se enfrentan a elevadas demandas durante un período de tiempo prolongado, lo que puede provocarles una intensa sobrecarga que repercute negativamente sobre su salud física y mental. El cuidado se convierte por lo tanto en un estresor que impacta negativamente sobre el cuidador y que probablemente le sobrecargará. En este sentido, el cuidado informal ha sido conceptualizado como un evento vital estresante (Zarit, 1998a, 2002).

La finalidad de los programas formales de respiro (servicio de ayuda domiciliaria, centro de día, residencia) es aliviar al cuidador de forma periódica o temporal de su responsabilidad y de las demandas de cuidado, generadas por la asistencia a la persona dependiente. De forma general, el servicio de ayuda a domicilio (SAD) consiste en recibir asistencia periódica para cuidar a la persona dependiente durante una duración determinada de tiempo, mientras el cuidador principal se ausenta

o se dedica a otras tareas. La ayuda domiciliaria y los centros de día han aparecido en mayor medida en la bibliografía asociados de forma significativa con un mayor bienestar físico y psicológico del cuidador.

2.4. Uso del vocabulario básico de la atención domiciliaria.

- **Autonomía:** La 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 actividades básicas de la vida diaria.
- **Autonomía personal:** Aptitud para realizar por sí solo funciones de nutrición, aseo, personal y seguridad.
- **Cuidados no profesionales:** La 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.
- **Dependencia:** El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.
- **Servicio de Ayuda a domicilio:** Conjunto de actuaciones preventivas, formativas, y rehabilitadoras llevadas a cabo por profesionales cualificados en el propio domicilio, con el objetivo de atender en las actividades básicas de la vida diaria que necesite la persona en situación de dependencia.
- **Teleasistencia:** Servicio que 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, o de inseguridad, soledad y aislamiento. Este servicio puede ser independiente o complementario al de ayuda a domicilio, y se prestará a aquellas personas que no reciban servicios de atención residencial y así lo establezca su Programa Individual de Atención.
- **Programa individual de atención (PIA):** Programa en el que se determinan las modalidades de intervención más adecuada a las necesidades de la persona dependiente de entre los servicios y prestaciones que le corresponden en función de su grado y nivel de dependencia.
- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)** Son aquellas actividades de autocuidado y mantenimiento personal que permiten a la persona llevar una vida autónoma. Habilidades básicas referentes al autocuidado personal. Incluyen actividades relacionadas con la higiene

corporal, comer y beber, vestirse, control de esfínteres y desplazarse.

- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)** Son aquellas actividades más avanzadas que permiten al sujeto vivir en la Comunidad de manera normalizada, así como adaptarse a su entorno. Abarcan tareas complejas que requieren del usuario un grado de capacidad funcional para poder desarrollarlas. Son actividades orientadas a la organización e interacción con el entorno como, por ejemplo, uso del teléfono y otros medios de comunicación, cuidado de otros, uso del transporte, realización de labores domésticas, control de la economía y manejo del dinero, toma de medicación, etc.
- **Ayuda Técnica** :Las Ayudas Técnicas se pueden definir como aquellos dispositivos o utensilios destinados a disminuir o mitigar alguna discapacidad funcional, entendiendo ésta como la limitación de alguna capacidad funcional para realizar una actividad. Como todo producto que sigue los principios ergonómicos, la ayuda técnica debe proporcionar seguridad, eficiencia, comodidad y satisfacción.
- **Cuidador principal**: La atención prestada a personas en situación de dependencia, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.
- **Usuario del Servicio**: Persona objeto de la atención domiciliaria.
- **Trabajador/a Social de Ayuda a Domicilio**: Hacen el estudio de las necesidades de los usuarios/as, valoran la situación, y la idoneidad del recurso, elaboran el plan de tareas en función de las necesidades, así como la gestión y tramitación del mismo. Son los responsables del seguimiento y evaluación del servicio, coordinando a las auxiliares de ayuda a domicilio.

2.5. Principios éticos de la intervención social con personas y colectivos con necesidades especiales. Actitudes y valores.

La Deontología hace referencia a los principios y reglas éticas que regulan y orientan una actividad profesional. En el caso del trabajo diario del auxiliar de ayuda a domicilio, caben destacar dos aspectos fundamentales que lo hacen especialmente necesitado de guiarse por unos principios éticos sólidos:

- A. Trata con personas en situación de vulnerabilidad, por lo que su objetivo será el respeto a la dignidad de la persona.**
- B. Se trata de un trabajo que se realiza fundamentalmente en el domicilio del usuario, lo que le otorga características muy especiales.**

Al hablar de **actitud profesional** de las auxiliares de ayuda a domicilio se hace referencia a los comportamientos y responsabilidades que diariamente son capaces de asumir, a la forma de manejarse en el entorno de trabajo para poner en valor los conocimientos que poseen y afrontar los desafíos con

los que se encuentran en su labor cotidiana.

El auxiliar de ayuda a domicilio debe tener:

- **Responsabilidad:** Toda intervención realizada por el auxiliar de ayuda a domicilio se ha de considerar como la prestación de un servicio social desde la responsabilidad y la seriedad basado en el respeto a la persona y a los derechos humanos.
- **Igualdad:** Prestar una atención humana de igualdad y calidad sin discriminaciones injustas basada en diferencia de género, edad, discapacidad, color, clase social, religión u opción política, siempre que tales diferencias no encubran violencia ni abuso de poder.
- **Confidencialidad.** Uso responsable de la información en su trabajo profesional, tener en cuenta los principios de derechos a la intimidad..
- **Participación:** Motivar a los usuarios/as para que participen en el desarrollo de las tareas propuestas en el proyecto individual de intervención, atendiendo a sus características personales.
- **Puntualidad:** La falta de puntualidad afecta a la organización del tiempo y las tareas de cada usuario. Hay que tener en cuenta que muchas personas la visita del auxiliar es la única que reciben al día o a la semana. Restarle importancia a este aspecto es faltarle al respeto al usuario.

2.6. Aprecio por los principios éticos de la intervención con personas dependientes.

La ética del cuidado se fundamenta en la relación con el otro y en las emociones. Exige ponerse en la piel del otro, explorar qué siente, qué piensa, escuchar atentamente y responder a sus necesidades con flexibilidad, aceptando sus diferencias. Pero además asumir que en el cuidado, tan importante como la actividad a realizar, lo es la forma en que se lleva a cabo.

El profesional para realizar sus intervenciones debe aplicar unas estrategias de actuación:

- 1. Establecer vínculos relacionales con el asistido:** Debemos ser capaces de establecer previamente unas adecuadas bases relacionales con el usuario, trabajando desde la empatía, la escucha activa y la asertividad, así, el dependiente aceptará de mejor grado las intervenciones que se le expongan y manifestará una mayor disposición a implicarse activamente.
- 2. Es necesaria una relación de confianza mutua.** Reforzar positivamente cualquier avance en el desempeño autónomo: es importante observar y valorar cualquier esfuerzo que realice el usuario por actuar de manera autónoma, aunque sea un pequeño logro. Debemos trabajar en positivo, apreciando y poniendo énfasis en los logros sin reprochar la falta de implicación o los fallos.

3. **Exponer intervenciones de forma progresiva:** No es adecuado establecer exigencias demasiado complicadas y a corto plazo. Es mejor exponer metas asequibles, así como tener presente que cualquier avance por pequeño que sea, es mejor que ninguno de cara al refuerzo de la autonomía del usuario y su autoestima.
4. **Hacer sentir al usuario protagonista de su proceso y de sus decisiones:** El dependiente tiene que ser consciente de que no es víctima de su situación, sino protagonista, y no tiene que padecer las decisiones que otros adopten por él, sino que debe ser capaz de tomar sus propias decisiones, establecidas individualmente o de forma conjunta con sus familiares.

2.7. **Confidencialidad a la hora de manejar información personal y médica**

La confidencialidad es un asunto, sin duda de gran complejidad, pero de necesario análisis ya que afecta y preocupa al gran número y variedad de profesionales que acompañan y apoyan a muchas personas y grupos, porque la protección de la confidencialidad asegura, además del cumplimiento del deber legal como profesionales, el respeto a las personas y a sus derechos desde el reconocimiento de su dignidad.

Se entiende por **confidencialidad**, en el ámbito de la atención domiciliaria, el derecho de la persona usuaria al respeto de la privacidad de todos los datos relacionados con su persona por parte de los profesionales, incluyendo los datos e información de carácter sanitario.

Se convierte en un requisito imprescindible para una intervención que reconoce y respeta la necesidad de privacidad que tenemos los humanos. La privacidad o intimidad es el espacio propio, íntimo y exclusivo, donde la persona puede expresarse a sí misma en libertad y sin coacciones y, a donde solo acceden aquellas personas que generan confianza y, por ello, son autorizadas para compartir ese espacio de alto nivel de vulnerabilidad y amenaza de daño

Las personas que trabajamos en el ámbito de la ayuda a domicilio, residencias, hospitales, centro de salud, servicios sociales, accedemos continuamente al espacio privado de las personas para realizar nuestras intervenciones con el objeto de protegerlas y/o prestar apoyos para desarrollar su autonomía. Así tocamos su cuerpo, conocemos sus valores, exploramos sus sentimientos y relaciones afectivas, gestionamos sus propiedades y recursos económicos, conocemos su historia personal y familiar, accedemos a sus datos clínicos y educativos, en definitiva, participamos continuamente en su espacio privado y restringido a las personas de confianza que otorgan seguridad.

La exigencia de confidencialidad de la persona usuaria se complementa con un solapamiento absoluto, con la obligación de sigilo o secreto de quien recibe la confidencia para que dicha exigencia sea eficaz. Dicha obligación es un requerimiento para cualquiera que esté comprometido con prestar ayuda a otra persona. No respetarla y revelar información confidencial de una persona que se confía

a nosotros, a otras personas, suele tener como consecuencia la ruptura del vínculo de confianza y la incapacidad de continuar la relación profesional o de obtener beneficios con ella.

Las personas usuarias/os presuponen que aquello que se va a conocer de su privacidad será utilizado para el beneficio que espera conseguir y por ello se lo confía a la persona o personas que realizan la intervención, presuponiendo que toda información se restringirá, preservando su intimidad, al ámbito concerniente a la situación que se aborda. La mutua confianza (que implica fiarse del otro) es la base de la relación.

Se entiende por **secreto profesional**, el deber de custodiar la información relativa a la persona usuaria, revelada por ella o conocida a través de la relación profesional establecida por y para su atención.

Confidencialidad y protección de datos están recogidos en diferentes leyes como son: **La Constitución Española, la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente en el ámbito sanitario.**

El ámbito personal es protegido por el ordenamiento jurídico que, de un lado, limita el acceso a la esfera íntima de las personas a su consentimiento y, además, reconoce el derecho a la confidencialidad de la información privada y la protección de los datos personales, de modo que quienes hayan entrado en conocimiento de datos íntimos de otra persona no puede revelarlos ni utilizarlos sin la autorización expresa del interesado o de una ley.

Todo dato de carácter personal, no solo el nombre y el apellido, también, por ejemplo, el D.N.I. o su fecha y lugar de nacimiento, o el número de historia clínica, identifican a una persona. Así, todo dato identificativo está sujeto a la normativa de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Y todas las personas tienen derecho a ser informadas sobre cómo se van a tratar sus datos personales y cuál es su finalidad, a consentir si quiere que se traten o no, al acceso de sus datos identificativos, a rectificarlos si están equivocados, a cancelar dichos datos y a oponerse al tratamiento.

La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente en el ámbito sanitario defiende la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los que resalta el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, y, afirma que, el Sistema Nacional de Salud, debe asegurar en condiciones de escrupuloso respeto la intimidad personal y la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

En ocasiones quienes rodean a la persona pueden llegar a considerar que cierta información es dolorosa o perjudicial para ésta (enfermedades, muertes, acciones no esperadas o deseadas de otros,

etc.) y, por ello, optan por ocultársela o incluso por mantenerla engañada. Un caso extremo es la denominada “conspiración del silencio”.

La conspiración del silencio es el acuerdo, implícito o explícito, del entorno familiar y/o profesional de alterar o no transmitir la información de su situación a la persona usuaria. Habitualmente se llega a esta situación con la intención de proteger y no dañar a la persona, presumiendo que conocer cierta información le va a resultar perjudicial.

En el caso de que se considere pertinente informar a la persona, debemos en primer lugar valorar quién debe hacerlo y, tener en cuenta también la forma más adecuada de comunicárselo.

2.8. Respeto por la intimidad de las personas dependientes.

La intimidad, lo íntimo, sería la parte de la vida privada que cada ser humano ya sea por motivos sociales, educacionales, o de la propia naturaleza humana quiere guardar para sí de una forma muy especial y que sólo la dará a conocer, si decide hacerlo, a un círculo reducido de personas en las que se tiene fe compartida, o confianza y que, por ello, se hace en ambiente de confidencialidad.

Creemos poder decir que, al menos en nuestro ámbito cultural, en el centro de la intimidad se encuentra nuestra vida interior: pensamientos, sentimientos, deseos, ideologías y creencias, y algunas parcelas de nuestra vida exterior: relaciones íntimas, actos fisiológicos. Ciertos datos sobre nuestra persona, entre los que se encuentran los relacionados con nuestra procedencia (datos genéticos, datos referidos a la raza), las tendencias sexuales, los datos de salud y otros datos que puedan acarrear menoscabo o discriminación en nuestra forma social y en los ambientes en los que vivimos, son datos íntimos que hay que respetar para poder respetar la autonomía y la libertad

La protección de la intimidad de la persona se califica desde la Constitución como un derecho fundamental, apoyado en la dignidad de la persona y en los derechos inviolables que le son inherentes a ésta

Artículo 18.1 Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

Se han distinguido distintos **tipos o ámbitos de la intimidad**, las cuales, todas ellas, han de ser objeto de protección por parte de las instituciones responsables y de los y las profesionales que dispensan atención o cuidados personales. Cabe destacar las siguientes:

- A. La intimidad corporal o física:** Hace referencia a la limitación en relación al acceso al cuerpo de las personas por parte de otras. Incluye tanto el acceso físico como el visual. La protección de la intimidad corporal requiere que el acceso al cuerpo se realice con el consentimiento de la persona y evitando situaciones que generen excesivo pudor. Su protección precisa de un ámbito privado protegido de injerencias externas y una especial atención a los contextos

culturales.

- B. La intimidad informativa:** Hace referencia a la obligación de confidencialidad en relación al derecho de la protección de las informaciones personales y, por tanto, al acceso limitado a las informaciones personales y a la obligación de secreto cuando las personas usuarias comparten algo que no quieren que se sepa por parte de más personas. Se relaciona también con el tratamiento correcto de la información, evitando comentarios hirientes o improcedentes sobre las personas o situaciones.
- C. La intimidad decisoria:** Hace referencia a la necesidad de intimidad en ciertos procesos de toma de decisiones. Su protección precisa de un ámbito privado protegido de intromisiones externas, de espacios y tiempos en soledad o en compañía de las personas elegidas por la persona usuaria, así como una atención especial y respeto a los valores y emociones presentes en estos procesos.
- D. La intimidad espacial:** Hace referencia al territorio que configura el ámbito privado, incluyendo tanto los espacios como los objetos. La intimidad espacial es importante para garantizar el mantenimiento de las relaciones interpersonales y el desarrollo de actividades privadas, así como para proteger aspectos relacionados con la personalidad (ideas, sentimientos, valores).

Proteger la intimidad se convierte, por tanto, en una obligación para las entidades, instituciones y profesionales que dispensan cuidados. No puede considerarse un criterio negociable. Además, el trato cálido ha de ser un elemento esencial en la **buena praxis** profesional, un objetivo que debería de estar siempre presente en los planes que buscan la mejora de la calidad asistencial.

Pautas de actuación:

- Nadie más que el usuario debe saber si está enfermo o si se le debe practicar determinado cuidado. Se evitará exponer o mostrar listados de usuarios, datos médicos, evolución de su estado.
- Abstenerse de hacer comentarios frívolos (con otro/as auxiliares...) sobre cualquier circunstancia de salud o personal tanto del usuario como de su familia.
- La información personal del usuario/a no deberá usarse para fines distintos de los asistenciales.
- Todo documento en el que aparezca el nombre de un usuario/a deberá sustraerse del alcance de personas ajenas al ámbito asistencial.
- No se permitirán filmaciones o fotografías en las que se pueda identificar a los usuarios/as sin su autorización expresa o la de la familia en caso de incapacidad.

El profesional de ayuda a domicilio, en el ejercicio de sus funciones, invade con frecuencia la “esfera personal” o zona íntima de los usuarios, por lo que se hace necesario ser extremadamente cuidadoso y respetuoso a la hora de realizar las técnicas y los cuidados, informando en cada momento de qué se va a hacer, cómo, durante cuánto tiempo y para qué.

2.9. Mantenimiento de la higiene y presencia física personales del profesional de ayuda a domicilio.

- La imagen que el auxiliar da a los usuarios/as es la imagen del servicio de ayuda a domicilio ante ellos. Hay que preocuparse por causar una buena primera impresión en la persona usuaria/o y conservarla cada día. La buena apariencia puede crear sentimientos de confianza y acercamiento por parte de las personas usuarias/os, haciendo más agradable el servicio.
- Es obligatorio en la prestación del servicio el uso de uniforme, así como guantes para las tareas de mantenimiento del hogar y para las tareas de aseo personal.
- Es obligatorio que la auxiliar se presente en los nuevos servicios con un carnet identificativo propiedad de la entidad a la que pertenece, en un lugar visible.
- La auxiliar deberá lavarse las manos antes de empezar cada servicio y después de finalizarlo.
- Llevar el uniforme o ropa de trabajo limpio.
- No llevar joyas ni objetos que supongan un riesgo o dificulten la labor.
- Procurar no salir del domicilio vestido/a con el uniforme
- Hay que mantener siempre una buena postura, para tener una buena apariencia y para evitar molestias derivadas de una inadecuada posición.

2.10. Atención integral de las personas. Técnicas de humanización de la ayuda.

La importancia de la reflexión de los profesionales sobre su quehacer diario, de que nos preguntemos, antes de actuar, sobre nuestros propios prejuicios hacia las personas, cómo nos comportamos en momentos concretos, cuál es nuestro grado de compromiso en su cuidado, qué valores están presentes en la relación y qué tipo de relación mantenemos con ellas. Si queremos cuidar bien, resulta imprescindible dar respuestas a estas preguntas.

Desde prejuicios que catalogan a las personas dependientes de quejicas, demandantes, poco colaboradoras o como usuarios/as que no se enteran de nada, solo podremos establecer relaciones distantes y desconfiadas que nos abocarán a mantener actitudes defensivas y nos impedirán cuidar. El cuidado sólo puede sustentarse en relaciones en las que exista confianza mutua.

Los **principios** que nos pueden servir de guía para hacernos reflexionar sobre algunos hábitos y la

posibilidad de mejorarlos son:

- A. **El principio de no maleficencia:** Nos obliga a no hacer daño a la persona dependiente ni a sus familiares en el orden físico o emocional, y se traduce en la práctica diaria en la obligación de realizar aquellas cosas que están indicadas y evitar hacer las que están contraindicadas.
- B. **El principio de autonomía:** Nos obliga a promover y respetar las decisiones de las personas mayores, asumir su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales. Algunas de las especificaciones de este principio como el respeto a la intimidad o el derecho al consentimiento informado, continúan siendo una asignatura pendiente en el ámbito sociosanitario. Tenemos que hacer autocrítica y valorar que estamos ante personas dependientes que sufren por el hecho de tener que ser lavadas o vestidas por otros y que no han renunciado a su derecho a la intimidad, sino que lo ejercitan “permitiendo” que accedemos a ella porque confían en nosotros y esperan que seamos sensibles y la respetemos
- C. **El principio de justicia:** Obliga moralmente a no discriminar a ninguna persona por razones sociales y a distribuir los recursos y la accesibilidad a los mismos de forma equitativa, protegiendo a los más necesitados.
- D. **El principio de beneficencia:** Nos obliga a hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando los riesgos.

El profesional debe aplicar una serie de **técnicas que permiten humanizar la asistencia** entre ellas:

- A. **Respeto:** Aceptar y comprender tal y como son los demás, aceptar y comprender su forma de pensar aunque no sea igual que la nuestra.
- B. **Dignidad:** Todo ser humano tiene dignidad solo por su condición básica del ser humano.
- C. **Comprensión:** Cuando alguien se siente comprendido entra en un estado de alivio, tranquilidad y equilibrio.
- D. **Aceptación:** Actitud fundamental en la relación de ayuda, aceptar sin condiciones a la persona a la que se ayuda, sin realizar juicios de valor.
- E. **Paciencia:** Capacidad de soportar molestias sin rebelarse, aprendiendo a mantener la calma en todo momento.
- F. **Cercanía:** Nos permite valorar de forma adecuada las necesidades de aquellos a los que cuidamos
- G. **Escucha activa:** Tiene una importancia relevante ya que aportan datos que ayudan a comprender mejor la situación de la persona .Algunas **indicaciones para la escucha activa:**
 - Mantener el contacto visual y la mirada directa y no realizar otra actividad al mismo tiempo que la persona habla.

- Mantener una expresión facial de interés y realizar señales de atención para la persona que habla, como movimientos afirmativos con la cabeza, sonrisas, usar cambios de ritmo y entonación.
- Olvidar las prisas por responder: no hablar nunca por los usuarios ni adelantar las conclusiones de lo que nos está contando; debemos tener cuidado y no caer en el error de “creernos adivinos”.

H. Asertividad: Expresar nuestra ideas abiertamente y manifestando comprensión y respeto a la posición de la otra persona

I. Comunicación: Tanto verbal como no verbal. Habilidad necesaria para saber “qué decir”, “qué hacer” y “saber estar” ante cualquier situación que así lo requiera. No podemos olvidar que el contacto físico acompañado de un silencio cómplice, puede decir mucho más que las palabras.

2.11. Dinámica de la relación de ayuda: Adaptación, dificultades, límites, y prevención de riesgos psicológicos.

Algunas personas dependientes, debido a la situación que viven, tienden a tener un carácter cerrado, poco social (en parte debido a la negación, frustración o miedo) con las personas que les rodean y sobre todo con las personas que les ayudan y apoyan. Pueden aislarse en su propio domicilio, lo que afecta tanto a la frecuencia de sus relaciones interpersonales, como a la manera y habilidades para relacionarse con los demás. El profesional deberá observar estas dificultades y desarrollar estrategias para evitar la pérdida de relaciones sociales del usuario/a y favorecer la creación de nuevos lazos.

Según el colectivo en el que se lleven a cabo las relaciones sociales, éstas pueden tener diferentes características:

- 1. Relaciones sociales de las personas mayores:** Estarán determinadas por el estilo de vida de cada usuario, por el entorno socioafectivo mantenido en su juventud y adultez, por su estado de salud, por su cultura... Sienten preferencia por las relaciones primarias (familiares y amigos); Menor motivación para mantener relaciones nuevas. Necesidad de afrontamiento de pérdidas de seres queridos (pareja, amigos...) o cambio de roles (jubilación, abuelos ..)
- 2. Relaciones sociales de las personas con discapacidad:** Inseguridad (sobretudo en las discapacidades adquiridas a lo largo de la vida), lo que muchas veces lleva al aislamiento. Carencias de habilidades sociales por actitudes de sobreprotección del entorno, dificultades para captar o transmitir información (deficiencias sensoriales e intelectuales), escasez de interacciones. En ocasiones utilizan la discapacidad para manipular la interacción con los otros intentando dar pena, compasión, culpa...

- 3. Relaciones sociales de las personas convalecientes o con enfermedad:** Disminución de las redes sociales. Escasa motivación para establecer nuevas relaciones. Interés centrado en ellas mismas. Tendencia al aislamiento. Sentimientos de ansiedad, tristeza, irritabilidad...

En general, existen posibles **limitaciones en el repertorio de habilidades sociales de las personas con dependencia**, como las que se mencionan a continuación:

- Falta de oportunidades sociales.
- Sentimientos de incompetencia social, ansiedad ante situaciones sociales, impulsividad, expectativas de fracaso, etc.
- Contextos sociales poco favorecedores, negativos para la persona dependiente, donde se manifiestan conductas de rechazo, minusvalía, recriminación sistemática de sus dificultades, etc.
- Falta de habilidad para iniciar o mantener conversaciones con otras personas.
- Falta de interés por mantener contacto con los otros.
- Falta de habilidad para expresar opiniones de forma adecuada.
- Dificultad para hacer peticiones
- Falta de habilidad para recibir y realizar cumplidos.
- Dificultad para aceptar críticas.

El periodo de adaptación al servicio de ayuda a domicilio es un momento delicado y pueden surgir situaciones conflictivas con facilidad. Las **causas más frecuentes de aparición de las situaciones conflictivas** son las siguientes:

- A. Sentimientos negativos del usuario/a:** Ante su situación de dependencia, suelen aparecer comportamientos de irritabilidad, al ver que su dependencia va en aumento y necesita más ayuda de la que él quisiera para realizar las AVD.
- B. Desconfianza:** (objetos personales que se cambian de lugar, invasión de su espacio..), vergüenza (ante el aseo o la evacuación), tristeza.
- C. Visión equívoca de la situación de dependencia:** A veces surge el conflicto porque al auxiliar de ayuda a domicilio se le ha asignado unas tareas y el usuario/a prefiere que realice otras. Es importante que el/la auxiliar de ayuda a domicilio sea amable, pero se mantenga firme y transmita la necesidad de realizar las tareas asignadas.
- D. Habitación:** Otra situación que suele provocar conflicto es la sustitución de los auxiliares domiciliarios (por vacaciones, bajas por enfermedad...), la relación que se establece con los usuarios/as suele ser muy estrecha y admitir a otra persona diferente en el propio domicilio

no resulta fácil. Es importante presentar al compañero que le va a sustituir, explicarle cuáles son las tareas que realiza, e intentar que el usuario/a no perciba el cambio de una forma brusca.

E. Cambios de la rutina diaria: Actividades que se salen de la rutina diaria (celebraciones familiares, visitas...), suelen ser fuente de ansiedad, y en consecuencia generadoras de conflictos.

Es necesario conocer las situaciones conflictivas que puedan surgir con el fin de atenuar los factores que los desencadenan. Esto contribuirá al bienestar y la seguridad de los usuarios/as.

Ante un conflicto de intereses o situación incómoda, se debe intentar resolver el problema. Se trata de buscar la manera de lograr los propios objetivos teniendo en cuenta los de la otra persona, evitando caer en actitudes como ignorar el conflicto, buscar sólo los propios objetivos, evitar la discusión o no enfrentarse a él...

Para pedir un cambio de comportamiento a la persona dependiente conviene tener en cuenta:

1. Describir el problema de forma concreta, sin juzgarlo, ni interpretarlo, ni ser acusador.
2. Reforzar la escucha y la disposición al cambio (“te agradezco que vayas a intentarlo”).

Uno de los riesgos psicológicos más presentes en la relación de ayuda es la aparición de un excesivo compromiso emotivo con la persona usuaria/o.

Hay que saber “desconectar” al acabar nuestra intervención, evitando que las cuestiones relacionadas con el desarrollo de nuestro trabajo persistan una vez terminada nuestra labor, y que se manifiesten durante nuestra propia vida personal.

2.12. La intervención en las situaciones de duelo.

El duelo, es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. En términos generales es un proceso normal, por lo que no se requieren situaciones especiales para su resolución.

Entre los diferentes procesos de duelo que tienen que enfrentarse, el más doloroso se refiere a la finitud de nuestra vida y la de los seres queridos. La intensidad del duelo no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye. Algunos estudios refieren que 16% de las personas que pierde un familiar sufre una depresión durante el año siguiente, cifra que se incrementa hasta aproximadamente 85% en la población mayor de 60 años de edad (estudio de la Sociedad de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)).

La mayoría de los autores e investigadores piensa que el duelo ante la muerte de un ser querido es

una reacción humana normal, por extrañas que sean sus manifestaciones. La derivación hacia el duelo patológico se plantea cuando esas anomalías se extienden en el tiempo o derivan a otro tipo de problema psiquiátrico.

El desarrollo clínico del duelo pasa siempre por los mismos caminos que constituyen **tres grandes fases:**

- A. El inicio o primera etapa:** Se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anestesiada, el intelecto está paralizado y se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardíaco, náuseas o temblor. La primera reacción es el rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. La persona que ha sufrido la pérdida activa inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información. Esta fase es de corta duración, se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres
- B. Etapa central:** Es el núcleo mismo del duelo; se distingue por un estado depresivo y es la etapa de mayor duración. Al principio, la imagen del desaparecido ocupa siempre y por completo la mente del doliente. Conforme pasa el tiempo, alternan momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna de quien sufrió la pérdida. En esta fase se recuerda constantemente al desaparecido y se añoran los pequeños detalles de la vida cotidiana que se compartían con el ser querido.
- C. Etapa final:** Es el periodo de restablecimiento. Comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir nuevos deseos y de expresarlos. Este periodo de adaptación se manifiesta por el desarrollo de nuevas relaciones sociales. Se separa de los objetos personales del fallecido, guardando solamente los significativos. El estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta un alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente, por la capacidad de amar de nuevo.

Hay diferentes tipos de duelo:

- A. Duelo patológico:** Es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto.
- B. Duelo anticipado:** El duelo no comienza en el momento de la muerte, sino mucho tiempo

antes. Cuando se emite un pronóstico de incurabilidad, se produce tristeza en el familiar, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear. A partir de ese momento se crea lo que se ha llamado el duelo anticipado, que ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida.

C. Preduelo: Es un duelo completo en sí mismo que consiste en creer que el ser querido ha muerto definitivamente “en estado de salud”. El que está ahora a nuestro lado ha sido transformado por la enfermedad a tal punto, que en algunos casos no se le reconoce más

D. Duelo inhibido o negado :Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida.

E. Duelo crónico :Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida.

Los objetivos de la intervención con las personas en duelo pueden esquematizarse en cinco puntos:

1. Mejorar la calidad de vida del sufriente.
2. Disminuir el aislamiento social.
3. Aumentar la autoestima.
4. Disminuir el estrés.
5. Mejorar la salud mental (prevención de enfermedades).

Cuando una persona vive una **situación de pérdida**, pueden aflorar fuertes sentimientos que nunca ha experimentado e incluso que no reconoce; algunas personas llegan a tener la sensación de estar “volviéndose locos” por el dolor y el sufrimiento emocional que sienten. Aunque podemos encontrarnos con cualquier **tipo de sentimiento**, los más problemáticos suelen ser:

A. Enfado: En estas situaciones la persona que pierde un ser querido se siente enfadada, impotente ante la situación, y esta emoción puede ser dirigida hacia el personal sanitario, personal de ayuda a domicilio, familiares e incluso contra sí mismo.

B. Culpa: Este sentimiento es bastante común, dado que está presente en nuestra vida cotidiana y forma parte de nuestra cultura. Puede aparecer en cualquier momento de nuestra vida y es uno de los sentimientos más frecuentes ante la pérdida de un ser querido.

C. Ansiedad: Frente a una nueva situación donde se rompe la estructura de vida de la persona, pueden surgir muchos miedos y sentimientos de impotencia que le hacen sentirse ansiosa. La ansiedad la podemos expresar a través de los pensamientos, sintomatología física (ahogo, sudor, palpitaciones,...) y conductas.

D. Tristeza: El sentimiento de tristeza puede en algunas situaciones ser reprimido por el entorno social; en este sentido, llorar delante de alguna persona puede resultar difícil.

Ante estos síntomas el auxiliar de ayuda a domicilio puede ayudar al usuario/a animando a recuperar (si es el momento) alguna actividad gratificante que antes realizaba (ejercicio físico, escuchar música, leer...). Evitando el aislamiento. Valorar posibles estilos de afrontamiento poco sanos (alcohol, drogas...) y comunicarlo al Trabajador/a Social. Recobrar algunas actividades de la vida diaria que haya abandonado

El duelo es un proceso normal de adaptación ante las pérdidas, lo importante es transitar y resolver cada etapa del duelo.

2.13. La observación y el registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades de atención física. Técnicas e instrumentos de observación aplicados a las situaciones domiciliarias.

Observar consiste en recoger información relevante a través de los sentidos, especialmente la vista.

La observación debe ser un instrumento constante para la programación y desarrollo del trabajo con el usuario/a. Observar tanto a los propios usuarios/as como a su entorno brinda mucha información extra que en ocasiones no surge a través del diálogo. Por ello observamos:

- A. Al propio usuario:** Aspecto, cuidados, estado, etc.
- B. Al entorno humano:** Qué personas tiene a su alrededor, cómo es su relación con ellas, cómo es el trato, cómo son, etc.
- C. Al entorno físico:** En qué condiciones está la vivienda, hay un elevado riesgo de accidentes, cómo es su accesibilidad, etc.

En este sentido, un profundo conocimiento del usuario/a al que estamos atendiendo es elemento fundamental para detectar, a través de la observación, los cambios que van sufriendo.

Existen **diferentes técnicas e instrumentos de observación y registro** dentro de los servicios de atención domiciliar que realizan los enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales con el fin de asegurar la vigilancia de la evolución funcional y las actividades de atención desarrolladas con la persona usuarias. Destacamos entre ellas:

- A. Registros de observaciones:** Hace referencia al diario de campo (también denominado hoja de evolución, hoja de observaciones...). Documento donde se recogen las diferentes observaciones e incidencias acaecidas en el desarrollo de la atención.
- B. Las escalas de valoración:** A través de las escalas se puede conocer el estado funcional inicial de la persona usuaria del servicio, lo que permitirá planificar los cuidados y la atención precisa, y servirá como guía para la vigilancia de la evolución de las personas usuarias a lo largo del tiempo. Algunos **ejemplos de escalas:**

- 1. Índice de Barthel :** Miden el nivel de independencia o dependencia funcional en las

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): baño, vestido, acudir al servicio, desplazamientos, continencia y alimentación.

2. **Escala de Lawton y Brody:** Analiza la independencia o dependencia respecto de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): uso del teléfono, realización de compras, preparación de comidas, realización de tareas domésticas, lavado de ropa, uso de transporte, toma de medicamentos, manejo de dinero.

1.ÍNDICE DE BARTHEL
(Servicio Andaluz de Salud)

Se trata de un cuestionario con 10 ítems. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse- Bañarse

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones
----	---------------	---

		y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse/ sillón-cama

15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama,
----	---------------	---

		frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulaci3n

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela solo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n f3sica o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

2.ESCALA LAWTON Y BRODY (Servicio Andaluz de Salud)

Se trata de un cuestionario que consta de 8 ítems. No tiene puntos de corte. A mayor puntuaci3n mayor independencia, y viceversa. El rango total es 8.

	Puntos
Capacidad de usar el tel3fono	
Utiliza el tel3fono por iniciativa propia, busca y marca los n3meros, etc	1

Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclamar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0

No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
Manejo de asuntos económicos	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco)	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1
Incapaz de manejar dinero.	0
PUNTUACIÓN TOTAL	

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una independencia total.

C. La entrevista :Tiene por objeto establecer, a partir de una fuente directa, cuáles son las necesidades principales del caso. Para ello se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

1. Si la persona vive sola es necesario saber quién le cuida y cuando le visitan. Si vive con más gente tendremos que informarnos sobre el número de personas, el sexo, la edad, la profesión, las obligaciones que estos tienen fuera del domicilio, horas de permanencia en la casa, posibilidades reales de colaboración, etc.
2. Conocer el estado de salud de la o las personas. Para ello también se recurrirá a informes médicos preexistentes.
3. Averiguar el estado subjetivo de salud y de bienestar general de la o las personas. Indagar acerca de las áreas de dificultad y las de autonomía: estado emocional, estado de conciencia, lenguaje, percepción (modo de interpretar el mundo e interpretarlo), discurso del pensamiento (si es lógico o no), capacidad de atención o concentración, ...
4. Conocer los hábitos de la o las personas, actividades de la vida diaria, actividades dentro y fuera del domicilio, horas, días o actividades especiales, etc.
5. Saber la opinión de los cuidadores principales. Problemas y dificultades, vías de posibles soluciones, alternativas, etc.

6. Obtener datos de la red social del o de los usuarios: familia, amistades, etc.



2.14. Las ayudas técnicas para la higiene personal y el cuidado.

A. Ayudas técnicas para la higienes y el aseo:

1. Si la persona tiene dificultad para identificar la estancia es conveniente **señalizar la puerta** con un pictograma que haga alusión a la actividad.
2. Para personas con dificultad para agacharse o incorporarse de la superficie del inodoro, es conveniente elegir su altura con diversos dispositivos. Nunca hay que apoyarse en lugares como el lavabo, los grifos o los toalleros. Existen diferentes **tipos de alzas**:
 - **Alzas que se colocan sobre el aro del inodoro** y que se pueden encontrar en diferentes alturas (a veces es difícil que se ajusten perfectamente a la forma de todos los inodoros). Algunas de estas alzas tienen reposabrazos incorporados.
 - **Alzas con reposabrazos para apoyarse y con patas regulables** en altura apoyadas en el suelo. Se pueden adaptar a cualquier forma de inodoro.



3. **Asientos elevadores** que al hacer el ademán de incorporarse levantan la parte posterior ayudando a ponerse de pie.
4. **Asideros o barras a los lados del inodoro** para apoyarse, tanto al sentarse como al levantarse.
5. Si hay limitaciones de alcance, éste puede aumentar sustituyendo el lavabo por otro más pequeño o cambiando el grifo por otro de caño más largo. Si existe dificultad para manipular grifos con empuñadura redonda o de cruceta, o no es aconsejable, por prevención, se puede utilizar una **adaptación de palanca** que facilite su manejo. Existen lavabos regulables en altura que permiten ajustarlos de forma individualizada a las dimensiones de los usuarios/as

y a las de las personas con las que conviven.

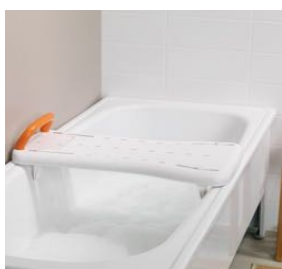
6. Para facilitar el lavado de manos hay **dispensadores de jabón por infrarrojos** que se accionan al situar las manos bajo la salida de jabón. Pueden ser portátiles o de pared.



7. Es recomendable utilizar **secamanos eléctrico de aire**, con pulsador, o automático.

8. Asientos de bañera. **Tipos:**

- **Tabla de bañera:** Se apoya en los bordes de la bañera, fijándose por debajo al interior de la misma. No es una tabla de transferencia para pasar a otro asiento, sino un asiento en sí mismo. Algunas disponen de un asa adicional para agarrarse. La persona requiere buen equilibrio de tronco y poder elevar las piernas por encima del borde de la bañera, por sí misma o ayudada por un asistente.
- **Asiento giratorio:** Se apoya sobre los lados de la bañera y gira, quedando la parte frontal del asiento paralela al borde de la bañera. Puede tener reposabrazos fijos o abatibles para que la persona se agarre. Es necesario poder elevar las piernas por encima del borde de la bañera, por sí mismo o ayudado por un asistente. Algunos modelos sobrepasan el borde de la bañera y resultan demasiado altos para determinadas personas.



9. Asientos y sillas de ducha:

- **Asientos fijados a la pared:** Deben fijarse adecuadamente a la pared, por una persona experta. Tienen la ventaja de que ocupan muy poco espacio y si son abatibles, se

pliegan para que otra persona use la ducha de pie. Necesitan estar a la altura adecuada, de forma que los pies se apoyen completamente en el suelo de la ducha para que la persona esté estable. Algunos modelos disponen de reposabrazos que aumentan la estabilidad. Si la persona necesita un asistente, son asientos difíciles de usar, porque la espalda y cabeza quedan pegadas a la pared y es más difícil realizar la higiene.

- **Sillas y taburetes de ducha:** Algunos modelos disponen de patas de altura regulable. Pueden tener reposabrazos. Aunque hay modelos sin respaldo, son más seguros con él.
- **Sillas de ducha con ruedas:** Existen modelos bimanuales y otros para ser empujados por un asistente. Si se realiza una transferencia lateral, los reposabrazos deben ser abatibles o desmontables. Algunos modelos tienen un asiento con agujero o con escotadura delantera o trasera para la higiene íntima y otros pueden utilizarse además en el inodoro. Deben usarse en espacios de ducha donde no haya escalón.



B. Ayudas técnicas para el cuidado personal.

1. **Esponjas y cepillos de baño, con mango grueso:** Para limitaciones de alcance.
2. **Peines o cepillos con mango largo curvado o angulado:** Permiten peinarse flexionando el codo pero sin elevar el hombro.
3. **Tijeras de mango largo;** Éstas no deben utilizarse cuando no hay buena coordinación o buena visión, por el peligro de cortar la piel al hacerlo a mucha distancia. Si hay limitaciones visuales, existen **cortauñas que disponen de lupa y luz incorporada.**
4. **Para lavarse el pelo si es necesaria la ayuda de otra persona, existen productos para utilizar en la cama o en la silla, que tienen una escotadura para el cuello y un canal de desagüe:** Los que se apoyan en el respaldo de la silla, pueden desaguar en el lavabo. Otros

disponen de una base similar a un trípode que apoya en el suelo.

5. **Cepillos eléctricos:** Si el agarre es dificultoso o no existe coordinación suficiente para la limpieza correcta de la dentadura sin causar daño, cepillo con mango engrosado y tubos de pasta de dientes con tapa en vez de rosca.
6. **Maquinillas de afeitar eléctricas:** Ya que eliminan el riesgo de corte de la piel y la necesidad de aplicar crema de afeitar.



3. **Aplicación de técnicas de higiene y aseo de la persona dependiente**

3.1. **Principios anatomofisiológicos del órgano cutáneo y fundamentos de higiene corporal. Patología más frecuente.**

La piel es la cubierta exterior del organismo y el órgano más extenso del cuerpo humano. Su principal característica, de la que derivan todas sus funciones, es que constituye una barrera de separación entre el medio interno y el externo.

La piel está **dividida en 3 estratos o capas** que, desde el **exterior al interior**, son:

- A. **Epidermis:** Es la capa más externa. Carece de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas. Es más gruesa en la palma de la mano y la planta del pie. Las células de la epidermis se distribuyen a su vez en cinco capas o estratos: capa córnea (la más superficial), estrato lúcido, estrato granuloso, estrato de células espinosas y estrato basal. En la capa córnea encontramos células escamosas muy finas, que en la superficie de la piel están muertas y siempre desprendiéndose y siendo sustituidas. En el estrato basal es donde las células se reproducen. Para mantener el espesor constante de la epidermis, las células nuevas del estrato basal empujan las otras capas superiores hasta llegar a la capa córnea, donde morirán y volverán a ser sustituidas por otras nuevas.
- B. **Dermis:** Es una capa de tejido conjuntivo, situada bajo la epidermis. Es de mayor grosor que la epidermis y contiene vasos sanguíneos y linfáticos, terminaciones nerviosas, glándulas

sebáceas y sudoríparas y folículos pilosos. Se conoce como “la piel verdadera”. A diferencia de la epidermis, la dermis no se descama y se regenera a sí misma de una forma continuada. Al disponer de una red nerviosa especializada, procesa informaciones sensitivas como el dolor, la presión, el tacto y la temperatura.

- C. Hipodermis:** llamada también tejido celular subcutáneo, es la capa más profunda de la piel. Está formada principalmente por tejido conjuntivo adiposo, atravesado por bandas de colágeno y elementos vasculonerviosos. El contenido graso de esta capa varía según el estado nutricional.

De la piel dependen **determinadas estructuras** que denominamos **anejos cutáneos** y que son: el pelo, las uñas y las glándulas de la piel (sebáceas y sudoríparas).

- A. El pelo:** Es un tallo de queratina que se forma en los folículos pilosos. A cada folículo se asocian una o varias glándulas sebáceas y un músculo erector (que erecciona el vello). Consta de un bulbo o raíz y de un tallo que atraviesa la epidermis hasta el exterior. El pelo se distribuye por toda la superficie corporal, en mayor o menor medida, excepto en las palmas de las manos y las plantas de los pies. Sus funciones son de protección, defensa y estética.
- B. Las uñas:** Son apéndices epidérmicos, formados por láminas aplanadas de queratina, que cubren la cara dorsal de la falange distal de los dedos de las manos y los pies. Podemos apreciar a simple vista la lúnula, una zona semicircular y blanquecina, semicubierta por la cutícula, que recubre el lecho ungueal o raíz de la uña, zona de la cual crece la uña.
- C. Las glándulas sudoríparas:** Están distribuidas por toda la piel. Pueden ser:
- Ecrinas: que producen sudor y sus conductos se abren al exterior mediante un poro.
 - Apocrinas: que se localizan en axilas, mamas y región anogenital, produciendo un sudor más espeso de olor característico y cuyo conducto excretor se abre en un folículo piloso.
- D. Las glándulas sebáceas:** Se localizan en la proximidad de los pelos, utilizándolos como conductos excretores. Estas glándulas producen un sebo (compuesto por grasas y algunas proteínas), sustancia que contribuye a la flexibilidad e impermeabilidad de la piel.

Funciones de la piel.

- A. Protección:** La piel constituye la primera barrera defensiva, protegiendo así al organismo frente a las agresiones mecánicas, físicas o químicas y evita el paso de microorganismos perjudiciales gracias a sustancias como la queratina y la secreción de sebo y sudor, que forman un manto ácido protector. A esta función también contribuyen el pelo y las uñas. Una de las sustancias producidas por la piel, la queratina, es una de las proteínas protectoras más flexibles y duraderas de la naturaleza. El tejido queratinizado que forma parte de la epidermis (capa

córnea), la convierte en una formidable barrera. Protege ante la invasión de microorganismos, impide la entrada a la mayoría de sustancias químicas nocivas y disminuye las lesiones mecánicas, como los traumatismos. La piel produce otra sustancia importante: la melanina. Se trata de un pigmento que actúa como pantalla extraordinariamente eficaz frente a la luz ultravioleta, potencialmente nociva para el ser humano. El hecho de que la piel se broncee como consecuencia de los rayos solares, constituye una reacción defensiva de la piel. A la melanina deben su coloración la piel, el pelo o los ojos. Las diferencias interpersonales o interraciales dependen de la cantidad de melanina segregada y es algo que viene determinado genéticamente.

- B. Regulación térmica:** Los seres humanos mantienen una temperatura constante, a pesar de las importantes variaciones que se puedan registrar en la temperatura ambiental y la cantidad de calor que él mismo produce debido a ciertas reacciones biológicas que tienen lugar en el interior del organismo (digestión, ejercicio físico...). Así, debe adaptarse tanto a la variación de la temperatura externa como interna. Esta adaptación se realiza mediante la regulación de la temperatura de la superficie corporal, gracias a la actuación del centro regulador de la temperatura situado en el hipotálamo, que envía una señal nerviosa a los vasos sanguíneos cutáneos (para producir vasodilatación o vasoconstricción según el caso) y a las glándulas sudoríparas (productoras de sudor).
- C. Sentido del tacto:** Es el que permite al organismo percibir las cualidades de los objetos que lo rodean. Se localiza principalmente en la piel, órgano en el que se encuentran distintas clases de receptores nerviosos encargados de transformar los estímulos externos en información susceptible de ser interpretada por el cerebro.
- D. Secreción de sudor:** Contribuye a la regulación térmica y de sebo, con cualidades antifúngicas (evita hongos) y antibacterianas; además, aporta flexibilidad al pelo
- E. Absorción:** La piel no es totalmente impermeable (algunas sustancias liposolubles o solubles en grasas pueden atravesarla); por eso, se utiliza como vía de administración de medicamentos.
- F. Recepción:** La piel contiene receptores nerviosos que aportan información al cerebro. Recibe y transmite sensaciones de dolor, temperatura, contacto, presión, etc.
- G. Síntesis:** La epidermis y la hipodermis sintetizan sustancias como melanina, queratina, caroteno y vitamina D a partir de la luz ultravioleta.
- H. Excreción:** La piel elimina productos de desecho a través del sudor.

Antes de enunciar las patologías más frecuentes de la piel, debemos explicar brevemente las **lesiones que pueden producirse** en ella y que, a su vez, serán indicativas de enfermedades cutáneas. **Estas lesiones pueden ser primarias (iniciales) y secundarias (modificaciones de las primarias).**

A. Lesiones primarias.

- **Mácula:** Lesión de pequeño tamaño (menor a 1 cm de diámetro) caracterizada por ser plana y presentar un color diferente al de la piel que la rodea (rojizo o violácea).
- **Pápula:** Lesión cutánea bien delimitada que se caracteriza por su elevación y por no contener líquido; es sólida, de color variable y de tamaño menor a 1 cm de diámetro.
- **Vesícula:** Ampolla o vejiga de reducido tamaño y de paredes finas, con elevación y contenido líquido transparente.
- **Pústula:** Vesícula que contiene líquido purulento.
- **Ampolla:** Vesícula de más de 1 cm de diámetro rellena de un fluido claro.
- **Petequias:** Manchas pequeñas (generalmente, menores a 0.5 cm) de color rojo o púrpura con extravasación de sangre.
- **Nódulo:** Elevación sólida mayor a 1 cm que presenta infiltración.

B. Lesiones secundarias.

- **Escama:** Fragmento de la epidermis, con células queratinizadas, fácilmente exfoliable en pequeñas láminas blanquecinas o grisáceas.
- **Placa:** Elevación en meseta de más de 1 cm de diámetro. Suele ser rugosa y dura.
- **Costra:** Placa rugosa y seca, de color marrón, rojo o negro. Se forma por acumulación de sangre y exudados secos en procesos de evolución de otras lesiones.
- **Erosión:** Excavación en la epidermis húmeda, lisa y brillante.
- **Cicatriz:** Tejido duro que aparece en el lugar en el que hubo una herida.
- **Quiiste:** Lesión redondeada, elevada y palpable de consistencia elástica que contiene material fluido o semisólido.
- **Úlcera:** Excavación con pérdida de sustancia que afecta a la epidermis y a la dermis pero que puede seguir avanzando hasta capas más profundas formando un cráter, de tamaño variable, exudativa o supurativa y de color rojo a rojizo azulado.
- **Equimosis:** Coloración rojo - azulada que aparece tras la agresión mecánica y evoluciona a un color amarillo - verdoso. Se produce por extravasación sanguínea.
- **Hematoma:** Abultamiento de varios centímetros que implica extravasación de sangre mayor que la equimosis.
- **Fisura:** Solución de continuidad en la piel de aspecto lineal.

Las patologías cutáneas más frecuentes:

- **Prurito:** Sensación desagradable de picor u hormigueo en la piel que produce el deseo de rascarse. Su principal causa es la sequedad, aunque puede ser síntoma de otras enfermedades.
- **Foliculitis y forúnculos de uno o más folículos pilosos:** Aparecen nódulos eritematosos y endurecidos alrededor del folículo piloso y luego evoluciona a pústula y costra. Se produce

por infección bacteriana.

- **Impétigo:** Infección bacteriana que comienza por un eritema que evoluciona a vesícula, pústula y costra.
- **Dermatitis:** Inflamación de la piel causada por agentes alérgicos o irritantes. Cursa con prurito, edema, pápulas y vesículas. Con la evolución aparecen costras y descamación.
- **Herpes simple:** Infección vírica (producida por virus) que suele localizarse en labios y boca, caracterizada por la aparición de eritema y vesículas, con prurito y quemazón.
- **Herpes Zoster:** Infección vírica caracterizada por eritema y dolor intenso. Se produce por una reactivación del virus de la varicela en situaciones de déficit inmunitario. La lesión es similar a la del herpes simple, pero es más dolorosa, y se extiende a lo largo del recorrido de un nervio.
- **Tiña o pie de atleta:** Infección superficial por hongos que cursa con vesículas, descamación y agrietamiento en la planta del pie y pliegues interdigitales (entre los dedos).
- **Pediculosis:** Infestación producida por piojos en cuero cabelludo, párpados, pestañas o vello púbico. Produce prurito y lesiones erosivas por rascado, que pueden llegar a infectarse. Se contagia por contacto directo.
- **Sarna o escabiosis:** Enfermedad contagiosa producida por el ácaro *Sarcoptes Scabiei*, que excava un túnel en la epidermis, donde deposita sus huevos. Cursa con un aumento de prurito por la noche y erosiones en la piel debido al rascado.
- **Candidiasis mucocutánea:** Infección producida por el hongo *Cándida Albicans*, cuyo desarrollo se ve favorecido por la existencia de humedad en la zona. Es muy frecuente la afectación de los pliegues submamarios y genitales.
- **Alopecia:** Caída del cabello que suele ser gradual, difusa o en placas. Está relacionada con la edad, pero también algunos tratamientos y afecciones pueden precipitarla.
- **Hipertrichosis:** Aumento del número de pelos de forma difusa o localizada.
- **Tumores cutáneos:** Se producen por un crecimiento anormal de las células de la piel. Pueden ser benignos o malignos.

Entre los benignos encontramos:

- **Verruga:** Lesión cutánea con superficie rugosa y papilomatosa de origen vírico.
- **Angioma:** Tumor benigno constituido por vasos sanguíneos (hemangioma) o vasos linfáticos (linfangioma). La mayoría son congénitos.
- **Nevus o lunares:** Pápulas o máculas hiperpigmentadas por cúmulo de melanocitos.

Entre los malignos:

- **Melanoma:** Neoplasia maligna de la piel constituida por melanocitos. La mayoría se

desarrollan sobre nevus pigmentados. Cualquier mancha negra o marrón de borde irregular que haya presentado cambios de tamaño, forma o consistencia se debe biopsiar.

- **Epitelioma basocelular:** Es el más común de todos los tumores cutáneos malignos. Son muy raras las metástasis.
- **Epitelioma espinocelular:** Presenta una base infiltrada y superficie hiperqueratósica. Se localiza en áreas expuestas al sol. Es responsable de metástasis a distancia.

3.2. Técnicas de aseo e higiene corporal según tipología de ayuda a domicilio.

La higiene es una necesidad básica, es decir, que debe ser satisfecha para que el individuo pueda conseguir un completo estado de bienestar físico, mental y social.

Por higiene entendemos los procedimientos empleados en la prevención y conservación de la salud e incluye todos los hábitos saludables de vida, como dietas, posturas corporales, ejercicio, aseo, etc.

Como **aseo personal** entendemos las medidas higiénicas que la persona toma para mantener limpia y en buen estado la piel y sus anejos, conseguir bienestar y un aspecto agradable, además de evitar la aparición de infecciones.

A través del aseo obtenemos una serie de **beneficios**, tales como:

- Eliminar las células muertas de la epidermis, que se descaman continuamente.
- Limpiar la piel del exceso de grasas, sudor, suciedad y polvo del ambiente.
- Evitar una excesiva proliferación bacteriana que favorece la infección.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Mantener la piel en buenas condiciones para que pueda realizar correctamente sus funciones. Provocar sensación de confort y bienestar y ayudar al descanso.

Mientras préstamos al usuario/a nuestros cuidados para la realización de la higiene y el aseo, debemos perseguir, además del logro de los **objetivos** inherentes a estas actuaciones, los siguientes:

- Fomentar la comunicación con el paciente.
- Observar cualquier signo que pueda ser indicativo de un problema de salud.
- Estimular la circulación.
- Valorar las propiedades físicas de la piel (color, temperatura, textura...).
- Conservar la integridad de la piel y prevenir problemas potenciales como las úlceras por presión (UPP).
- Determinar su grado de autonomía.

- Proporcionar bienestar y comodidad.
- Mejorar la autoestima y autoimagen del paciente.

Antes de iniciar el proceso se tendrán en cuenta los siguientes **factores en el usuario/a**:

- Grado de dependencia : Según diversas escalas utilizadas en el proceso de valoración. Nos orientará sobre la participación que el usuario/a podrá tener en el procedimiento.
- Estado emocional y mental
- Hábitos y preferencias personales: Temperatura del agua, tipo de jabón, horario...
- Patologías: Para prevenir posibles complicaciones durante la realización del procedimiento.

En la realización del proceso del aseo hay que tener en cuenta :

- Preparar todo el material necesario antes de comenzar la higiene.
- Trasladar el material al lugar donde se va a realizar el procedimiento.
- Lavarnos las manos.
- Ofrecer al paciente la posibilidad de ir al baño: proporcionarle una cuña o botella, antes de comenzar la higiene, si ello fuese necesario.
- Mantener la intimidad del paciente en todo momento mediante cortinas o biombo.
- Favorecer la seguridad, comodidad y movilización del paciente encamado, realizando el procedimiento entre dos personas si fuese necesario.
- Aplicar la técnica de aseo prevista en el plan de cuidados individualizado del usuario (en bañera, en cama, aseo total o parcial,...).
- Prestar especial cuidado a las vías y sondajes si el paciente los tuviere, evitando tracciones bruscas y previniendo desconexiones.
- Mantener una temperatura ambiente adecuada en la habitación durante la realización de la higiene, entre 22 y 24° C, evitando las corrientes de aire.
- Comprobar la temperatura del agua antes de comenzar el aseo. Salvo indicación contraria, estará entre 37 y 40° C.
- Utilizar jabón suave con pH neutro (pH de la piel ácido, aproximadamente de 5.5) que no irrite la piel.
- En el caso de la higiene al paciente encamado, evitar que éste esté totalmente desnudo durante el procedimiento, debiéndose mantener cubierto con toalla, sábana o camisón.

- No mojar la cama innecesariamente. Escurrir bien la esponja y, si es necesario, colocar una toalla bajo el paciente.
- Realizar la higiene tantas veces como sea necesario durante el día, como mínimo una vez por la mañana, junto al cambio de sábanas

Procedimiento a seguir:

A. Para baño en bañera o ducha

Este tipo de higiene está indicada en aquellos pacientes que pueden levantarse y cuyo nivel de autonomía es alto. Gracias a ella contribuimos a mantener y estimular la independencia del paciente, así como a reforzar un hábito de autocuidado saludable. En muchos casos, es útil contar con baños asistidos. Debemos cuidar las medidas de seguridad y proporcionar los apoyos materiales necesarios.

Material necesario:

1. Aceite de almendras, vaselina líquida o similar.
2. Jabón líquido NEUTRO.
3. Esponja o manopla.
4. Guantes de un solo uso no estériles.
5. Toallas.
6. Bolsa para residuos.
7. Papel higiénico.
8. Ropa del usuario/a.
9. Artículos de higiene corporal (peine o cepillo, desodorante, agua de colonia...).

IMPORTANTE: En los casos en los que el paciente no necesite ayuda, el profesional podrá ocuparse de otras tareas mientras éste se ducha, pero SIEMPRE manteniendo una actitud vigilante ante cualquier eventualidad que pudiera surgir y asegurándose que el timbre de alarma está al alcance de éste por si tuviese que pedir ayuda. El profesional NUNCA dejará solos en el baño a pacientes que padezcan demencia (p.e. Alzheimer).

B. Para el baño en la cama

Este tipo de higiene está indicada en aquellos usuarios/as que, conservando o no la movilidad, deben permanecer encamados. Hay que realizar el aseo diario tantas veces como lo precise el paciente. La higiene del paciente no tiene sólo como finalidad proporcionar al individuo el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y comodidad, sino también, prevenir alteraciones de la piel (estimulando la circulación sanguínea) e infecciones.

Material necesario:

1. Aceite de almendras, vaselina líquida o similar.
2. Jabón líquido NEUTRO.
3. Esponja o manopla.
4. Guantes de un solo uso no estériles.
5. Dos toallas, preferiblemente, una grande y otra de lavabo.
6. Palanganas con agua caliente (entre 38° y 40° C).
7. Cuña/botella.
8. Bolsa para residuos.
9. Papel higiénico.
10. Ropa del usuario/a
11. Ropa de cama.
12. Artículos de higiene corporal (peine o cepillo, desodorante, agua de colonia...).

Procedimiento:

- Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.
- Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- Estar seguros, antes de iniciar el proceso, de que la temperatura ambiente es adecuada y de que no existen corrientes de aire.
- Ofrecer la cuña/botella al paciente antes de comenzar la higiene.
- Retirar la ropa que cubre la cama y colocar una toalla encima del paciente.
- Desnudar al paciente, que estará en decúbito supino (si no hay contraindicaciones), y colocar la ropa sucia en la bolsa habilitada para tal efecto.
- La secuencia concreta de lavado será siempre enjabonar una zona y aclarar y secar bien antes de comenzar con otra zona, insistiendo en los pliegues cutáneos (axilas, ingles, bajo las mamas, entre los dedos, etc.).
- El lavado se hará en el siguiente orden: El lavado se realizará de arriba hacia abajo y de limpio a sucio; por regla general, el orden será: Ojos; Cara y orejas; cuello y hombros; brazos y manos; axilas; tórax y mamas; abdomen; piernas y pies; espalda; nalgas y por último región genital.
- Sólo se dejará expuesta la zona que se esté lavando, manteniéndose las otras cubiertas.
- Si el aseo se realiza entre dos personas, una enjabona y enjuaga y la otra seca.
- Cambiar el agua las veces que sea necesario, sobre todo, antes de lavar la zona genital.

- Después de lavar y secar la parte frontal del paciente, procederemos a colocar al paciente en decúbito lateral para la higiene adecuada de la espalda y la región glútea. Este momento es adecuado para realizar masajes en las zonas de presión y aplicar crema hidratante.
- Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino para proceder al lavado de la zona genital, insistiendo en el secado de los pliegues cutáneos.
- En los varones, lavar genitales externos, testículos y pene; se bajara el prepucio y se lavará el glande, se secará y se cubrirá nuevamente.
- En las mujeres, lavar los labios externos y el meato urinario, siempre de arriba hacia abajo.
- Aplicar crema hidratante mediante pequeños masajes.
- Vestir al usuario/a.

IMPORTANTE: Antes de marcharnos, nos aseguraremos de que el paciente se queda colocado en una posición cómoda.

Procedimiento generalmente complementario a la higiene del paciente encamado, es el **lavado del cabello en la cama**.

El lavado de cabeza debe ser realizado mínimo una vez por semana si no existe contraindicación, o cuando el usuario/a o el profesional lo consideren necesario.

Material necesario:

1. Champú y crema suavizante.
2. Guantes de un solo uso no estériles.
3. Toallas.
4. Palangana y jarras con agua caliente (entre 38° y 40°C).
5. Empapadera.
6. Silla.
7. Algodón.
8. Secador de mano.
9. Bolsa para residuos.
10. Artículos de higiene corporal (peine o cepillo, agua de colonia...).

Procedimiento.

- Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.
- Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- Comprobar que la temperatura ambiente es adecuada y de que no existen corrientes de aire.

- Poner la cama en posición horizontal y al paciente en decúbito supino.
- Retirar el cabezal de la cama.
- Situar al paciente al borde de la cama
- Colocar la empapadera bajo los hombros del paciente.
- Poner una toalla alrededor del cuello del paciente y algodones taponándole los oídos.
- Colocar la palangana debajo de la cabeza del paciente, sobre la silla.
- Proceder al lavado con champú.
- Aclarar abundantemente con agua.
- Volver a aplicar champú y a aclarar.
- Aplicar crema suavizante si fuese necesario y enjuagar.
- Secar bien el pelo con la toalla.
- Retirar los algodones de los oídos.
- Peinar y secar con un secador de mano si fuese necesario.

IMPORTANTE: El lavado del cabello se realizará ANTES del lavado del cuerpo. El profesional, antes de marcharse de la habitación, se asegurará de que el paciente se queda colocado en una posición cómoda.



C. Baño de personas con Alzheimer

A algunas personas con la enfermedad de Alzheimer no les supone ningún problema el asearse o bañarse; sin embargo, a otras les puede provocar confusión y miedo. Por ello, es importante preparar este momento, debiendo seguir una serie de **recomendaciones** que permitirán al paciente asimilar el procedimiento más fácilmente:

- Planear el baño a una hora que el paciente se encuentre tranquilo y hacer de esta hora una

rutina.

- Preparar todo el material antes de comenzar el aseo.
- Ser amable y respetuoso con el usuario/a, para transmitirle confianza.
- Explicarle el procedimiento con paciencia y repetirle aquellos puntos que le produzcan mayor ansiedad.
- Reducir el miedo del usuario/a haciendo uso de ayudas tales como asiento en la ducha, barras para el agarre o alfombras antideslizantes.
- NUNCA dejar a la persona sola en el baño. Mantenernos vigilantes y prestarle toda la ayuda que necesite. En muchos casos es posible que el enfermo de Alzheimer requiera para realizar esta tarea mayor tiempo que en pacientes que padezcan otra discapacidad.

D. Aseo de los pies de personas con diabetes

Las personas que sufren diabetes mellitus son más propensas a tener problemas en los pies. La diabetes puede ocasionar daño a los nervios (neuropatía diabética), lo que puede hacer que el paciente sea menos capaz de percibir una lesión o presión en los pies, siendo posible que no note dicha lesión hasta que se presente un daño o infección grave. La diabetes, además, cambia la capacidad del cuerpo para luchar contra las infecciones. El daño producido en los vasos sanguíneos, secundario a la diabetes, provoca que llegue menos sangre y oxígeno a los pies. Debido a esto, pequeñas llagas o heridas de la piel pueden convertirse en úlceras cutáneas más grandes y profundas que provocan problemas a nivel muscular u óseo. En estos casos más graves incluso puede llegar a ser necesaria la amputación del miembro afectado como última medida.

Como **medida preventiva**, se pueden llevar a cabo los siguientes **cuidados en el pie de la persona diabética**:

1. Revisar los pies todos los días. Inspeccionar el empeine, las plantas, los talones y los espacios interdigitales. Controlar la aparición de durezas, heridas, ampollas, uñas encarnadas, etc.
2. Lavar los pies todos los días con agua tibia y jabón suave. Para ello: Si el paciente es autónomo, hacer que pruebe la temperatura del agua con los dedos de las manos o el codo antes de sumergir los pies en ella. Como hemos apuntado más arriba, el paciente con diabetes puede tener una sensibilidad menor en los pies y no percibir si el agua está demasiado caliente, produciéndose quemaduras con facilidad.
3. Secar suavemente y por completo los pies, en particular entre los dedos, ya que hay más riesgo de infección en las áreas húmedas.
4. La piel de los pies puede researse y resquebrajarse, causando heridas que pueden infectarse.

Después del baño, aplicar loción hidratante, vaselina o aceites.

5. El calzado elegido debe ser cómodo, de tacón bajo, puntera ancha y de material transpirable para evitar la humedad excesiva.

IMPORTANTE: Debido al enorme riesgo que ello entraña, el cortado de uñas en el pie diabético SOLAMENTE se realizará cuando el médico lo haya autorizado expresamente.

E. Higiene bucal.

La higiene bucal tiene como objetivos mantener una limpieza apropiada en la cavidad oral; evitar caries, sequedad, malos olores, o grietas en lengua y labios; y prevenir la aparición de infecciones. Se deberá estimular al paciente a que la realice él mismo.

Según el nivel de dependencia, vamos a diferenciar tres grados de intervención del profesional en este proceso: en **usuario/a consciente, inconsciente y con dentadura postiza.**

Material necesario:

1. Vaso con agua.
2. Guantes de un solo uso no estériles.
3. Toalla.
4. Cepillo de dientes, dentífrico
5. Palangana.
6. Antiséptico bucal.
7. Depresor y gasas estériles.
8. Bálsamo labial hidratante.
9. Bolsa para residuos.

Procedimiento si el usuario/a está consciente, pero no es capaz de realizar la higiene bucal por sí mismo:

- Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- Cepillar los dientes realizando un movimiento de barrido para eliminar los residuos.
- Limpiar la cara externa e interna, superior e inferior de los dientes y muelas de ambas mandíbulas, así como la lengua.
- Facilitar un vaso de agua para el aclarado de la boca, que echará en la palangana, para luego repetir el proceso con el enjuague bucal.
- Aplicar bálsamo labial hidratante

Procedimiento si el usuario/a está inconsciente:

- Colocar la cabeza del paciente ladeada.

- Preparar una gasa enrollada en un depresor, empapada en antiséptico bucal.
- Limpiar toda la boca, repitiendo el proceso con varias gasas.
- Aclarar la boca con agua (jeringa 10 cc.) aspirando el contenido al mismo tiempo.
- Aplicar bálsamo labial hidratante

Procedimiento si el usuario/a utiliza dentadura postiza:

- Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- Retirar la dentadura con una gasa, moviendo con suavidad la placa superior.
- Depositarla en una batea para su cepillado y aclarado posterior.
- Limpiar la boca enjugándose con antiséptico bucal o, si esto no es posible, con una gasa impregnada.
- Limpiar la dentadura con cepillo de dientes y dentífrico y, a continuación, introducirla en un vaso con agua hasta ser recolocada.

F. Limpieza de zonas de riesgo.

A continuación, expondremos los pasos a seguir para una buena higiene de dos zonas muy delicadas del cuerpo humano, como son los **ojos y los genitales**.

Material necesario:

1. Gasas estériles.
2. Suero fisiológico.
3. Dos jeringas de 10 cc. o solución salina en monodosis. -
4. Guantes no estériles.
5. Bolsa para residuos.

Procedimiento higiene ojos:

- Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.
- Si el paciente está consciente, explicarle el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- Si el paciente está encamado, y no está contraindicado, elevar la cabecera de la cama hasta una posición de sentado o semi-incorporado
- Humedecer una gasa con solución salina y limpiar desde el lagrimal al ángulo externo de cada ojo, hasta que quede limpio de secreciones.
- Utilizar una gasa distinta para cada ojo. Durante este proceso el paciente permanecerá con los

ojos cerrados.

- Cargar dos jeringas con 10 cc. de suero fisiológico (una para cada ojo) o utilizar solución salina en monodosis.
- Mantener la cabeza ladeada en relación con el ojo que vamos a lavar.
- Abrir los párpados del paciente con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra aplicar suero fisiológico desde el lagrimal a su zona externa, utilizando una jeringa para cada ojo y evitando tocar los párpados o la córnea.
- Secar con una gasa estéril cada ojo.
- Administrar tratamiento si estuviese prescrito.
- Cerrar suavemente los párpados.

Procedimiento lavado de genitales:

Material necesario:

1. Palangana con agua tibia (35°-36° C).
2. Jabón neutro o esponja jabonosa.
3. Esponja (si no se usa la esponja jabonosa).
4. Toalla.
5. Pañal o empapadera.
6. Guantes no estériles.
7. Bolsa para residuos.

Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente (con biombos, cortinas,...).
- Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario. Si el paciente está consciente, explicarle el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- Colocar al paciente en decúbito supino
- Descubrir el área genital y colocar la cuña bajo la zona pélvica del paciente.
- Si usa pañal, podemos o bien retirar el pañal y colocarle la cuña debajo para realizar la higiene; o bien, lavarlo utilizando el pañal de empapadera, teniendo cuidado, si está sucio, de no manchar de nuevo la zona ya limpia.
- Verter sobre los genitales agua jabonosa y limpiar la zona con la esponja, siempre de la zona más limpia a la más sucia (de pubis a ano).

- En el hombre: después de limpiar los pliegues inguinales (pliegues cutáneos que se forman en la ingle), y el escroto, retraer el prepucio para limpiar el glande, el pene y terminar en el ano. No olvidar cubrir el glande tras su secado.
- En la mujer: tras limpiar los pliegues inguinales, insistir en los labios mayores y menores, separándolos para limpiar el meato urinario, la zona vaginal y el ano.
- Aclarar con agua.
- Si es preciso, colocar al paciente en decúbito lateral para completar la higiene.
- Retirar el pañal, si fuese el caso, o la cuña.
- Secar muy bien la zona, haciendo hincapié en los pliegues cutáneos y siguiendo el orden antes explicado para la limpieza.
- Colocar un nuevo pañal o ropa interior si procede y vestir al usuario/a
- Acomodar al usuario/a

3.3. Úlceras por presión. Prevención y Tratamiento:

Se denomina úlcera por presión (UPP) a toda lesión de la piel originada por la presión mantenida o fricción sobre un plano o prominencia ósea, de forma que se impide la irrigación sanguínea correcta de los tejidos afectados causando su isquemia (disminución del riego sanguíneo) y, en consecuencia, la degeneración y necrosis de la epidermis, dermis y tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso a tejido muscular y óseo. Aparecen con frecuencia en pacientes que se encuentran encamados o en sillas de ruedas y en zonas como los codos, los hombros, los tobillos,... También se las llama úlceras de decúbito.

Los mecanismos que provocan la aparición de las úlceras por presión, basados en alteraciones del riego sanguíneo en determinadas zonas del cuerpo por causa externa, son la presión y la fricción o la unión de ambas, que llamamos cizallamiento.

La presión es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento de los tejidos entre dos planos: uno perteneciente al paciente (prominencias óseas), y otro de origen externo (sillón, cama,...) La formación de las UPP depende tanto de la presión ejercida como del tiempo que permanece esta presión.

La fricción es una fuerza tangencial o lateral que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastres.

Existen **múltiples factores** que influyen en la **formación de úlceras por presión (UPP):**

1. Propios del paciente y sus patologías: lesiones cutáneas; problemas en el riego sanguíneo;

desnutrición o delgadez; infecciones; alteraciones del estado de conciencia; incontinencia; parálisis; etc.

2. Derivados del tratamiento: inmovilización terapéutica
3. Derivados del entorno: falta o mala utilización del material; déficit en la realización de los cambios posturales; falta de formación específica; sobrecarga del profesional

Sus causas pueden ser generalmente detectadas con antelación, pudiendo aplicarse medidas preventivas que eviten su aparición, ya que una vez generadas, suelen ser de manejo complicado y evolución lenta.

Las **medidas de prevención** para evitar la aparición de UPP son las siguientes:

1. Valorar de forma periódica la piel para evitar el riesgo de aparición de úlceras por presión.
2. Utilizar jabón neutro en la higiene diaria del paciente.
3. Poner especial atención en los pliegues cutáneos y en los espacios interdigitales, a la hora de aclarar y secar al paciente.
4. No utilizar pomadas ni polvos.
5. Mantener siempre una buena hidratación de la piel.
6. En las zonas de riesgo, siempre que no existan heridas, realizar masajes muy suaves con crema hidratante o aceites.
7. Respecto a la ropa de cama, mantener las sábanas siempre limpias, secas y sin arrugas.
8. Utilizar colchones antiescaras si existe la posibilidad.
9. Realizar cambios posturales frecuentes (cada 3-4 horas).
10. Colocar almohadillado en prominencias o salientes óseos con riesgo de fricción (patucos, etc.).
11. En las zonas de presión, pueden colocarse apósitos preventivos.
12. Vigilar sondas, vías, drenajes, evitando la presión constante sobre una zona determinada.
13. Levantar al paciente de la cama y colocarlo en el sillón o silla de ruedas adoptando posturas adecuadas para prevenir el cizallamiento, si no está contraindicado.

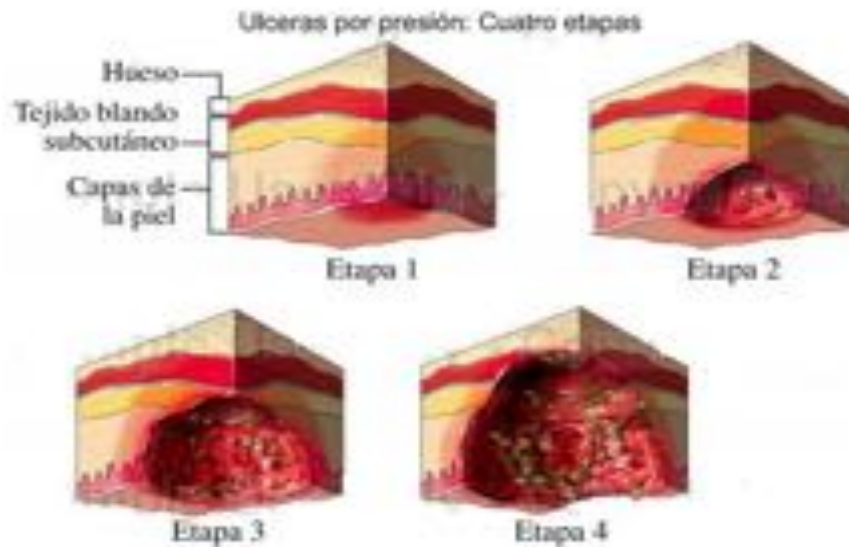
En cuanto a la alimentación: dieta hiperproteica, rica en vitamina C y aporte abundante de líquidos.

Las úlceras por presión (UPP) se clasifican en estadios, según las estructuras y tejidos que afecten. De entre las clasificaciones existentes, la realizada por la GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas), establece **4 estadios en la**



evolución de la úlcera, que son:

- A. **Grado I:** Alteración observable de la piel. Existe un eritema que no recupera su coloración habitual al aliviar la presión durante 30 minutos. Epidermis y dermis afectadas, pero no destruidas. Encontramos cambios en la temperatura de la piel (aumento de temperatura cutánea), en su consistencia (induración o edema) y en las sensaciones (dolor o escozor).
- B. **Grado II:** Úlcera superficial con erosiones o ampollas y desprendimiento de la piel. Pérdida parcial del grosor de la piel y de su continuidad afectando a la epidermis y la dermis. Se percibe una úlcera superficial con abrasión, flictenas y erosión
- C. **Grado III:** Úlceras superficiales abiertas. Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo (dermis e hipodermis) aunque no traspasa la fascia muscular subyacente (vainas o membranas blanquecinas que envuelven los músculos, constituida por fibras de colágeno). Aparece una escara gruesa, de bordes evidentes, negruzcos y muy adheridos.
- D. **Grado IV:** Úlcera de cráter profundo. Pérdida total del grosor de la piel, que tiene forma de excavación profunda con tunelizaciones, fistulas, trayectos tortuosos y cavernas. La lesión se extiende hacia el interior, donde aparece destrucción muscular, ósea y de estructuras de sostén (tendones y cápsula articular). Necrosis de tejidos.



Para la **atención de TODAS las úlceras**, se seguirán unas **normas básicas**, que son:

- Realizar lavado de manos.
- Usar guantes de un solo uso estériles.
- Usar set de curas estéril.
- Limpiar la herida siempre con suero fisiológico a chorro.
- Secar sin arrastrar.
- No usar ningún tipo de antiséptico.
- El contacto directo del tejido vivo con el aire, facilita la oxigenación y evita la gangrena.
- Si hay que cubrir la herida, hacerlo con un apósito estéril y fijarlo a la piel, si es preciso, con esparadrapo hipoalérgico.
- Se tratará de restablecer la integridad de la piel del usuario, siempre bajo la pauta de un profesional sanitario (médico o enfermera).

Cambios posturales:

Los cambios posturales son las diferentes posiciones que debe adoptar el cuerpo y es necesario alternarlas continuamente para la prevención de complicaciones posteriores. Su objetivo es conseguir una buena alineación de todas las partes del cuerpo y una distribución uniforme del peso corporal. Normalmente, se indican en pacientes encamados, los cuales obtienen, a partir de ellas, los siguientes

beneficios:

1. Prevención de úlceras por presión (UPP).
2. Evitar la rigidez articular y la pérdida de tono muscular.

3. Facilitar la eliminación de secreciones, la aparición de trombos circulatorios, etc., favoreciendo, así, la función cardiovascular y respiratoria.
4. Evitar complicaciones como el estreñimiento (debido a la falta de ejercicio y la inmovilidad) o las infecciones urinarias, cuya aparición se ve favorecida por el encamamiento prolongado y el uso de pañales.

Las **posiciones corporales más recomendables y utilizadas** son:

A. Posición de decúbito supino:

Usuario/a tumbado sobre la espalda, en plano recto y paralelo al suelo, con los brazos y piernas extendidos próximos al cuerpo. Las zonas de presión a las que hay que prestar especial atención son: región occipital, omóplatos, codos, sacro y coxis y talones. Como medidas correctoras, se podrán **colocar almohadas en los siguientes lugares:**

1. Debajo de la cabeza y hombros.
2. Debajo de la curvatura lumbar.
3. Debajo del muslo para la flexión de las rodillas.
4. En la zona externa del muslo para evitar su rotación.

B. Posición de decúbito prono:

Usuarios/as tumbado boca abajo, sobre el abdomen, en plano recto y paralelo al suelo, con las piernas extendidas y la cabeza girada hacia un lado. Prestar especial atención a la región frontal o frente, orejas, pómulos, región pectoral, genitales masculinos, rodillas y dedos de los pies. En este caso, como medidas correctoras, podemos **utilizar almohadas que se colocarán en los siguientes lugares:**

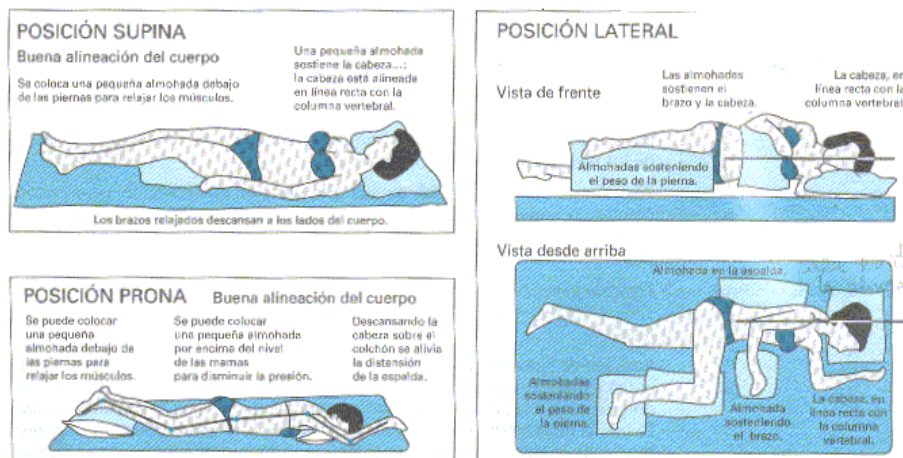
1. Debajo de la cabeza.
2. Debajo del abdomen: prevenimos así la hiperextensión de la curvatura lumbar, la dificultad respiratoria y, en el caso de las mujeres, una compresión de las mamas.
3. Dejar que los pies caigan de forma lateral; o bien colocarles una almohada debajo para evitar la presión de los dedos sobre la cama.

C. Posición de decúbito lateral:

Usuario/a tumbado sobre un lateral del cuerpo, en plano recto y paralelo al cuerpo, con una pierna en extensión y otra en flexión. Se debe prestar especial atención a la zona costal, crestas ilíacas (o, borde superior del ala del ilion, hueso palpable de la cadera) y trocánteres (prominencia redondeada que algunos huesos largos tienen en sus extremos), orejas, omóplatos, gemelos y maléolos (cada uno de los resaltes óseos, interno y externo, que sobresalen en el tobillo). **Medidas correctoras: colocar almohadas en los siguientes lugares:**

1. Debajo de la cabeza.

2. Debajo del brazo para que la mano no quede colgando.
3. Detrás de la espalda para evitar un deslizamiento hacia atrás.
4. Entre las piernas para evitar que se produzcan roces entre ambas.



D. Posición Fowler o semi-Fowler:

Usuario/a sentado en un ángulo de 45° ó 30°, con las rodillas flexionadas. Especial atención a los omóplatos, tuberosidades isquiáticas, sacro y coxis. Las medidas correctoras pueden consistir en la colocación de almohadas en:

1. Zona lumbar.
2. Bajo los muslos.



3. Bajo los tobillos.

3.4. Tipos de camas, accesorios y lencería. Técnicas de realización de camas

Las características de las camas adaptadas para personas dependientes son:

1. Muchas están mecanizadas.
2. El profesional y los cuidadores deben poder llegar fácilmente a la persona encamada en ellas.
3. Los colchones son generalmente duros para facilitar un buen soporte al cuerpo.
4. Se mueven fácilmente: suelen tener ruedas y frenos para ello.

Debe cumplir una serie de requisitos:

1. Debe ser accesible desde tres lados.
2. Frente a ella no habrá ninguna fuente de luz.
3. Nunca estará ubicada debajo de una ventana ni muy cerca de una puerta.

Existen varios tipos de camas:

- A. Cama metálica:** de somier rígido o sin articulación: se trata del tipo de cama menos ergonómica y, por tanto, la menos utilizada en los centros sociosanitarios.
- B. Cama articulada:** consta de un somier articulado en dos o tres segmentos, de forma que permite modificar la postura de la cabeza, el tórax, la pelvis y los miembros inferiores. Los distintos segmentos de somier se mueven mediante la utilización de una manivela o eléctricamente. Suele tener ruedas y un sistema de frenado. Se trata de un tipo de cama muy ergonómica y, por ello, la más común en las instituciones sociosanitarias.



- C. Cama ortopédica o traumatológica:** se emplea fundamentalmente en pacientes politraumatizados. Este tipo de cama se compone de un marco que se fija en el cabecero y en el piecero y que cubre toda la cama. Asimismo, está provista de un sistema que facilita la movilización o el pequeño cambio postural del usuario mediante un asa colgante que se denomina «triángulo de Balkan» .

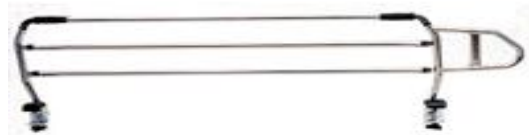


- D. Cama roto-test:** Cama que mantiene en un giro continuo al usuario. Es muy útil para la prevención de úlceras por presión ya que produce una disminución de los puntos de roce en el cuerpo del enfermo.



Los accesorios de las camas son:

1. **Barra de tracción:** Triángulo de Balkan y sirve para facilitar la incorporación de enfermos con fracturas de miembros inferiores.
2. **Barandillas o rejas de seguridad:** su uso es muy común. Se utilizan para evitar las caídas de usuarios/as que presentan alteración del nivel de conciencia o agitación. Se sujetan a los laterales de las camas y se pueden subir y bajar.



3. **Cojines:** Para almohadillar o facilitar determinadas posturas. El objetivo es asegurar una posición adecuada, evitar giros, caídas,.....
4. **Centinelas de cama:** Son almohadillas de polietileno hinchadas con aire y ubicadas a los lados de la cama con la finalidad de prevenir lesiones y caídas.
5. **Arco metálico, de cama o férula de acero:** Es un semicilíndrico amplio que se sitúa entre las sábanas bajera y encimera y cuya función es sostener la ropa de la cama, para que no roce la piel.
6. **Pupitre.** Respaldo regulable compuesto por un marco metálico colocado a 45°C, que ayuda a la persona a adoptar la posición de Fowler.
7. **Soporte para la bolsa de la orina:** Es un rectángulo metálico, que se cuelga a un lado del marco del somier y en él se sujeta la bolsa que recogerá la orina evitando que la bolsa toque el suelo.



8. **Empapadores:** Similares a unas medias sábanas de material parecido al de los pañales de adultos. Su finalidad es proteger la cama de la humedad y de la suciedad. Los más utilizados son de celulosa y desechables.



9. **Almohada.** Facilita a la persona encamada adoptar diferentes posiciones sin resbalarse. Siempre se utilizan varias para facilitar los cambios posturales.
10. **Colchón:** Actualmente hay una gran variedad. Entre ellos:
- **Colchón de muelles:** Se caracteriza porque en su núcleo se encuentra un bloque de muelles de alambre, cubierto por un elemento aislante sobre el que se deposita una tapicería de fibras de algodón y lana, cada una de ellas expuesta en una de las carillas del colchón. Sus lados superior e inferior se diseñan para ser utilizados de diferente forma en verano e invierno. Este tipo de colchón es uno de los más económicos del mercado.
 - **Colchón de látex:** Se caracteriza porque tiende a adaptarse mejor a la morfología de la persona. Es un colchón no tan rígido.
 - **Colchón de viscoelástica:** Es el más adecuado para utilizar en personas inmobilizadas. El material que lo constituye permite al cuerpo adaptarse y acoplarse perfectamente, se consigue distribuir la presión uniformemente.
 - **Colchón de aire, antiescaras:** Su diseño es similar al de las colchonetas de playa. Posee unas celdas que se llenan de aire alternando, para así cambiar los puntos de

apoyo de la persona.

La cama deberá hacerse con la ropa apropiada a la estación del año y a las condiciones ambientales de la propia habitación. Se utilizarán materiales fáciles de lavar, de colores claros y resistentes, con poca probabilidad de producir arrugas y que pesen poco. **La ropa de cama estará compuesta por:**

1. **Cubre colchón:** Funda impermeable utilizada para cubrir el colchón protegiéndolo de la humedad.
2. **Sábanas bajera y encimera:** Deberán ser sustituidas cada vez que se ensucien o mojen.
3. **Entremetida:** Sábana que se sitúa bajo la pelvis del usuario y el hule. Es de tamaño inferior a la bajera. Su misión es proteger. También se puede utilizar para desplazar a la persona hacia la cabecera de la cama cuando se ha ido resbalando y reencuentra cerca de los pies de la cama.
4. **Manta de algodón o lana:** No debe estar en contacto con la piel del enfermo.
5. **Funda de almohada** Debe ser cambiada al menos diariamente, además de cada vez que sea necesario.
6. **Colcha o cubrecama:** Se coloca cubriendo la manta.

Protocolos de actuación para camas cerradas y ocupadas.

El arreglo de la cama se realizará, como mínimo, una vez al día, coincidiendo con la higiene diaria del paciente, además de todas las veces que, durante el transcurso del día, esto sea necesario.

A la hora de realizar la cama, es necesario tener en cuenta una serie de **precauciones generales:**

- La ropa de cama sucia no debe agitarse nunca, ya que podríamos dispersar al aire infinidad de gérmenes.
- La ropa no debe dejarse en el suelo por el mismo motivo; se colocará en la bolsa o carro destinados para tal efecto.
- No debemos poner en contacto la ropa sucia con nuestro uniforme ni con la ropa limpia, para evitar contaminarla de gérmenes.
- Sólo introduciremos en la habitación la lencería que vayamos a utilizar para la realización de la cama.

Para realizar una **cama abierta desocupada** debemos seguir los pasos que se detallan a continuación:

1. Lavarse las manos y colocarse los guantes.
2. Traer a la habitación toda la ropa necesaria para la realización de la cama, así como la bolsa de la ropa sucia.
3. Colocar la cama en posición horizontal.
4. Retirar la ropa de la cama, si la hubiera, desde la colcha a la sábana bajera, doblándose sobre

- sí misma e intentando no airearla y la colocaremos en la bolsa de la ropa sucia.
5. Estirar bien la funda del colchón antes de proceder a la realización de la cama.
 6. Colocar la sábana bajera, bien estirada, con las esquinas en forma de mitra; esto es, haciendo un doblez en forma triangular que se realiza siguiendo los siguientes pasos:
 - Remeter bien los lados de la sábana a lo largo de toda la línea de la cama.
 - En la esquina, levantar el borde superior de manera que se forme un triángulo.
 - Remeter la parte inferior
 - Dejar caer la parte superior y remeterla.
 7. Colocar el hule en la zona media de la cama, a la altura que corresponde a la zona pélvica del usuario/a, de forma transversal, con los bordes remetidos bajo el colchón. Disponer la entremetida justo encima del hule y remeter los bordes bajo el colchón.
 8. Poner a continuación la sábana encimera. Los bordes deben sobresalir tanto de la cabecera como de los pies de la cama. Se remete la parte inferior bajo el colchón en forma de mitra.
 9. Colocar la manta dejando unos 15 cm sobresaliendo por el cabecero. Remeter la parte inferior bajo el colchón en forma de mitra.
 10. Colocar la colcha según el mismo procedimiento utilizado para la manta.
 11. Doblar la sábana encimera por su parte superior sobre la manta y la colcha formando un embozo.
 12. Abrir la cama para facilitar la utilización de la cama por parte del usuario/a. Para ello doblar el embozo desde el centro hacia un lado, en forma de pico; o hacia los pies de la cama en varias veces, en forma de abanico o fuelle.
 13. Poner la funda a la almohada y colocarla en el cabecero de la cama.
 14. Retirar la bolsa de la ropa sucia.

Para realizar una **cama abierta ocupada** debemos seguir los pasos que se detallan a continuación:

1. Lavarse las manos y colocarse los guantes.
2. Traer a la habitación toda la ropa necesaria para la realización de la cama, así como la bolsa de la ropa sucia.
3. Informar al paciente del procedimiento.
4. Cerrar puertas y ventanas si estuviesen abiertas.
5. Preservar la intimidad del paciente utilizando cortinas o biombos si fuese necesario.
6. Colocar la cama lo más horizontal posible, siempre que esto no resulte molesto para el paciente o que exista contraindicación del médico.
7. Retirar la colcha y la manta, doblándolas hacia la zona central, sin airearlas.

8. Aflojar la sábana encimera y colocarla cubriendo al usuario/a para evitar que esté desnudo durante el procedimiento.
9. Colocar al paciente en decúbito lateral.
10. Enrollar la sábana bajera, el hule y la entremetida, en su caso, en forma longitudinal y en paralelo hacia el centro de la cama bajo la espalda del paciente.
11. Colocar la sábana bajera limpia cubriendo con una mitad la zona libre de la cama y con la otra mitad remetida bajo la espalda del paciente.
12. Disponer el hule y la entremetida en la zona central de la cama, sobre la sábana bajera que estamos colocando y en la misma posición que ésta.
13. Girar al usuario/a hacia el otro decúbito lateral, retirando la ropa sucia y colocándola en la bolsa correspondiente.
14. Estirar la ropa limpia que se encuentra remetida bajo el paciente; por orden, serán la sábana bajera, el hule y la entremetida.
15. Remeter la ropa bajo el colchón con las esquinas en forma de mitra.
16. Retirar la sábana encimera y colocar una limpia, dejando holgura en los pies para evitar incomodidades y utilizando el doblez en forma de mitra.
17. Colocar la manta y la colcha
18. Cambiar la funda de la almohada.
19. Retirar la bolsa de la ropa sucia.

3.5. Cuidados del usuario/a incontinente y colostomizado.

La **incontinencia urinaria** es la pérdida involuntaria de orina demostrable objetivamente producida en un momento y lugar no adecuados y que provoca en la persona que la sufre un problema higiénico, social y psíquico, así como una importante limitación de su actividad laboral, educacional, familiar e individual.

El envejecimiento por sí mismo sólo no explica el problema. Se unen también las transformaciones fisiológicas junto con la presencia de otros factores, como:

- A. Transformaciones del aparato genitourinario:** alteraciones de la vejiga (disminución de capacidad, divertículos, ...), de la uretra (disminución de células, de presión de cierre...), el crecimiento prostático, disminución de células vaginales, fibrosis y debilidad en el suelo pélvico...
- B. La hidratación inadecuada:** La falta de hidratación hace que una cantidad de líquido insuficiente disminuye la producción de orina en la vejiga, reduciendo la estimulación nerviosa sensitiva a nivel de la vejiga, cuyo efecto es volver a la persona incontinente
- C. La polifarmacología:** El número elevado de fármacos predispone a las alteraciones de las

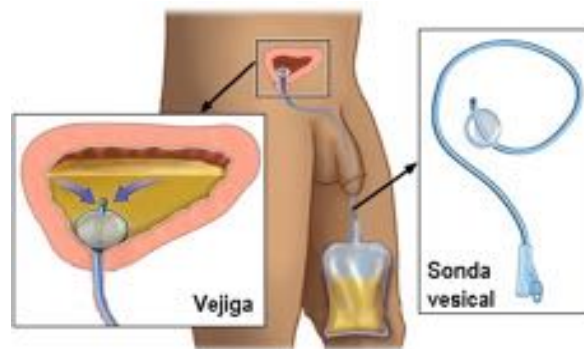
funciones urinarias: algunos aumentan la frecuencia y el volumen de la orina (como los diuréticos), otros disminuyen la sensación de la necesidad de orinar (como los sedantes) etc.

Dispositivos de ayuda:

- A. Los colectores peneanos:** Son dispositivos que envuelven el pene desde su base, adhiriéndose a la misma. Su estructura es parecida a la de un preservativo y en su extremo constan de una prolongación tubular para conectar a la bolsa colectora. Los colectores deben cambiarse a diario, y la bolsa se cambiará tantas veces como fuese necesario.



- B. Los sondajes vesicales:** Son tubos estériles que se introducen hasta la vejiga y se fijan. Estos tubos se conectan con una bolsa recolectora de orina



Ambos sistemas implican que el profesional sociosanitario se encargue de los **cuidados de la bolsa de recolección de orina teniendo en cuenta:**

1. La bolsa no se levanta por encima de la vejiga.
2. Si el usuario deambula, se puede sujetar la bolsa de orina a su tobillo, ocultándola bajo la ropa. Si el usuario está encamado, se colocará en los bajos de la cama, sin tocar el suelo.

- C. Los pañales:** para su correcta colocación se deberá elegir el tamaño adecuado. Se deben cambiar cada 3 ó 4 horas.

Cambio de la bolsa de diuresis:

Material:

1. Bolsa de orina,
2. Gasas estériles,
3. Antiséptico, pinza de kocher,
4. Batea y guantes desechables.

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocación de guantes.
- Se explica la técnica a realizar al usuario.
- Se pinza la sonda con las pinzas
- Separar la bolsa de la sonda.
- Quitar el capuchón a la bolsa nueva y conectar a la sonda.
- Colocar la bolsa en el soporte del borde de la cama.
- Observar la orina y anotar la cantidad y las incidencias...

Colocación del colector peneano:**Material:**

1. Colector
2. Guantes
3. Bolsa colectora
4. Material para la higiene genital

Procedimiento:

- Lavar las manos y colocación de guantes desechables.
- Se informa al usuario la técnica a realizar.
- Realizar la higiene genital
- Colocar la tira adhesiva alrededor del pene, fijandola con seguridad pero sin limitar el riego sanguíneo.
- Desenrollar el urocolector , cubriendo la tira adhesiva para que la unión sea hermética.
- Unir el sistema a una bolsa colectora. Dicha bolsa se puede colgar en el extremo de la cama o se sujeta a la extremidad inferior.
- Lavar las manos.

La incontinencia fecal es la incapacidad para controlar la salida del gas y las heces por el ano. Se produce ante la incapacidad de controlar el estímulo fecal, lo que causa la emisión involuntaria de las heces. Los dispositivos utilizados son dispositivos absorbentes.

La colostomía es, una ostomía que se realiza para permitir la salida al exterior de la materia fecal (heces) del intestino grueso (colon). Normalmente, se realiza cuando es necesaria la extirpación de un trozo de colón. En este caso, al usuario/a se le coloca un dispositivo de ostomía (o bolsa de ostomía) que se acopla a su abdomen por un adhesivo y que tiene como función recoger la materia que su organismo expulsa a través del estoma.

Los cuidados del estoma van dirigidos a:

- A. **Regular el vaciamiento intestinal:** De gas, moco y heces para que la vida del usuario/a sea lo más normal posible. Es necesario enseñar al usuario/a habituarse a un horario y a unas medidas dietéticas.
- B. **Evitar el olor:** Se utilizan bolsas de alta capacidad con filtros. Mantener la piel limpia y sin excoriaciones (heridas y rozaduras). Se realiza la limpieza con agua tibia y jabón suave, eliminando todo el jabón previamente al secado de la zona, sin friccionar, con compresas o toallas, antes de proceder a la colocación de la bolsa de ostomía.

El dispositivo de ostomía puede ser de una sola pieza (bolsa con anillo adhesivo en una sola pieza); **o de dos piezas** (el más frecuente), formadas por un anillo protector del estoma, que es adhesivo, y una bolsa que se fija a este anillo a través de un disco.



Limpieza y el cambio del dispositivo de ostomía (de dos piezas):

Material necesario:

1. Material para el aseo (agua tibia, jabón, toallas y palangana).

2. Material de curas (gasas, compresas, solución antiséptica y pomada).
3. Guantes no estériles.
4. Dispositivo de ostomía (explicaremos el de 2 piezas, anillo protector y bolsa).
5. Bolsa para residuos.

Procedimiento.

- Lavar las manos y colocar los guantes.
- Explicar el procedimiento al paciente y pedir su colaboración. Si es posible, se intentará que aprenda la importancia y la necesidad de aprender a cuidar del estoma él mismo.
- Respetar la intimidad del paciente.
- Retirar la bolsa de ostomía sucia, siempre de arriba abajo, sujetando con una mano la bolsa y con otra la piel de alrededor del estoma.
- Observar el aspecto del estoma y comprobar que no presenta signos inflamatorios.
- Limpiar suavemente el estoma con agua tibia y jabón neutro, en forma circular, de dentro hacia fuera (NUNCA se usará alcohol).
- Aclarar bien con agua y secar muy bien, sin friccionar, la piel de alrededor del estoma.
- Aplicar tratamiento alrededor del estoma, si estuviese prescrito.
- Realizar la abertura necesaria en el anillo protector adhesivo del dispositivo, retirar la cubierta de la zona adherente y proceder a su colocación.
- Oprimir suavemente el disco sobre la piel.
- Adaptar la bolsa al disco que se encuentra en el anillo colocado sobre la piel, alrededor del estoma.

3.6. Prevención y control de infecciones:

Llamamos **infección** al proceso por medio del cual un agente patógeno invade un organismo, dentro del cual sobrevive y se multiplica desencadenando una enfermedad. Este agente puede ser un virus, una bacteria, hongos, etc

Así, las normas generales de actuación **para prevenir las infecciones** son:

1. Lavarse las manos correctamente es la forma más eficaz para prevenir que la propagación ocurra.
2. Cubrirse la boca al toser o estornudar.
3. Mantener sus vacunas al día.

4. Usar guantes, mascarillas y ropas protectoras.
5. Tener dispuestos pañuelos desechables y limpiadores de manos.
6. Medidas de aislamiento: por un lado, proteger a los usuarios con riesgo elevado; por otro, prevenir que los usuarios infectados transmitan la infección a las personas con quienes conviven.

3.7. Cuidados postmortem. Finalidad y preparación del cadáver.

La **situación agónica** puede definirse como el periodo que antecede a la muerte. La percepción de una muerte inminente aumenta la angustia de la familia, lo que puede provocar reacciones de pánico, ira o angustia, entre otras.

Es muy frecuente que la muerte acontezca después de un periodo de deterioro físico y mental continuo y progresivo y con aumento de la debilidad e insuficiencia funcional de los órganos vitales, que suelen producir un estado de obnubilación y somnolencia. Sin embargo, esto no es siempre así. La muerte también puede ocurrir de forma súbita por una complicación aguda de alguna enfermedad previa, siendo aún más difícil su aceptación por parte del entorno del paciente.

Algunas **características físicas que indican la fase agónica del enfermo** son:

1. Disminución progresiva de la consciencia. Algunos pacientes permanecen despiertos, aunque la mayoría entran en una sedación progresiva que conduce al coma.
2. Aumento de la debilidad y pérdida del tono muscular.
3. Alteración de las constantes vitales, con alteración de la temperatura corporal.
4. Respiración superficial o agónica, con aparición de estertores (sonidos audibles, roncós, producidos por acúmulo de secreciones u otros líquidos en la garganta en relación con la respiración).
5. Afectación de los sentidos.

Podemos considerar la muerte como el cese de todas las funciones vitales, con **indicios** normalmente seguros como **inmovilidad, frialdad de la piel, falta de reflejos, pupilas totalmente dilatadas y no reactivas, parada cardiorrespiratoria y ausencia de actividad cerebral**.

Sin embargo, legalmente no se considerará que una persona ha fallecido hasta que un médico no firme su certificado de defunción.

Los **cuidados postmortem** son un conjunto de atenciones o cuidados que se prestan a la persona fallecida para su posterior traslado al tanatorio. El acto del amortajamiento debe realizarse antes de la aparición del rigor mortis o rigidez cadavérica; esto es, antes de que hayan transcurrido dos horas desde la defunción.

Los **objetivos que se deben cumplir** con la realización de los cuidados postmortem y amortajamiento son:

1. **Garantizar la dignidad del fallecido.** Se velará por su intimidad, impidiendo su exposición a personas ajenas mediante cortinas o biombos. Contactar con la familia si no están presentes en el momento del fallecimiento.
2. **Respetar las manifestaciones de duelo** y favorecer la expresión de sentimientos por parte de los allegados.

Cuidados postmortem:

Material necesario:

1. Mortaja o sudario para envolver el cuerpo
2. Vendas para atar las muñecas y tobillos
3. Bata
4. Mascarilla
5. Recipiente con agua y jabón para lavar todo el cuerpo
6. Esponja
7. Guantes
8. Toalla para secar después de lavar el cuerpo
9. Material para curas; algodón; pinzas; tijeras; esparadrapo

Procedimiento:

- Verificar y confirmar el éxito en el parte médico.
- Se deberá colaborar con la enfermera responsable durante todo el proceso.
- Solicitar a la familia que abandone la habitación mientras realizamos el amortajamiento, ayudarles en todo lo necesario en esos difíciles momentos
- Lavarnos las manos y colocarse guantes de un solo uso
- Preparar todo el material necesario y trasladarlo a la habitación del fallecido
- Dejar el cuerpo en decúbito supino colocando la cama en posición horizontal si estaba levantada y se le deja una almohada
- Desconectar y retirar catéteres, drenajes, etc. que llevará el fallecido
- Realizar la higiene completa del fallecido. Lavarle la cara y afeitarse si hace falta, limpiarle las secreciones y peinarle;
- Colocar en un carrito el material para curas y ayudar a la enfermera a taponar las salidas de

sangre u otras secreciones, si las hay, y a colocar el apósito perineal tras un taponamiento rectal y vaginal si se precisarán

- Estirar las extremidades inferiores y colocar los brazos a lo largo del cuerpo. El cadáver debe quedar alineado
- Cerrarle los ojos bajando los párpados superiores tirando levemente de las pestañas.
- Colocar la dentadura si se le había quitado al enfermo moribundo, y cerrarle la boca
- Sujetar la mandíbula del cadáver con un vendaje alrededor de la cabeza
- Ponerle una bata mortuoria o sudario. Si la familia lo desea, se facilitará que puedan vestir con sus ropas al cadáver
- Sujetar los tobillos y las muñecas juntas con una venda o esparadrapo.

3.8. Técnicas de limpieza y conservación de prótesis

Procedimiento:

- 1. Las prótesis se deben limpiar, al menos una vez al día**, con un cepillo especial para prótesis (de venta en farmacias) o un cepillo de uñas con cerdas de nailon, y un poco de pasta dentífrica o, mejor, jabón, para evitar la formación de sarro. Después, aclárelas muy bien con agua.
- 2. Importante la limpieza de las partes metálicas**, sobre todo las que contactan con los dientes (cara interna o cóncava de los ganchos). Para ello, pueden frotarse con un bastoncillo empapado en alcohol, hasta que la superficie quede brillante. Si quedan mate o deslustradas, es que están cargadas de placa bacteriana, que puede producir caries y desgastes debido a los ácidos que dicha placa produce. Sin embargo, si están libres de placa, es decir, brillantes, no producen ni lo uno ni lo otro.
- 3. Conviene quitar las prótesis para dormir**, para que los tejidos descansen diariamente unas horas de la presión a que pudieran verse sometidos. Para evitar golpes y deformaciones mientras están fuera de la boca, conviene conservar las prótesis en agua, a la que puede añadir pastillas desinfectantes comercializadas para ese menester. Es conveniente usar la seda dental para limpiar entre los dientes, y enjuagarse la boca con colutorios fluorados, al objeto de prevenir la aparición de caries, sobre todo entre los dientes, donde el cepillo no limpia bien.

Prótesis auditivas

Los audífonos necesitan mantenerse secos. Los métodos para la limpieza de los audífonos varían dependiendo del modelo y la forma. Algunos **consejos para el cuidado de los audífonos:**

1. Cuando no los use, guárdalos en su estuche o caja, en un lugar seco y fresco, donde no puedan alcanzarlo los niños ni los animales domésticos.

2. No lo esponga nunca a condiciones de temperatura ni humedad muy alta
3. No lleve su audífono cuando se someta a un tratamiento con ultrasonidos, rayos x o similar
4. Cambie las baterías regularmente.
5. Apáguelo cuando no esté en uso, y si no lo utiliza durante un periodo prolongado, retire la pila.
6. Evite la utilización de laca para el pelo u otros productos capilares cuando lleve puesto los audífonos.
7. Limpieza del molde y del audífono
8. Las prótesis auditivas se pueden limpiar utilizando productos específicos que están pensados para asegurar una limpieza y desinfección a fondo sin dañar los moldes y los audífonos
9. Puede limpiar los contactos de la pila con un bastoncillo higiénico. No use nunca disolventes ni objetos que puedan dañar su audífono
10. La humedad puede acumularse en su audífono, principalmente por la sudoración y las condiciones ambientales. Esta puede dañar los circuitos electrónicos del aparato.

Cómo limpiar y desinfectar un molde:

1. Separar con cuidado el molde del audífono.
2. Introducirlo en un recipiente con agua y un producto desinfectante, dejando actuar toda la noche.
3. Enjuagar con agua, secarlo con una toalla y eliminar toda la humedad.

3.9. Fomento de la autonomía de la persona dependiente y su entorno para la mejora de su higiene y aseo

El enfermo consciente y colaborador puede intervenir en su propio aseo, por lo que se estimula su participación en tareas como el lavado de la cara, el afeitado, la higiene bucal, de los genitales, etc. Conviene enseñar a la familia a realizar la higiene del paciente inmobilizado, para dar continuidad a los cuidados.

Debe explicarse la importancia de una buena higiene diaria para prevenir complicaciones, como úlceras por presión e infecciones y la necesidad de cambiar la ropa interior todos los días.

3.10. La Inmovilidad

1. Concepto.

El síndrome de inmovilidad se define como el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Se caracteriza por una reducción de la tolerancia a la actividad física que provoca debilidad muscular generalizada y, en casos graves, pérdida de automatismos y reflejos posturales.

2.Causas más frecuentes

Obedece a diversas causas, que deben ser siempre estudiadas a fin de hallar factores corregibles, y asimismo debe ser tratada como un problema médico relevante en la atención del paciente mayor. Las formas de presentación de este síndrome son variadas según la causa subyacente. Existen pacientes que estando en condiciones de movilidad total caen abruptamente en inmovilidad, como es el caso de aquellos que sufren accidentes vasculares encefálicos o traumatismos incapacitantes. Otros muestran un deterioro progresivo, ya sea desde una situación de movilidad total o parcial por alguna enfermedad crónica, como es el caso de la osteoartritis, las enfermedades neoplásicas, la insuficiencia cardíaca y respiratoria o la enfermedad de Parkinson. Algunos cursan con fenómenos episódicos que ceden totalmente, como en las enfermedades autoinmunes o neuropatías de origen hidroelectrolítico, o episodios que van disminuyendo progresivamente la capacidad motriz, como las caídas a repetición o las hospitalizaciones frecuentes sin apoyo kinésico especializado. Las principales causas de inmovilidad en el adulto mayor son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio y problemas psicológicos. Además, con el paso de los años se producen una serie de cambios fisiológicos que contribuyen a disminuir la movilidad

A) Enfermedades y condiciones que contribuyen a la inmovilidad

Musculoesqueléticas

Osteoartritis extremidades inferiores

Fracturas extremidades inferiores

Artritis inflamatorias

Enfermedad muscular primaria o debilidad muscular por hipotiroidismo

Trastornos dolorosos de los pies (onicosis, hiperqueratosis, hallux valgus).

Polimialgia reumática

Neurológicas

Enfermedad de Parkinson

Neuropatía periférica

Deficiencia de vitamina B 12

Espondilosis cervical

Estenosis espinal

Demencia

Hidrocefalia normotensiva

Cardiovasculares

Insuficiencia cardíaca congestiva

Enfermedad coronaria

Vasculopatía periférica

Miocardopatía hipertrófica

Pulmonares

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Enfermedades pulmonares restrictivas

Otras

Ceguera

Enfermedad sistémica grave

Caquexia

Diabetes

Factores psicológicos

Depresión

Desesperanza

Causas ambientales

Inmovilidad forzada

Obstáculos físicos (escaleras, luz insuficiente, piso resbaladizo, etc.)

Falta de apoyo social

Efectos colaterales de las drogas.

B)Alteraciones fisiológicas asociadas a disminución de la movilidad en la persona mayor

Sensoriales

Tiempo de reacción lento

Disminución de los reflejos correctores

Motoras

Pérdida de masa muscular

Disminución de las contracciones voluntarias máximas

Cardiovasculares

Alteraciones de los barorreceptores

Disminución de la capacidad aeróbica máxima

3.Consecuencias.

Son múltiples las limitaciones que causa la inmovilidad.

Sociales: Destacan las pérdidas del empleo, de actividades esparcimiento, de relaciones sociales, de la capacidad cuidar a terceros y de autocuidado.

Psicológica: Puede haber depresión, temor a las caídas, pérdida del control e incapacidad aprendida.

Físicas: Puede conducir a caídas, incontinencia, pérdida de fuerza y capacidad aeróbica, alteraciones metabólicas (disminución de glucosa, balance negativo de calcio y nitrógeno), úlceras por decúbito, contracturas y trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.

4.Definición de úlcera por presión Plan de actuación ante ancianos/as Inmovilizados/as.

Se denomina úlcera por presión (UPP) a toda lesión de la piel originada por la presión mantenida o fricción sobre un plano o prominencia ósea, de forma que se impide la irrigación sanguínea correcta de los tejidos afectados causando su isquemia (disminución del riego sanguíneo) y, en consecuencia, la degeneración y necrosis de la epidermis, dermis y tejido subcutáneo, pudiendo afectar incluso a tejido muscular y óseo. Aparecen con frecuencia en pacientes que se encuentran encamados o en sillas de ruedas y en zonas como los codos, los hombros, los tobillos, ... También se las llama úlceras de decúbito.

Los mecanismos que provocan la aparición de las úlceras por presión, basados en alteraciones del riego sanguíneo en determinadas zonas del cuerpo por causa externa, son la presión y la fricción o la unión de ambas, que llamamos cizallamiento.

La presión es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento de los tejidos entre dos planos: uno perteneciente al paciente

(prominencias óseas), y otro de origen externo (sillón, cama.) La formación de las UPP depende tanto de la presión ejercida como del tiempo que permanece esta presión.

La fricción es una fuerza tangencial o lateral que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimientos o arrastres.

Existen múltiples factores que influyen en la formación de úlceras por presión (UPP):

- 1. Propios del paciente y sus patologías: lesiones cutáneas; problemas en el riego sanguíneo; desnutrición o delgadez; infecciones; alteraciones del estado de consciencia; incontinencia; parálisis; etc.
- 2. Derivados del tratamiento: inmovilización terapéutica
- 3. Derivados del entorno: falta o mala utilización del material; déficit en la realización de los cambios posturales; falta de formación específica; sobrecarga del profesional

Sus causas pueden ser generalmente detectadas con antelación, pudiendo aplicarse medidas preventivas que eviten su aparición, ya que una vez generadas, suelen ser de manejo complicado y evolución lenta.

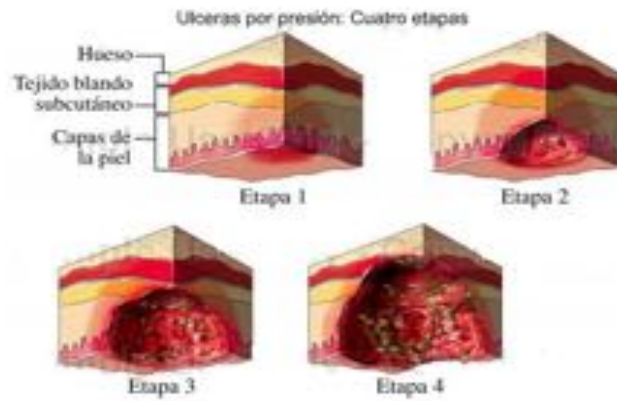
Las úlceras por presión (UPP) se clasifican en estadios, según las estructuras y tejidos que afecten. De entre las clasificaciones existentes, la realizada por la GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas), establece 4 estadios en la evolución de la úlcera, que son:

A) **Grado I**: Alteración observable de la piel. Existe un eritema que no recupera su coloración habitual al aliviar la presión durante 30 minutos. Epidermis y dermis afectadas, pero no destruidas. Encontramos cambios en la temperatura de la piel (aumento de temperatura cutánea), en su consistencia (induración o edema) y en las sensaciones (dolor o escozor).

B) **Grado II**: Úlcera superficial con erosiones o ampollas y desprendimiento de la piel. Pérdida parcial del grosor de la piel y de su continuidad afectando a la epidermis y la dermis. Se percibe una úlcera superficial con abrasión, flictenas y erosión

C) **Grado III**: Úlceras superficiales abiertas. Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo (dermis e hipodermis) aunque no traspasa la fascia muscular subyacente (vainas o membranas blanquecinas que envuelven los músculos, constituida por fibras de colágeno). Aparece una escara gruesa, de bordes evidentes, negruzcos y muy adheridos.

D) **Grado IV**: Úlcera de cráter profundo. Pérdida total del grosor de la piel, que tiene forma de excavación profunda con tunelizaciones, fistulas, trayectos tortuosos y cavernas. La lesión se extiende hacia el interior, donde aparece destrucción muscular, ósea y de estructuras de sostén (tendones y cápsula articular). Necrosis de tejidos.



Plan de actuación ante ancianos/as Inmovilizados/as:

La situación de inmovilización debería ser incluida dentro del listado de problemas del paciente geriátrico. Una vez valorada la situación de inmovilidad del paciente se realizará un plan de actuaciones que incluya:

- Tratamiento de la causa de la inmovilidad.
- Plan de rehabilitación encaminado al tratamiento de la inmovilidad existente y a evitar su progresión.
- Uso de ayudas y adaptaciones en el hogar.
- Prevención de las complicaciones asociadas.

Antes de iniciar cualquier tratamiento debe asegurarse un buen control del dolor, hidratación y nutrición.

1. Intervenciones para la prevención de complicaciones relacionadas al síndrome de inmovilidad

A) Riesgo de caídas

- Conocer el historial de caídas previas.
- Evaluar el riesgo de caídas en el paciente teniendo en cuenta su estado mental y nutricional, uso de medicación, marcha, conocimientos sobre prevención de lesiones, habitaciones oscuras, exceso de muebles.
- Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones como utilizar barandillas laterales de longitud y altura.
- Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que pueda aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Tener presente los efectos adversos de los medicamentos durante la administración de los mismos

B) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

- Realizar la valoración de riesgo de forma periódica.
- Realizar cambios posturales y mantener la alineación corporal y fisiológica.
- Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de úlceras por presión.
- Utilizar sistemas de alivio local de la presión, como apósitos hidrocelulares anatómicos, almohadillas especiales de gel o botines específicos, cuando se dispongan de ellos.
- Utilizar protectores de codo, almohadillas y taloneras.

- Realizar cuidados a la piel a todos aquellos pacientes hospitalizados.

C) Riesgo de síndrome de desuso

- Revisión de fármacos que provoquen estreñimiento, fomentar la ingesta de fibra y de agua, realizar actividad física regular y reeducación intestinal.
- Promover un estilo de vida sano, en el que se incluya la actividad física y una alimentación equilibrada, a través de programas de promoción a la salud.

D) Riesgo de Contracturas articulares

- Determinar el rango de movilidad libre, el arco doloroso, los flexos y las articulaciones inestables (especialmente en cadera, rodilla y tobillo).
- Movilizar las articulaciones de los miembros superiores e inferiores permitiendo que el paciente inicie el movimiento, otorgando ayuda cuando así se requiera.
- Realizar cambios posturales vigilando la posición correcta y protegiendo las zonas de presión.

E) Riesgo de depresión

- Reconocer señales y síntomas de la depresión en las personas mayores, tan pronto como sea posible.
- Proporcionar a la persona mayor seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
- Realizar acciones dirigidas a comentar la experiencia de la persona mayor y escuchar las expresiones de sentimientos y creencias

F) Riesgo de aislamiento social

- Explorar los factores que contribuyen al aislamiento y reducirlos o eliminarlos si es posible.
- Evaluar posibilidades de ayudar al usuario/a a incrementar su sociabilidad.
- Movilizar a familiares, vecinos y amigos para incrementar el contacto social con el usuario/a.
- Explicar a la familia la importancia de su apoyo para lograr un incremento de la movilidad.
- Demostrar al usuario/a que se está disponible a través de la escucha activa.

2. Intervenciones de Enfermería para el manejo de complicaciones secundarias al síndrome de inmovilidad

A) Úlceras por Presión

1. Planificar el tratamiento y evaluar su eficacia, conviene hacer una valoración inicial de las úlceras por presión para comprobar:

- Estadio o profundidad.
- Localización.
- Área de la superficie (longitud x anchura) (mm², cm²).
- Olor.
- Fístulas / cavernas / tunelización.
- Exudado.
- Aspecto del lecho de la herida.
- Estado de la piel circundante (piel que rodea la herida) y los bordes de la herida

2. Valorar la localización, la frecuencia y la intensidad del dolor para determinar la presencia de una enfermedad subyacente, la exposición de las terminaciones nerviosas, la eficacia de los cuidados de las lesiones locales y las necesidades psicológicas.
3. Llevar a cabo una revaloración semanal completa para determinar el progreso de la herida y la eficacia del plan de tratamiento
4. Utilizar jabón neutro en la higiene diaria del paciente.
5. Poner especial atención en los pliegues cutáneos y en los espacios interdigitales, a la hora de aclarar y secar al paciente.
6. No utilizar pomadas ni polvos.
7. Mantener siempre una buena hidratación de la piel.
8. En las zonas de riesgo, siempre que no existan heridas, realizar masajes muy suaves con crema hidratante o aceites.
9. Respecto a la ropa de cama, mantener las sábanas siempre limpias, secas y sin arrugas.
10. Utilizar colchones antiescaras si existe la posibilidad.
11. Realizar cambios posturales frecuentes (cada 3-4 horas).
12. Colocar almohadillado en prominencias o salientes óseos con riesgo de fricción (patucos, etc.)
13. En las zonas de presión, pueden colocarse apósitos preventivos.
14. Vigilar sondas, vías, drenajes, evitando la presión constante sobre una zona determinada.
15. Levantar al paciente de la cama y colocarlo en el sillón o silla de ruedas adoptando posturas adecuadas para prevenir el cizallamiento, si no está contraindicado.

3. Intervenciones de educación para la salud

- Proveer educación para que aprendan a conllevar la vida en el núcleo familiar.
- Implicar a la persona mayor y al familiar en la planificación de las estrategias de tratamiento y prevención de las úlceras por presión.
- Proporcionar información sobre el dolor, el malestar
- Otros aspectos de la educación pueden incluir la información facilitada a la persona mayor sobre superficies de apoyo apropiadas, así como la función de los diversos profesionales sanitarios.
- Colaborar con la persona mayor y sus familiares para concebir e implantar un plan de prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

4. Cambios posturales:

Los cambios posturales son las diferentes posiciones que debe adoptar el cuerpo y es necesario alternarlas continuamente para la prevención de complicaciones posteriores. Su objetivo es

conseguir una buena alineación de todas las partes del cuerpo y una distribución uniforme del peso corporal. Normalmente, se indican en pacientes encamados, los cuales obtienen, a partir de ellas, los siguientes beneficios:

- 1.Prevenición de úlceras por presión (UPP).
- 2.Evitar la rigidez articular y la pérdida de tono muscular.
- 3.Facilitar la eliminación de secreciones, la aparición de trombos circulatorios, etc., favoreciendo, así, la función cardiovascular y respiratoria
- 4.Evitar complicaciones como el estreñimiento (debido a la falta de ejercicio y la inmovilidad) o las infecciones urinarias, cuya aparición se ve favorecida por el encamamiento prolongado y el uso de pañales

Las posiciones corporales más recomendables y utilizadas son:

A) Posición de decúbito supino:

Usuario/a tumbado sobre la espalda, en plano recto y paralelo al suelo, con los brazos y piernas extendidos próximos al cuerpo. Las zonas de presión a las que hay que prestar especial atención son: región occipital, omóplatos, codos, sacro y coxis y talones. Como medidas correctoras, se podrán colocar almohadas en los siguientes lugares:

- 1.Debajo de la cabeza y hombros.
- 2.Debajo de la curvatura lumbar.
- 3.Debajo del muslo para la flexión de las rodillas.
- 4.En la zona externa del muslo para evitar su rotación

B) Posición de decúbito prono:

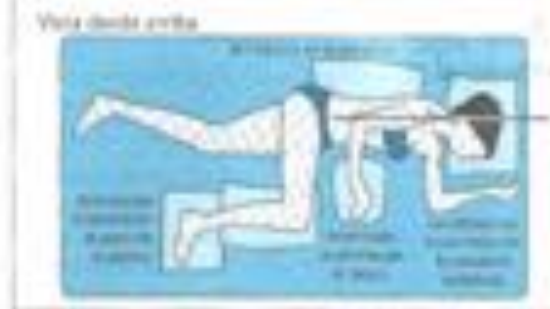
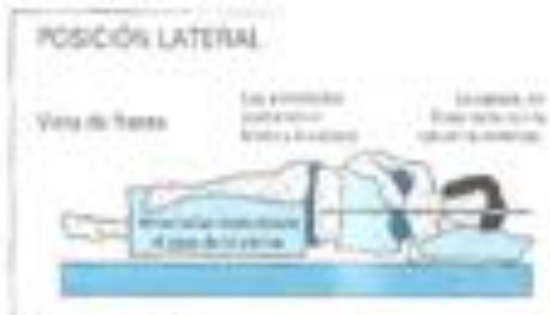
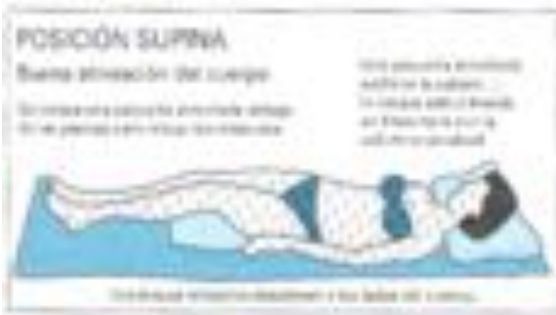
Usuarios/as tumbado boca abajo, sobre el abdomen, en plano recto y paralelo al suelo, con las piernas extendidas y la cabeza girada hacia un lado. Prestar especial atención a la región frontal o frente, orejas, pómulos, región pectoral, genitales masculinos, rodillas y dedos de los pies. En este caso, como medidas correctoras, podemos utilizar almohadas que se colocarán en los siguientes lugares:

- 1.Debajo de la cabeza.
- 2.Debajo del abdomen: prevenimos así la hiperextensión de la curvatura lumbar, la dificultad respiratoria y, en el caso de las mujeres, una compresión de las mamas.
- 3.Dejar que los pies caigan de forma lateral; o bien colocarles una almohada debajo para evitar la presión de los dedos sobre la cama

C) Posición de decúbito lateral:

Usuario/a tumbado sobre un lateral del cuerpo, en plano recto y paralelo al cuerpo, con una pierna en extensión y otra en flexión. Se debe prestar especial atención a la zona costal, crestas ilíacas (o, borde superior del ala del ilion, hueso palpable de la cadera) y trocánteres (prominencia redondeada que algunos huesos largos tienen en sus extremos), orejas, omóplatos, gemelos y maleolos (cada uno de los resaltes óseos, interno y externo, que sobresalen en el tobillo). Medidas correctoras: colocar almohadas en los siguientes lugares:

- 1.Debajo de la cabeza.
- 2.Debajo del brazo para que la mano no quede colgando.
- 3.Detrás de la espalda para evitar un deslizamiento hacia atrás.
- 4.Entre las piernas para evitar que se produzcan roces entre ambas.



D) Posición Fowler o semi-Fowler:

Usuario/a sentado en un ángulo de 45° ó 30°, con las rodillas flexionadas. Especial atención a los omóplatos, tuberosidades isquiáticas, sacro y coxis. Las medidas correctoras pueden consistir en la colocación de almohadas en:

1. Zona lumbar.
2. Bajo los muslos.
3. Bajo los tobillos



UNIDAD FORMATIVA 2: ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y TRATAMIENTOS A PERSONAS DEPENDIENTES EN EL DOMICILIO

Código: UF0120

1. Planificación del menú de la unidad convivencial.

1.1. Principios de Alimentación y nutrición

El conocimiento exhaustivo de los aspectos fundamentales de la alimentación y nutrición humanas es fundamental en la labor de la atención domiciliaria, puesto que son uno de los pilares para el mantenimiento y mejora de la salud de los usuarios y de su calidad de vida.

El conseguir un adecuado estado nutritivo en las personas dependientes es un objetivo primordial en la atención socio-sanitaria de esta población.

Alimentarse consiste en la compra, preparación e ingestión de alimentos. Los aspectos positivos que conlleva la alimentación son proporcionar placer, fomentar las relaciones sociales y dar sensación de bienestar y salud a través de una dieta equilibrada. Sin embargo, la alimentación también puede tener aspectos negativos como provocar enfermedades, malnutrición, preocupación económica.

Todas las personas desarrollan a lo largo de su vida hábitos definidos relacionados con la alimentación. Por diferentes razones como la religión, la economía personal, factores sociales y gustos personales, las personas tienden a comer unas cosas u otras. Estos hábitos definen el menú que tomamos diariamente. Sin embargo, si solo nos gustan ciertas cosas la dieta será monótona y nos puede mal nutrir.

El cuerpo del ser humano es como una máquina. Esta máquina necesita energía para funcionar. A través de los alimentos consigue esa energía.

La nutrición es una disciplina científica que estudia y analiza los procesos mediante los cuales nuestro organismo utiliza, transforma e incorpora en sus estructuras una serie de sustancias químicas definidas que forman parte de los alimentos.

La dieta es, cómo, cuánto y qué clase de alimentos se deben tomar diariamente para satisfacer las necesidades nutritivas de nuestro organismo

Una **nutrición adecuada** es la que cubre:

1. **Los requerimientos de energía** a través de la metabolización de nutrientes como los carbohidratos, proteínas y grasas. Estos requerimientos energéticos están relacionados con el gasto metabólico basal, el gasto por la actividad física y el gasto inducido por la dieta.

2. **Las necesidades de micronutrientes no energéticos** como las vitaminas y minerales.
3. **La correcta hidratación** basada en el consumo de bebidas, en especial el agua.
4. **La ingesta suficiente de fibra dietética.**

Los objetivos dietéticos se representan mediante diferentes recursos gráficos, uno de ellos es la **pirámide de los alimentos**.



1.2. Principios anatomofisiológicos de los sistemas digestivo y endocrino. Patología más frecuente

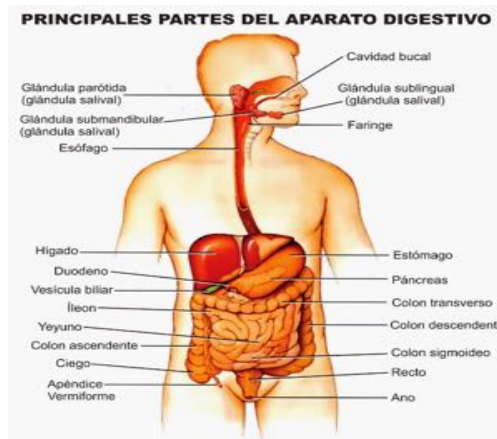
Anatomía, fisiología y patología del sistema digestivo

El aparato digestivo es un largo tubo, con ensanchamientos en su trayectoria y con importantes glándulas asociadas, que se encarga de transformar los alimentos en sustancias simples y fácilmente utilizables por el organismo. Las glándulas asociadas son: las glándulas salivales, el páncreas, el apéndice y el hígado. El tubo digestivo, es un órgano llamado también conducto alimentario o tracto gastrointestinal, comienza en la boca y se extiende hasta el ano. Se divide en: boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso. Su longitud en el hombre es de 10 a 12 metros, siendo

seis o siete veces la longitud total del cuerpo.

Las partes del tubo digestivo son:

- A. Boca:** es una cavidad recubierta de membrana mucosa. Los labios protegen su abertura anterior, las mejillas forman sus paredes laterales, el paladar duro forma su techo anterior y el paladar blando, su techo posterior. La úvula es una proyección carnosa con forma de dedo del paladar blando. El espacio exterior entre los labios y las mejillas y el espacio interior entre los



dientes y las encías es el vestíbulo. La lengua es un músculo que ocupa el suelo de la boca. El frenillo lingual es un pliegue de la membrana mucosa que fija la lengua al suelo del paladar y limita su movimiento posterior. Las primeras acciones propias de la digestión se realizan en la boca, pues es donde se mezclan con la saliva y donde se mastican. La descomposición de los alimentos comienza en la boca. Las papilas gustativas situadas en la superficie de la lengua detectan los 4 sabores fundamentales: ácido, amargo, dulces y salado.

- B. Faringe:** es común al aparato digestivo y al aparato respiratorio, ya que es la vía de paso de los alimentos y el aire hacia el estómago y los pulmones, respectivamente. Se subdivide en: nasofaringe (parte de las vías respiratorias), orofaringe (posterior a la cavidad oral) y laringofaringe (hipofaringe) (continuación hacia el esófago). Su pared presenta dos capas musculares, cuyas contracciones impulsan los alimentos hacia el esófago.
- C. Esófago:** es un conducto o músculo membranoso que se extiende desde la faringe hasta el estómago. Habitualmente es una cavidad virtual (es decir que sus paredes se encuentran unidas y solo se abren cuando pasa el bolo alimenticio). Su estructura formada por dos capas de músculos, le permiten la contracción y relajación en sentido descendente del esófago. Estas ondas reciben el nombre de movimientos peristálticos y son las que provocan el avance del alimento hacia el estómago. El esófago es sólo una zona de paso del bolo alimenticio, y es la unión de distintos orificios, el bucal, el nasal, los oídos y la laringe.
- D. Estómago:** es un órgano en el que se acumula comida. Varía de forma según la cantidad de alimentos que contenga. Consta de varias partes que son: fundus, cuerpo, antro y píloro. Su

borde menos extenso se denomina curvatura menor y la otra, curvatura mayor. El cardias es el límite entre el esófago y el estómago y el píloro es el límite entre estómago y el intestino delgado. En un individuo mide aproximadamente 25 cm del cardias al píloro y el diámetro transversal es de 12 cm. Es el encargado de hacer la transformación química ya que los jugos gástricos transforman el bolo alimenticio que anteriormente había sido transformado mecánicamente (desde la boca)

En el estómago se realiza la digestión de proteínas y lípidos (grasas), pero no de hidratos de carbono (azúcares). Otras funciones del estómago son la eliminación de la flora bacteriana que viene con los alimentos por acción del ácido clorhídrico.

- E. Intestino delgado:** comienza en el duodeno (tras el píloro) y termina en la válvula ileocecal, por la que se une a la primera parte del intestino grueso. Mide de 6 a 7 metros de longitud. En el intestino delgado se absorben los nutrientes de los alimentos ya digeridos. Las porciones del intestino delgado son: duodeno, yeyuno e íleon. En el duodeno es donde se realiza la mayor absorción de nutrientes contenidos en los alimentos, es decir, el paso de estas sustancias a la sangre para ser usadas en todo el organismo. Presenta numerosas vellosidades intestinales que aumentan la superficie de absorción intestinal de los nutrientes. Al intestino delgado, principalmente al duodeno, se vierten diversas secreciones, como la bilis y el jugo pancreático.
- F. Intestino grueso:** se inicia a partir de la válvula ileocecal en un fondo de saco denominado ciego de donde sale el apéndice vermiforme, se continúa con el colon (ascendente, transversal y descendente) y termina en el recto. Su longitud es variable, entre 120 y 160 cm, y su calibre disminuye progresivamente, siendo la porción más estrecha la región donde se une con el recto (la última parte del intestino grueso) no suele sobrepasar los 3 cm, mientras que el ciego es de 6 ó 7 cm. El colon se divide en: ascendente, transversal y descendente. La función principal del intestino grueso es la formación de las heces y la reabsorción de agua.
- G. Páncreas:** es una glándula íntimamente relacionada con el duodeno, es de origen mixto, segrega hormonas a la sangre para controlar los azúcares y jugo pancreático que se vierte al intestino a través del conducto pancreático, e interviene y facilita la digestión. Sus secreciones son de gran importancia en la digestión de los alimentos.
- H. Hígado:** es la mayor víscera del cuerpo y se sitúa debajo del diafragma, a la derecha del cuerpo, por encima del estómago, cubriéndolo casi del todo. Pesa alrededor de 1500 gramos. Consta de 4 lóbulos: derecho, izquierdo, caudado y cuadrado. Es uno de los órganos más importantes del cuerpo ya que posee muchas funciones metabólicas y reguladoras, pero su función digestiva es la producción de la bilis: solución acuosa entera amarilla y verde que contiene sales y pigmentos biliares. Su función es colaborar en la digestión, sobre todo de las grasas, ya que las emulsiona, rompiendo los grandes glóbulos grasos en pequeños, para que

tengan mayor superficie y así puedan actuar las enzimas digestivas que digieren las grasas. Las vías biliares son las vías excretoras del hígado, por ellas la bilis es conducida al duodeno. Normalmente salen dos conductos: derecho e izquierdo, que confluyen entre sí formando un conducto único. El conducto hepático, recibe un conducto más fino, el conducto cístico, que proviene de la vesícula biliar alojada en la cara visceral de hígado y cuya función es contener la bilis. De la unión del conducto cístico y del hepático se forma el colédoco, que desciende al duodeno, en la que desemboca junto con el conducto pancreático.

Fisiología de la digestión

Nuestro organismo necesita energía y nutrientes y los obtiene de los alimentos que ingerimos. Sin embargo, tal y como comemos los principios inmediatos (proteínas, grasas e hidratos de carbono) no los podemos asimilar, por eso es primordial el proceso de la digestión.

Las funciones del sistema digestivo son:

- 1. Ingestión:** el alimento se coloca en la boca. Es un proceso voluntario y activo.
- 2. Impulsión:** es el paso de los alimentos, ya comenzados a procesar (bolo alimenticio) hacia porciones contiguas del tubo digestivo. La impulsión se realiza gracias a la existencia de peristalsis, proceso involuntario que consiste en la producción de movimientos alternativos de contracción y relajación producidos por el músculo existente en la pared de las diferentes partes del tubo digestivo.
- 3. Digestión mecánica:** mezclar los alimentos en la boca mediante la lengua, machacar la comida en el estómago o segmentarla en el intestino delgado son los procesos que contribuyen a la digestión mecánica. Ésta, prepara los alimentos para su posterior degradación por las enzimas.
- 4. Digestión química:** las moléculas de los principios inmediatos son atacadas por enzimas, rompiéndose en unidades cada vez más pequeñas. Estas enzimas se encuentran en diferentes líquidos presentes en el sistema digestivo: en la saliva, en el jugo gástrico, en el jugo pancreático, en los jugos intestinales, etc. Así, en la digestión gastrointestinal es el proceso que se comienza en la boca y se continúa en el estómago e intestino. Para ello, en la boca actúan algunas enzimas, presentes en la saliva como la amilasa salival, que comienza a romper las grandes moléculas de hidratos de carbono. En el estómago, cuando llega el bolo alimenticio se produce un incremento de la secreción gástrica que contiene: ácido clorhídrico, agua, sales, enzimas, moco, hormonas, etc. El ácido clorhídrico favorece el pH ácido del jugo gástrico, que es el medio idóneo para que actúen enzimas como la pepsina, que rompe las proteínas de los músculos (carne), estimulando también, la producción de una hormona que incrementa la secreción de pancreática y la biliar.

5. **Absorción intestinal:** consiste en el paso de los nutrientes ya digeridos, en su estado elemental, a la sangre, atravesando la barrera intestinal. La mayor parte se realiza en el duodeno.
6. **Eliminación fecal:** la mucosa del colon produce gran cantidad de moco para lubricar y proteger la mucosa del posible daño que pueda ejercer a su paso la materia fecal. Además, este moco se adhiere a las heces para facilitar su tránsito. Las heces se forma a partir de los residuos no digeribles y no absorbidos en el intestino delgado, con la finalidad de ser eliminadas al exterior a través del ano.

Principales patologías digestivas

A. Lesiones en la boca:

- Xerostomía: Sequedad de la mucosa de la cavidad oral.
- Estomatitis: Inflamación de la mucosa de la boca, en la que aparecen pequeñas ulceraciones (heridas) dolorosas, sensación de quemazón, formación de vesículas en la unión de los labios y la mucosa.
- Gingivitis: Inflamación de las encías, que pueden sangrar con facilidad e hinchazón de los espacios interdentarios.
- Glositis: Inflamación de la lengua.
- Halitosis: Mal aliento.
- Sialorrea: Aumento de producción de la saliva.

B. Lesiones del esófago:

- Disfagia: Dificultad para deglutir.
- Regurgitación: Retorno de la ingesta en dirección contraria, especialmente la emisión de líquidos o sólidos por la boca, procedentes del esófago o del estómago.
- Pirosis: Sensación de ardor que sube del estómago a la faringe con eructos agrios, debido a una dispepsia ácida.
- Esofagitis: Inflamación de la mucosa que reviste el esófago.
- Varices esofágicas: Dilataciones de las venas de las paredes del esófago y en ocasiones, de la parte alta del estómago. En su gran mayoría se producen en pacientes con cirrosis hepática con hipertensión portal (de la arteria porta hepática) y en algunos casos por trombosis de las venas esplénicas (del bazo).

C. Lesiones del estómago:

- Gastritis: Inflamación de la mucosa del estómago que se suele presentar con anorexia o falta de apetito, sensación de plenitud y malestar, náuseas y vómitos.
- Úlcera péptica: Es una alteración de la mucosa gástrica con heridas o lesiones. Las más frecuentes son las que afectan a personas mayores de 50 años.
- Cáncer de estómago: Neoplasia maligna que puede desarrollarse en cualquier parte del estómago y extenderse a tejidos contiguos, alcanzando los ganglios linfáticos de esa zona y pasar a otros órganos abdominales o a través de la circulación sanguínea llegar a los pulmones y a los huesos

D. Lesiones en el intestino:

- Colitis ulcerosa: Lesiones de tipo inflamatorio intestinales en las que se ulcera la mucosa y hace más fácil el sangrado. Cuando la lesión avanza, la mucosa del intestino se vuelve engrosada y edematosa y se forman cicatrices. El colon puede perder su elasticidad y su capacidad de absorción, originando anorexia, pérdida de peso, malestar y diarreas.
- Hemorroides: Son dilataciones del plexo venoso hemorroidal. Pueden ser internas (por dentro del ano) o externas (por fuera del ano).
- Estreñimiento: Evacuación poco frecuente o difícil de las heces. Se puede originar por una disminución de la motilidad del colon o por retención de heces en el colon inferior o en el recto. En cualquier caso, como parte del agua se reabsorbe en el colon, cuanto más tiempo estén las heces en el colon, mayor será la reabsorción de agua y más secas se volverán, haciendo más difícil su expulsión por el ano. El estreñimiento se identifica cuando se defecan heces duras y bien formadas o con poca frecuencia, o por tener sensación de presión rectal o experimentar tensión en la defecación. Si se mantienen mucho tiempo las heces en el colon se puede producir la impactación fecal y fecalomas que son difíciles de extraer.

E. Lesiones en las glándulas anejas del sistema digestivo:

- Apendicitis: Inflamación y/o infección del apéndice vermiforme, situado junto al ciego. Puede ser aguda y crónica.
- Hepatitis víricas: La hepatitis es una inflamación aguda o crónica del hígado, que puede deberse a un virus, a una reacción química o farmacológica o al abuso de alcohol. También puede ser secundaria a otros procesos patológicos. Por ahora, las hepatitis víricas se deben a uno de los siguientes virus:
 - Hepatitis A: transmisión oral – fecal, normalmente por alimentos y aguas contaminadas.

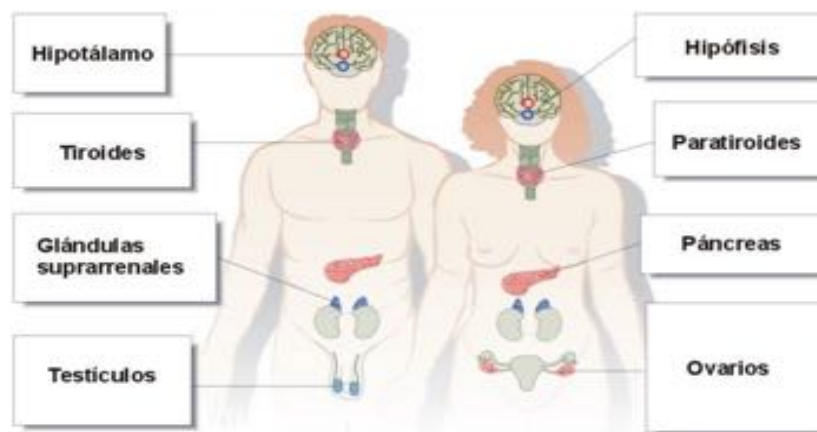
- Hepatitis B: es una de las formas más graves. Puede transmitirse por vía perinatal y a través de agujas, objetos punzantes, relaciones sexuales, administración intravenosa de fármacos, diálisis y transfusión de sangre.
- Hepatitis C: puede transmitirse por pinchazos con agujas, objetos punzantes, administración intravenosa de fármacos o drogas, transfusión de sangre, así como por medios no identificados hasta el momento actual.
- Hepatitis E: se transmite a través de la contaminación fecal de las aguas, principalmente en los países en vías de desarrollo.

Anatomía del sistema endocrino

El Sistema Endocrino es el conjunto de órganos y tejidos del organismo que liberan un tipo de sustancias llamado hormonas. Los órganos endocrinos también se denominan glándulas sin conducto o glándulas endocrinas, debido a que sus secreciones se liberan directamente en el torrente sanguíneo mientras que las glándulas exocrinas liberan sus secreciones sobre la superficie interna o externa de los tejidos cutáneos, la mucosa del estómago o el revestimiento de los conductos pancreáticos. Las hormonas secretadas por las glándulas endocrinas regulan el crecimiento, desarrollo y las funciones de muchos tejidos, y coordinan los procesos metabólicos del organismo

Los órganos que conforman el sistema endocrino son:

Hipófisis, Hipotálamo, Glándulas suprarrenales, Tiroides, Paratiroides, Ovarios, Testículos y Páncreas.



Principales patologías del sistema endocrino

- Tiroides:** Cuando esta glándula no existe o funciona escasamente, se habla de hipotiroidismo. Si se trata de una ausencia, se presenta una condición conocida como cretinismo, la cual provoca retraso mental y enanismo. En caso de existir un funcionamiento incompleto, se produce aumento de peso, falta de energía y también un retardo en la capacidad mental. Por

el contrario, cuando la actividad de la tiroides es excesiva se habla de hipertiroidismo, cuyos síntomas característicos son la exoftalmia (ojos saltones), pronunciada pérdida de peso, nerviosismo, irritabilidad y, en ocasiones, problemas cardíacos.

- B. Paratiroides:** Cuando se produce hiperparatiroidismo, aumenta la cantidad de calcio que circula por la corriente sanguínea, lo que también se aprecia en la orina, la cual puede registrar índices enormemente elevados de este elemento. Esto puede derivar en la formación de cálculos en los riñones y una pérdida del calcio de los huesos. Si se produce el fenómeno inverso, es decir hipoparatiroidismo, la disminución del calcio en la sangre y el aumento del fósforo provocan tetania, patología que se caracteriza por la dificultad en la contracción muscular, sensación de adormecimiento en las extremidades y calambres.
- C. Páncreas:** Diabetes mellitus, la diabetes es una enfermedad debida a la insuficiente disponibilidad de insulina. Hormona segregada por el páncreas y responsable del control de la glucosa en sangre. Al haber un exceso de azúcar en la sangre, por falta de insulina, los músculos no dan abasto para utilizar la glucosa, produciéndose un incremento de la misma en la orina (glucosuria). En general la diabetes se caracteriza por 3 síntomas:
1. Polidipsia: mucha sed.
 2. Poliuria: mucha orina.
 3. Polifagia: mucha hambre.

Existen diferentes tipos de diabetes:

1. **Diabetes Mellitus insulino dependiente (TIPO I):** A este tipo de pacientes se les debe administrar insulina de forma exógena, ya que la que produce no funciona o la produce en cifras insuficientes
 2. **Diabetes Mellitus no insulino dependiente (TIPO II):** El usuario tiene un déficit relativo de insulina, pues hay una incapacidad para que la insulina llegue a la sangre y sea transportada al lugar donde es requerida para regular el metabolismo y aprovechamiento de la glucosa.
 3. **Diabetes asociada a ciertas situaciones o síndromes:** Se observa en individuos que desarrollan altos niveles de glucosa como consecuencia de otras enfermedades o como consecuencia de tratamientos medicamentosos, por ejemplo, algunas clases de diuréticos (medicamentos que facilitan e incrementan la eliminación de la orina)
 4. **Diabetes Mellitus gestacional:** Comienza en el embarazo peor, a veces, persiste una vez concluido el periodo gestacional y si esto ocurre debe ser reevaluada para clasificar qué tipo de diabetes presenta.
- D. Cápsulas suprarrenales :**La excesiva función de las suprarrenales da origen a la enfermedad de Cushing, que puede deberse a un superávit de hormonas esteroides, como el cortisol, o a

un fallo en la hipófisis. Es típica de los adultos, y se caracteriza por una obesidad evidente en la cara, tórax y abdomen, además de piel punteada, contusiones en las extremidades, presión alta e insuficiencia cardíaca.

E. Afecciones de ovarios y testículos : Estos órganos pueden sufrir alteraciones como consecuencia de un mal funcionamiento de la hipófisis o bien de sus propias glándulas. En el caso de los hombres, la disminución en la función del testículo causa el hipogonadismo masculino: ausencia de vello en cara y cuerpo, tono de voz agudo, escaso desarrollo muscular y genitales de diminuto tamaño. Para las mujeres, las alteraciones de las glándulas sexuales están muy ligadas a los trastornos de los ciclos menstruales, ya que estos son efecto de las hormonas. El principal síntoma de cualquier disfunción en la producción de hormonas sexuales es la irregularidad de los períodos menstruales o su ausencia, anomalía que en este último caso se llama amenorrea.

1.3. Conceptos de alimentación y nutrición. Los alimentos. Clasificación funcional.

Para empezar este apartado, es necesario explicar una serie de conceptos importantes que ayudarán a su comprensión.

Denominamos **metabolismo** al conjunto de procesos físicos y químicos que el organismo realiza y que generan y consumen energía, tales como la respiración, la circulación sanguínea, la digestión y la eliminación de desechos (por la micción y la defecación), entre otros.

Así, gracias al metabolismo, nuestro organismo transforma las sustancias que toma del exterior y las descompone y asimila (las transforma por medio de reacciones bioquímicas) para que puedan ser utilizadas por las células que, de esta forma, logran mantenerse con vida.

El metabolismo comprende **dos tipos de reacciones:** las catabólicas y las anabólicas.

- A. Las **reacciones anabólicas** son procesos en los que sustancias más simples se convierten en compuestos más complejos; consumen energía.
- B. Las **reacciones catabólicas** son procesos en los que las sustancias complejas son transformadas en otras más simples; producen energía

Llamamos **metabolismo basal** a la energía que necesita el organismo para mantener sus funciones vitales en estado de absoluto reposo.

Alimentación es tan solo la forma y manera de proporcionar al cuerpo humano unas sustancias que son indispensables.

La alimentación es la consecuencia de una serie de actividades conscientes y voluntarias en virtud de las cuales el ser humano se proporcionan sustancias aptas para su consumo, las modifica partiéndolas,

cociéndolas, etc... y acaba introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas también de modo voluntario y consciente. El hecho de que este acto sea voluntario y consciente quiere decir que es influenciado por la cultura, situación económica, social, estado físico, mental, etc.. Los alimentos son digeridos en el aparato digestivo transformándose en sustancias nutritivas que son absorbidas y luego transportadas a los tejidos y utilizadas por éstos. Estos pasos se realizan de manera involuntaria e inconsciente. Esta actividad involuntaria es ya la NUTRICIÓN. Se entiende pues por nutrición el conjunto de procesos merced a los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas contenidas en los alimentos. Estas sustancias químicas constituyen los materiales necesarios y esenciales para el mantenimiento de la vida. Se trata de una actividad inconsciente e involuntaria. Este conjunto de procesos se encuentra afectado fundamentalmente por patologías concretas y algo por los procesos propios del envejecimiento.

Los nutrientes se agrupan de la siguiente forma:

A. Macronutrientes: Son los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas.

- 1. Hidratos de carbono:** También llamados carbohidratos, glúcidos o azúcares, nos proporcionan la energía necesaria para desarrollar todas las actividades diarias. Se encuentran en los cereales: maíz, trigo, arroz, sorgo y sus productos (harinas, pastas), tubérculos o verduras: patata, apio, batata; plátano, azúcar (blanca o morena), miel grano, lentejas.
- 2. Lípidos o grasas:** Son la fuente más concentrada de energía para el organismo. También participan en otras funciones, como formar parte de los tejidos del cuerpo y de algunas vitaminas y hormonas. Se dividen en:
 - Saturados: de origen animal. Son los más perjudiciales por su relación con enfermedades cardiovasculares. Están en mantequillas, grasas de carne...
 - Insaturados: De origen vegetal y en el pescado azul. Beneficiosos para la salud. Monoinsaturados: Reducen el colesterol. Ácido oleico, en aceite de oliva, frutos secos, aguacate.
 - Poliinsaturados: Ácidos grasos omega 3 (en pescados azules: sardina, atún, salmón) y omega-6 (en semillas de girasol, germen de trigo, sésamo, nueces, soja, maíz y sus aceites).
- 3. Proteínas:** son los elementos necesarios para la construcción y mantenimiento de las estructuras corporales. También pueden tener función energética. Se encuentran en las carnes, pescados, mariscos, crustáceos, huevos, leche, quesos, embutidos (mortadela, salchichas, salchichón), leguminosas como alubias, guisantes, lentejas.

B. Micronutrientes: Son las sales minerales, las vitaminas y el agua.

- 1. Sales minerales:** Entre los principales minerales se encuentran: calcio, hierro, yodo y zinc. Forman parte de los tejidos del cuerpo (el calcio forma parte de los huesos y dientes; el hierro de la sangre), intervienen en el crecimiento, reproducción del ser humano, ... Se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal.
- 2. Vitaminas:** Son las vitaminas A,D,E,K, C, complejo B y ácido fólico. Cumplen diferentes funciones esenciales para el organismo, como colaborar en el proceso de transformación de la energía y favorecer el sistema de defensa del cuerpo contra las enfermedades. Se encuentran en casi todos los alimentos, en especial en las frutas, hortalizas y alimentos de origen animal.
- 3. Agua:** El cuerpo humano está formado en su mayoría por agua y su contenido permanece relativamente estable a lo largo del tiempo. El cuerpo humano tiene un 75% de agua al nacer y un 60% en la edad adulta. Aproximadamente el 60% de ese agua está en el interior de las células, mientras el resto circula en la sangre y baña los tejidos. Es el medio por el que se comunican las células y por el que se transportan nutrientes y oxígeno a nuestros tejidos. Es la encargada de retirar los productos de desechos del metabolismo celular y regula la temperatura a través de la sudoración.

La caloría (cal) es la unidad básica de energía tradicionalmente empleada en nutrición, usada para medir el valor energético de los alimentos.

1.4. Recomendaciones en energía y nutrientes. Ingesta recomendada. Interpretación del etiquetado nutricional.

Hablamos de una alimentación saludable cuando ésta permite a la persona mantener un buen estado de salud y cubrir las necesidades energéticas que le permiten realizar las actividades de la vida diaria. De esta forma, el estado mental y físico de un individuo depende, en buena parte, de unos buenos hábitos alimenticios, los cuales habrán ido siendo adquiridos por él a lo largo de toda su vida

La cantidad de energía que gastamos es variable y depende de la suma de diferentes necesidades calóricas obligatorias (metabolismo basal) y otras que dependen de nuestro estilo de vida y de la actividad física que desarrollemos.

Las recomendaciones de la OMS establecen un aporte calórico diario de 2000 a 2500 Kcal/día para un varón adulto y de 1500 a 2000 Kcal/día para las mujeres. Estas necesidades disminuyen a medida que nos hacemos mayores (a los 65 años recomiendan 1900-2100 Kcal/día para los hombres y 1500-1700 kcal/día para las mujeres).

La cantidad de energía debe provenir de los siguientes nutrientes en los porcentajes indicados:

Los glúcidos deben aportar entre el 55-60% de las calorías de la dieta. Es posible vivir durante meses sin tomar carbohidratos, pero se recomienda una cantidad mínima de unos 100 gr. diarios, para evitar una combustión inadecuada de las proteínas y las grasas (que produce amoníaco y cuerpos cetónicos en la sangre) y pérdida de proteínas estructurales del propio cuerpo

Se recomienda que las grasas de la dieta aporten entre 20-30% de las necesidades energéticas diarias. Como nuestro organismo no hace el mismo uso de los diferentes tipos de grasa, de esta cantidad, un 10 % será de grasas saturadas (grasa de origen animal), un 5 % de grasas insaturadas (aceite de oliva) y un 5 % de grasas poliinsaturadas (aceites de semillas y frutos secos). Además, hay ciertos lípidos que se consideran esenciales para el organismo, como el ácido linoleico o el linolénico, que si no están presentes en la dieta en pequeñas cantidades se producen enfermedades y deficiencias hormonales. Estos son los llamados ácidos grasos esenciales o vitamina F.

La cantidad de proteínas que se requieren cada día (12-13%) es un tema controvertido, puesto que depende de muchos factores.

1. De la edad.
2. Del estado de salud de nuestro intestino y nuestros riñones.
3. Del valor biológico de las proteínas que se consuman.

En general, se recomiendan unos 40 a 60 gr./día para un adulto sano.

Se recomienda que una tercera parte de las proteínas que comamos sean de origen animal, pero es perfectamente posible estar bien nutrido sólo con proteínas vegetales. El problema de las dietas vegetarianas en occidente suele estar más bien en el déficit de algunas vitaminas, como la B12, o minerales, como el hierro. Se debe tener en cuenta también la necesidad de vitaminas y minerales para el correcto funcionamiento de nuestro cuerpo.

La etiqueta nutricional es una descripción destinada a informar al consumidor sobre las propiedades nutricionales de un alimento. La presencia de una etiqueta nutricional en el envase de un producto alimenticio, tiene varias **ventajas**:

1. Ofrece al consumidor datos sobre los alimentos de manera clara y sencilla para que pueda elegir su alimentación de acuerdo a sus necesidades.
2. Es un medio eficaz para indicar datos sobre el contenido de nutrientes del producto alimenticio.
3. Es obligatorio en el caso de alimentos que declaran propiedades nutricionales o saludables, lo que permite que el consumidor elabore su propio sistema de alimentación, evitando confusiones o engaños.
4. Es una invitación a los fabricantes a mejorar la calidad nutricional de sus productos.

1.5. Dieta saludable. Calidad de dieta.

Hay una relación directa entre la correcta alimentación del individuo y su estado de salud. Una dieta saludable es aquella que cumple los requisitos necesarios para la consecución de un buen estado de salud. Incluye gran variedad de alimentos, se prepara siguiendo las normas básicas de higiene y seguridad alimentaria, su sabor y presentación responden a los principios de la gastronomía de cada región y se consume en un ambiente agradable. De este modo se sintetizan los aspectos físicos, psíquicos y sociales que integran el concepto de salud

Pero además de sana, la alimentación debe ser de calidad: alimentos de calidad, modos de creación y preparación de calidad... y además implica también el consumo de los alimentos en las cantidades adecuadas, en el entorno adecuado y de una forma correcta

Un aspecto que hay que señalar respecto a la dieta es que debe ser individual, es decir, adaptada a las necesidades y a las características de cada persona. Pero en cada cultura se sigue un patrón regular que es común a casi todos los individuos, de tal manera que se configura una dieta típica de una sociedad o cultura. Un ejemplo es la que se conoce popularmente como dieta mediterránea, atribuida al estilo de vida seguido en algunos países de la cuenca mediterránea. No obstante, para que cualquier dieta se considere saludable y equilibrada, se debe basar en el consumo regular de una amplia variedad de alimentos. La razón es que no existe un único alimento que contenga todos los nutrientes necesarios o, si los contiene, no están en las cantidades imprescindibles para cada situación.

En conclusión, los **factores clave para que una dieta sea sana y de calidad** son:

1. Disfrutar de una amplia variedad de alimentos.
2. Comer con regularidad.
3. Equilibrio y moderación.
4. Mantener un peso corporal saludable para sentirse bien.
5. No olvidar las frutas y vegetales.
6. Basar la dieta en alimentos ricos en carbohidratos.
7. Beber muchos líquidos.
8. Grasas con moderación.
9. Moderar el consumo de sal.

1.6. Problemas nutricionales de las sociedades desarrolladas.

Los hábitos alimentarios del mundo occidental se caracterizan, cuantitativamente, por un consumo excesivo de alimentos, superior, en términos generales, a las ingestas recomendadas en cuanto a energía y nutrientes para el conjunto de la población y, cualitativamente, por un tipo de dieta rica en proteínas y grasas de origen animal.

La dieta española responde a estas características, si bien tiene como ventaja frente a otros países europeos, la presencia de un mayor consumo de vegetales (legumbres, verduras, ensaladas y frutas), un mayor consumo de pescado (España es el segundo país del mundo consumidor de pescado después de Japón), y el uso de aceites de origen vegetal para cocinar (con predominio del aceite de oliva). Su situación geográfica le permite estar encuadrada entre los países consumidores de la dieta mediterránea, considerada como muy saludable y equilibrada.

La alimentación es una necesidad fisiológica necesaria para la vida que tiene una importante dimensión social y cultural. Comer está vinculado por un lado a saciar el hambre (para vivir) y por otro al buen gusto, y la combinación de ambos factores puede llegar a generar placer. En el acto de comer entran en juego los sentidos (unos de forma evidente, vista, olfato, gusto y tacto, y, por último, el oído puede intervenir al recibir mensajes publicitarios sobre alimentos).

La evolución del comportamiento alimentario se ha producido como consecuencia de diferentes factores, por ejemplo:

1. Paso de una economía de autoconsumo a una economía de mercado.
2. El trabajo de la mujer fuera del hogar.
3. Los nuevos sistemas de organización familiar, etc.

Pero siempre ha sido ratificada por la cultura que fija los principios de exclusión (esto no se debe comer, o no es aconsejable para niños, o, quizás, lo es para hombres pero no para mujeres) y de asociación (este alimento es bueno para embarazadas, lactantes y ancianos), así como las prescripciones y prohibiciones de alimentos para grupos de edad

Hay que estimular en la población sentimientos de responsabilidad y solidaridad en relación con el reparto de alimentos. Una gran parte de la población mundial sufre las consecuencias de la malnutrición y la otra parte de población que está sobrealimentada sufre, a su vez enfermedades debidas al exceso de alimentación.

Hay una larga lista de mitos y creencias en torno a la alimentación que deben ser conocidas para poder modificar hábitos, a modo de ejemplo, citaremos algunas de ellas:

1. Sobrevalorar los caldos cuando estos apenas llevan proteínas ya que éstas por el calor se coagulan y se quedan en la carne hervida.
2. Sobrestimar el valor nutritivo de determinados productos como la soja, el polen, las algas, cuando en gran parte, se consumen por moda y sus nutrientes se pueden encontrar en otros productos.
3. Considerar que los productos congelados tienen menos valor nutritivo que los frescos, cuando en realidad tienen el mismo.

4. Otra creencia es que no es igual tomar queso que leche, cuando en realidad tiene valores nutritivos similares y se deben alternar.

El estilo de vida de las sociedades desarrolladas y los nuevos hábitos alimenticios generan la aparición de diferentes **problemas de tipo nutricional**:

- Los alimentos, además de su finalidad alimenticia, se convierten en objetos de consumo.
- Sobrealimentación por encima de los requerimientos diarios.
- Variaciones en la composición de las dietas y en los horarios debido al trabajo y a las obligaciones.
- Proliferación de comidas rápidas.
- Sedentarismo y falta de actividad física.
- Trastornos del comportamiento alimentario originados por determinados cánones de belleza: anorexia y bulimia.

Por tanto, en la sociedad de la abundancia aparecen ciertas **patologías y problemas de salud**, como:

A. Enfermedades cardiovasculares: La causa más frecuente de reducción de riego sanguíneo es la arteriosclerosis, que consiste en un depósito de lípidos (que puede empezar ya en la infancia), sobre todo colesterol y ésteres de colesterol, en la pared arterial, una infiltración de leucocitos y una hipertrofia e hiperplasia (aumento de número y tamaño) de las fibras musculares lisas de la pared vascular. Con el tiempo, estas lesiones crecen, se calcifican y se endurecen, con lo que disminuye la luz del vaso arterial afectado comprometiendo así la irrigación del tejido, pudiendo llegar un momento en el que el estrechamiento sea tan importante que aquél tejido no reciba la cantidad de sangre necesaria y muera. En los países europeos, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte, responsables de casi un 50% de la mortalidad total. Así ocurre en España, donde la enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de muerte.

Los factores más implicados son, por este orden: La grasa saturada, la grasa total de la dieta, el colesterol de la dieta, las calorías totales, la fibra dietética y los antioxidantes, aunque evidentemente otros factores no dietéticos influyen mucho en la aparición de dicha patología como la hipertensión arterial, la diabetes, el consumo de tabaco, el estrés, etc

B. Neoplasias: En los países industrializados el cáncer causa el 25% de las muertes y se considera que el 40% de los cánceres en hombres y el 60 % de las mujeres, pueden ser atribuidos a la dieta. Los cánceres de mama, colon y próstata, son más frecuentes en los países desarrollados. El riesgo de su aparición se ha relacionado fundamentalmente con el consumo

de grasa saturada y con el consumo de carne y derivados. Las dietas ricas en frutas frescas y vegetales (fundamentalmente vegetales crudos) son protectoras contra diversas neoplasias de origen epitelial, principalmente las del tracto respiratorio superior y los digestivos.

C. Diabetes tipo 2: Se caracteriza por el aumento crónico de los niveles de glucosa en sangre y se asocia en la mayoría de los casos con el sobrepeso y la obesidad. Una alimentación sana ayuda a mantener el azúcar de la sangre en un nivel adecuado. Es una parte fundamental del manejo de la diabetes, ya que controlando el azúcar en la sangre (glucemia) se pueden prevenir sus complicaciones. Su evolución está condicionada por los hábitos dietéticos. La ingesta de vegetales y fibra mejora el control de la glucosa.

Una alimentación saludable para un diabético incluye:

1. Limitar alimentos con altos contenidos de azúcar.
2. Comer porciones pequeñas a lo largo del día.
3. Prestar atención a cuándo y cuánta cantidad de carbohidratos consume.
4. Consumir una gran variedad de alimentos integrales, frutas y vegetales.
5. Comer menos grasas.
6. Limitar el consumo del alcohol.
7. Usar menos sal.

D. Obesidad: La obesidad, independientemente de factores genéticos, se produce como consecuencia de una ingesta calórica excesiva y de inactividad física. La variedad alimentaria así como la alta densidad energética de los alimentos de que hoy disponemos, hacen que la alimentación actual sea hipercalórica, lo que junto al gran sedentarismo de nuestra sociedad facilita enormemente el acúmulo de grasa. Es importante promocionar el ejercicio físico desde la infancia, para atenuar este efecto. La obesidad es un factor de riesgo importante para la diabetes, la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, las enfermedades de la vesícula biliar, gota, artrosis y algunos tipos de cánceres.

E. Enfermedades esqueléticas: La desmineralización ósea u osteoporosis provoca que el hueso sea más susceptible a fracturarse. Esta enfermedad aumenta con la edad, especialmente en mujeres tras la menopausia. Probablemente, el hecho de no haber adquirido una adecuada “masa ósea” en la adolescencia (por ingestas de calcio deficitarias) favorece la osteoporosis a partir de los 40 años. Factores que pueden reducir el riesgo de osteoporosis son el ejercicio físico, el descenso de consumo de tabaco y alcohol y, en algunos casos, el tratamiento hormonal. La mejor prevención de la osteoporosis y sus consecuencias es la ingesta óptima de calcio (1200 mg/día) y el ejercicio físico durante la edad juvenil.

F. Enfermedad oral (caries): La fermentación bacteriana de los azúcares presentes en los alimentos genera diversos ácidos que producen una desmineralización progresiva del esmalte

dentario. El consumo frecuente de azúcares, especialmente de sacarosa, favorece la formación de la placa dental, elemento clave que predispone a la caries y a las enfermedades periodontales. Las medidas preventivas pasan por la reducción del consumo de azúcares simples, y la mayor higiene dental.

G. Trastornos del comportamiento alimentario :En nuestra sociedad se produce una enorme tensión causada por tres tipos de mensajes contradictorios, en relación con la estructura corporal: Mensaje medico, mensajes estéticos y mensajes gastronómicos. La abundancia de alimentos, algunos muy atractivos, junto con el “mandato” social de tener que ser delgado, para ser aceptada, crea situaciones internas muy conflictivas que conducen a personas predispuestas (la adolescencia es un periodo crítico) a desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario. Los síndromes más conocidos como trastornos de la conducta alimentaria son: la anorexia y la bulimia.

- a. **Anorexia nerviosa:** “Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo” las pacientes llegan a un estado de desnutrición calórica severa, en la que hay manifestaciones y signos de desnutrición a nivel de todos los sistemas biológicos: endocrino, gastrointestinal, cardiovascular, renal, óseo y hematológico.
- b. **Bulimia:** Aunque el exceso de comida y la práctica del vómito es muy antiguo, hasta 1.980 no se identificó la bulimia como una enfermedad causante de trastornos fisiológicos, a veces graves, y motivado por trastornos psíquicos identificables.

1.7. Tipos de dietas.

- A. Dietas basales o dietas básicas:** son las dietas equilibradas en las que no se realizan modificaciones en cuanto a su composición en nutrientes o en energía. Estas son las dietas que siguen las personas sanas.
- B. Dietas terapéuticas:** son las dietas destinadas al tratamiento dietético de alguna patología o necesidad fisiológica, en las que se altera la composición en nutrientes o en energía, o en la textura y consistencia del alimento.

Definimos dieta terapéutica a el conocimiento de la administración de los alimentos de la forma adecuada en los estados de enfermedad, partiendo del conocimiento profundo del organismo humano y de los alimentos. Son múltiples las enfermedades en las que es necesario modificar el patrón normal de alimentación, dado que hay situaciones patológicas en las que:

Están alterados los requerimientos nutritivos cuantitativamente. Ejemplo: procesos febriles.

Para decidir cuál es el tratamiento dietético en una enfermedad hay que tener en cuenta ciertos principios generales aplicables a todos los casos:

1. La dieta debe ser flexible, tomando en consideración los hábitos dietéticos y preferencias gustativas del paciente, su situación económica, etcétera
2. Debe adaptarse a los hábitos del paciente en lo relativo a trabajo y ejercicio.
3. Los alimentos que se incluyan en su dieta debe sentarle bien al paciente.
4. Deben predominar los alimentos naturales.
5. Hay que dar una explicación sencilla y clara sobre la finalidad de la dieta al paciente y/o a sus familiares.

Algunos enfermos que no cumplen los regímenes dietéticos estrictamente tienen un alto riesgo de sufrir complicaciones graves, debido a que ingieren alimentos que les son perjudiciales. Tal es así con los enfermos diabéticos y coronarios, entre otros.

Dietas terapéuticas

1. **Dieta absoluta:** Consiste en no darle al enfermo ningún tipo de alimento, ya sea sólido o líquido, ni tan siquiera agua. Es de corta duración, puesto que no puede mantenerse mucho tiempo. A lo sumo sólo se puede mojar los labios del paciente con una esponja. Está indicada en trastornos gastrointestinales graves sin diagnóstico, para personas que van a ser operadas y se prescribe doce horas antes de la intervención quirúrgica. También está indicada en el post-operatorio inmediato. Una dieta absoluta suele mantenerse entre 24-48 h; para ello es necesario colocar al enfermo una perfusión de suero que permita reponer los líquidos que pierde a través de la orina, sudoración, vómitos, etc.
2. **Dieta líquida o hídrica** Consiste en la ingestión de líquidos exclusivamente; a base de agua pura (caso de la dieta hídrica), agua de arroz, agua albuminoidea, té, zumos y/o caldos (en la dieta líquida). Es muy importante medir y anotar la cantidad de líquidos que bebe. Está indicada en cuadros diarreicos y después de una dieta absoluta, para probar la tolerancia a los alimentos en los pacientes postoperados se empieza administrando una dieta líquida. Se empieza a administrar poco a poco. Si hay tolerancia y no vomita, se puede llegar a administrar el equivalente de las pérdidas (entre 2-2,5 l/día). Si no se tolera hay que seguir con la perfusión endovenosa y continuar probando la tolerancia cada varias horas. La diferencia entre estos dos tipos de dietas es que la dieta líquida posee valor calórico y la dieta hídrica carece de valor calórico, pues solamente está formada por agua.
3. **Dieta blanda:** Para elaborar esta dieta, hay que seleccionar alimentos pobres o carentes de grasas y de fácil masticación y digestión. Se prepara a base de caldos, zumos, purés, flanes, pescado hervido, etc. Después de probar tolerancia a dieta líquida el paso siguiente es administrarle dieta blanda. Existe una variedad de esta dieta consistente en administrar alimentos semisólidos para que actúen como dieta de transición hasta alcanzar la dieta normal

o basal. Esta dieta se denomina semisólida o semiblanda o de transición.

4. **Dieta hipocalórica** Es una dieta baja en calorías. Hay que restringir los CH, las grasas y el alcohol. Dependiendo de la severidad de la dieta, suele oscilar entre 800 y 2000 calorías aproximadamente, cuando se trata de adultos. Está indicada en los casos de obesidad fundamentalmente.
5. **Dieta hipercalórica** Es una dieta rica en calorías. Hay que aumentar los CH y las grasas.
6. **Dieta hiperproteica** Aporta un porcentaje muy elevado de proteínas, si tomamos en consideración su composición con respecto a una dieta normal. Suele contener más de 2 g de proteínas por kg/peso y día. Está **indicada en pacientes ancianos y grandes desnutriciones y se basa en el uso de carnes, pescados, huevos, etc**
7. **Dieta hipoproteica** Es una dieta muy escasa en proteínas. Están prohibidos todos los alimentos ricos en proteínas (carnes, pescados, huevos, mariscos, quesos, etc.). Se administra a pacientes con enfermedades renales (nefritis, insuficiencia renal, etc.) y pacientes con enfermedades de hígado que cursan con insuficiencia hepática, cirrosis hepática, etc.
8. **Dieta hiposódica** También llamada “sosa”, se caracteriza por ser escasa en cloruro sódico. Para ello hay que disminuir o suprimir la sal gema (sal común) de la comida. Una alimentación normal ya contiene aproximadamente 3 g de sales, sin necesidad de añadirle sal común. Por ello es casi imposible conseguir una dieta sin sales. El régimen hiposódico es mal aceptado en general por los pacientes, dado que el sabor de los alimentos cambia considerablemente. Está indicado en personas con: hipertensión arterial, enfermedad cardiaca con descompensación y aparición de edemas por retención de líquidos e insuficiencia renal. La sal retiene el agua en el organismo, de ahí que en casos de edema se evite la ingesta de la misma.
9. **Dieta baja en grasas (hipolipídica)** Dieta muy pobre en grasas. Hay que evitar los alimentos ricos en grasas como los embutidos, tocino, nata, carne de cerdo, chocolate, etc. Está indicada en casos de: arteriosclerosis, obesidad, insuficiencia pancreática.
10. **Dieta baja en colesterol** Se prescribe para pacientes que presentan hipercolesterolemia. Se prohíben los alimentos ricos en colesterol (carnes grasas, huevos, embutidos, etc.).
11. **Dieta baja en calcio y fósforo** Para conseguir esta dieta hay que evitar los alimentos ricos en leche, cacao, chocolate, nueces, vísceras animales, etc. Está indicada en pacientes que tienen tendencia a hacer cálculos de vías urinarias.
12. **Dieta hipoglucémica** Es una dieta baja en calorías, en ella se restringen los hidratos de carbono. Está indicada para disminuir los límites de glucemia en determinados pacientes.
13. **Dieta laxante** Indicada en personas con estreñimiento. Los alimentos deben ser ricos en fibra. Están indicados para ello las frutas, verduras, pan integral, galletas integrales y en general

productos que contienen salvado. Debe ir acompañada de la ingesta de abundantes líquidos para evitar que las heces se deshidraten y endurezcan, lo que dificultará aún más su evacuación

14. Dieta astringente o baja en residuos Para pacientes con trastornos gastrointestinales que cursan con diarreas. Es una dieta caracterizada por ser pobre en residuos. Deben evitarse alimentos como pan y cereales con salvado. También deben evitarse las verduras, frutas, fritos, leche y derivados. Están indicados: la limonada alcalina, té con limón, agua de arroz, etc. Son pacientes que pierden muchos líquidos por heces y hay que evitar que se deshidraten. Para ello hay que administrar por boca abundante cantidad de agua y sales minerales.

1.8. Dieta familiar y planificación de menús diarios y semanales

Hay que tener en cuenta que hay una serie de alimentos que deben ser consumidos diariamente, como hidratos de carbono (pan, cereales, arroces, pasta...) así como los lácteos, las verduras, hortalizas y frutas. Y otros cuyo consumo debe ser ocasional y moderado (margarinas, bollería, dulces, embutidos y carnes grasas). Los menús además de equilibrados deben ser variados y atractivos e individualizados cuando sea preciso, según las pautas dietéticas indicadas por el médico o por el estado del usuario, sus gustos, la época del año y las necesidades específicas en cada caso.

Recomendaciones para una buena planificación de un menú:

1. El desayuno ¿Por qué es importante un buen desayuno?

El aporte energético-calórico del desayuno es de gran importancia, ya que nos permitirá lograr un adecuado rendimiento tanto físico como intelectual, en las tareas escolares y en el trabajo diario

Desayunar es algo más que tomar un café, pues el café o las infusiones no nos aportan prácticamente ningún nutriente.

2. Media mañana: Es recomendable que no pasemos muchas horas sin comer entre el desayuno y la comida.

3. La comida: Teniendo en cuenta que la mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos en nuestra dieta diaria, es conveniente tratar de incorporar en la comida alimentos de los diferentes grupos de la pirámide.

4. La cena: generalmente, la última comida del día y debemos procurar consumir aquellos alimentos de la pirámide que no hemos consumido en la comida. También debemos tratar de consumir alimentos fáciles de digerir, como verduras cocidas, sopas, pescados o lácteos, para tener un sueño reparador no perturbado por una digestión difícil.

Ejemplo menú primavera- verano

DIA	DESAYUNO	COMIDA	MERIENDA	CENA
-----	----------	--------	----------	------

LUNES	Leche con cacao. Pan de molde tostado con mermelada. Zumo de naranja.	Ensalada de patatas. Cordero a la plancha con tomate. Melocotón	Yogur de frutas con galletas.	Crema fría de calabacín. Merluza a la plancha y ensalada de lechuga con maíz. Nísperos.
MARTES	Café con leche. Galletas integrales. Zumo de frutas	Espaguetis napolitana. Pollo al horno con berenjenas asadas. Melón.	Zumo de frutas. Bocadillo pequeño de queso	Tortilla de patata y cebolla y pan con tomate. Yogur.
MIÉRCOLES	Yogur con trozos de fruta. Cereales de desayuno. Zumo de frutas	Ensalada con garbanzos y huevo duro. Sepia a la plancha con chips de calabacín. Cerezas.	Leche merengada con bizcocho.	Tomates con patatas a la provenzal. Brochetas de carne y champiñones. Albaricoques.
JUEVES	Café con leche. Tostadas con queso fresco. Manzana	Sopa fría de melón. Ternera a la plancha con patatas fritas. Mousse de yogur.	Batido lácteo con rosquilla.	Crema de verduras. Pizza de jamón y queso. Sandía
VIERNES	Cuajada con azúcar o miel. Pan con aceite y tomate. Zumo de naranja.	Ensalada de lentejas. Pollo a la cerveza. Macedonia de plátano y fresas	Leche y barrita de cereales.	Pasta fresca con zanahoria y remolacha rallada. Hamburguesa de ternera con pisto. Yogur
SÁBADO	Batido de frutas y leche. Bizcocho casero	Lasaña de verano. Pescadito frito con lechuga. Sorbete de limón.	Sándwich vegetal y zumo de fruta.	Ensalada de tomate y queso fresco. Tortilla de patata, cebolla y calabacín. Yogur con melocotón.
DOMINGO	Yogur con cereales y frutos secos.	Gazpacho. Paella de pescado. Melón	Helado.	Espárragos a la vinagreta. Lomo a la sal con puré de

				manzana. Nectarina.
--	--	--	--	------------------------

1.9. Raciones y medidas caseras

La ingesta de alimentos en cuanto a raciones y frecuencias recomendadas vienen determinadas por las necesidades de nutrientes que, a su vez vienen condicionados por la edad y las circunstancias fisiológicas y sociales:

ALIMENTOS	FRECUENCIA	PESO - RACIÓN	MEDIDAS CASERAS
Patatas, arroz, pan, pan Integral y pasta	4-6 raciones al día	60-80 g de pasta, arroz 40-60 g de pan 150-200 g de patatas	1 plato normal 3-4 rebanadas o un panecillo 1 patata grande o 2 pequeñas
Verduras y hortalizas	≥ 2 raciones al día	150-200g	1 plato de ensalada variada 1 plato de verdura cocida 1 tomate grande, 2 zanahorias
Frutas	≥ 3 raciones al día	120-200 g	1 pieza mediana, 1 taza de cerezas, fresas...2 rodajas de melón...
Aceite de oliva	3-6 raciones al día	10 ml	1 cucharada sopera
Leche y derivados	2-4 raciones al día	200-250 ml de leche 200-250 g de yogur 40-60 g de queso curado 80-125 g de queso fresco	1 taza de leche 2 unidades de yogur 2-3 lonchas de queso 1 porción individual
Pescados	3-4 raciones a la semana	125-150 g	1 filete individual
Carnes magras, aves y huevos	3-4 raciones de cada a La semana. Alternar su consumo	100-125 g	1 filete pequeño, ¼ de pollo o conejo, 1-2 huevos
Legumbres	2-4 raciones a la semana	60-80 g	1 plato normal individual
Embutidos y carnes grasas	Ocasional y moderado		
Dulces, snacks,	Ocasional y		

refrescos	moderado		
Mantequilla, margarina y bollería	Ocasional y moderado		
Agua de bebida	8 raciones al día	200 ml aprox.	1 vaso o 1 botella pequeña
Cerveza o vino	Consumo opcional y moderado en adultos	Vino 100 ml Cerveza 200 ml	1 vaso o 1 copa

1.10. La alimentación en la persona mayor y en el convaleciente.

Las personas mayores son más susceptibles que los adultos jóvenes a los trastornos nutricionales y mayormente debido no solamente a un solo factor sino a una combinación de factores:

- A. **El envejecimiento** va acompañado de una serie de cambios fisiológicos que modifican los requerimientos nutritivos y que modifican además la utilización de los alimentos por el organismo.
- B. **La coexistencia de enfermedades físicas y/o mentales** frecuentes a esta edad pueden incrementar o disminuir por un lado los requerimientos nutricionales y por otro pueden limitar la capacidad individual para obtener la adecuada alimentación.
- C. **El aislamiento social** que puede aparecer como resultado de la enfermedad o del envejecimiento o los cambios culturales, puede limitar el acceso a los alimentos apropiados.
- D. **La gran cantidad de personas mayores que viven con ingresos miserables** que no les permite adquirir alimentos suficientes

Los objetivos de las dietas para las personas mayores y convalecientes son:

1. Las dietas serán sencillas y de fácil preparación.
2. Los alimentos tendrán una presentación vistosa y agradable.
3. Fraccionar la dieta en 4 ó 5 comidas diarias.
4. La cena poco abundante.
5. Moderar el consumo de café y de bebidas excitantes.
6. No abusar de licores y bebidas edulcoradas.
7. Mantener en lo posible los hábitos y gustos personales.

Las necesidades nutricionales de las personas mayores con un estado de salud óptimo no deben diferir mucho de las de las personas adultas. Sin embargo **el estado nutricional de las personas mayores puede verse alterado por diferentes causas:**

1. Dietas muy restrictivas.

2. Alimentación monótona o poco apetitosa.
3. Alteración de la estructura de la boca.
4. Disminución de las papilas gustativas y de la capacidad olfativa.
5. Disminución de las secreciones salivares, dificultad en la deglución.
6. Tránsito esofágico más lento.
7. Menor secreción ácida en el estómago.
8. Frecuente intolerancia a la lactosa.
9. Presencia de patología asociada y medicación.
10. Aislamiento social y problemas económicos.
11. Incapacidad física para la selección y preparación de los alimentos.

Habrà que atender tambièn a diversos **tipos de necesidades:**

- A. Energéticas:** Por el natural proceso de envejecimiento se produce la pérdida celular y reducción del metabolismo, que se traduce en una pérdida de vigor y estado de salud. Entre los 20-80 años, el metabolismo se reduce un 3% cada año. Y además las personas mayores reducen la intensidad de la actividad física, por lo que habrá que adecuar la dieta a estas nuevas necesidades energéticas.
- B. Proteínicas:** A medida que aumenta la edad disminuye la masa muscular y aumenta la grasa corporal.
- C. Necesidades de grasas:** Las grasas son importantes como preventivas de la arteriosclerosis y los beneficios de los niveles adecuados de colesterol. Se debe reducir el consumo de grasas saturadas pero no se debe ser excesivamente restrictivo.

La alimentación en la persona convaleciente

Uno de los principales factores de restablecimiento es la dieta. Si el enfermo ha sufrido una operación quirúrgica, en el hospital se le ha establecido una dieta progresiva, desde la sueroterapia, pasando por dieta líquida (infusiones, caldos y zumos de frutas poco ácidos), después por alimentos de muy fácil digestión y texturas fluidas (yogures, galletas, jamón york, fiambre de pavo, huevo pasado por agua o en tortilla), dieta elaborada y dirigida por profesionales.

Una vez en el domicilio llega el vacío de información. **La alimentación durante la convalecencia debe tener las siguientes características:**

1. Variada y equilibrada pero con matices.
2. Una dieta suave y de fácil digestión.
3. Se debe repartir la ingesta en tomas frecuentes y de poco volumen, cada 2-3 horas aprox, unas 5-6 comidas diarias.
4. Conviene establecer los horarios de las comidas de acuerdo a las tomas de la medicación

prescrita, ya que hay algunos alimentos que interaccionan con determinados fármacos. Por ejemplo, los analgésicos y antiinflamatorios conviene administrarlos junto con alimentos para evitar problemas gástricos.

5. Se recomiendan preferiblemente alimentos de texturas blandas, poco grasos y con poca fibra. Y en cantidades moderadas.

1.11. Consideración por la situación específica alimentaria y nutricional de cada persona dependiente.

Los menús deben ser individualizados y atendiendo a la situación basal de cada usuario/a y a su patología.

"Reglas de oro" de la OMS para la preparación higiénica de los alimentos

1. Elegir alimentos tratados con medios higiénicos.
2. Cocinar bien los alimentos.
3. Consumir inmediatamente los alimentos cocinados.
4. Guardar cuidadosamente los alimentos cocinados.
5. Recalentar bien los alimentos cocinados.
6. Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados.
7. Lavarse las manos a menudo.
8. Mantener escrupulosamente limpias todas las superficies de la cocina.
9. Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y otros animales.

Es de suma importancia que el profesional de ayuda a domicilio conozca los principios básicos de nutrición de personas dependientes y la manera de facilitarles el acceso a una alimentación de calidad y que satisfaga sus necesidades para lograr una correcta nutrición.

Una de las funciones primordiales del auxiliar es asegurar todos los procesos de alimentación en que el usuario presente carencias o dificultades, como el aprovisionamiento, cocinado. La propia situación de dependencia puede llevar a que algunos usuarios, por comodidad u otras circunstancias, desatienden la función de alimentación.

Los auxiliares se enfrentan diariamente al problema de preparar los alimentos en el domicilio, lo que muchas veces provoca no contar con los medios suficientes. Algunos **inconvenientes** son:

1. Falta de medios, sobre todo de utensilios de menaje.
2. Avería en la instalación de gas o no reposición de la bombona de butano.
3. Ausencia de materias primas: por no facilitar el usuario el dinero necesario o encontrarse en una situación económica delicada, teniendo que comprar alimentos más económicos y de menor calidad.

4. Los hábitos del usuario, que ejercen presión sobre el auxiliar para que prepare únicamente los platos que son de su agrado, por lo que no existen ni la rotación ni la variedad de menús necesaria.
5. La desconfianza del usuario a que el profesional de ayuda a domicilio maneje su dinero para las compras.

Ante la aparición de este tipo de situaciones, el auxiliar de ayuda a domicilio deberá ponerlo cuanto antes en conocimiento del Coordinador del servicio, para que juntamente con los Servicios Sociales competentes y mediante una actuación conjunta, diseñar una actuación que reconduzca la situación en beneficio del usuario.

2. Utilización de Técnicas de alimentación

2.1. Alimentación por vía oral, enteral

Es probable que nos encontremos en nuestra práctica diaria con personas que son incapaces por sí mismos de ingerir alimentos por vía oral o bucal. Determinados pacientes dependientes requerirán de una ayuda total por nuestra parte; otros contarán con dispositivos para la alimentación por patologías que impidan el acto voluntario de la masticación, el reflejo de la deglución o enfermedades neurológicas/mentales avanzadas.

Dependiendo del caso, la alimentación del paciente se podrá llevar a cabo por:

A. Alimentación por vía oral: a través de la cavidad bucal.

La alimentación por vía oral (a través de la boca) es la primera elección en la alimentación de los usuarios. Es el que mejor prepara los alimentos para su posterior procesado, supone el mantenimiento de la autoestima y satisfacción del usuario al poder disfrutar más de los alimentos. Las personas mayores son un grupo con un elevado riesgo de atragantamiento por alimentos. El hecho de tener su sistema muscular y sus reflejos debilitados agrava la situación. Además, y muy a menudo, son personas que viven solas, por lo que un episodio de este tipo puede resultar fatal. Es por ello fundamental vigilar el estado dentario de los usuarios y su capacidad de deglución. En caso de tener las funciones de masticación disminuidas, resulta preferible, bajo prescripción médica, optar por una alimentación blanda o semilíquida.

Algunos de los alimentos que más se relacionan con episodios de atragantamiento son frutos secos, jamón, embutidos como chorizo o salchichón, sobre todo si tienen piel, lonchas de bacón, trozos grandes de carne, calamares, pulpo, quesitos, aceitunas, cerezas, huesos de frutas, palomitas de maíz, caramelos y chicles. Además de evitar estos alimentos, conviene tener otras precauciones, como cortar los alimentos en trozos pequeños, y masticar la comida en forma lenta y cuidadosa, sobre todo si se usa dentadura postiza.

B. Alimentación enteral: por vía digestiva, a través de distintos dispositivos de ayuda, como la sonda nasogástrica (SNG) o la sonda de gastrostomía.

Consiste en la administración de los alimentos necesarios para conseguir un soporte nutricional adecuado por vía digestiva, ya que el paciente no es capaz de ingerirlos por vía oral debido a alguna patología (oncológica o cancerígena, neurológica, o gastrointestinal). Para su administración es necesario el uso de dispositivos de ayuda llamados sondas, con cuya utilización se suprimen las etapas bucal y esofágica de la digestión.

Existen distintos dispositivos para la administración de la nutrición enteral. Los factores que deben tenerse en cuenta para su **elección** son: **la duración estimada del tratamiento, la patología del enfermo y sus preferencias**

Si se prevé que el período de tiempo que se administra la administración enteral no va a ser muy prolongado, está indicada la utilización de **sondas nasogástricas**.

Las sondas nasogástricas : Son tubos de diámetro pequeño y material plástico más o menos flexible que permiten el paso de la nutrición enteral sin dificultad. Estos dispositivos son colocados por un profesional sanitario a través de uno de los orificios nasales y llegan hasta el estómago pasando por el esófago. Quedan fijados mediante esparadrapo a la nariz y pueden permanecer un tiempo prolongado (desde 15 días a 6 meses, dependiendo del material)



Si se considera que la duración de la nutrición enteral va a ser muy prolongada, se puede optar por colocar sondas o catéteres de gastrostomía. La colocación de dicha sonda es un procedimiento quirúrgico que se realiza bajo anestesia. Se coloca un tubo corto, flexible y de poco diámetro que posee un globo al final que, al llenarlo de agua, sirve de anclaje, a través de una incisión hasta llegar directamente al estómago

Una vez que el facultativo decide aportar al paciente los nutrientes necesarios por vía enteral, es necesario seleccionar la dieta basada en las necesidades fisiológicas, la capacidad digestiva y la estimación de los requerimientos nutricionales del paciente. Pueden administrarse desde alimentos triturados hasta preparados comerciales líquidos o en polvo.

Los **tres métodos más empleados para la administración de la alimentación enteral** son:

1. La infusión continua : A través de bomba infusora, que es el aparato que regula la cantidad

y velocidad de líquido a infundir. Tiene como desventaja que el paciente está casi todo el día conectado a la nutrición enteral.

2. **La infusión intermitente:** También a través de bomba infusora. Es útil en muchos casos. Se basa en la infusión a una velocidad mayor durante períodos de unos 30 minutos, administrando 4 ó 5 tomas al día.
3. **Administración a través de jeringa y de forma manual.** La alimentación puede ser una dieta líquida o triturada y suele coincidir con las horas de alimentación.

Alimentación por Sonda Nasogástrica (SNG) o Gastrostomía de forma manual.

Material necesario:

1. Guantes no estériles.
2. Tapón de SNG.
3. Un vaso con agua.
4. Toalla.
5. Servilletas.
6. Jeringa de 50 cc.
7. Alimentación (triturada o preparado comercial).

Procedimiento.

- Preparar todo el material necesario y llevarlo a la habitación.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Informar al usuario/a del procedimiento que vamos a realizar.
- Colocar al usuario/a sentado o en posición Fowler. Comprobar la correcta colocación de la sonda (SNG y de gastrostomía).
- Retirar el tapón de la sonda, teniendo en cuenta que en la sonda de gastrostomía el tapón suele estar integrado; mientras que en la SNG, el tapón es independiente.
- Aspirar con la jeringa de 50 cc el contenido gástrico residual que pueda existir en el estómago, observando la cantidad y las características del mismo.
- Conectar de nuevo la jeringa llena de 30-50 cc de agua a la sonda y verter el contenido para limpiar la sonda.
- Repetir el paso anterior ahora con el alimento, de forma lenta y a un ritmo constante, todas las veces que sea necesario hasta acabar la dieta.
- Evitar la entrada de aire al estómago durante la administración.

- Limpiar la sonda con 30-50 cc de agua al terminar la administración, pinzarla con los dedos (para evitar que entre aire o salga el alimento introducido) y colocar el tapón.
- Mantener al paciente en posición Fowler durante 1 h. después de la administración para evitar reflujos de contenido gástrico.
- Comprobar siempre la temperatura del alimento, que debe estar templada o a temperatura ambiente, ya que va directamente al estómago.
- Recordar taponar el extremo de la sonda con el tapón correspondiente para evitar la entrada de aire al estómago o la salida de la alimentación administrada.

Posturas del usuario que facilitan la ingesta.

A la hora de la alimentación, el usuario debe adoptar la posición más fisiológica y cómoda, para evitar así posibles complicaciones, como el atragantamiento o la broncoaspiración, y facilitar la digestión. Esta posición debe ser la de sentado. En pacientes encamados, se procederá a colocar al usuario en posición Fowler, ayudándonos de almohadas o cojines que mantengan dicha posición, siendo realmente útil contar con una cama articulada para realizar esta movilización. Así, en la posición Fowler el paciente permanece sentado, con el cabecero de la cama a 45°. Las piernas se colocan en semiflexión, con la posibilidad de una almohada bajo las rodillas y la colocación de un tope almohadillado en los pies. Las camas articuladas de 3 segmentos permiten, además de elevar la cabecera, ajustar el segmento pélvico y el piecero, evitando que el paciente se resbale.

2.2. Ayudas Técnicas para la ingesta

En el mercado hay miles de ayudas técnicas tanto para la preparación como para la ingesta de los alimentos. Algunos de ellos:

- A. Vaso ergonómico:** Idóneo para personas con artritis o movilidad reducida de la cabeza, cuello, o extremidades superiores.



- B. Vaso de alimentación con tetina regulable:** La tetina puede colocarse vertical o en una posición angulada, en la que se requiere menor inclinación de la cabeza.
- C. Plato ergonómico (Manoy):** Plato con fondo en pendiente, ideal para personas que sólo



pueden utilizar una mano.



D. Cubiertos flexibles: Mango blando y de gran diámetro para agarrarlo cómodamente y con seguridad. Tiene una sección flexible para poderlo doblar en cualquier ángulo, muy útil para personas con movilidad reducida en la muñeca



2.3. Apoyo a la ingesta

El profesional de ayuda en el domicilio debe asegurarse de que el usuario realiza una alimentación y nutrición adecuadas. Para ello debe prestar atención no sólo al usuario, sino también deberá actuar como educador y orientador de la familia y de los cuidadores habituales.

Deberá explicar y enseñar el manejo de las diferentes ayudas técnicas existentes para la ingesta, así como todos los aspectos necesarios para que el alimento llegue en correctas condiciones de temperatura, textura y sabor, de forma que al usuario le resulte atractivo el acto de comer.

3. Recogida de eliminaciones.

3.1. Medios y Materiales para la recogida de excretas.

Existen diversos medios y materiales para la recogida de excretas (orina y heces):

A. Para la eliminación de orina:

1. Los usuarios válidos deben hacer siempre la eliminación en el W.C.

2. Los usuarios con problemas de movilidad o que deban permanecer encamados:
3. Botella para los hombres y cuña para las mujeres.



4. Si el usuario presenta incontingencia. Las cuñas son soportes que se pueden colocar bajo los glúteos y que permiten la recogida de orina de mujeres y de heces tanto de hombres como de mujeres. Las botellas son dispositivos que favorecen la recogida de orina en hombres, ya que posibilita la introducción del pene en el mismo. En el momento actual existen botellas con un cuello diferente y de uso femenino que se colocan entre las piernas evitando el tener que elevar la pelvis (muy apropiadas para fracturas de cadera) y mujeres (botella especial femenina).
5. Silla inodoro: válida para el aseo. Incontinencia urinaria, se pueden utilizar empapadores o pañales, sobre todo por la noche.



6. Sondaje vesical: Debe evitarse en la medida de lo posible.

B. Para la eliminación fecal:

1. Los usuarios válidos deben hacer siempre la eliminación en el W.C.
2. Los usuarios con problemas de movilidad o que deban permanecer encamados: cuña para los hombres y para las mujeres.
3. Silla inodoro.
4. Si el usuario presenta incontinencia fecal se pueden utilizar pañales, sobre todo por la noche.

3.2. Eliminación de excretas

La eliminación de las excretas se realizará de manera adecuada: los residuos de cuñas y botellas a través del WC de la misma manera que se haría si el usuario fuera autónomo, asegurando la correcta limpieza y desinfección del material utilizado. Los pañales, absorbentes,...serán depositados en bolsas de basura correctamente cerradas y eliminadas por los medios domésticos habituales. Lo mismo ocurre con las bolsas de orina de sondajes vesicales.

3.3. Normas higiénico-sanitarias

Se deben extremar las medidas de precaución: Siempre se utilizarán guantes, lavado frecuente de manos con jabón, y en especial cada vez que entren en contacto con el usuario. El riesgo de transmisión de infecciones es elevado, fundamentalmente a través de las heces, por lo que habrá que extremar la precaución para su eliminación.

Tanto durante la ayuda para la colocación de los dispositivos como en su retirada se debe ser muy cuidadoso para, por un lado no hacer daño al usuario y por otro no derramar el contenido del mismo.

Se mantendrá tapada la zona genital dentro de lo posible y si comparte habitación se colocará un biombo para preservar la intimidad del paciente

En usuarios/as con sondaje vesical, asegurar la limpieza tanto de la sonda como del meato urinario, que junto con la zona perineal debe limpiarse diariamente con agua y jabón. La zona de la piel más cercana a la sonda debe desinfectarse con soluciones antisépticas (retrayendo el prepucio en el caso de los hombres para asegurar la higiene del glande, y separando los labios del órgano de la mujer). La sonda debe desinfectarse diariamente con torundas impregnadas en una solución antiséptica limpiadora.

3.4. Mantenimiento de la higiene y presencia física personales

El mantenimiento de la higiene y de la presencia física de las personas dependientes debe ser cuidada con esmero, tanto por lo que afecta a su salud física, como por el bienestar físico y psíquico que proporciona.

En cuanto a las condiciones de salud adecuadas que proporciona una higiene correcta, decir que evita la aparición de infecciones y otro tipo de lesiones y problemas de salud (lesiones de piel por contacto continuado con deshechos orgánicos...). Dado que la inmensa mayoría de las personas dependientes son usuarias de pañal y sedentarias, se debe incrementar la higiene de la zona para evitar la maceración y tendencia a la ulceración. La piel se puede definir como el órgano vital que funciona como barrera protectora entre las vísceras, órganos y músculos que constituyen al ser humano y el medio externo.

Por otro lado, el usuario que se siente limpio y que tiene un aspecto personal cuidado, mejora su estado físico y psíquico. Es por ello igualmente importante atender al vestido y acicalado de la persona, en cuanto que mejorará la atención que reciba. Deberán proporcionar ropas limpias, cómodas y de su gusto, cambiándole tantas veces como sea necesario, cuidando del aseo del cabello, uñas, afeitado en hombres y uso de adornos (si es factible y no supone riesgos) en las mujeres, de tal forma que el usuario/a pueda sentirse arreglado y con buen aspecto físico.

El hecho de que el servicio se preste en el domicilio o que el usuario permanezca en él todo el día, no es óbice para dejar de prestar atención a estos aspectos.

3.5. Respeto por la intimidad de la persona dependiente y sus familiares

Siempre se debe tener en cuenta, incluso cuando el grado de deterioro es muy significativo que el respeto a la intimidad de la persona dependiente y de sus familiares es un derecho fundamental de cualquier persona.

La intimidad del usuario durante el aseo requiere especial atención. Se respetará al máximo su legítimo pudor a mostrar su desnudez o las partes más íntimas de su cuerpo. Asimismo, durante el aseo se mantendrá cubierta toda aquella zona que no se esté limpiando. La limpieza tras la eliminación se realizará asegurando al máximo la intimidad para asegurar el mantenimiento de la dignidad del mismo.

Mientras tenga la cuña o la botella se le dejará en soledad y cubierto para que no sienta presión o falta de decoro.

El profesional de atención domiciliaria en el ejercicio de su labor invade la “esfera personal” o zona íntima de los usuarios, por lo que a la hora de realizar las técnicas y cuidados es preciso ser muy cuidadoso y respetuoso, informando en cada momento de qué se va a hacer, cómo, durante cuánto tiempo y para qué.

4. Administración de medicamento en el domicilio

4.1. Evolución del metabolismo en el ciclo vital

Todas las células requieren energía para sus funciones. El alimento es la fuente de energía y también de materiales para construir. En la digestión se van degradando las grandes macromoléculas de alimentos en trozos más pequeños. Estas sustancias degradadas se llevan hasta las células, donde se obtienen la energía y los materiales (el objetivo de la nutrición). Para ello van a sufrir un conjunto de reacciones que se denominan metabolismo.

Metabolismo es el conjunto de reacciones por el que se obtiene, a partir de sustancias ya digeridas, energía y materia.

4.2. Principios de farmacología general

La farmacología es la ciencia que se ocupa de los fármacos o drogas y de los procesos que estos sufren desde que se administran hasta que se eliminan

El OBJETIVO de la Farmacología como disciplina científica, es el conocimiento de las propiedades de los fármacos y de sus acciones sobre los sistemas biológicos, con el fin de que puedan ser prescritos y administrados con la máxima seguridad y eficacia.

Fármaco: Sustancia química de interés clínico usada para la prevención, diagnóstico, tratamiento, alivio o cura de una enfermedad o dolencia, capaz de interactuar con un organismo vivo modificando su comportamiento y que, puede transformarse, almacenarse o eliminarse.

Medicamento: Es uno o más fármacos o principios activos, que junto a los excipientes están integrados en una forma farmacéutica.



Forma farmacéutica: Es la disposición individualizada a que se adaptan los fármacos y excipientes para constituir un medicamento. Dicho de otra forma, la disposición externa que se da a las sustancias medicamentosas para facilitar su administración.

- Sólidas : Polvos, papelillos, sobres, granulados, cápsulas, sellos, tabletas, pastillas, píldoras, supositorios.
- Semi-sólidas : Pomadas, pastas, cremas.
- Líquidas: Soluciones, Suspensiones, Emulsiones, Jarabes, Elixires, Lociones, Inyectables.



Denominaciones: Un fármaco puede denominarse de tres formas distintas:

- **Marca:** Es el nombre comercial del fármaco (por ejemplo, Neobrufen).
- **Nombre químico:** es el nombre del principio activo (Ibuprofeno).
- **Acción general del fármaco:** El nombre recoge la acción que realiza el fármaco (analgésico).

Efectos que puede producir un fármaco:

- **Efecto terapéutico:** Es el efecto conseguido con la administración del fármaco (por ejemplo, quitar un determinado dolor).
- **Efecto secundario:** Efectos no perseguidos cuando administramos un fármaco. Generalmente son conocidos (vienen descritos en el prospecto del fármaco), siendo aceptados por la mayor acción beneficiosa del efecto terapéutico. Sólo en casos de especial significación se justifica la suspensión de la administración

Vías de administración:

1. **Vía oral:** El medicamento se ingiere por la boca y absorbe en el tracto digestivo. Es la forma de administración más habitual.
2. **Vía sublingual:** El fármaco se deposita debajo de la lengua, donde debe permanecer hasta su total disolución. Es una vía de administración muy rápida dada la fuerte vascularización de la zona.
3. **Vía respiratoria:** El fármaco se administra en las vías respiratorias, en forma de aerosoles
4. **Vía tópica:** El fármaco se administra directamente sobre la piel y mucosas, ya sean de tipo dermatológico (sobre la piel) o en forma de gotas (nariz, oídos y ojos).
5. **Vía rectal:** El fármaco es administrado por el recto. La presentación más habitual es el supositorio
6. **Vía vaginal:** Fármaco administrado en la vagina, generalmente en forma de óvulos o cremas.
7. **Vía parenteral:** El fármaco se administra en el organismo atravesando la piel o membranas con catéteres. Es una vía muy rápida. Puede ser subcutánea (habitual en insulinas. Es la forma parenteral más lenta), intramuscular (en los músculos, generalmente brazos, piernas y glúteos)

e intravenosa (directamente en una vena, pasando directamente al torrente circulatorio).

Aspectos que influyen en la acción de los fármacos:

1. **Edad:** Los niños y las personas mayores presentan mayor sensibilidad a los fármacos, por lo que se administran menores dosis.
2. **Peso:** A mayor peso el efecto es menor, por lo que se puede requerir mayor dosis para alcanzar los efectos deseados.
3. **Sexo:** Las características orgánicas de los hombres y las mujeres son distintas, por lo que puede haber diferencias en la acción de los fármacos.
4. **Genética:** Diferentes factores genéticos pueden influir en la acción, metabolismo, sensibilidad, y eficacia de los fármacos.
5. **Enfermedades:** Diferentes patologías pueden influir, por ejemplo, enfermedades del hígado, riñón, o circulatorias pueden afectar en el metabolismo, eliminación o distribución de los fármacos respectivamente.
6. **Condiciones del entorno:** Exceso de calor (por aumento de la vasodilatación) o frío (vasoconstricción u otras circunstancias ambientales).
7. **Momento de la administración.** Si el fármaco es o no administrado con comida, si se administra antes de acostarse... puede tener su efecto sobre la acción de los fármacos. Por ejemplo, administrar los hipnóticos antes de acostarse en vez de a una hora fija.

Consideraciones importantes en la administración de fármacos para el auxiliar de atención domiciliaria:

1. Es importante tomarse el tiempo necesario en comprobar el fármaco que hay que administrar, la pauta y la vía de administración.
2. Ante la aparición de algún tipo de error, es necesario realizar la consulta inmediata a su médico o enfermera, para evitar posibles complicaciones.
3. Horario de administración: Se establecen en función del efecto perseguido, de si necesita ser administrado o no con alimentos, de la regularidad buscada en las concentraciones del fármaco, por lo que es fundamental respetar el horario de administración.
4. Vigilar los posibles efectos secundarios que pudieran aparecer, así como las alergias medicamentosas. Es importante la observación posterior a la administración de fármacos, para poder valorar la manifestación de signos de efectos secundarios o reacciones alérgicas (como el shock anafiláctico: es una reacción alérgica grave y multiorgánica que puede conducir a la muerte).
5. Estar atento durante la administración del fármaco a que el usuario se lo tome correctamente. Algunos no quieren hacerlo por su estado de ánimo (depresión), o por su estado mental

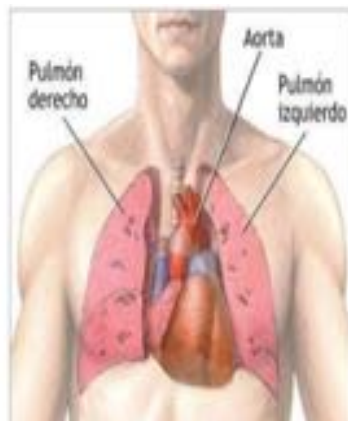
(intentar engañar haciendo creer que se la toman y lo que hacen es esconderla y tirarla).

6. Registrar todos los datos relacionados con la hora de la administración, el usuario/a, el fármaco y la dosis y las observaciones realizadas.

4.3. Principios anatomofisiológicos de los sistemas cardiovascular, respiratorio y excretor. Patología relacionada.

Sistema cardiovascular.

El corazón es el órgano principal del aparato circulatorio. Es un músculo estriado hueco que actúa como una bomba aspirante e impelente, que aspira hacia las aurículas la sangre que circula por las venas, y la impulsa desde los ventrículos hacia las arterias. El corazón está situado en la parte central del tórax, entre los dos pulmones, apoyándose sobre el músculo diafragma y precisamente sobre la parte central fibrosa de este músculo; está en una situación no totalmente medial, ya que en su parte inferior está ligeramente inclinado hacia el lado izquierdo (cerca de un cuarto a la derecha y tres cuartos a la izquierda de la línea medial).



Está compuesto esencialmente por tejido muscular (miocardio) y, en menor proporción, por tejido conectivo y fibroso (tejido de sostén, válvulas). El tejido muscular del miocardio está compuesto por células fibrosas estriadas, las cuales, se unen a unas a las otras por sus extremidades de manera que forman un todo único (sincitio) para poder tener una acción contráctil simultánea; cada fibra contráctil está formada por fibrillas elementales.

Morfología cardíaca.

A. Cavidades cardíacas

El corazón se divide en cuatro cavidades, dos derechas y dos izquierdas, separadas por un tabique medial; las dos cavidades superiores son llamadas aurículas (atrios); las dos cavidades inferiores se denominan ventrículos. Cada aurícula comunica con el ventrículo que se encuentra por debajo mediante un orificio (orificio auriculoventricular), que puede estar cerrado por una válvula: las

cavidades izquierdas no comunican con las derechas en el corazón. Las aurículas reciben la sangre del sistema venoso, pasan a los ventrículos y desde ahí salen a la circulación arterial.

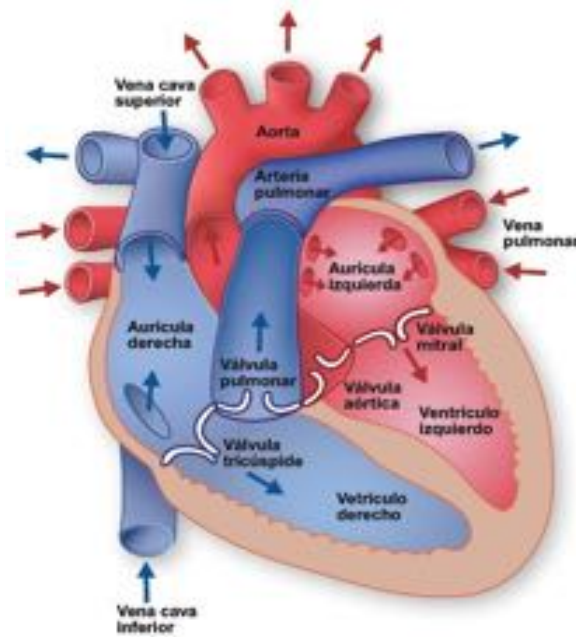
La aurícula derecha y el ventrículo derecho forman lo que clásicamente se denomina el corazón derecho. Recibe la sangre que proviene de todo el cuerpo, que desemboca en la aurícula derecha a través de las venas cavas superior e inferior. Esta sangre, baja en oxígeno, llega al ventrículo derecho, desde donde es enviada a la circulación pulmonar por la arteria pulmonar.

La aurícula izquierda y el ventrículo izquierdo forman el llamado corazón izquierdo. Recibe la sangre de la circulación pulmonar, que desemboca a través de las cuatro venas pulmonares a la porción superior de la aurícula izquierda. Esta sangre es oxigenada y proviene de los pulmones. El ventrículo izquierdo la envía por la arteria aorta para distribuirla por todo el organismo.

B. Válvulas cardíacas

Las válvulas cardíacas son las estructuras que separan unas cavidades de otras, evitando que exista reflujo retrógrado. Están situadas en torno a los orificios atrioventriculares (o aurículo-ventriculares) y entre los ventrículos y las arterias de salida. Estas válvulas están formadas por pliegues del endocardio que se reflejan sobre un soporte de tejido fibroso a la derecha la válvula está formada por tres cúspides (tricúspide), y a la izquierda por dos (bicúspide). Los orificios arteriales están provistos de válvulas, de forma semilunar (por lo cual se llaman válvulas semilunares o sigmoideas). Son las siguientes:

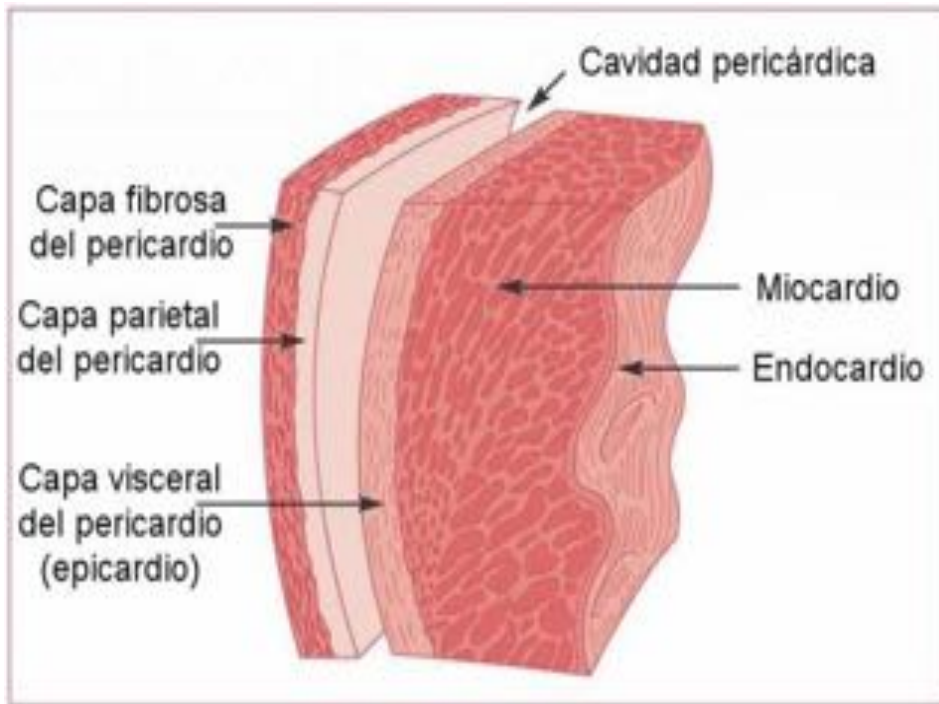
- 1. Válvula tricúspide** Está formada por tres membranas, separa la aurícula derecha del ventrículo derecho impidiendo que la sangre retorne a la aurícula durante la contracción cardíaca
- 2. Válvula mitral** Está formada por dos membranas, separa la aurícula izquierda del ventrículo izquierdo e impide que la sangre retorne del ventrículo izquierdo a la aurícula izquierda.
- 3. Válvula pulmonar** Está formada por tres membranas, separa el ventrículo derecho de la arteria pulmonar e impide que la sangre retorne del conducto pulmonar al ventrículo derecho.
- 4. Válvula aórtica** Está formada por tres membranas, separa el ventrículo izquierdo de la arteria aorta e impide que la sangre retorne desde la aorta al ventrículo izquierdo.



C. Estructura del corazón

De dentro a fuera el corazón presenta las siguientes capas:

1. **Endocardio** : La pared de la cavidad cardíaca está recubierto por una membrana epitelial (endocardio) que reviste todas las anfractuosidades y los salientes y se continúa con aquella (íntima) de las arterias y de las venas; este revestimiento interno de las cavidades que contienen sangre es necesario para evitar que ésta se coagule.
2. **Miocardio** :Es el tejido muscular del corazón, está formado por el músculo estriado cardiaco, que contiene una red abundante de capilares indispensables para cubrir sus necesidades energéticas.
3. **Pericardio** :Es una capa fibrosa que envuelve al corazón, separando al corazón de las estructuras vecinas y se divide en dos partes, forma una especie de bolsa o saco que cubre completamente al corazón y se prolonga hasta las raíces de los grandes vasos.



D. Ciclo cardíaco

El ciclo cardíaco es el término que la secuencia de eventos eléctricos, mecánicos y sonoros que ocurren durante un latido cardíaco completo. La frecuencia de un ciclo cardíaco es la frecuencia cardíaca. Cada latido del corazón incluye tres etapas principales: **la sístole auricular, la sístole ventricular y la diástole cardíaca**

1. **Sístole auricular:** las aurículas se contraen y la sangre pasa hacia los ventrículos.
2. **Sístole ventricular:** La sangre pasa de los ventrículos a las arterias pulmonar y aorta.
3. **Diástole:** el corazón se relaja, llenándose las aurículas de sangre.

E. **Vaso sanguíneo:** Un vaso sanguíneo es un conducto hueco ramificado por el que fluye la sangre que impulsa el corazón. Pueden ser:

1. **Arterias:** Transportan la sangre desde los ventrículos a los diferentes tejidos del organismo.
2. **Venas:** Transportan la sangre desde los tejidos al corazón. El cuerpo humano tiene más venas que arterias y su localización exacta varía mucho más según las personas. Las venas se localizan más superficialmente que las arterias,
3. **Capilares:** Llevan la sangre al interior de los tejidos. Son tubos de calibre muy pequeño.



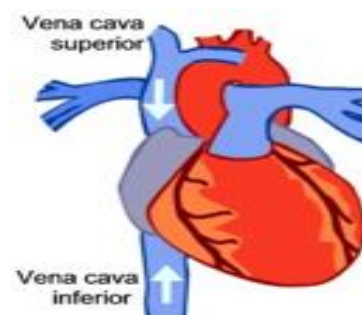
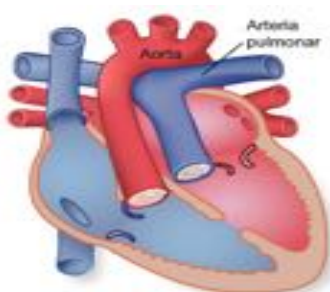
Vasos importantes:

Arteria pulmonar

Vena cava superior

Arteria aorta

Vena cava inferior



F. Sangre:

Es el líquido que se desplaza de forma constante a través del sistema circulatorio. Su función es transportar: oxígeno, nutrientes, células del sistema inmunológico y productos de desecho. Está formada por eritrocitos (glóbulos rojos), leucocitos (glóbulos blancos) y trombocitos (plaquetas)

Principales Problemas cardiovasculares.

1. **Insuficiencia cardiaca:** El corazón deja de ser capaz de bombear la cantidad de sangre adecuada para cubrir las demandas de oxígeno. La sintomatología suele instaurarse de una forma insidiosa, y por tanto, pasar inadvertida, aunque a veces puede manifestarse inicialmente por un edema agudo de pulmón, que es la forma clínica más grave de la enfermedad. Además, los síntomas y signos varían según el lado del corazón afectado.

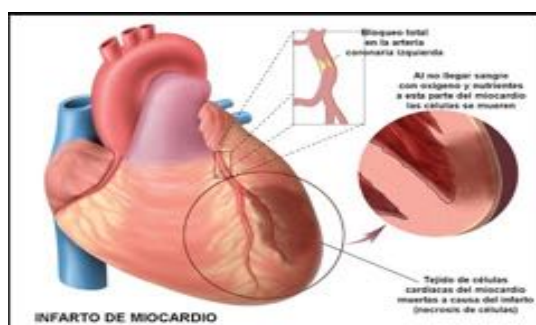
Cuidados a administrar: El paciente debe permanecer sentado o en cama inclinada 45° para mejorar su dificultad respiratoria; necesitará oxígeno; heparina subcutánea para evitar trombosis; medicamentos para mejorar la contractilidad del corazón; disminución del consumo de sal (para evitar edemas, encharcamientos...); favorecer la eliminación de líquidos con medicamentos así como la vasodilatación con vasodilatadores

2. **Angina de pecho: ángor :** Es un síndrome clínico (conjunto de síntomas y signos) producido por un flujo sanguíneo insuficiente. Los síntomas son: dolor precordial o retroesternal,

sudoración profusa y fría y mareos, náuseas. El dolor puede extenderse hacia el cuello, maxilar inferior, brazos (sobre todo el izquierdo) y dedo meñique anular. El dolor puede aparecer con el esfuerzo, disgustos,... y se alivia con reposo y nitroglicerina

Cuidados a administrar : La actuación por parte del profesional es avisar a los servicios de emergencia, y mientras llegan, procurar a la persona un entorno agradable y relajado. Si con anterioridad se le hubiese prescrito nitroglicerina sublingual, se le administrará repitiendo la dosis si a los 5 minutos el dolor no hubiera desaparecido, pudiendo volver a dársela hasta dos o tres veces a intervalos de 5 minutos. En la dieta no se incluirán alimentos grasos, ricos en colesterol... y si es hipertenso disminuir el consumo de sal. Además se debe incentivar el ejercicio adecuado, dando paseos moderados sin llegar a la fatiga. Eliminar la ingesta de alcohol y desterrar el tabaco.

- 3. Infarto de miocardio:** Es una obstrucción completa y súbita de una de las arterias coronarias principales o alguna de sus ramas, que tienen como misión aportar al corazón la sangre y el oxígeno para que funcione correctamente. Puede originar necrosis o muerte del tejido miocárdico, con la consiguiente cicatriz o fibrosis, o puede causar la muerte súbita.



Los síntomas característicos suelen ser: Dolor en la parte superior del tórax, retroesternal, con irradiación a cuello y mandíbula o a brazo izquierdo, epigástrico con o sin irradiación a cuello y mandíbula y brazos, hombro izquierdo, cara interna de ambos brazos y entre las dos escápulas. Náuseas y vómitos, sudoración excesiva, síncope o lipotimia, sensación vertiginosa, etc.

Cuidados a administrar: Muy similar a la actuación con angina de pecho. La dieta recomendada es pobre en grasa y sal, rica en fibra para evitar el estreñimiento . Prevenir el esfuerzo cardíaco adicional, haciendo que descanse después de cada comida (ésta deberá ser de poca cantidad pero frecuente). Se evitará que haga esfuerzos y levantamiento de cargas de peso elevado. Dar paseos moderados sin llegar a la fatiga suele ser una actividad muy beneficiosa para mantenerse en buenas condiciones físicas y psíquicas. Se evitarán duchas o baños con agua muy caliente o muy fría , lo mismo que temperaturas ambientales extremas. También deberán evitarse emociones fuertes o situaciones que supongan una excesiva tensión emocional, disgustos familiares, ...

4. Hipertensión arterial

La hipertensión (HTA) representa un problema de salud pública nacional, si no se trata, constituye la

causa más importante de:

- Enfermedad cardíaca
- Daño cerebral agudo
- Insuficiencia renal
- Muerte

En la O.M.S, el Comité de Expertos en Hipertensión, define la hipertensión como una presión sistólica de 160 mm Hg o más y/o presión diastólica de 95 mm Hg o más. En comparación, la presión sistólica normal de un adulto es de 140 mm Hg o menos y la presión diastólica de 90 mm Hg o menos. Las presiones que se encuentren entre estos valores y los de la hipertensión deben considerarse como valores límite.

HIPERTENSIÓN		NORMOTENSIÓN
Presión arterial sistólica	Mayor o igual a 160 Hg	Menor o igual a 140 Hg
Presión arterial diastólica	Mayor o igual a 95 Hg	Menor o igual a 90 Hg

Las crisis hipertensivas producen signos y síntomas severos y difusos, incluyendo posiblemente:

- Cefalea severa
- Visión borrosa
- Náuseas y vómitos
- Alteración progresiva de la conciencia, desde confusión moderada a severa hasta convulsiones y finalmente coma
- Adormecimiento de las piernas y brazos
- Azotemia.
- Hemorragia retiniana y papiledema.
- La crisis hipertensiva amenaza gravemente al paciente al comprometer rápida y severamente cuatro órganos diana importante:

Cerebro: Aunque nadie conoce exactamente de qué manera la crisis hipertensiva afecta al cerebro, algunos investigadores sostienen que causa severa vasoconstricción, la cual puede conducir a su vez a isquemia cerebral y lesión tisular.

Ojos: En los ojos la vasoconstricción severa afecta a las arterias de la retina.

Corazón: Las crisis hipertensivas afectan al corazón aumentando la resistencia de las paredes cardiacas.

Riñón: Las crisis hipertensivas pueden producir vasoconstricción arteriolar severa.

Cuidados a administrar:

Incentivar la práctica de ejercicio regular, confeccionar dietas pobres en sal y reducir las grasas, evitar el consumo de tabaco y alcohol, y en cuanto al café reducir al mínimo su ingesta. Conviene mencionar la hipotensión ortostática, que hace referencia a la notable disminución de la tensión arterial al pasar de la posición de decúbito supino a la bipedestación, provocando malestar, mareo e incluso síncope. Para evitar estos problemas conviene cuando se vaya a levantar a una persona encamada, cambiar progresivamente de posición esperando unos minutos sentada en el borde de la cama, con los pies colgando, antes de ponerse de pie.

5. Aterosclerosis.

Supone el desarrollo de lesiones en la pared íntima de la arteria, con lo que se estrecha progresando hasta la obstrucción, trombosis, desarrollo de un aneurisma y ruptura.

6. Tromboflebitis.

Los dos trastornos más importantes del sistema venoso son la tromboflebitis y las venas varicosas. La primera hace referencia a una inflamación de la pared del vaso con la formación de un coágulo. Es más frecuente en las venas de las extremidades inferiores, tanto en las venas profundas como en las superficiales.

Sistema respiratorio.

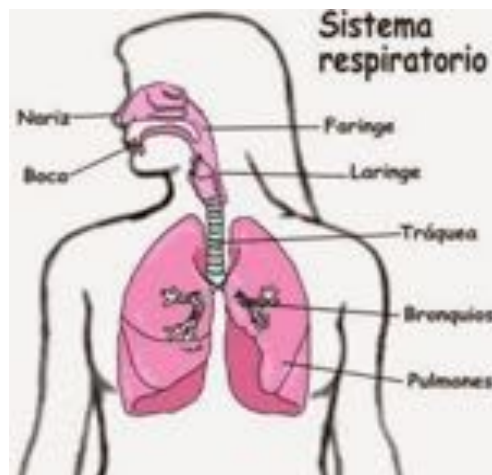
Las funciones del aparato respiratorio son:

- Conseguir que a la sangre llegue una cantidad suficiente de oxígeno contenido en el aire que respiramos.
- Eliminar el anhídrido carbónico producido por el metabolismo de las células.
- Morfología del aparato respiratorio:

A. Las vías respiratorias: conducen el aire del exterior a los pulmones y viceversa. Son: fosas

nasales, faringe, laringe, tráquea y bronquios.

B. Los pulmones: son los órganos responsables de la respiración.



Ventilación pulmonar: es el proceso mediante el cual el aire entra y sale de los pulmones para mantener en el cuerpo las concentraciones adecuadas de oxígeno y dióxido de carbono. Consta de dos fases:

-Inspiración o paso de aire desde la boca-nariz hasta los pulmones.

-Espiración o expulsión del aire desde los pulmones hasta el exterior.

En condiciones normales en cada respiración inspiramos y espiramos 500 cc (medio litro) de aire, éste es el volumen de ventilación pulmonar o basal.

Principales problemas respiratorios.

1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (EPOC): La EPOC se refiere a enfermedades que provocan obstrucción del flujo aéreo e incluyen: asma, bronquitis crónica y enfisema pulmonar
 - a. **Bronquitis crónica** :Se define como una hipersecreción de moco y tos productiva crónica recurrente durante un mínimo de 3 meses al año durante al menos dos años consecutivos en personas en las que se han descartado otras causas. Los síntomas característicos son tos productiva al despertarse, jadeo, cianosis y disnea.
 - b. **Enfisema**: Se define por los cambios destructivos de las paredes alveolares y por el agrandamiento de espacios aéreos distales a los bronquios terminales no respiratorios de forma irreversible. El síntoma característico es la disnea de esfuerzo: cuando se realiza ejercicio, uso de músculos accesorios para respirar, etc.
 - c. **Asma bronquial**: Se trata de una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas de causa desconocida. En consecuencia, la persona con un ataque de asma lucha por respirar a través de una vía aérea estrechada que se encuentra en espasmo. Puesto que la respiración es dificultosa (disnea) la persona respira por la boca, lo que reseca el

moco y ocluye todavía más la vía aérea. Hay dos tipos básicos de asma: asma alérgico y asma no alérgico, aunque algunas personas padecen lo que se llama asma mixto.

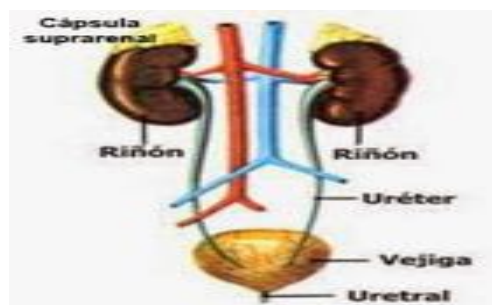
2. **Neumonías:** Es un proceso inflamatorio en el que existe una condensación originada por la ocupación de los espacios alveolares con exudado. Los síntomas característicos son aparición de tos, fiebre, y escalofríos que, según la clase de neumonía, serán de aparición brusca o gradual.
3. **Bronquitis aguda:** Consiste en la inflamación aguda y difusa de la mucosa bronquial. Es más frecuente en niños y en adultos fumadores. Tiene mayor incidencia en invierno y constituye una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria.
4. **Gripe:** Se trata de una enfermedad respiratoria aguda producida por un virus.

Sistema excretor.

Es el aparato encargado de eliminar los residuos tóxicos que generan las células del cuerpo humano. Está formado por:

1. **Riñones:** son los órganos encargados de producir orina.
2. **Uréteres:** son los conductos que salen de los riñones y llevan la orina hasta la vejiga.
3. **Vejiga:** es un órgano hueco preparado para almacenar la orina
4. **Uretra:** es el conducto que lleva la orina al exterior.

Existen otros órganos en el cuerpo que cumplen una función excretora, como son el digestivo (heces) y la piel (sudor).



Principales patologías Nefrológicas.

1. **Síndrome nefrítico:** Consiste en la aparición de hematuria (sangre en la orina) asociada a alteraciones agudas de la función renal, formación de edemas y/o hipertensión transitoria. Aparece una inflamación aguda de los glomérulos renales.
2. **Incontinencia urinaria:** Consiste en la pérdida involuntaria de orina por la uretra, que condiciona un problema higiénico y/o social. El 35% de mujeres y el 15% de hombres mayores de 60 años tienen incontinencia urinaria variable.
3. **Hipertrofia benigna de próstata :** La glándula prostática normal tiene el tamaño de una castaña, consistencia elástica, superficie elástica y surco medio. La Hipertrofia benigna de

próstata es una hiperplasia glandular y fibromuscular de la próstata. Es frecuente a partir de los 50 años; aparece en el 80-95% de los varones mayores de 80 años.

4. **Litiasis renal:** Se define como la existencia de cálculos en las vías urinarias. La presentación clínica más frecuente son los cólicos renales que cursan con dolor intenso e intermitente, disnea, vómitos, etc. Otras formas de presentación son la litiasis o cristaluria asintomática, la hematuria y la infección urinaria.
5. **Insuficiencia renal :** Está presente cuando la excreción de agua, electrolitos y productos de deshecho metabólico es insuficiente a causa de lesiones renales que imposibilitan la conservación y mantenimiento hidroelectrolítico del medio interno normal por parte de los riñones.

4.4. Constantes vitales.

Las constantes vitales son parámetros corporales que varían cuando el organismo NO funciona correctamente.

Cuándo y cómo valorar las constantes vitales:

1. Cuando el paciente tiene un cambio en el estado de salud o informa de síntomas tales como dolor torácico, mareos, sensación de calor.
2. Antes o después de administrar un medicamento que puede afectar al sistema respiratorio o cardiovascular.
3. Antes o después de cualquier actuación que pueda afectar a las constantes vitales como la deambulación de un paciente que ha estado en reposo en cama.

Las constantes vitales se dividen en:

- A. Temperatura corporal.
- B. Pulso.
- C. Respiración.
- D. Tensión arterial.

A. Temperatura corporal:

La temperatura interna es la que se mide en los tejidos internos del organismo. Se mantiene relativamente constante, variando alrededor de 37° C y la temperatura externa, por el contrario, sube y baja según el medio ambiente.

En general se habla de:

1. Hipotermia (temperatura inferior a 36° C).
2. Hipertermia o fiebre (temperatura superior a 37° C).

Se puede clasificar en temperatura rectal, oral o bucal y axilar según la zona en la que se determine.

El sistema que regula la temperatura corporal está formado por tres partes: los receptores térmicos, un integrador en el hipotálamo y un sistema efector que equilibra la producción y la pérdida de calor.

La mayoría de los receptores sensoriales están en la piel, que es la parte más grande del medio corporal externo. Encontramos receptores de la fiebre en la lengua, en el tracto respiratorio y en las vísceras. La piel posee tanto receptores de frío como de calor; sin embargo, se detecta mejor y más eficazmente el frío.

Entre los **factores que afectan a la temperatura corporal** están los siguientes:

1. **Edad.** El niño se encuentra más afectado que los adultos por la temperatura del ambiente y deben ser protegidos por los cambios extremos. Los estudios de Kolanowski y Gunter indican que los paciente de más de 75 años están en riesgo de sufrir hipotermia por razones como la falta de calefacción central, dieta inadecuada, pérdida de la grasa subcutánea, falta de la actividad y eficiencia sensibles a las temperaturas ambientales extremas debido a una disminución de los controles termorreguladores.
2. **El ejercicio.** El ejercicio aumenta la producción de calor. El trabajo muy duro o el ejercicio continuo pueden aumentar la temperatura hasta los 38.3° C y los 40° C si la medida es rectal.
3. **Las hormonas.** En las mujeres, la progesterona secretada en la ovulación eleva la temperatura entre 0.3° y 0.6° C la temperatura basal.
4. **El estrés.** La estimulación del sistema nervioso simpático aumenta la producción de epinefrina y de norepinefrina, además de aumentar la actividad metabólica y la producción de calor.

B. Pulso

El pulso es una onda pulsátil de la sangre originada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón. El corazón es una bomba y la sangre entra en las arterias con cada contracción, dando lugar al pulso o la onda pulsátil. La onda pulsátil representa el rendimiento del latido cardíaco y adaptación de las arterias. El rendimiento cardíaco es la cantidad de sangre que entra en las arterias en cada contracción ventricular. . La adaptación de las arterias consiste en la capacidad de contraerse y dilatarse. Cuando las arterias pierden esta capacidad, como ocurre en las personas mayores, se necesita mayor presión para bombear la sangre. Cuando un adulto descansa, el corazón bombea entre 4 y 6 litros de sangre por minuto. Este volumen se denomina rendimiento cardíaco y es el resultado del volumen de bombeo y del ritmo cardíaco por minuto.

El ritmo del pulso se expresa en latidos por minuto (lat./min.). Varía según diversos factores tales como: la edad, el sexo, el ejercicio físico, la fiebre, los medicamentos, las hemorragias, el estrés y la postura del cuerpo

Por tanto, podemos conocer la frecuencia cardiaca en función del número de pulsaciones en un minuto. Los **términos más usados son:**

1. **Frecuencia normal:** entre 60 y 80 ppm.
2. **Bradicardia:** frecuencia cardiaca por debajo de 60 ppm.
3. **Taquicardia:** frecuencia cardiaca por encima de 100 ppm.

C. Respiración.

Los tres aspectos a valorar en la respiración: **Ritmo, Frecuencia, y la Profundidad de la respiración.**

1. **Ritmo.** Es la regularidad de las inspiraciones y espiraciones. Normalmente las respiraciones se producen en los lapsos específicos de tiempo, pueden ser:
 - Regulares: Cuando la inspiración y la espiración tienen la misma duración.
 - Irregulares: Cuando no tienen la misma duración. Suele ser común en bebés.
2. **Frecuencia.** Es el número de respiraciones que se realizan en 1 minuto. Un adulto sano hace entre 15 y 20 respiraciones por minuto, puede variar según: ejercicio físico, estrés, ambiente, aumento de la altitud, enfermedad del paciente y edad del paciente
 - Valores normales de la respiración según la edad del paciente:
 - Recién Nacido: de 30 a 50 respiraciones por minuto.(rpm)
 - Lactante: de 20 a 40 respiraciones por minuto.(rpm).
 - Niño: de 15 a 25 respiraciones por minuto.(rpm)
 - Adolescente: de 14 a 20 respiraciones por minuto.(rpm).
 - Adulto: de 14 a 20 respiraciones por minuto.(rpm)
3. **Profundidad.** Es la cantidad de aire inspirado y espirado en cada ciclo respiratorio. Debemos observar para ello los movimientos torácicos. La respiración puede ser: profunda, superficial y normal.

D. Tensión arterial.

La presión arterial es la presión que ejerce la sangre sobre la pared de las arterias.

Debido a que la sangre se mueve en forma de ondas, existen dos tipos de medida de presión conocidas por todos: la máxima o la mínima, mejor dicho la tensión sistólica y la tensión diastólica. La diferencia entre ambas se denomina presión del pulso.

- A. Tensión sistólica.** Es la presión de la sangre ejercida por la contracción de los ventrículos, es decir la presión máxima.
- B. Tensión diastólica.** Es la ejercida cuando los ventrículos se relajan, es por tanto la mínima.

Las lecturas de la presión arterial se miden en milímetros de mercurio (mmHg) y generalmente se dan como dos números. Por ejemplo, 120 sobre 80 (escrito como 120/80).

El número superior corresponde a la presión sistólica, la presión creada cuando el corazón late. Se considera alta si constantemente está por encima de 140. El número inferior corresponde a la presión diastólica, la presión dentro de los vasos sanguíneos cuando el corazón está en reposo. Se considera alta si constantemente está por encima de 90.

Las mediciones repetitivas de la presión arterial son importantes. Una sola medición alta no significa necesariamente que usted padezca de hipertensión y una sola medición normal no significa necesariamente que no la padezca.

4.5. Técnicas de preparación y administración de medicación por vía oral, tópica y rectal.

Las vías de administración de medicamentos más comunes en el hogar son la **oral, tópica y rectal**.

- A. Oral:** Es la de uso más frecuente, cómoda y segura. Suele ser bien aceptada, es indolora y económica. Es una vía lenta y puede provocar irritación gástrica. Está contraindicada cuando el paciente está inconsciente, con problemas de deglución o patología digestiva.
- B. Tópica:** El fármaco (cremas, pomadas, geles y ungüentos) se aplica sobre piel y mucosas. Es indolora, de fácil utilización y con pocos efectos adversos. La absorción de los fármacos administrados por esta vía es baja.
- C. Rectal:** Los medicamentos administrados (supositorios, pomadas y enemas) por esta vía son absorbidos más fácilmente, porque las paredes del recto tienen abundante riego sanguíneo. Es una vía alternativa para aquellos que no pueden tomar medicación oral. Como inconveniente se debe nombrar la irritación de la mucosa, lo incómodo de la administración y la irregularidad de la absorción.

4.6. Técnicas de aerosolterapia y oxigenoterapia.

- A. Aerosolterapia:** Es un método de tratamiento basado en la administración de sustancias, en forma de aerosol, por vía inhalatoria que ofrece la posibilidad de utilizar fármacos en dosis muy pequeñas y hacerlos llegar casi exclusivamente al lugar donde van a desarrollar su acción.

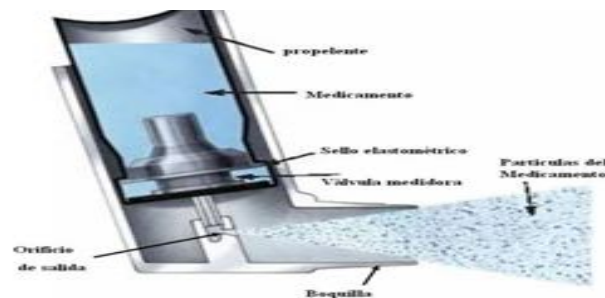
Los materiales necesarios para la aerosolterapia son:

1. Toma de oxígeno (central de oxígeno o bombona y caudalímetro),
2. Equipo nebulizador (mascarilla y alargador),
3. Guantes, gasas y suero fisiológico.

1. **Nebulizador:** dispositivo encargado de convertir soluciones o suspensiones en aerosoles de un tamaño tal, que puedan ser inhalados y depositados en las vías respiratorias bajas. Pueden ser nebulizadores neumáticos o jet (hospital), ultrasónicos o de malla. Pueden utilizar como fuente de energía un compresor mecánico de aire o un gas comprimido (aire u oxígeno).
2. **Nebulizador neumático o jet:** se compone de una cámara de nebulización (esto es, el nebulizador propiamente dicho), donde se introduce el líquido a nebulizar, y una fuente de energía (aire u oxígeno) necesaria para hacer funcionar el nebulizador. Para inhalar el aerosol de la cámara de nebulización, se precisa una interfase (pieza bucal, mascarilla nasobucal, conexión en T a tráquea, mascarilla traqueal, horquilla nasal).



3. **Inhalador en cartucho presurizado o de dosis medida (pMDI):** Dispositivo cuyo funcionamiento se basa en la producción de aerosolización utilizando un gas a alta presión como propelente del fármaco. Requiere de coordinación entre la pulsión del dispositivo y la inspiración. Proporcionan una cantidad fija de medicamento



4. **Inhalador de polvo seco (DPI):** Se trata de un dispositivo en el que el propio flujo inspiratorio generado por el paciente es el que arrastra y/o provoca fragmentación de las partículas del fármaco micronizado. Existen diferentes sistemas de administración, monodosis y multidosis y tienen contador de las dosis administradas o de las que quedan en el dispositivo.
5. **Cámara espaciadora o de inhalación:** Son recipientes que se conectan al inhalador en cartucho presurizado, donde en su interior se pulveriza la nube de aerosolización, provocando enlentecimiento del flujo del aerosol, disminuyendo así el impacto sobre la orofaringe. Poseen una válvula unidireccional en su boquilla, lo que permite la inspiración de aire de la cámara

Inhaladores de polvo seco multidosis



por el paciente pero no la espiración dentro de la cámara.



Protocolo para realizar un tratamiento de aerosolterapia

Técnica Nebulizador neumático

- Realizar higiene de manos
- Conectar el caudalímetro a la toma de oxígeno.
- Preparar el fármaco en forma líquida para obtener un volumen de llenado de 4-5 ml .
- Conectar la mascarilla o la boquilla.
- Unir el nebulizador al caudalímetro por medio de la alargadera y la conexión adecuada.
- Abrir el caudalímetro entre 4/5 litros/minuto comprobando la salida de vapor.
- Colocar la mascarilla o boquilla en la boca del paciente.
- Comprobar que el nebulizador está en posición vertical.
- Pedir al paciente que inspire con lentitud, profunda y uniformemente a través de la boca.
- Retirar la nebulización cuando se observe la finalización de la solución

Técnica Inhalador en cartucho presurizado o de dosis medida (pMDI).

- Higiene de manos
- Si se utiliza por primera vez el envase se tiene que comprobar su funcionamiento realizando 2-4 pulsaciones para asegurarse de que sale el producto. Si no se ha usado durante 7 días o más se aconseja hacer 2 pulsaciones antes de su uso.
- Sostener el inhalador entre los dedos índice y pulgar en posición vertical (con la boquilla en la parte inferior) y agitar vigorosamente.
- Destapar el cartucho.
- Indicar al paciente que expulse el aire lentamente.
- Colocar la boquilla entre los dientes (sin morderlo), cerrando los labios sobre el dispositivo, con la lengua en el suelo de la boca.
- Una vez iniciada la inspiración presionar el cartucho una sola vez y seguir inspirando lenta y profundamente hasta llenar totalmente los pulmones. Es muy importante que se efectúe la pulsación después de haber iniciado la inspiración.
- Retirar el inhalador de la boca y contener la respiración al menos durante 10 segundos.
- Si necesita otra dosis de este u otro aerosol esperar al menos 1 minuto y repetir los pasos anteriores.
- Al acabar, poner siempre la cubierta protectora.

B. Oxigenoterapia:

La oxigenoterapia es la administración de oxígeno gaseoso (mezcla de aire enriquecida con oxígeno) a una persona en situación de hipoxia (falta de oxígeno en la sangre) cuyo objeto es establecer la tasa normal de oxígeno en sangre. El oxígeno puro es un gas altamente irritante que necesita ser humidificado antes de su administración, habitualmente se utiliza una mezcla gaseosa de aire enriquecido con oxígeno. El oxígeno es un gas incoloro, inodoro, explosivo y altamente inflamable, por lo que su manejo requiere importantes medidas de seguridad. Se precisa un equipo especial que suele ser proporcionado y controlado por empresas especializadas que realizan controles periódicos y suministran las bombonas.

Precauciones en la oxigenoterapia:

1. Prohibir fumar, así como el manejo de llamas, cerca de la instalación y del usuario.
2. Colocar las botellas siempre verticalmente y sobre un portabotellas.
3. Comprobar la presión del oxígeno en las balas (bombonas) y tomas de la habitación.

4. Comprobar que el frasco humidificador contiene agua destilada hasta la señal indicada.
5. Controlar que no existan fugas en las tomas de la habitación.
6. Controlar la temperatura de la habitación (si es elevada puede aumentar la presión).
7. Al instalarlo comprobar que la concentración de oxígeno, humedad y flujo son adecuados a lo prescrito.
8. Comprobar la instalación a menudo.
9. Comprobar que el usuario/a se coloca en posición de Fowler (si no tiene contraindicación, ya que es la posición ideal).
10. Comprobar el estado de la piel del usuario.
11. Humedecer la cavidad oral del usuario para evitar desecaciones.
12. Comprobar el estado de las fosas nasales.
13. Administrar líquidos según prescripción médica

4.7. Técnicas de aplicación frío y calor.

- A. Aplicación Frío local:** consigue que los vasos sanguíneos disminuyan de calibre de forma que el aporte sanguíneo que llega a la zona afectada sea menor, produciendo un cierto efecto:
1. Anestésico local: disminuye el dolor al amortiguar la sensibilidad al tacto y al dolor.
 2. Antiinflamatorio: al disminuir el flujo de sangre a la zona disminuye también el proceso inflamatorio ya iniciado, sobre todo si es de reciente aparición.
 3. Antihemorrágico: Al disminuir el flujo de sangre a la zona.
 4. Antitérmico: desciende la temperatura corporal temporalmente

El frío suele utilizarse en lesiones inflamatorias agudas como los esguinces, las torceduras o en contusiones. Así mismo, es útil para aliviar el dolor de cabeza y dientes y la pesadez de las piernas producida por la mala circulación.

- B. Aplicación de calor:** Produce vasodilatación, es decir, los vasos se relajan y se abren más, llegando más flujo sanguíneo a la zona. También produce enrojecimiento (eritema), calentamiento de la piel y aumento de la temperatura. Su aplicación local tiene efecto:
1. Antiinflamatorio: sobre zonas inflamadas. Por ello, se emplea para tensiones musculares fuertes como algunas contracturas.
 2. Favorece la cicatrización y reparación de los tejidos al aumentar el aporte de oxígeno y nutrientes.
 3. Analgésico: El calor aplicado localmente disminuye la sensibilidad al dolor.

4.8. Riesgos de los fármacos.

Los medicamentos son sustancias o preparados cuya administración va a producir un efecto

terapéutico y beneficioso ya sea aliviando, curando o previniendo enfermedades.

Siempre que utilicemos un medicamento, debemos tener bien claro:

1. Para qué lo vamos a usar (indicaciones).
2. Cómo lo vamos a usar (dosis y vía de administración).
- 3.Cuál es el efecto que va a producir en el paciente (efectos secundarios; por ejemplo, subir la tensión, disminuir la glucosa en sangre, etc.)

Debemos saber que las situaciones o condiciones en las cuales un medicamento NO debe ser utilizado por ningún motivo son denominadas contraindicaciones. Tendremos en cuenta cuando se administran medicamentos a un paciente, que además de los efectos beneficiosos, también podemos encontrar efectos indeseables o adversos que pueden ser desde muy leves y casi imperceptibles, hasta muy graves, tanto como para causar la muerte.

Los efectos indeseables son de muchos tipos, pero podemos agruparlos en:

- 1. Reacciones alérgicas:** generalmente, son reacciones súbitas y totalmente imprevistas que pueden ser leves, moderadas o severas. Debemos tratarlas como una emergencia hasta asegurarnos de que el paciente no corre peligro. Una forma leve y común de reacción alérgica es, por ejemplo, la urticaria (se manifiesta con lesiones rojizas, bien diferenciadas y voluminosas que van acompañadas de picor). La más grave de estas reacciones es el SHOCK ANAFILÁCTICO, que se manifiesta a nivel sistémico y puede poner en peligro la vida de la persona. Las alergias deben estar siempre bien resaltadas en la historia clínica del paciente.
- 2. Tolerancia y dependencia:** ambas se producen a raíz del uso prolongado de un medicamento, que hace que el cuerpo se acostumbre a él. La tolerancia se produce cuando el medicamento en la dosis habitual ya no produce el efecto deseado, siendo necesario aumentarla para obtener los mismos resultados. La dependencia consiste en que el medicamento se vuelve imprescindible para que el paciente se sienta bien; ésta puede ser de carácter físico o psicológico.
- 3. Intoxicación o sobredosificación:** se producen cuando se toma o se administran dosis superiores de medicamentos a las indicadas, ya sea por error, accidente o de manera intencionada. Los medicamentos tomados en cantidades excesivas pueden producir efectos adversos e incluso la muerte.
- 4. Interacción:** se puede producir cuando algunos medicamentos se mezclan con otros o con alguna otra sustancia (como alcohol o drogas), dando lugar a un aumento o a una disminución de los efectos. Ej. la rifampicina anula el efecto de los anticonceptivos orales.

4.9. Constitución y mantenimiento de botiquines.

El tipo y contenido de un botiquín estará en función de la utilidad que le vamos a dar. Así sabemos que puede haber botiquines:

1. En casa.
2. En el trabajo.
3. En la escuela.
4. Para el viaje.
5. En el gimnasio.
6. Los de emergencia (para catástrofes).

Aspectos a considerar para que un botiquín contenga todo lo necesario:

1. Se debe tener en cuenta el tipo de usuarios/as al que va destinado.
2. La época del año en que va a ser utilizado.
3. Los padecimientos más comunes en la familia (cefaleas, diarreas,...).
4. Lugar de residencia: no es lo mismo vivir en la ciudad con la farmacia cerca o vivir en un lugar donde ni ésta ni el médico están fácilmente accesibles.
5. .El botiquín debe estar en un lugar fresco y seco.
6. El botiquín no tendrá cerradura para facilitar el acceso.
7. Los envases de la medicación deben permanecer bien cerrados.
8. El material dentro del botiquín estará ordenado y etiquetado.
9. El contenido del botiquín será revisado una vez al año por lo menos, para retirar los restos de medicamentos ya finalizados (antibióticos, por ejemplo), los caducados o los que se encuentren en mal estado de conservación.
10. Los medicamentos se deben desechar en contenedores (SIGRE) a tal efecto en las farmacias.

Los elementos esenciales de un botiquín de primeros auxilios se pueden clasificar así:

1. **Antisépticos:** son productos o sustancias cuyo objetivo es la prevención de la infección. Ej. Povidona yodada, clorhexidina, alcohol al 70%, agua oxigenada, suero fisiológico, y jabón.
2. **Material para curas:** se utiliza para controlar hemorragias, limpiar, cubrir heridas o quemaduras, para prevenir la contaminación e infección. Ej. Gasas, compresas, apósitos, vendas, depresores linguales, esparadrapo, tiritas, algodón
3. **Instrumental y elementos adicionales:** guantes desechables, pinzas, tijeras, termómetro, pañuelos desechables, cuchillas de afeitar, bolsas de plástico, vasos desechables, lista de teléfonos de emergencias y manual o folleto de Primeros Auxilios.
4. **Medicamentos:** el botiquín contendrá principalmente analgésicos, antitérmicos y antiinflamatorios. Normalmente contienen ácido acetilsalicílico, ibuprofeno o paracetamol.

Ej.: aspirina, nolotil, gelocatil, termalgin, ibuprofeno, espidifen neobrufen, fastum (pomada).....

Es recomendable hacer una lista del contenido y pegarla en la contraetapa del botiquín.

UNIDAD FORMATIVA 3: MEJORA DE LAS CAPACIDADES FÍSICAS Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LAS PERSONAS DEPENDIENTES

Código: UF0120

1. Movilidad de la persona dependiente.

1.1. Principios anatomofisiológicos de sostén y movimiento del cuerpo humano.

El cuerpo humano es una complicada y perfecta estructura que contiene más de 200 huesos, un centenar de articulaciones y más de 650 músculos actuando coordinadamente. Gracias a este trabajo conjunto, podemos mantener la postura, desplazarnos y realizar múltiples acciones.

Se denomina aparato locomotor al conjunto de órganos (huesos, articulaciones, ligamentos, músculos y tendones) que permiten el movimiento o locomoción del cuerpo, así como el mantenimiento de su equilibrio.

Este aparato, también, da forma y sostén al cuerpo, protege los órganos vitales y permite el movimiento voluntario en respuesta a las órdenes recibidas del sistema nervioso, la composición de cada órgano es muy diferente:

1. Los huesos están formados por una sustancia dura de calcio y fósforo principalmente y proporciona la rigidez.
2. Los músculos están formados por tejidos blandos y elásticos, lo que les permite estirarse y contraerse.
3. Los tendones están formados por tejidos muy resistentes que unen los músculos a los huesos.
4. Los ligamentos están constituidos de tejidos muy resistentes que impiden que los huesos se desplacen en las articulaciones.

1.2. Aparato Locomotor

Para explicar el aparato locomotor más detalladamente lo dividiremos en 3 grandes sistemas:

- A. El sistema óseo.
- B. El sistema muscular.
- C. El sistema articular.
- A. El sistema óseo** está formado por un conjunto de estructuras sólidas compuestas básicamente

por tejido óseo, que se denominan huesos. Es muy consistente, resistente a los golpes, presiones y tracciones, pero también elástico y capaz de proteger órganos vitales (corazón, pulmones, cerebro, etc.) y permitir el movimiento. Los huesos constituyen, junto con los cartílagos, el esqueleto humano

Las funciones básicas del esqueleto son:

- 1. Función de sostén:** El esqueleto constituye un almacén rígido donde se apoyan y fijan las demás partes del cuerpo; especialmente, los ligamentos, tendones y músculos que, a su vez, mantienen en posición los demás músculos del cuerpo.
- 2. Locomoción:** Los huesos son elementos pasivos del movimiento pero, en combinación con los músculos, permiten el desplazamiento, ya que les sirven de punto de apoyo y fijación.
- 3. Protección:** En muchos casos protegen los órganos delicados, como en el caso de los huesos del cráneo, que constituyen un excelente almacén para el encéfalo; la columna vertebral y las costillas protegen al corazón y los pulmones; las cavidades orbitarias protegen a los ojos; la columna vertebral protege la médula espinal, etc.

Los huesos pueden clasificarse, teniendo en cuenta su forma externa y tamaño, en:

- 1. Huesos largos.** Son aquellos en los que predomina el largo sobre el ancho. Presentan aspecto cilíndrico y alargado. Entre ellos se incluyen los huesos de las extremidades como fémur, húmero, tibia, etc.
- 2. Huesos cortos.** Son aquellos en los que no predomina ninguna de las dimensiones. Presentan un aspecto cúbico o cilíndrico y son pequeños. Están formados por tejido óseo esponjoso y médula y rodeados de tejido óseo compacto. Entre ellos se incluyen las vértebras, los huesos del carpo de la mano y del tarso de los pies.
- 3. Huesos planos.** Suelen ser de forma plana, delgados y de aspecto curvo. Están formados por una capa de tejido óseo compacto, relleno de tejido óseo esponjoso y médula, como los huesos cortos. Entre ellos incluimos: huesos del cráneo, costillas, crestas ilíacas, etc.

B. Sistema muscular.

Los músculos son los motores del movimiento y constituyen la parte activa del aparato locomotor (el sistema óseo es la parte pasiva). Su propiedad más destacada es la contractilidad (o capacidad para contraerse). Gracias a esta facultad, el paquete de fibras musculares se contrae cuando recibe la orden adecuada. Al hacerlo, se acorta y tira del hueso o de la estructura adherida y, acabado el trabajo, recupera su posición de reposo

En función de las características de las fibras musculares, podemos hablar de tres tipos: liso, estriado y cardíaco

El cuerpo humano se cubre de unos 650 músculos de acción voluntaria. Existen muchas

clasificaciones, atendiendo a su forma, tamaño, función, etc. Pero en este apartado nos centraremos en la clasificación según su acción. De esta forma, atendiendo a este criterio, **los músculos estriados se clasificarían en:**

1. **Flexores:** disminuyen el ángulo de una articulación (ej. bíceps braquial).
 2. **Extensores:** opuestos a los anteriores, aumentan el ángulo de una articulación (ej. tríceps braquial).
 3. **Elevadores:** elevan una parte del cuerpo (ej. elevador del omóplato).
 4. **Depresores:** contrarios a los anteriores, descienden una parte del cuerpo (ej. depresor del labio inferior).
 5. **Abductores:** (separadores): mueven una parte del cuerpo lejos de la línea media, separándose (ej. glúteo mediano y abductor de la cadera).
 6. **Aductores** (aproximadores): función opuesta a los anteriores; acercan una parte del cuerpo hacia la línea media (ej. recto interno y aductor de la cadera).
 7. **Rotadores:** hacen girar un hueso sobre su eje (ej. piramidal y rotador de la cadera).
 8. **Supinadores:** realizan rotación del antebrazo para que la palma de la mano esté mirando hacia delante (ej. supinador corto).
 9. **Pronadores:** de efecto contrario a los anteriores, realizan la rotación para que la palma de la mano mire hacia atrás (ej. pronador redondo).
 10. **Inversores:** dirigen la planta del pie hacia el interior (ej. tibial anterior).
 11. **Eversores:** de acción contraria a los anteriores, dirigen la planta del pie hacia el exterior (ej. peroneo anterior).
- C. Sistema articular:** Las articulaciones son las zonas de conexión de huesos o cartílagos próximos. Constituyen puntos de unión del esqueleto y producen movimientos mecánicos, proporcionándole a éste elasticidad y plasticidad, además de ser lugares de crecimiento. Todas ellas varían en su estructura y, con frecuencia, están especializadas en determinadas funciones.

Para su estudio, las articulaciones pueden clasificarse atendiendo a dos grandes criterios:

A. Según su función o fisiología.

B. Según su estructura o morfología.

Según su función o fisiología		
Articulación	Movimiento	Ejemplo
Sinartrosis	Inmóviles	Cráneo
Anfiartrosis	Semi-móviles	Columna vertebral
Diartrrosis	Móviles	Cadera o rodilla

Según su estructura	
Fibrosas	No permiten casi ningún tipo de movimiento.
Cartilaginosas	Permiten ligeros movimientos
Sinoviales	Forman la mayoría de las articulaciones del cuerpo. Son las más móviles

Las **articulaciones sinoviales** están formadas por:

1. **Cartílago articular:** Recubre los extremos articulares de los huesos para facilitar el movimiento y evitar el desgaste. Es de carácter hialino.
2. **Cápsula articular:** Está formada por haces de fibras de colágeno que encierran por completo los extremos de los huesos y los mantienen fijos entre sí.
3. **Membrana sinovial:** Recubre la superficie interna de la cápsula articular, insertándose en los bordes del cartílago. Produce el líquido sinovial, que nutre el cartílago y lo lubrica, facilitando su deslizamiento.

Los **tipos de articulaciones sinoviales según su forma y función son:**

1. **Planas:** Articulaciones planas o ligeramente curvas. Permiten movimientos deslizantes en un solo plano (ej. esternocostal y intercarpianas).
2. **En bisagra:** Se mueven en un plano alrededor de un solo eje. Una superficie cóncava de un hueso se articula con la convexa de otro. Sólo permiten la flexión y la extensión (ej. rodilla y codo).
3. **En pivote o pivotantes:** Son uniaxiales (se mueven alrededor de un solo eje). Una superficie cóncava de un hueso se articula con la depresión de otro. Facilitan la rotación (ej. articulación del cuello).
4. **En silla de montar:** Son biaxiales (se mueven en dos ejes) y las caras son cóncavas y convexas (ej. articulación carpo-metacarpiana del pulgar).
5. **Esféricas:** Son multiaxiales (se mueven en varios ejes) y muy móviles. Una superficie esférica se mueve dentro de una cavidad (ej. cabeza del fémur en el acetábulo del hueso ilíaco).
6. **Condíleas:** Son biaxiales y permiten el movimiento en dos planos (anterior-posterior, derecha-izquierda) (ej. articulación metacarpofalángica).

1.3. Patologías más frecuentes del aparato locomotor

Es muy importante saber cuáles son las enfermedades articulares, ya que su conocimiento nos ayudará a la hora de movilizar a personas dependientes. Estas son:

1. **Artritis:** Es la inflamación en las articulaciones. Puede ser aguda (con gran intensidad pero de corta duración) o crónica (cursa con menos dolor pero es de larga duración). Produce dolor articular, inflamación, eritema o enrojecimiento, aumento del calor local y disminución de la movilidad.
2. **Artritis reumatoide en el adulto:** Es una inflamación crónica y progresiva que afecta a varias articulaciones, tiene carácter invalidante y su causa es desconocida. Cursa con dolor, inflamación, deformidad de las articulaciones y dificultad para la movilización, principalmente de manos y pies.
3. **Artrosis:** Es una enfermedad degenerativa articular no inflamatoria que afecta principalmente a mujeres mayores de 45 años. Sus síntomas son dolor a la movilización, ligera inflamación y aumento de temperatura.
4. **Gota o artritis gotosa:** enfermedad producida por aumento de ácido úrico, con formación de cristales en las articulaciones. Produce dolor en la articulación afectada, que aumenta con la presión y el roce, acompañado de inflamación y con alteraciones del riñón añadidas.
2. **Empleo de técnicas de movilización, traslado y deambulaci3n.**

2.1. Posiciones anatómicas.

Las personas que tienen disminuidas sus capacidades debido a enfermedades, proceso degenerativos o a su avanzada edad, necesitan ayuda para su movilización, traslado o deambulaci3n. De esta forma, requieren de asistencia para realizar movimientos (incluso los más imprescindibles), los cuales deben ser ejecutados siguiendo las normas establecidas para evitar daos, disminuir riesgos y favorecer la comodidad. El conocimiento de principios anatómicos básicos, así como de diferentes posiciones y técnicas de movilización serán necesarios para la realizaci3n de un trabajo adecuado en este ámbito.

Los cambios frecuentes de postura en los pacientes encamados tienen como finalidad:

1. Evitar la aparici3n de isquemia en los llamados puntos de presi3n, debido a la acci3n de la gravedad y al propio peso.
2. Evitar que la ropa que cubre la cama roce la piel y llegue a producir lesiones.
3. Prevenir la aparici3n de úlceras por presi3n.
4. Proporcionar comodidad al paciente

Para ello el auxiliar de ayuda a domicilio debe cuidar que:

1. Las sábanas estén limpias, secas y bien estiradas.
2. Las zonas de mayor presi3n corporal estén protegidas.
3. Las piernas estén estiradas y los pies formen ángulo recto con el plano de la cama.

Para realizar los cambios posturales se necesitan los siguientes materiales:

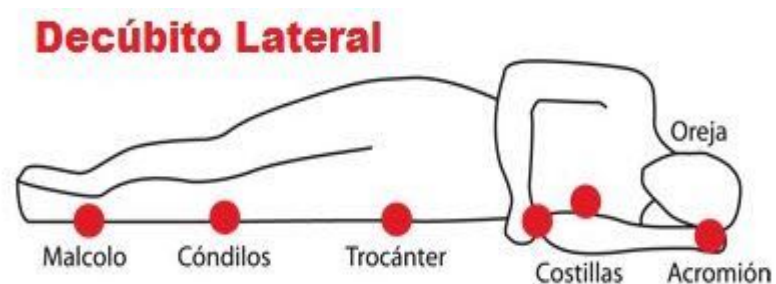
1. Almohadas y cojines.
2. Férulas.
3. Ropa limpia para cambiar la cama.
4. Protectores de protuberancias si fueran necesarios

Posiciones:

A. Posiciones de decúbito dorsal, supino o anatómica: El paciente está acostado sobre su espalda. Sus piernas están extendidas y sus brazos alineados a lo largo del cuerpo. El plano del cuerpo es paralelo al plano del suelo. Es una posición utilizada para la exploración del tórax, abdomen, piernas y pies así como para la palpación de las mamas en las mujeres. También se emplea para comenzar con la higiene del enfermo y como punto de partida para diferentes movilizaciones. Normalmente es la postura que suele permanecer la persona la mayor parte del tiempo en la cama (si no está sometido a un programa de cambios posturales).



B. Posición de decúbito lateral izquierdo y derecho: El paciente se halla acostado de lado. Las piernas extendidas y los brazos paralelos al cuerpo. El brazo inferior, es decir, el que queda del lado sobre el que se apoya, está ligeramente separado y hacia delante, evitando que quede aprisionado debajo del peso del cuerpo. La pierna que no está en contacto con la superficie de apoyo, está ligeramente flexionada para dar mayor estabilidad. El eje del cuerpo es paralelo al suelo. Es una posición que se emplea para dar cambios posturales en los enfermos encamados y para prevenir aspiraciones broncopulmonares en enfermos que puedan vomitar. También, para la administración de enemas de limpieza o para realizar la higiene del paciente (zona anal, genital, etc.). Es de mucha utilidad en las embarazadas para evitar el “síndrome de hipotensión en decúbito supino” que se produce como consecuencia de la compresión del útero sobre la vena cava inferior.



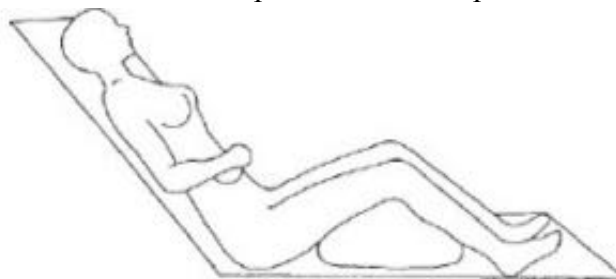
C. Posición de decúbito prono: También llamado decúbito ventral. El enfermo se encuentra acostado sobre su abdomen y pecho. La cabeza girada lateralmente. Las piernas extendidas y los brazos también extendidos a lo largo del cuerpo. El plano del cuerpo paralelo al suelo. Esta posición se utiliza para las exploraciones de espalda, así como alternativa para cambios posturales (salvo en pacientes con lesiones torácicas, cardíacas, con respiración asistida, etc., en las que está contraindicada)



Las tres posiciones son fundamentales para los enfermos encamados, ya que los cambios posturales realizados frecuentemente (cada 2-3 horas) evitan la aparición de úlceras por presión, al evitar una presión excesiva, mantenida durante mucho tiempo sobre una parte o zona corporal.

D. Posición de Fowler: El paciente se halla semisentado, formando un ángulo de 45°. Las piernas están ligeramente flexionadas y los pies en flexión dorsal. Existen dos variantes que se denominan posición de semiFowler en la que la inclinación es de 30°, y se utiliza básicamente para cambios posturales y para transporte del enfermo (cuando su estado lo permita) y la posición de Fowler alta en la que la inclinación es de 90°. Los enfermos con patologías respiratorias (enfermedades pulmonares obstructivas crónicas) tales como el asma, enfisema, bronquitis crónica, etc., prefieren esta posición para estar en la cama, puesto que facilita la respiración. Se utiliza para cambios posturales y exploraciones de cabeza, ojos, cuello, oídos, nariz, garganta (ej.: cambios de cánula traqueal) y pecho.

E. Posición de Sims : También llamada posición de semiprono. Es similar al decúbito lateral,



pero el brazo que queda en la parte inferior se lleva hacia atrás y el otro se coloca en flexión del codo. La cadera superior y rodilla del mismo lado están flexionadas sobre el pecho. La cabeza está girada lateralmente. En esta posición se colocan los enfermos inconscientes para facilitar la eliminación de las secreciones. Es una posición frecuente para la exploración del

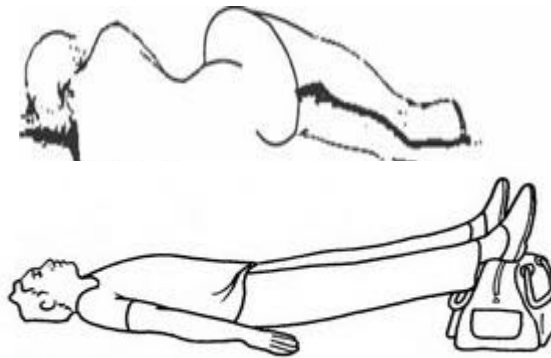
recto. También se utiliza para la administración de enemas y medicamentos por vía rectal.

F. Posición ginecológica : La paciente se halla acostada boca arriba. Las piernas colocadas sobre los estribos. Rodillas y cadera flexionadas 90°. Muslos en abducción.

Esta posición es utilizada en ginecología para el examen manual de pelvis, vagina, recto y para la exploración de la embarazada. Es también la posición a adoptar en el parto y en la cirugía vaginal.



G. Posición de Trendelenburg: El enfermo se coloca como en decúbito supino, pero a diferencia de aquella posición, el plano del cuerpo está inclinado 45° respecto al plano del



suelo. La cabeza del paciente está mucho más baja que los pies. En esta postura hay que colocar a los pacientes con desmayos, lipotimias para intentar restablecer y salvaguardar el riego sanguíneo cerebral.

H. Posición de Morestin o antitrendelenburg: Es la posición contraria a la anterior en la que el plano del cuerpo está inclinado 45° respecto al plano del suelo pero la cabeza está mucho más elevada que los pies. Esta posición es utilizada en pacientes que presenten problemas digestivos con reflujo gastrointestinal, hernias de hiato y enfermedades respiratorias

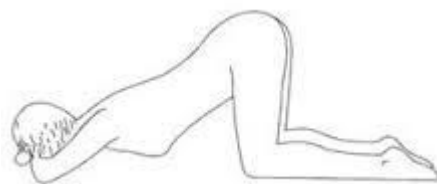
I. Posición genupectoral :También conocida con el nombre, aunque menos frecuente, de posición mahometana. El paciente adopta una posición similar a la que adoptan los mahometanos para sus prácticas religiosas. El paciente se coloca boca abajo apoyado sobre su pecho y rodillas. Para colocarse en esta posición primero se arrodilla y luego flexiona su cintura de forma que sus caderas quedan arriba y la cabeza abajo en el suelo. Sirve para



Paciente en posición de Antitrendelenburg o Morestin.

exploraciones del recto y ano.

- J. Posición de Roser:** Se acerca el paciente al lateral de la cama en decúbito supino o a la cabecera si ésta se puede bajar, de forma que la cabeza quede colgando fuera de la cama y los brazos extendidos a lo largo del cuerpo. Está indicada en la higiene del cabello del paciente, exploración faríngea y en la intubación endotraqueal.



2.2. Técnicas y ayudas técnicas para la deambulación, traslado y movilización en personas dependientes.

Existen múltiples técnicas de movilización que requieren tener en cuenta unas normas generales para la movilización :

1. Separar los pies, uno al lado del objeto y otro detrás; girar el pie más próximo en la dirección hacia la que nos desplazamos.
2. A partir de la posición de agachados (posición de sentados), mantener la espalda derecha (que no siempre es vertical).
3. Una espalda derecha hace que la espina dorsal, los músculos y los órganos abdominales estén en alineamiento correcto.
4. Se minimiza la comprensión intestinal que causa hernias.
5. Cuello y cabeza deben seguir la alineación de la espalda.
6. Dedos y manos han de extenderse por el objeto para ser levantados con la palma. Los dedos solos, tienen poca potencia.
7. Acercarse al objeto, brazos y codos al lado del cuerpo. Si los brazos están extendidos, pierden mucha de su fuerza.

Ayudas técnicas para la deambulación

El objetivo para utilizar un producto de apoyo es realizar la tarea, de forma autónoma o con ayuda de un asistente, con eficacia, seguridad y comodidad. Otras razones para utilizar productos de apoyo serían, como prevención en un proceso degenerativo; rebajar el esfuerzo que requiere la actividad; evitar o reducir el riesgo de lesiones o accidentes; y disminuir o evitar el dolor. En todos los ámbitos

en los que se utilicen los productos de apoyo, deben ser considerados necesarios y eficaces; que no restrinjan las capacidades del usuario, que no estén contraindicados; de fácil obtención, con una buena relación calidad–precio y cubiertos por un servicio postventa para su mantenimiento. En muchos casos será necesario un profesional que los recomiende y que enseñe a utilizarlos adecuadamente. Por supuesto, el usuario debe participar en esta elección.

Para el desplazamiento y la movilización tenemos entre otras:

- A. Bastones y Muletas:** constan de 3 partes: empuñadura, caña y base. Cuanto mejor se adapte la forma de la empuñadura a la anatomía de la mano menor será el riesgo de producir lesiones. La altura debe ser ajustada para cada persona. En general, se considera una altura adecuada unos 15 grados de flexión del codo, más o menos cuando la empuñadura queda a la altura del trocánter mayor, pero una persona con deficiencia visual puede necesitar que esté más bajo, porque la percepción del suelo es mejor de este modo. Los bastones y muletas apoyan en el suelo mediante una pieza que suele ser de caucho llamada contera. La contera no debe estar desgastada y debe apoyar en el suelo en toda su superficie. Existen conteras que proporcionan mejor agarre en terreno húmedo o irregular.

Tipos de bastones y muletas:

1. **Bastones** que solamente tienen una empuñadura para la mano.



2. **Muletas de codo:** Con una banda de apoyo en el antebrazo. El apoyo de las muletas de codo a veces es una abrazadera cerrada y/o basculante, que sujeta la muleta en el antebrazo, evitando que se caiga, por ejemplo, al soltar la mano para abrir una puerta.



3. **Muletas de apoyo** en antebrazo para descarga de las muñecas.
4. **Muletas axilares:** Aunque se llamen axilares, el apoyo debe recaer sobre el tórax para evitar graves lesiones. Las muletas axilares permiten estar apoyado, dejando las manos libres para alcanzar objetos.



5. **Bastones de tres o más patas:** Pueden tener una empuñadura sencilla o similar a las muletas de codo.



B. Andadores.

Tipo de andadores:

1. **Con cuatro patas sin ruedas:** Algunos disponen de dos empuñaduras más bajas para ayudar a levantarse. Para caminar con un andador sin ruedas es necesario dar un paso y levantar el andador, por lo que requiere estabilidad suficiente en bipedestación.



2. **Andadores con ruedas:** pueden llevar dos o cuatro ruedas. Los de dos ruedas delanteras y dos ruedas conteras son muy difíciles de utilizar en terreno irregular (alfombras, irregularidades del suelo). Los andadores con cuatro ruedas se desplazan mejor en terreno

irregular, pero es imprescindible que la persona tenga la fuerza, destreza y capacidad de reacción suficiente para accionar los frenos



- 3. Andadores posteriores:** el andador está situado detrás de la persona y dispone de un mecanismo de bloqueo para que no se desplace hacia atrás



- 4. Andadores con sujeción para los pies y/o para los antebrazos u otras partes del cuerpo.**

Estos andadores disponen de muchas piezas para adaptarlo a las necesidades del usuario.

C. Sillas de ruedas

Si la persona va a permanecer varias horas en la silla de ruedas, es necesario que el asiento y el respaldo sean firmes, es decir, que dispongan de una base rígida (que no significa dura) que proporcione estabilidad... Además será imprescindible dotar a la silla de los accesorios adecuados para el control de su postura. También puede ser necesario utilizar una silla de ruedas basculante o reclinable para facilitar los cambios de postura . En una silla de ruedas distinguimos dos partes: el chasis o estructura básica, que permite el desplazamiento, y el soporte corporal, que llamaremos asiento en sentido amplio, formado por el asiento propiamente dicho, respaldo, reposacabezas, reposapiés, reposabrazos y sus accesorios.

Según la estructura del chasis las sillas se dividen en:

- 1. Sillas de ruedas bimanuales:** Disponen de dos ruedas traseras con aros para su propulsión y dos ruedas pivotantes delanteras. El tamaño de la silla debe ser adecuado al de su usuario/a para que la propulsión sea eficaz.



2. **Sillas controladas por un solo lado del cuerpo:** Hay dos tipos: Con los dos aros colocados en una de las ruedas o con una palanca que controla la propulsión y la dirección. Aunque en esta última la postura es más simétrica, en ambos casos son sillas difíciles de conducir y que requieren más espacio de maniobra que otras sillas



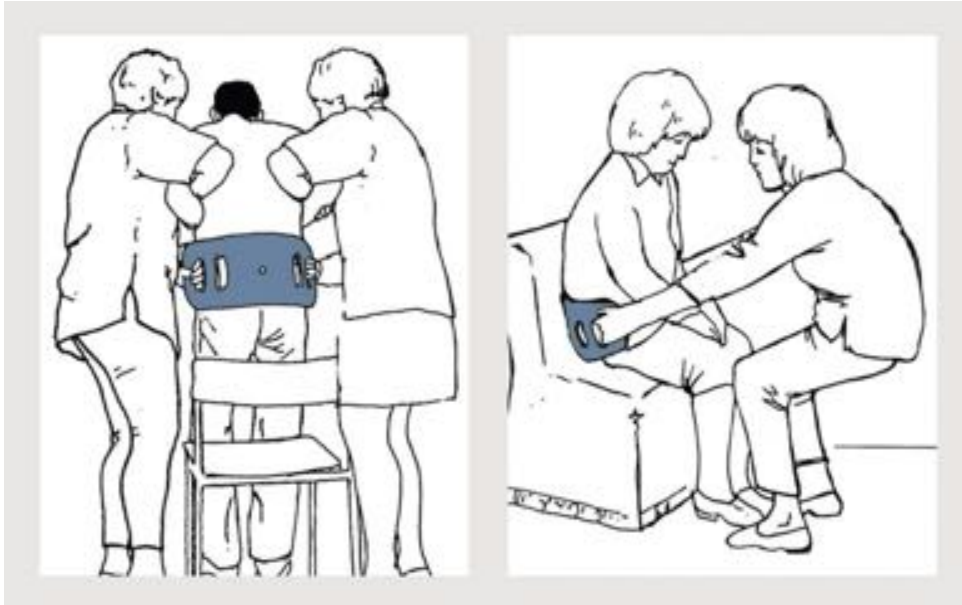
3. **Sillas de ruedas eléctricas:** Están formadas por el chasis, dos motores alimentados por baterías y un mando de control.



Traslado y movilización en personas dependientes.

Existen otras herramientas que facilitan el traslado de personas con escasa movilidad entre diferentes lugares (ej. cama-sillón, cama-aseo,...) y que son principalmente una ayuda para el cuidador. Es el caso de los siguientes elementos:

- A. **Bandas o cojines de transferencia:** son fundas de almohadas con dos asas que permiten al cuidador tirar del paciente para movilizarlo sin que ni éste ni el profesional corran riesgos de



caída o lesión.

- B. Tablas de transferencia:** son láminas resistentes que se colocan debajo del paciente para realizar transferencias seguras y reduciendo el esfuerzo a realizar por el profesional.



- C. Grúas de movilización:** permiten la transferencia de personas con gran dificultad de movilidad de un lugar a otro. Existen diversos tipos:

1. **Grúas de bipedestación :** Si la persona no puede hacer por sí misma la incorporación, pero puede hacer buen apoyo con los pies y tiene suficiente tono muscular, recurriremos a las grúas de bipedestación para pasar de silla a silla. 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.
2. **Grúa pasiva de elevación:** Si no es posible utilizar una grúa de bipedestación, será necesario utilizar una grúa pasiva de elevación y traslado para pasar de una silla a otra. Es muy importante, en el uso de una grúa, que ésta 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.

Métodos de colocación del Arnés

Desde la posición de sentado:

Incorporar al enfermo desde la posición de decúbito supino hasta la posición de sentado, Colocar el



arnés de arriba-abajo, por debajo de una sábana entremetida, hasta la altura de la cintura. Acostar de nuevo al enfermo y hacer pasar las bandas de las piernas, justo por debajo de los muslos y cruzarlas. Una vez colocado el arnés al enfermo, elevar un poco el brazo de la grúa, y acercar a la cama o silla desde donde se desee movilizar al enfermo y colocar las bandas más cortas (hombros) en los enganches del lado correspondiente o en la percha supletoria si se dispone de ella, en la posición más corta, es decir, más cercana al cuerpo del arnés.

A continuación las bandas más largas (piernas) en la posición más alejada, o sea, la de la punta de la banda y entrecruzarlas de modo que la derecha se coloque en el enganche izquierdo y la izquierda en el derecho; así el enfermo, irá más sentado al elevarlo. En enfermos con FRACTURA de CADERA, en el momento en el que el enfermo está con el arnés puesto y elevado sobre la cama, para el traslado a la silla o sillón o viceversa, es conveniente, sujetarle la pierna operada, para mantener la alineación

del miembro y restarle dolor Elevar con suavidad, hasta una altura de separación entre la cama y el enfermo, ABRIR LAS PATAS DE LA GRÚA PARA AUMENTAR EL RADIO DE ESTABILIDAD DE LA MISMA y procurar mayor seguridad en el traslado; transportar al enfermo, hasta el sillón o viceversa; situar encima del sillón y descender, hasta la posición de sentado, uno de los auxiliares procurará que quede bien sentado tirando de las agarraderas amarillas de las que dispone el propio arnés En el supuesto de que el enfermo necesite sujeción adicional y pudiendo dejarle puesto el arnés, se usarán las bandas largas de las piernas, para sujetar en los brazos del sillón, de este modo el enfermo no se escurrirá del sillón con tanta facilidad.

2.3. Técnicas para el posicionamiento en la cama.

Para movilizar al paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para cambiarlo de postura.

Usuario/a no colaborador/a:

1. Realizar la movilización entre 2 personas.
2. Colocarse cada persona a un lado de la cama, frente al enfermo.
3. Debemos colocar los pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas.
4. Retirar la ropa superior de la cama así como la almohada del paciente.
5. Las auxiliares introducen un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro debajo del muslo.
6. Sujetan al paciente y lo levantan con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada.
7. A la hora de movilizar al paciente a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas para lo cual el paso es mejor realizarlo con la ayuda de una entremetida.
8. También se pueden colocar las dos personas al mismo lado de la cama, de esta forma: La primera persona coloca un brazo por debajo de los hombros del usuario/a y el otro brazo por



debajo del tórax; La segunda persona desliza sus brazos a la altura y por debajo de la región glútea; Entonces elevan cuidadosamente al paciente hacia la posición requerida.

Movilización del usuario/a ayudados por una sábana.

1. Se realiza entre dos personas, situados uno a cada lado de la cama.

2. Para esta técnica nos ayudaremos de una "entremetida" que es una sábana doblada en su largo a la mitad.
3. Se la colocaremos al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.
4. Colocaremos al enfermo en decúbito lateral, lo más próximo a un borde de la cama y meteremos la "entremetida" por el lado contrario al que está girado, luego lo volveremos al otro lado y sacaremos la parte de "entremetida" que falta de colocar. Una vez colocada la "entremetida", se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones.

Incorporar al usuario:

1. Indique al usuario/a que ponga sus brazos a los lados con las palmas de las manos sobre la cama. Así el usuario puede empujar para proporcionar fuerza adicional.
2. Mirando hacia la cabecera, el profesional se sitúa a un lado de la cama a la altura de la cadera del usuario. El profesional debe buscar una base de apoyo amplia, con el pie más alejado hacia delante, y el peso del cuerpo sobre el pie.
3. El profesional coloca su brazo más alejado sobre el hombro más alejado del usuario. El profesional debe poner su mano libre sobre la cama, cerca del otro hombro del usuario, úselo para empujar durante el levantamiento.
4. Tirando con un brazo y empujando con el otro, levante el usuario, a la vez que cambia el peso de pie. A su vez, el usuario empujará con sus manos (si es posible).
5. Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

Movimiento del usuario a la orilla de la cama:

1. Frenaremos la cama (si dispone de cama articulada) y la colocaremos en posición horizontal (sin angulación) retiraremos las almohadas y destaparemos al usuario.
2. Nos colocaremos en el lado de la cama hacia el que queremos desplazar al usuario, y colocaremos el brazo más próximo del usuario sobre su tórax.
3. Pasaremos nuestro brazo bajo la cabeza y cuello hasta agarrar el hombro más lejano y, con el otro brazo, cogeremos, bajo su cuerpo, la zona lumbar.
4. Una vez trabado con ambos brazos, tiraremos simultánea y suavemente del usuario hacia la orilla de la cama.
5. Una vez desplazada esta parte del cuerpo, situaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos y procederemos a desplazar al usuario hacia la orilla de la cama.

Sentar al usuario en el borde de la cama:

1. El auxiliar adelanta un brazo, el más próximo a la cabecera, y rodea los hombros del enfermo, y el otro lo coloca en la cadera más lejana del enfermo (también puede situarse por debajo de los muslos, sujetando la pierna distal.)
2. Con esta mano hace que la cadera y las piernas giren de modo que queden colgando del borde de la cama, y con el otro brazo ayuda a erguir el tronco. Estos pasos deben realizarse en un solo movimiento.

Subir al usuario hacia la cama:

1. Si el usuario coopera, le retiraremos la almohada con cuidado.
2. Con el usuario acostado, le diremos que flexione las rodillas, apoyando ambos pies en la cama, y le pediremos que se agarre al cabecero de la misma con ambas manos.
3. Le pasaremos el brazo más cercano al usuario por debajo de la espalda a la altura de los hombros, sujetándole el hombro más alejado de nosotros, y el otro brazo se le pasará por debajo de los muslos.
4. Una vez preparados, indicaremos al usuario que realice fuerza hacia arriba, ayudándose de sus manos agarradas al cabecero, y de sus piernas apoyadas el colchón, a la vez que nosotros colaboramos en el movimiento, hasta que quede bien colocado.
5. Le colocamos la almohada.

Si el usuario no colabora, se pierde realizar el movimiento con la sábana entremetida, pero es necesaria la actuación de dos personas. Otra posibilidad entre dos personas en movilización es sujetando cada una de ellas un hombro y un muslo, situamos ambos a cada lado de la cama. Vigilar en ambos casos la posición corporal mientras se realiza la técnica, utilizando como fuerza motriz las piernas, iniciando el movimiento con las rodillas flexionadas y con el pie más cercano al cabecero mirando en dirección al movimiento y manteniendo la espalda recta.



2.4. Orientación a la persona dependiente y a sus cuidadores principales

La inmovilidad es un problema sanitario muy importante en las personas dependientes. Los cuidados ante problemas de movilidad dependen, por una parte, del usuario, su estado general y mental y, por otra, de su familia y entorno. Es fundamental intentar mantener las capacidades funcionales del usuario/a, evitar posibles complicaciones y lograr una adecuada calidad de vida. Tanto a la persona dependiente como a sus cuidadores se les debe instruir en las diferentes técnicas de movilización, cuidados.... para facilitar por un lado la autonomía del usuario/a y por otro el trabajo del cuidador

La persona dependiente, en la medida de sus posibilidades, debe ser consciente de sus limitaciones para poder participar y colaborar en las diversas técnicas aprendidas, por otro lado el cuidador principal debe asumir los cambios que se van a producir en su vida diaria y la necesidad de formación en este nuevo área, en caso de no tenerla y la necesidad de apoyo y ayuda.

Con respecto a las recomendaciones y cuidados específicos del usuario/a con problemas de movilidad, señalaremos cinco fundamentales:

1. Actividad.
2. Capacidad funcional.
3. Cuidado de la piel.
4. Alimentación.
5. Eliminación.

- 1. Actividad:** El usuario debe levantarse a diario, si no es capaz de caminar, debe levantarse a una silla; y sólo en casos de suma necesidad permanecer en cama día y noche. Siempre que pueda debe colaborar en su cuidado personal: aseo, alimentación y vestuario. Para mantener el tono físico, el usuario debe realizar flexiones y extensiones de las extremidades y del tronco, y evitar la tendencia a encorvarse. Mediante actividades como coger y lanzar una pelota, estando sentado extender y levantar las piernas apoyar las manos haciendo fuerza y levantar las nalgas. Es importante realizar cambios posturales cada dos horas para evitar la formación de escaras. También debemos evitar el denominado pie equino (pie caído) usando un apoyo que lo mantenga en 90°. Si tras varios días en cama comienza a levantarse es necesario hacerlo de un modo paulatino. Debemos fomentar el movimiento del usuario/a siempre que no exista contraindicación médica, siendo fundamental implicar al usuario/a y a la familia en los procesos de recuperación.
- 2. Capacidad funcional:** El usuario/a debe usar la memoria, imaginación y el lenguaje; esto favorecerá el estado anímico y su capacidad mental. Para la memoria es útil repasar sucesos de su vida con fotos, noticias del día... La imaginación se puede ejercitar si se le pregunta qué espera del día, cómo solucionar algún problema...las preguntas deben tener un acento

optimista. También usar juegos como el dominó, cartas, juegos de memoria o de atención.

3. **Cuidados de la piel:** Especial cuidado en usuarios/as encamados por estar expuestos a importantes problemas como escaras o infecciones
4. **Alimentación:** Las personas con movilidad reducida pueden sentir poca sed y se deshidratan con facilidad. Debe administrarse en pequeñas cantidades entre 1'5 y 2 litros diarios de agua. Puede restringirse después de cenar para disminuir la orina durante la noche.
5. **Eliminación:** El usuario/a con problemas de movilidad puede sufrir incontinencia de orina o deposiciones, con maceración e infecciones en la piel. También es habitual que aparezca estreñimiento y retención de orina con molestias e infecciones urinarias. Debemos intentar que defeque a diario comiendo fibra y si es pautado por el médico, podrá tomar laxantes. En caso de incontinencia de orina se consultará con el médico para pautar las mejores posibilidades terapéuticas para cada caso, así como para retención de orina.

2.5. Fomento de la autonomía de la persona dependiente y su entorno para la mejora de su movilidad y estado físico.

Un ambiente físico estimulante, con suficientes ayudas protésicas que conjuguen de manera adecuada la autonomía con la seguridad, contribuye a que las personas mayores tengan un funcionamiento óptimo en sus tareas cotidianas. En este sentido, la adaptación de la vivienda a las características de la persona mayor adquiere una gran relevancia.

El ambiente social puede favorecer o prevenir la dependencia. Las actitudes y la forma de comportarse de los familiares y el entorno social más próximo ante el deterioro de la salud de las personas de edad avanzada influyen en el grado de autonomía e independencia que muestran.

Las conductas de los familiares que pueden agudizar la dependencia son las siguientes:

1. Con el fin de ayudar a la persona mayor en sus problemas de autonomía, los familiares acometen en ocasiones distintas tareas por ellos. En principio, esta situación es positiva. Sin embargo, no lo es tanto cuando esta sustitución se produce en actividades en las que aún pueden valerse por sí mismos, aunque sea de manera parcial. Por ejemplo, así ocurre cuando la persona mayor puede vestirse, aunque con lentitud y dificultad, y el cuidador lo hace por él o ella para evitarle complicaciones
2. Cuando las personas mayores se consideran independientes para realizar alguna actividad y se valen de sus propios medios, los cuidadores a veces les amonestan o critican por haberse comportado así. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el cuidador está realizando otra tarea y la persona mayor se levanta sin ayuda para cambiar de asiento. El cuidador vuelve, se da cuenta y le recrimina por no haberle llamado para que le ayude.

En resumen, cuando los cuidadores tienen la presunción de que sus familiares de edad avanzada no son capaces de realizar alguna actividad o de mejorar en algo, es posible que acaben prestando a su familiar más ayuda de la que en realidad necesitan

Es necesario que la familia o la persona cuidadora tenga siempre en cuenta que cuidar significa ayudar sólo lo necesario.

3. Toma de constantes vitales.

Las constantes vitales son aquellos parámetros que nos indican el estado hemodinámico del paciente. Van a estar controladas por los órganos principales que son: corazón, cerebro y pulmones, cuyo papel es la de dirigir las funciones del organismo ya que refleja los cambios que se producen en éste.

Las constantes vitales se dividen en:

- A. Temperatura corporal.
- B. Pulso.
- C. Respiración.
- D. Tensión arterial.

3.1. Temperatura corporal

Es la cantidad de calor del organismo, se mide en grados centígrados y oscila entre 36 y 37° C.

La temperatura no es un valor constante, suele variar en función de:

1. Actividad física
2. Hora del día
3. La edad
4. Temperatura ambiental

Las alteraciones de la temperatura pueden ser:

1. Hipotermia (temperatura inferior a 36° C)
2. Hipertermia o fiebre (temperatura superior a 37° C). Esta puede ser:
 - Febrícula (menor de 38°C)
 - Fiebre ligera (38 – 38,5 °C)
 - Fiebre moderada (38,5 – 39,5 °C)
 - Fiebre alta (39,5 – 40,5 °C)
 - Fiebre muy alta (temperatura superior a 40,5 °C)

Los signos clínicos de fiebre varían con las etapas de:

1. Inicio.
2. Curso.
3. Desfervescencia.

- 1. Etapa de inicio o aparición:** Aumentos de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia y profundidad respiratoria, escalofríos debido al aumento de la tensión muscular esquelética y a las contracciones, piel pálida y fría debido a la vasoconstricción, sentir frío, piel con aspecto de “piel de gallina” debido a la contracción de los músculos erectores del pelo, cese de la sudoración y aumento de la temperatura corporal.
- 2. Etapa de curso:** Ausencia de escalofríos, la piel se empieza a notar caliente, la sensación de no tener calor ni frío, aumento de las frecuencias de pulso y respiración, aumento de la sed, deshidratación de leve a grave, adormecimiento simple, inquietud o delirio y convulsiones debido a la irritación de las células nerviosas, herpes bucales, pérdida del apetito con fiebre prolongada y malestar, debilidad y dolores musculares debido al catabolismo de las proteínas.
- 3. Etapa de defervescencia:** La piel aparece enrojecida y se nota caliente, sudoración, disminución de los escalofríos y posible deshidratación.

Tipos de termómetro:

- 1. De mercurio:** Tiene una escala graduada de 35 a 42°C. Desde abril del 2009 ya no se fabrican ni venden termómetros de este tipo, hoy en día los hospitales lo normal es que trabajen con termómetros digitales; todo depende si aún tienen existencias en el almacén.
- 2. Digitales :** Son los de uso actual según la normativa de la OMS que recomienda no utilizar mercurio debido a su alta toxicidad en caso de rotura del termómetro
- 3. Infrarrojos:** Miden la temperatura en el tímpano a través del conducto auditivo. Es muy utilizado para medir la temperatura a menores de 7 años.
- 4. Electrónicos:** Tienen una pantalla de cristal líquido de fácil lectura, es rápido y preciso, ofrece una medición aproximada de 4 a 6 segundos oral, 10 segundos en la axila pediátrica, 15 segundos en axila de adulto y 10 segundos rectal

Existen diversos métodos para medir la temperatura corporal. De entre ellos, las tres zonas habituales de medición son:

1. Oral.
2. Axilar.
3. Rectal.

1. Medición de temperatura oral.

Para una correcta medición de la temperatura oral, hay que determinar la hora en que el paciente ha tomado por última vez alimentos o líquidos fríos o calientes o ha fumado. Se recomienda que se dejen

pasar al menos 15 minutos entre la ingesta o el fumar y la medición.

Procedimiento:

1. Lavarse las manos y colocarse los guantes.
2. Explicar el procedimiento al paciente solicitando su colaboración.
3. Si el termómetro ha estado en contacto con solución antiséptica, limpiar y secar.
4. Si es un termómetro digital sólo es necesario encenderlo y esperar hasta que se ponga a cero.
5. En caso de ser un termómetro de mercurio, bajarlo por debajo del nivel de la escala (35°C) sacudiéndolo con fuerza en el aire.
6. Pedir al paciente que abra la boca y colocar el termómetro bajo la lengua, en el espacio sublingual posterior.
7. Pedir al paciente que sujete el termómetro cerrando los labios. Indicarle que no lo muerda.
8. Mantener el termómetro colocado entre 3 y 5 minutos si es de mercurio y si es digital, esperar hasta que suene un pitido, significará que la temperatura está tomada.
9. Lavar el termómetro con agua fría o templada y jabón, secarlo y conservarlo en solución antiséptica si es de mercurio y si es digital pues lavar la punta con agua fría o templada y jabón, secándolo.

2. Medición de la temperatura axilar.

Para una correcta medición de la temperatura axilar hay que ver cómo se encuentra la axila. Si está húmeda, secarla con una toalla, dándole ligeros toques. La fricción creada por el frotamiento puede aumentar la temperatura de la axila.

Procedimiento:

1. Lavarse las manos y colocarse los guantes.
2. Explicar el procedimiento al paciente solicitando su colaboración.
3. Si el termómetro ha estado en contacto con solución antiséptica, limpiar y secar.
4. Si es un termómetro digital solo es necesario encenderlo y esperar a que se ponga a cero.
5. En caso de ser un termómetro de mercurio, bajarlo por debajo del nivel de la escala (35°C) sacudiéndolo con fuerza en el aire.
6. Secar la zona axilar del paciente.
7. Colocar al paciente en posición cómoda
8. Situar el bulbo del termómetro en la axila, asegurando el contacto con la piel, bajando el brazo del paciente y flexionando el antebrazo sobre el pecho.
9. Mantener el termómetro puesto entre 3 y 5 minutos si es de mercurio y si es digital esperar hasta que suene un pitido, significará que la temperatura está tomada.
10. Retirarlo personalmente.

11. Lavar el termómetro con agua fría o templada y jabón, secarlo y conservarlo en solución antiséptica si es de mercurio y si es digital pues lavar la punta con agua fría o templada y jabón.

3. Medición de la temperatura rectal.

Para una correcta medición de la temperatura rectal hay que ayudar al paciente a ponerse en posición lateral. A un recién nacido se le puede colocar en posición lateral o prono. Hay que proporcionarle intimidad, es esencial, ya que la exposición de las nalgas avergüenza a la mayor parte de la gente.

Procedimiento:

1. Lavarse las manos.
2. Ponerse guantes desechables.
3. Explicar el procedimiento al paciente.
4. Limpiar, secar y bajar el termómetro si es de mercurio. Si es digital, limpiarlo y secarlo.
5. Colocar al paciente en decúbito lateral, con piernas flexionadas.
6. Aplicar lubricante hidrosoluble en el bulbo del termómetro.
7. Con una mano, separar los glúteos del paciente, hasta exponer el ano. Con la otra mano, se introduce suavemente el termómetro lubricado, por la parte del bulbo, por el ano avanzando unos 2.5 a 3 cm., hasta alcanzar el recto (en niños es de 2 a 2.5 cm.).
8. Mantener el termómetro en esta posición durante un mínimo de tres minutos si es de mercurio y si es digital, esperar hasta que suene un pitido, significará que la temperatura está tomada.
9. Retirar con suavidad el termómetro, limpiándose con una gasa.
10. Efectuar la lectura correctamente. Hay que tener en cuenta que la temperatura anal es entre $\frac{1}{2}$ grado y 1 grado C., más alta que en otras zonas corporales usadas para la toma de temperatura.
11. Limpiar la zona anal del paciente, retirando el exceso de lubricante.
12. Lavar el termómetro con agua fría y jabón, eliminando restos de materia fecal si hubiese.
13. Si el termómetro es de mercurio, conservarlo en solución antiséptica hasta su nueva utilización.

3.2. Pulso

Refleja el bombeo de la sangre desde el corazón hasta las arterias.

Las **características** del pulso son:

1. **Frecuencia:** número de pulsaciones por minuto (60 y 80 ppm). Que depende de:
 - Edad
 - Ejercicio

- Temperatura
 - Emociones
2. **Ritmo:** es el tiempo de separación entre latidos. Puede ser:
 - Rítmicos o regulares
 - Arrítmicos o irregulares
 3. **Intensidad:** es la fuerza de la sangre en cada latido
 4. **Alteraciones del pulso:**
 - Taquicardia: valores superiores indican aumento de la frecuencia cardíaca
 - Bradicardia: valores inferiores indican descenso de la frecuencia cardíaca
 - Arritmia: Cuando se detectan anomalías en el ritmo o en la regularidad de las pulsaciones

Medición del pulso: Se percibe ejerciendo una ligera presión sobre la arteria hasta que se siente cada latido en las yemas de los dedos. Es fundamental no emplear el dedo pulgar al realizar la medición, ya que éste posee su propio latido y puede inducir a error. Asimismo, para medir correctamente la frecuencia cardíaca, lo ideal es que el usuario/a permanezca en reposo.

La arteria sobre la que se mide el pulso con mayor frecuencia es la arteria radial, ubicada en la cara anterior de la muñeca por debajo del dedo pulgar, si bien puede ser tomado en múltiples arterias.



3.3. Respiración

A la hora de analizar la respiración, además de la frecuencia podemos valorar:

1. **Tipo de respiración:** Valoramos si es normal, abdominal o costo-diafragmática.
2. **Simetría:** Valoramos si ambos lados se mueven simétricamente.
3. **Ritmo:** En ausencia de patología, la inspiración es más corta que la expiración,
4. **Profundidad de la misma:** Se valorarán cuatro características
 - Frecuencia: Número de inspiraciones por minuto (12 – 16 rpm)
 - Ritmo: Regularidad entre los movimientos inspiratorios y respiratorios

- Profundidad: Cantidad de aire que entra o sale con cada movimiento respiratorio.
- Simetría de los movimientos: consiste en la elevación y descenso de la caja torácica por igual

En la medición de la frecuencia respiratoria, es importante que la persona no perciba que se le está observando los movimientos, puesto que puede variar el ritmo, frecuencia, y la profundidad, valorar el ritmo y características de la respiración, observar cualquier variación del ritmo respiratorio, observar signos de dificultad respiratoria.

3.4. Tensión arterial

La presión arterial (PA) o tensión arterial (TA) es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar

Se diferencian dos tipos:

1. **Sistólica:** entre los 120 y 140 mm Hg y
2. **Diastólica:** entre los 70 y 90 mm Hg.

Para medir la TA se utiliza el esfigmomanómetro y el fonendoscopio.

Procedimiento:

1. Asegurar que el usuario se halla en reposo, realizar las mediciones siempre con el mismo esfigmomanómetro.
2. El usuario debe estar sentado o tumbado.
3. Poner el brazo del usuario/a a la altura del corazón y que lo mantenga en reposo.
4. Poner el manguito sobre el brazo desnudo, justo por encima de la flexura del brazo.
5. Colocar la membrana del fonendo en la flexura del brazo, inmediatamente debajo del manguito.
6. Cerrar la válvula y bombear la pera hasta que se alcance una presión mayor de la posible esperada, 200 mm Hg aproximadamente.
7. Abrir la válvula, soltando lentamente el aire y escuchar atentamente cuando el latido sea audible, anote la presión, que es la TA máxima o sistólica que marca el manómetro. Seguir desinflando. cuando el latido deja de oírse, anote de nuevo la presión, que es la TA mínima o diastólica.

4. Aplicación de técnicas de seguridad y primeros auxilios.

4.1. Primeros auxilios

Se denominan Primeros Auxilios a aquellas actuaciones o medidas que se adoptan inicialmente con

un accidentado o enfermo repentino, en el mismo lugar de los hechos, hasta que llega asistencia especializada.

En la mayoría de los casos, la primera persona que atiende una situación de urgencia o de emergencia, no es un sanitario. Por ello, sería conveniente que todos tuviéramos una serie de conocimientos básicos acerca de qué hacer o no ante estas situaciones.

Para prestar primeros auxilios no se necesita contar con equipos especializados. Basta con un botiquín, es más, en muchos casos, el mismo ni siquiera será necesario.

Es importante que la prestación de los mismos sea correcta y eficaz ya que de ello puede depender la evolución del paciente.

Objetivos de los primeros auxilios:

- Evitar la muerte.
- Impedir el agravamiento de las lesiones.
- Evitar más lesiones de las ya producidas.
- Aliviar el dolor.
- Evitar infecciones o lesiones secundarias.
- Ayudar o facilitar la recuperación del lesionado.

Pauta general de actuación : CONDUCTA “PAS”



Protege: Hay que hacer seguro el lugar del accidente, teniendo en cuenta que es preferible alejar el peligro, que movilizar al accidentado. Si ello no fuera posible, sólo entonces se debe proceder a alejar al accidentado, movilizándolo.

Avisa: A los servicios de socorro 112. (los profesionales que atiendan nuestra llamada nos interrogarán al respecto):

- Identificarse
- Informar acerca del lugar exacto.
- Especificar el tipo de accidente y circunstancias que pueden agravar la situación (intoxicación, quemaduras térmicas o químicas, etc.).
- Informar acerca del número de heridos y estado aparente (conscientes sangran, respiran, etc.).

Es importante mantener libre la línea telefónica utilizada para la comunicación del accidente. Mientras se espera la ayuda, se puede empezar a socorrer.

Socorre: Aplicando tus conocimientos de primeros auxilios. Se debe actuar teniendo presente estas prioridades (por lo que es imprescindible la valoración del accidentado antes de cualquier actuación y, en caso de accidentes múltiples, no atender al primer herido que se encuentre o al que más grite):

Prioridad inmediata: Problemas respiratorios, paros cardíacos, hemorragias graves, inconsciencia, shock, tórax abierto o heridas abdominales, quemaduras del aparato respiratorio, o heridos con más de una fractura importante.

Prioridad secundaria: Quemaduras graves, lesiones de columna vertebral, hemorragias moderadas, accidentados conscientes con lesiones en cabeza.

Prioridad terciaria: Fracturas leves, contusiones, abrasiones y quemaduras leves.

Última prioridad: Defunciones.

La persona que presta los primeros auxilios debe tener unos conocimientos básicos. De no ser así, es mejor abstenerse de actuar. Intervenciones inadecuadas pueden incluso agravar la situación.

1. Actuar con tranquilidad y rapidez.
2. Hay que intervenir con premura, pero manteniendo la calma en todo momento y transmitiendo serenidad a los demás y a la víctima.
3. Tranquilizar al herido, dándole ánimo y mitigando su preocupación.
4. Evitar mover al accidentado (salvo causa de fuerza mayor como incendio, inmersión, etc.) y en todo caso con gran precaución. Es necesario examinar bien al herido, sin tocarle innecesariamente.
5. Mantener al herido caliente (abrigarlo) y aflojar las ropas que opriman. Evitar dar de comer o beber al accidentado.
6. Apartar a los curiosos.

4.2. Intoxicaciones

Algunos productos, si penetran en el organismo, aunque sea en pequeñas cantidades, son peligrosos para la salud. Sus efectos nocivos pueden aparecer de forma inmediata (accidente) o tras un largo periodo de tiempo (enfermedad).

Tóxico: Cualquier sustancia que, si penetra en el organismo en una cantidad suficiente, es capaz de producir efectos adversos en el organismo.

Vías de entrada de los tóxicos en el organismo:

- **Cutánea:** A través de la piel y mucosas.
- **Respiratoria:** Por inhalación a través del sistema respiratorio.
- **Digestiva:** Por ingestión.
- **Parenteral:** A través de heridas o discontinuidades de la piel.
- **Intoxicación:** Es la reacción del organismo a la entrada de cualquier sustancia tóxica (veneno) que causa lesión o enfermedad y, en ocasiones, la muerte

Se debe evitar comer o beber en las zonas donde se manejen productos químicos y almacenar alimentos destinados al consumo humano junto a los mismos, pues estas prácticas pueden dar lugar a ingestas significativas de diversos tóxicos.

También se deben proteger adecuadamente las zonas de piel que puedan entrar en contacto con productos químicos, pues hay tóxicos que penetran vía dérmica en cantidades importantes y productos, que sin ser tóxicos, pueden causar enfermedades y trastornos varios (dermatitis, sensibilización cutánea, eczema, etc.).

Sintomatología general de las intoxicaciones:

1. Extrema debilidad y fatiga.
2. Malestar, sensación de mareo.
3. Náuseas y/o vómitos, dolor abdominal, diarrea.
4. Tos, dificultad respiratoria que puede llegar a parada cardiorrespiratoria.
5. Lagrimeo, visión borrosa.
6. Dolor de cabeza, confusión, pérdida del conocimiento, convulsiones.
7. Quemaduras en labios y alrededor de la boca en forma de manchas blancas o amarillentas en caso de ingestión de productos químicos de tipo corrosivo, como la lejía.

Actuación ante las intoxicaciones:

Proteger:

1. Si el accidentado está en un recinto cerrado (pozo, fosa séptica, laboratorio etc.), es imprescindible, antes de entrar, protegerse con mascarillas filtrantes adecuadas al producto que supongamos causante del accidente o un equipo de respiración autónomo (si no estamos seguros de que estamos bien protegidos, dejaremos que el rescate lo efectúen los bomberos).
2. En caso de incendio, si hay humo denso, entraremos agachados o arrastrándonos por el suelo, con un trapo húmedo protegiendo boca y nariz.
3. Evitar encender fuego o accionar interruptores de luz, porque pueden provocar explosiones.
4. Retirar al accidentado del ambiente tóxico.

Avisar:

1. Averiguar el producto causante (mediante los datos del envase, por ejemplo) y llamar a los servicios de urgencias 112 y/o al Instituto Nacional de Toxicología

Socorrer:

1. Tranquilizar al accidentado.
2. Administrarle oxígeno si se dispone del mismo.
3. Colocarle en un lugar bien aireado y libre del tóxico.
4. Controlar periódicamente sus constantes vitales y si fuera necesario, practicar reanimación cardiopulmonar.
5. Si el accidentado está inconsciente, colocarlo en posición lateral de seguridad para que, si vomita no aspire los vómitos.
6. Trasladarlo al hospital y evitar que se enfríe.

4.3. Traumatismos. Vendajes e inmovilizaciones.

Los traumatismos son un tipo de lesión muy frecuente que, por otra parte, raramente ponen en peligro la vida del accidentado, pero sí pueden conducirle a un estado de shock como consecuencia del dolor. No son prioritarios en la atención de urgencia.

Por otro lado, puede darse la circunstancia de que el accidentado sea un politraumatizado y tener varios tipos de lesiones, algunas de mayor gravedad que la traumatológica en sí, que requieran atención prioritaria

En la actuación ante los traumatismos hay que tener siempre presente **tres premisas básicas:**

1. Valorar al accidentado: signos vitales (consciencia, respiración, circulación, etc.) y proceder a practicar reanimación cardiopulmonar (R.C.P.) si fuera necesario.
2. Ante lesiones traumáticas, inmovilizar la zona afectada.
3. Trasladar en condiciones adecuadas .

Aplicar la conducta PAS:

1. Hacer seguro el lugar de los hechos para el accidentado y para el socorrista, pedir ayuda y socorrer al herido.
2. Llevar a cabo la Evaluación del accidentado (primaria y secundaria) a fin de priorizar la actuación. Evitar cualquier movimiento innecesario que pudiera ocasionar otras lesiones añadidas.
3. En fracturas abiertas, cubrir la herida con apósitos o pañuelos limpios, antes de inmovilizar (tener presente el peligro de infección que conllevan estas fracturas).

4. No moverlo antes de inmovilizar la fractura.
5. Inmovilizar la fractura en la misma posición que la encontremos: NUNCA intentar realinear el miembro fracturado. Especial cuidado en fracturas de cráneo y columna vertebral: no mover. Solicitar ayuda sanitaria o trasladar a un centro sanitario de la forma más estable posible.

La inmovilización: Reducir el movimiento, evitar el empeoramiento de la fractura, prevenir complicaciones por daños de estructuras vecinas, aliviar el dolor y evitar el shock.

Actuación:

1. Tranquilizar al accidentado y explicarle cualquier maniobra que tengamos que realizar antes de llevarla a cabo.
2. Quitarle anillos, relojes, descubrir de ropa la zona afectada, cortándola si fuera preciso.
3. Inmovilizar: Colocar una férula. Hay dos técnicas:
 - Utilizar el cuerpo del accidentado como soporte con ayuda de pañuelos en forma de vendas, pañuelos triangulares, etc. Ejemplos: fractura de clavícula, de dedos de la mano, de extremidad inferior...
 - Utilizar elementos rígidos o férulas, que pueden ser improvisadas con tablas, palos, cartón

Formas de llevar a cabo diversas inmovilizaciones

- **F. de costillas:** No colocar vendaje alguno. Se trasladará al herido semisentado o acostado sobre el lado fracturado.
- **F. del brazo:** Se colocarán dos férulas, una desde el hombro hasta el codo y otra desde la axila hasta el antebrazo, que se sujetarán con vendas. Además, con un cabestrillo sujeto al cuello se mantendrá el antebrazo cruzado delante del pecho.
- **F. de codo:** Si no puede doblar el codo, se colocará una tablilla desde la axila hasta el antebrazo. Si puede doblar el codo, se sujetará el brazo sobre el pecho con un cabestrillo.
- **F. de antebrazo:** colocar el antebrazo entre dos tablillas sujetas y sostenerlo cruzado delante del pecho con un cabestrillo
- **F. de cadera:** inmovilizar con una férula que vaya desde la axila hasta el pie y con otra desde la ingle hasta el pie.
- **F. de fémur:** se inmoviliza prácticamente igual que la anterior. Si no se dispone de férulas, se vendará la extremidad afectada (con cuerdas, cintas...) junto a la sana, desde la cintura hasta los pies.

Fracturas especiales:

1. **Fractura de la base del cráneo:** El cráneo alberga en su interior el Sistema Nervioso Central. Las fracturas de la base del cráneo suelen ser debidas a traumatismos craneoencefálicos, causados generalmente por accidentes de circulación o caídas.

Síntomas:

- Pérdida del conocimiento (no se da en todos los casos).
 - Pupilas asimétricas (de distinto tamaño).
 - Salida de sangre o de un líquido claro, como agua o blanquecino (líquido cefalorraquídeo), por el oído o por la nariz.
2. **Fractura de la columna vertebral :**En el interior de la columna vertebral se aloja la médula espinal y los nervios raquídeos que salen de ella e inervan todos los músculos del cuerpo. Ante cualquier traumatismo localizado en el tronco (tórax y abdomen), se debe tener en cuenta que puede existir una fractura de columna. Todas las fracturas de columna son graves, pero las del tracto cervical revisten una especial gravedad, porque pueden producir la paralización de las cuatro extremidades del paciente (tetraplejia) e incluso la muerte.

Síntomas:

- Dolor intenso.
- Disminución o pérdida de la sensibilidad y movilidad de las extremidades (en función de la localización de la fractura).

Actuación en ambas situaciones:

- Evaluación y actuación según prioridad de las lesiones.
- Inmovilización: no tocar o mover al herido, salvo fuerza mayor.
- Si está consciente, indicarle que debe permanecer inmóvil.
- No limpiar la sangre del oído, en su caso.
- Pedir una ambulancia, para trasladarlo en condiciones adecuadas.
- Permanecer a su lado, controlando consciencia, respiración y pulso, abrigarlo para que no se enfríe y darle apoyo psicológico.
- En caso de tener que movilizarlo, se debe intentar evitar cualquier movimiento que provoque, agrave o haga definitiva una lesión medular.
- Algunas premisas de actuación serían: No provocar la flexión de su espalda, no doblar nunca

al herido, no hacerle sentarse, ni transportarlo cogiéndolo de las axilas y rodillas. No flexionarle ni girarle la cabeza.

- Moverle lo imprescindible, y siempre formando un BLOQUE RÍGIDO “cabeza-cuello-tronco-extremidades”.
- Los movimientos deben ser suaves y sincronizados.
- Trasladar al herido sobre superficie dura (camilla, tablón, puerta) acostado boca arriba, rellenando los huecos con almohadas u otros elementos blandos.
- Para colocar al herido en la camilla se necesitan como mínimo cuatro personas (lo ideal serían al menos cinco): mientras tres o cuatro sujetan y elevan con movimientos suaves y sincronizados el cuerpo en bloque, otra deslizará la camilla debajo del cuerpo. Si no disponemos de estos medios, sólo moveremos al accidentado si es imprescindible.
- Acompañarle en todo momento, controlando sus constantes vitales (consciencia, respiración, pulso, etc.) periódicamente.

4.4. Técnica de reanimación cardiopulmonar

La parada cardiorrespiratoria es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la respiración y de la circulación. La reanimación cardiopulmonar (R.C.P.) es un conjunto de maniobras estandarizadas de desarrollo secuencial, cuyo fin es sustituir primero y reinstaurar después, la respiración y la circulación espontánea.

El cese de la circulación durante más de tres minutos (con la consiguiente interrupción de la llegada de sangre oxigenada a las células), puede provocar daño cerebral irreversible. A partir de los cinco minutos puede producirse la muerte

Cuando debe aplicarse la R.C.P (Reanimación cardiopulmonar)

- Ante una parada cardíaca y/o respiratoria.
- Excepto que: La parada sea consecuencia de una enfermedad terminal. Existan signos de muerte biológica: rigidez, livideces. El paciente lleve más de diez minutos en parada sin haber recibido la R.C.P. básica.
- Casos excepcionales en los que la R.C.P. puede ser útil tras un tiempo superior a diez minutos permitiendo una recuperación sin secuelas neurológicas son paradas por ahogamiento, hipotensión o intoxicación por barbitúricos.

Actuación ante una parada cardiorrespiratoria : Secuencia de la R.C.P. Garantizar la seguridad del reanimador y víctima.

1. Buscar respuesta: Valorar la consciencia (Preguntar al accidentado en voz alta si se encuentra bien. Si no responde, sacudirle suavemente por los hombros y/o provocarle un pequeño estímulo doloroso (como un pellizco en brazo) a la vez que se insiste en preguntarle si se encuentra bien.

2. Si no responde:

- Pedir ayuda
- Avisar al 112
- Si la causa probable de la inconsciencia es un problema respiratorio derivado de traumatismos, ahogamiento, asfixia, intoxicación por alcohol y drogas, o si la víctima es un niño, lo prioritario es la R.C.P., que debe aplicarse durante 1 minuto antes de ir a pedir ayuda.
- Abrir la vía aérea y mantenerla permeable: mirar el pecho de la víctima y acercar la cara a su boca para ver los movimientos del tórax, oír los sonidos respiratorios, y sentir la salida de aire en la mejilla. Mirar, Escuchar y Sentir (M.E.S.), unos 10 segundos para determinar si respira normalmente.
- La respiración adecuada implica presencia de circulación, por lo que, si existe, habría que: Colocar al accidentado en posición lateral de seguridad (P.L.S.) excepto si se sospecha lesión cervical
- Si no respira, sólo inspira bocanadas ocasionales o hace débiles intentos de respirar, o se tienen dudas, se debe pasar a la REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR propiamente dicha, que consiste en una combinación de RESPIRACIÓN ARTIFICIAL BOCA A BOCA y MASAJE CARDIACO EXTERNO.

3. Secuencia de la R.C.P.:

- Se comenzará con 2 insuflaciones.
- Se darán 30 compresiones seguidas de 2 insuflaciones y así sucesivamente: relación 30/2.
- Valorar la respiración cada 10 respiraciones (o cada minuto).
- No parar más de 10 segundos. Mantener la R.C.P. hasta:
 1. Llegada de ayuda.
 2. Recuperación de la víctima, en cuyo caso, si no se sospecha lesión cervical, se la colocará en posición lateral de seguridad (P.L.S) y se la vigilará periódicamente.

3. Se produzca el “agotamiento” del reanimador.

Hay dos situaciones que pueden poner en peligro la vida de una persona consciente: hemorragia profusa y la asfixia por atragantamiento.

Pauta para aplicar el Masaje Cardíaco externo:

1. Arrodillarse en cualquiera de los dos costados del paciente. Éste debe estar en decúbito supino (tumbado boca arriba) sobre una superficie dura.
2. Colocar el talón de una mano sobre el punto de presión en la mitad inferior del esternón (dos dedos por encima de la base del apéndice xifoides o punta del esternón, o bien en la unión del tercio medio con el tercio inferior del esternón) y el talón de la otra mano sobre la primera, entrelazando los dedos de ambas manos.
3. Mantener rectos los brazos y utilizar el peso del cuerpo para hacer la compresión.
4. Presionar sobre el esternón hacia abajo, con la fuerza necesaria para desplazar el esternón unos 4 ó 5 cm.
5. Realizar ciclos de 1 segundo: medio seg. para la compresión y el otro medio para la descompresión.
6. No despegar las manos del tórax con cada compresión.
7. La frecuencia recomendada actualmente es de 100 compresiones por minuto.

La secuencia de la R.C.P. descrita anteriormente es válida para todas las edades. Únicamente hay diferencias en la Técnica:

Niños de 1 a 8 años:

1. Localizar el punto de compresión: un dedo por debajo de la línea imaginaria que une los pezones, en la parte media del tórax.
2. Presionar colocando el talón de una mano. Profundidad de compresión: de $\frac{1}{3}$ a $\frac{1}{2}$ del diámetro antero-posterior del tórax o entre 2,5 – 4 cmt.
3. Las ventilaciones serán suaves.

Niños menores de 1 año :

1. Ventilación boca-boca nariz.
2. Localizar el punto de compresión: un poco por debajo de la línea imaginaria que une los pezones, en la parte media del tórax.
3. Presionar colocando dedos 3º Y 4º (corazón y anular).
4. Profundidad de compresión: 2-3 cmt. Las ventilaciones serán muy suaves.

4.5. Quemaduras:

Las quemaduras son lesiones de los tejidos blandos, producidas por agentes físicos (llamas, radiaciones, electricidad, etc.) o químicos. Una quemadura grave puede poner en peligro la vida del accidentado y requiere atención médica inmediata.

Tipos de quemaduras

1. Según la localización:

- Las quemaduras son más graves en las zonas de las manos, cara y genitales.

2. Según el agente causal:

- Térmicas: Producidas por la acción de un agente a alta temperatura (llamas, sólidos, líquidos y gases calientes o vapor, radiación solar).
- Por congelación: debida a la acción de un agente a baja temperatura.
- Químicas: por la acción de sustancias y productos químicos.
- Eléctricas: derivadas del paso de corriente eléctrica.

3. Según la profundidad:

- Primer grado: afectan a la capa superficial de la piel (epidermis), que no resulta destruida, sino simplemente irritada. Provocan dolor y enrojecimiento. La curación es espontánea en 3 ó 4 días. Ej.: las quemaduras solares.
- Segundo grado: la lesión que producen es más profunda y afecta a la epidermis y a un espesor variable de la dermis. Se caracterizan por la aparición de ampollas rojizas y húmedas, llenas de un líquido claro (FLICTENAS) y cierto dolor. La curación con métodos adecuados se produce entre 5 y 7 días
- Tercer grado: se produce una destrucción profunda de todas las capas de la piel e incluso tejidos más profundos. Se caracterizan por una lesión de aspecto entre lo carbonáceo y el blanco nacarado (ESCARA) y por ser indoloras debido a la destrucción de las terminaciones nerviosas de la zona

Actuación en Incendios:

1. El rescatador se asegurará de que no corre peligro.
2. Si debe acudir a una zona en llamas o entrar sólo en un edificio: llevar un pañuelo mojado en agua fría en la cara y desplazarse arrastrándose por el suelo, con una cuerda de seguridad.
3. Intentar eliminar la causa (apagar fuego) y, si no es posible, apartar al herido de la fuente de calor.

4. Si el herido está en llamas y corriendo, tenderlo en el suelo y apagarle el fuego cubriéndole con una manta que no sea sintética. Si no tenemos nada, le haremos rodar por el suelo.
5. Valorar al quemado: signos vitales (consciencia, respiración, circulación, etc.), tener presente que puede padecer asfixia por inhalación de humos (intoxicación por monóxido de carbono) aparte de la quemadura. Proceder a practicar reanimación cardiopulmonar (R.C.P.) si fuera necesario.
6. Tranquilizar al herido. Retirar vestiduras y objetos que puedan comprimir como anillos, pulseras, cinturones, etc. cuidadosa y rápidamente. NUNCA se retirarán las ropas adheridas a la piel. Si es necesario, se cortarán las ropas.

Actuación en quemaduras térmicas:

1. Lavarse las manos y colocarse unos guantes. Exponer la zona quemada bajo un chorro de agua (nunca hielo) durante 10 minutos por lo menos.
2. Cubrir la zona con gasas estériles, a ser posible empapadas con suero fisiológico o agua. Sujetar las gasas con un vendaje que no oprima: nunca comprimir. Elevar la zona afectada para evitar la inflamación. En grandes quemados abrigarles para evitar que se enfrién. Trasladar a un hospital: en grandes quemados en posición lateral de seguridad (P.L.S.) para evitar la aspiración de un posible vómito.

Actuación en quemaduras químicas:

1. Retirar la ropa de la zona afectada lo más pronto posible (a mayor tiempo de contacto de la sustancia con la piel, mayor gravedad y profundidad).
2. Lavar inmediata y abundantemente con agua, al menos durante 20 ó 30 minutos (lavado prolongado), teniendo especial cuidado con las salpicaduras.
3. El agua puede ser aplicada directamente del grifo del lavabo o mediante diversos dispositivos como las duchas de seguridad o en su defecto las duchas convencionales y las duchas lavaojos o lavaojos portátiles.
4. Acudir a un centro sanitario. Durante el transporte, se puede continuar aplicando agua con una botella, etc.

4.6. Heridas y hemorragias

Discontinuidad de la piel. Al romperse la misma, su capacidad protectora disminuye y se incrementa el riesgo de infección.

A. Tipos de heridas atendiendo al mecanismo u objeto que las produce, se pueden clasificar del siguiente modo:

1. **Heridas Incisas:** los objetos que las producen tienen filo. Bordes regulares limpios.

Sangran mucho. Poco profundas. Se infectan poco.

2. **Heridas Punzantes:** causadas por objetos con punta. Son pequeñas y profundas. Sangran poco. Se infectan mucho.
3. **Heridas Contusas:** producidas por golpes de objetos que no tienen ni punta ni filo (puñetazo, martillazo...). De bordes y sangrado irregular. Se suelen infectar y complicar.

B. Síntomas:

1. **Dolor:** sobre todo en las sufridas en cara y manos.
2. **Hemorragia:** arterial, venosa o capilar por destrucción de los vasos sanguíneos.
3. **Separación de los bordes de la piel afectada.**

C. Actuación:

1. Preparar gasas, antiséptico, tiritas, guantes, desinfectar pinzas y tijeras (limpiándolas con una gasa empapada en alcohol y luego secándola con otra estéril), etc., todo sobre una superficie limpia.
2. Lavado de manos con agua y jabón.
3. Ponerse guantes desechables.
4. Descubrir la herida: recortar pelo, cabello, etc. Lavarla con abundante agua y jabón o con un antiséptico. Limpiarla con gasas estériles desde el centro hacia la periferia.
5. Si se observan cuerpos extraños sueltos (tierra, piedrecillas, etc.), retirarlos realizando un lavado a chorro con suero fisiológico para arrastrarlos y/o con la ayuda de gasas estériles o pinzas. Si están incrustados no retirarlos.
6. Secar la herida adecuadamente con unas gasas desde el centro de la misma hacia la periferia.
7. Aplicar un antiséptico tipo povidona yodada.
8. Cubrir la herida con un apósito estéril: usar las pinzas y nunca aplicar la gasa sobre la herida por la cara con la que se contacta para sujetarla. Fijar el apósito con esparadrapo o vendas. Si el apósito se empapa de sangre, colocar otro encima sin retirar el primero.
9. Ante cualquier herida que no sea eminentemente superficial, tras limpiarla y cubrirla con un apósito estéril, se debe trasladar al herido a un centro asistencial: podría requerirse sutura.

Hemorragias:

Salida de sangre fuera del sistema circulatorio (fuera de las arterias, venas o capilares). En un adulto, una pérdida de sangre de:

- Medio litro: es tolerado.
- Litro y medio: puede producir shock hipovolémico y muerte.
- Más de tres litros: produce la muerte rápidamente por colapso.

Tipos de hemorragias:

- 1. Hemorragia Capilar o Superficial:** Compromete solo vasos sanguíneos superficiales que irrigan la piel. Generalmente es escasa y se puede controlar fácilmente. La sangre sale a modo de pequeños puntitos sangrantes.
- 2. Hemorragia Venosa:** Se caracteriza porque la sangre es de color rojo oscuro y su salida es continua, de escasa o de abundante cantidad.
- 3. Hemorragia Arterial:** Se caracteriza porque la sangre es de color rojo brillante, su salida es abundante, a borbotones y en forma intermitente, coincidiendo con cada pulsación.

Actuaciones en caso de hemorragias externas:

1. Lavarse las manos.
2. Colocarse guantes.
3. Evitar que el herido esté de pie por si se marea.
4. Compresión directa del punto sangrante.
5. Liberar la zona de la herida de ropas para ponerla al descubierto.
6. Cubrir la herida con gasas, pañuelos (el material, que no desprenda hebras, más limpio del que se pueda disponer).
7. Comprimir la zona afectada durante un mínimo de 10 minutos, elevando a la vez el miembro afectado, de forma que el punto sangrante se encuentre más alto que el corazón.
8. No retirar nunca el apósito inicial. Si la herida sigue sangrando, añadir más gasas.
9. Sujetar las gasas con vendaje compresivo.
10. Si a pesar de lo anterior el accidentado sigue sangrando, comprimir con la yema de los dedos la arteria correspondiente a la zona de sangrado, contra el hueso subyacente y siempre por encima de la herida.
11. Según la localización de la hemorragia, se debe presionar:
 - Hemorragia en miembros inferiores: Con la base de la palma de una mano en la parte media del pliegue de la ingle. La presión se hace sobre la arteria femoral. Esta presión disminuye la hemorragia en muslo, pierna y pie.
 - Hemorragia en cabeza-cuello: Con el dedo pulgar en la arteria carótida (en la cara lateral y zona media del cuello del lado de la hemorragia) y el resto de la mano en la parte posterior del cuello.
 - Hemorragia en hombros: Con el pulgar en la arteria subclavia (en el hueco existente, próximo al cuello, por encima del extremo de la clavícula, en el lado de la herida) y el resto de la mano en la parte posterior del hombro.

- Hemorragia en brazos: Con el pulgar en la arteria axilar (en la parte media del hueco de la axila) y el resto de la mano en la parte posterior de la axila sin levantar el brazo.
- Hemorragia en antebrazo y mano Con los dedos en la arteria humeral y el resto de la mano en la parte posterior del brazo, con una ligera elevación del mismo. No conviene olvidar que esta técnica reduce la irrigación de todo el miembro y no solo de la herida como sucede en la presión directa. Por ello: Si la hemorragia cesa después de tres minutos de presión, debemos soltar lentamente el punto de presión directa. Si por el contrario continúa, debemos volver a ejercer presión sobre la arteria.

Torniquete SIEMPRE DEBE SER LA ÚLTIMA OPCIÓN, y sólo se aplicará si:

1. Fracasas las medidas anteriores.
2. La hemorragia persiste de forma que pueda implicar la pérdida de la vida del accidentado (por ejemplo en las amputaciones).
3. El número de accidentados con lesiones vitales sobrepasa al de socorristas y no se puede estar atendiendo en todo momento a cada uno de ellos.

Aspectos a tener en cuenta:

1. Ejecutarlo en el extremo proximal del miembro afectado (lo más cerca posible del tronco o del abdomen según se trate del brazo o de la pierna respectivamente).
2. Utilizar una banda ancha. Anotar la hora de colocación. Ejercer sólo la presión necesaria para detener la hemorragia. No aflojarlo nunca.
3. Colocar la venda cuatro dedos por arriba de la herida.
4. Dar dos vueltas alrededor del miembro.
5. Hacer un nudo simple.
6. Colocar una vara corta y fuerte y hacer dos nudos más. Girar la vara lentamente hasta controlar la hemorragia. Trasladar al herido a un centro sanitario.

Hemorragias internas: Son difíciles de detectar y siempre precisan tratamiento médico urgente. Podemos sospechar una hemorragia interna por la existencia de fuertes traumatismos con síntomas y signos de fallo circulatorio: piel pálida fría y sudorosa pulso débil y rápido respiración rápida y superficial inquietud ansiedad somnolencia. Deben tomarse medidas de soporte vital básico (vigilar consciencia, respiración y pulso, etc.), hasta la llegada de atención especializada o proceder a la evacuación urgente, preferentemente en ambulancia, controlando siempre los signos vitales (consciencia, respiración, circulación, etc.).

4.7. Botiquín de urgencias.

El botiquín es un recurso básico para las personas que atienden en un primer momento a una víctima.

Debe existir un botiquín en todos los lugares donde haya concentración de personas

Recomendaciones generales :

1. El botiquín debe estar en un lugar fresco y seco.
2. El botiquín no tendrá cerradura para facilitar el acceso.
3. Los envases de la medicación deben permanecer bien cerrados.
4. El material dentro del botiquín estará ordenado y etiquetado
5. El contenido del botiquín será revisado una vez al año por lo menos.
6. Al desechar los medicamentos hazlo en contenedores a tal efecto en las farmacias.

Elementos esenciales:

1. **Antisépticos:** son productos o sustancias cuyo objetivo es la prevención de la infección. Ej. Povidona yodada, clorhexidina, alcohol al 70%, suero fisiológico, y jabón.
2. **Material para curas:** se utiliza para controlar hemorragias limpiar, cubrir heridas o quemaduras, para prevenir la contaminación e infección. Ej. Gasas, compresas, apósitos, vendas, depresores linguales, esparadrapo, algodón
3. **Instrumental y elementos adicionales:** guantes desechables, pinzas, tijeras, termómetro, pañuelos desechables, cuchillas de afeitar, bolsas de plástico, vasos desechables, lista de teléfonos de emergencias y manual o folleto de Primeros Auxilios.
4. **Medicamentos:** el botiquín contendrá principalmente analgésicos y antiinflamatorios. Ej.: aspirina, nolotil, gelocatil, termalgin, ibuprofeno, espidifen neobrufen, fastum (pomada).....

4.8. Consultas a distancia

Se recomienda tener a mano el teléfono del centro de atención primaria del usuario/a para que podamos contactar con su médico o enfermera, ya que ellos tienen la historia sanitaria y nos pueden indicar las pautas necesarias a seguir. También puede ser necesaria la consulta con el coordinador/a del servicio, ante la aparición de determinadas necesidades en la atención de nuestros usuarios/as, así como en determinadas circunstancias relacionadas con nuestra seguridad o actuación profesional. Cuando la situación que tenemos delante es demasiado aparatosa o se escapa de nuestros conocimientos debemos insistir en el 112 para que los especialistas que allí trabajan nos asesoren en la distancia y podamos ir aplicando los primeros auxilios mientras esperamos a la llegada de los servicios de emergencia.

4.9. Prevención de riesgos en el entorno de la persona dependiente

Las personas del entorno de una persona mayor con tendencia a caerse, han de hacer lo imposible para que no se produzcan.

Las caídas se pueden prevenir:

1. **En la cocina:** No debe dejarse el suelo mojado o con agua derramada, una buena iluminación, los armarios y utensilios para cocinar serán de fácil acceso, para impedir el uso de taburetes o escaleras para acceder a coger los platos, por ejemplo.
2. **En el baño:** Es conveniente adecuarlo a sus limitaciones y/o necesidades físicas.
3. **En el resto de la casa:** Evitar los juguetes desperdigados por el suelo o tapados por alfombras, fijar las alfombras con redes de goma antideslizantes, o eliminarlas si su fijación es imposible. Conviene evitar los suelos muy pulimentados y resbaladizos. Utilizar una adecuada iluminación para que la persona mayor pueda ver por donde anda.
4. **En el exterior de la casa:** Recordarle que, al bajar las escaleras deberá agarrarse siempre a la barandilla o pasamanos, si no existieran éstas se agarrará del brazo de alguna persona o ponerse por delante.
5. **Durante la movilización:** Intentar que se levante muy despacio y en varios movimientos. Desde la posición de tumbado, pasar a la de sentado y una vez seguro de no marearse, levantarse. Evitar los movimientos bruscos que pueden hacer perder el equilibrio fácilmente.

4.10. Atención especial a la prevención de riesgos laborales

Riesgos debidos a la movilización de personas dependientes

La movilización de personas conlleva acciones de levantar, bajar, sostener, desplazar, estirar o empujar, lo que puede provocar lesiones, principalmente en la espalda, tales como lumbalgias, hernias discales, etc. También sobrecargas en brazos y manos que, en función de la repetitividad y las posturas, pueden desencadenar afecciones músculo-esqueléticas de la cuidadora o cuidador. En la atención domiciliaria se acentúa la adopción de posturas forzadas ya que la mayoría de los domicilios no están adaptados a las necesidades de usuarios/as y trabajadores/as.

Durante la movilización de personas dependientes puede haber movimientos imprevistos e incontrolados que dificulten la tarea y conlleven riesgo de caída del cuidador o cuidadora.

Medidas preventivas

Las recomendaciones generales para combatir los riesgos en una movilización son:

1. Reducir las movilizaciones innecesarias.
2. Usar ayudas mecánicas siempre que sea posible.
3. Caso de no disponer de ayudas mecánicas, solicitar ayuda de otras personas para realizar la movilización.
4. Formación específica en movilización de personas dependientes y en utilización de equipos

mecánicos de desplazamiento

5. Utilización de técnicas para la movilización
6. Conocer al usuario/a y a sus necesidades para adaptar las técnicas de movilización y utilizar el equipo más adecuado.
7. Organizar pausas y descansos para prevenir lesiones por posturas forzadas.
8. Utilizar calzado antideslizante y vestimenta adecuada.
9. Evitar almacenar o dejar objetos a ras del suelo y cerca del lugar de manipulación.

Riesgos debidos a las características de salud/higiénicas del dependiente

Las trabajadoras/es que atienden a dependientes están expuestas/os a riesgo de contagio de enfermedades infecciosas. La exposición a estos agentes biológicos se da básicamente en las tareas de aseo personal o en cualquier otra tarea que suponga el contacto con algún fluido personal del usuario o usuaria. En las personas de la tercera edad debe tenerse en cuenta además, que son un grupo de riesgo para determinadas enfermedades contagiosas (gripe, herpes zoster, hepatitis B). En algunas situaciones puede haber conflicto entre:

1. El derecho de protección de las personas trabajadoras frente a los riesgos derivados de enfermedades contagiosas de los usuarios y usuarias.
2. El derecho a la confidencialidad de los datos médicos de las personas dependientes.

Una solución que respeta ambos derechos es que la información médica quede en manos del personal médico, y que la empresa garantice a las trabajadoras/es las medidas de prevención necesarias en función de las enfermedades de las personas dependientes, sin necesidad de conocer la patología concreta infecciosa que estas padecen.

Medidas preventivas

Las medidas de prevención y control deben adecuarse al tipo de agente biológico, a la fuente de infección y al modo de transmisión de la enfermedad. Las recomendaciones generales para combatir los riesgos biológicos son:

1. **Vacunación ante hepatitis B**, por poder estar en contacto directo o indirecto de sangre u otros fluidos.
2. **Utilización de Equipos de Protección Individual.** Guantes, bata o mascarillas, según el procedimiento que se vaya a realizar con el usuario/a.
3. **Utilización de protocolos** con procedimientos de trabajo seguros ante el contagio.
4. **Formación e información sobre agentes biológicos, así como las medidas de prevención y protección de los mismos.**

Riesgos debidos a las características de la organización del trabajo

Los riesgos psicosociales son “las características de la organización del trabajo, que afectan la salud de las personas a través de mecanismos psicofisiológicos a los que también llamamos «estrés».

1. El exceso de exigencias psicológicas en el trabajo.
2. El desgaste emocional que sentimos al implicarnos con la problemática de las y los usuarios.
3. Conflictos y diferencias que puedan surgir en la relación con familiares y/o usuarios/as, así como no poder decir muchas veces lo que pensamos en pro de nuestra profesionalidad.
4. La supervisión de personas con discapacidad psíquica y/o afectadas de Alzheimer, que requiere atención constante.
5. La muerte de una persona a la que se ha cuidado de manera intensa, continua y de forma integral.

Ante el exceso de exigencias psicológicas:

1. Rotar el trabajo con los usuarios/as asignados/as, con el fin de hacerlo más equitativo, y para no vincularnos emocionalmente en exceso con los usuarios/as.
2. Establecer protocolos de atención a residentes y familiares que permitan manejar las situaciones conflictivas o de tensión.

Bibliografía:

- Sánchez Carazo, Carmen (2003) “ La intimidad un derecho fundamental de todos” Madrid. Portal Mayores.
- Martínez, Teresa. (2017). La intimidad en el cuidado. ¿ Un derecho respetado? acpgerontología.blogspot.com
- Ley 39/2006 de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Referencia BOE-A-2006-21990.
- Consortio de Servicios Sociales. Código Deontológico de la profesión de Auxiliar de Ayuda a Domicilio. Albacete.
- Moya Bernal, Antonio. (2006). Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética. Madrid. Portal Mayores.
- Quero García Manuel; Delgado Arcas Sonia (2013). Humanización en los cuidados y la relación de ayuda. Enfermería docente. Pag 34.
- Meza Davalos, Erika; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Saurez, S; Martinez Silvia, B. (2008). El proceso de duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. México. Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas.
- Diputación de Córdoba (2009). Guía de intervención psicosocial y cuidados de duelo.

- Sebastián Herraz, Margarita; Valle Gallego, Isabel; Vigaria Cerrato, Angela. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de apoyo para la autonomía personal. Imserso.
- Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. (2012). Manual de procedimientos de enfermería. Sevilla.
- Auxiliares de enfermería del Servicio Madrileño de Salud. (Sermas). Dietas Terapéuticas. Editorial Mad.
- Consejería de Sanidad.(2013) Recomendaciones dietético nutricionales del Servicio Madrileño de Salud.
- Ferrandis Tebar, Vanesa. (2013) Farmacología para fisioterapeutas. Castilla y León. Colegio Profesional de Fisioterapeutas.
- Puentes Sallago, Nuria; Farrouh Ales, Sara; Ibañez Vidal, Cornelia. Las Constantes Vitales. Procedimientos Básicos de Enfermería. Bubok Publishing. S.L.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2013) Inhalación; aerosolterapia. Madrid
- Consejería de Educación. Servicio de Salud y Riesgos laborales de Centros Educativos. Guía de primeros auxilios.
- Guía sobre discapacidad y desarrollo. Cocemfe.
- Fernández Soto, Pilar. (2005) El servicio de Asistencia a Domicilio. Vigo. Ideaspropias Editorial.