

UNIDAD FORMATIVA 1.1: **CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DE ATENCIÓN HIGIÉNICO-SANITARIAS DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES.**

1.- **IDENTIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES.**

1.1. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

1.1.1. Definición de envejecimiento

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.



Envejecer **NO** es sinónimo de Enfermar. Debemos diferenciar entre envejecimiento fisiológico, el que se produce por el paso del tiempo y el efecto que tiene en la persona. No puede detenerse. Y el envejecimiento patológico, en el que intervienen enfermedades o situaciones que aceleran el proceso normal de envejecimiento.

La vida psíquica de las personas de edad no es más que la prolongación de su historia psicológica completa, coloreada y modificada ciertamente por los datos neurofisiológicos, sociales y relacionales de la edad, pero sin rotura brusca, sin contradicción profunda. No existe fórmula hecha ni fija que se pueda aplicar a todos los individuos.

La edad es una característica importante, pero que no borra otros caracteres del individuo. Cada individuo hace su vejez según un modelo personal e incluso a pesar de las influencias culturales y del gran número de contrariedades biológicas, aunque estas se produzcan de forma homogénea en un gran colectivo de individuos.

Al anciano le afecta dos momentos históricos muy claves:

1. **Época Pre-industrial:**

El modelo de familia era distinto, la familia era amplia, la producción se basaba en tareas agrícolas o bien en trabajos realizados en pequeños talleres artesanales o fábricas familiares, en el que el jefe o patriarca solía ser la persona de más edad, es decir, el anciano de la familia.

Las exigencias sociales al individuo eran pocas. El anciano se promocionaba más en sus actividades laborales. Se liberaba de las conductas o tareas que podían desarrollar otros miembros de la familia, cogiendo él otros papeles más especiales como eran de dirección, [educación](#) y más tarde pasaba a ser el símbolo de la familia.

La muerte era considerada como el suceso final, siendo preparado tanto el anciano como la familia de forma progresiva hacia la muerte.

## 2. **Etapa Industrial:**

En este período, que es el actual, cambia la estructura familiar y el concepto de vejez.

No hay un desarrollo armónico, existe una diferenciación clara de una etapa de la vida a otra, marcándose unos límites muy precisos entre la adolescencia, madurez y vejez; que son paralelos a unos cambios sociales y fisiológicos que se producen en el individuo al mismo tiempo que proporcionan unas rupturas o crisis que rompe los papeles y altera la personalidad del sujeto.

Las exigencias sociales son mucho mayor, al mismo tiempo que se intenta un aprovechamiento selectivo de las cualidades del individuo.

Se crean unos límites muy precisos entre lo que es tiempo de trabajo y tiempo para relación familiar, la vida se centra en la productividad en la que juega el papel principal el padre de la familia. La relación personal se da, sobre todo, en el espacio laboral; al mismo tiempo la sociedad intenta promover la creación de instituciones para aquel sector de población no productivo, como son el niño y el anciano, creando escuelas y asilos.

La muerte no se contempla como un proceso natural y evolutivo sino como un fracaso de la naturaleza, enfrentándonos a ella de dos formas: una negándonos a ella, por lo que intentamos que las personas no mueran en su casa, sino que lo hagan en el hospital. La otra, exigiéndole a las ciencias, como la Gerontología, que investiguen y busquen la forma para prolongar la vida; problema que se produce después en el momento que vemos que la evolución social es más lenta que la evolución médica, produciéndose un rechazo social a las personas ancianas que generan los avances sanitarios.

## 2.- Envejecimiento físico.

El envejecimiento es un proceso con una gran variabilidad individual y, no debemos esperar encontrar en nuestros mayores las mismas características en todos. Además, el envejecimiento no es un proceso sincrónico o uniforme en un mismo organismo.

### Apariencia física, postura y marcha:

El envejecimiento condiciona una disminución de la masa muscular y del agua total. Aumenta de forma relativa la grasa, cuya distribución se modifica también con los años. Estos cambios disminuyen de forma importante la fuerza muscular y suponen una menor resistencia frente a la deshidratación.

La piel sufre un importante proceso de atrofia.

La talla disminuye debido a cambios que acontecen en la columna vertebral.

La persona mayor tiende a inclinarse hacia delante, anda a pasos cortos, aumentando la separación de los dos pies, y con pobre balanceo de brazos.

Tiene dificultades de girar, o modificar, en general, su actitud en la marcha.

Cuando se dan todas estas características podemos hablar de "marcha senil". La presentan un grupo de ancianos/as con alto riesgo de sufrir caídas.

### Órganos de los sentidos:

#### Vista:

Alteraciones a nivel de retina, humor vítreo y cristalino, que pueden determinar disminución de la agudeza visual, presbicia (vista cansada), alta frecuencia de cataratas y glaucoma, disminución de la capacidad de adaptación al deslumbramiento.



Alrededor del iris suele aparecer el llamado arco senil, sin repercusión funcional alguna.

#### Oído:



Disminuye la función de las células sensoriales, apareciendo presbiacusia (disminución de la audición, especialmente para los ruidos más agudos o de alta frecuencia). Se favorece la aparición de alteraciones del equilibrio.

#### **Gusto y olfato:**

Disminuyen el número y la funcionalidad de las papilas gustativas y células sensoriales olfatorias.

Estas modificaciones, junto a una producción de saliva disminuida, condicionan una menor satisfacción con la comida.



#### **Tacto:**

Disminuye la agudeza táctil, y la sensibilidad a la temperatura.

#### **Sistema nervioso:**



A nivel cerebral se produce una pérdida neuronal variable, disminuyen el riego sanguíneo cerebral, el número de conexiones interneuronales, los neurotransmisores, la velocidad de conducción nerviosa y los reflejos. Mecanismos de control como el de la sed, la temperatura o la regulación autonómica, están menoscabados.

Susceptible a la aparición de cuadros de confusión mental, lentitud en los movimientos y respuestas, incoordinación en la marcha, propensión a la aparición de hipotensión postural, aparición de “tics”, o temblor senil, ...

#### **Sistema cardiovascular:**

Determina una disminución de la reserva cardíaca, y una respuesta



escasa al estrés. Disminución de la frecuencia cardíaca, y mayor frecuencia de arritmias.

Dilataciones del sistema venoso, por pérdida de tono parietal e incompetencia de las válvulas, facilitando la aparición de várices y edemas en extremidades inferiores, sobre todo.

#### Aparato respiratorio:

Tendencia al cierre de pequeños bronquiolos. Disminuye el flujo sanguíneo que llega a los pulmones. Déficit de oxigenación. Mayor propensión a infecciones y el mecanismo de la tos es menos efectivo.

#### Aparato digestivo



A nivel bucal, disminución de la saliva, junto a la pérdida de piezas dentarias contribuye a una masticación deficiente.

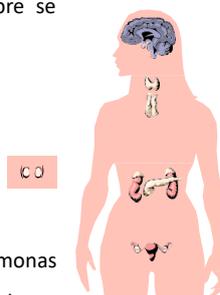
Disminución del movimiento de propulsión a todo lo largo del tubo digestivo, condiciona a un enlentecimiento del tránsito digestivo, facilitando la aparición de alteraciones como el estreñimiento.

#### Aparato genito-urinario:

Pérdida funcional de los riñones en la eliminación de sustancias y mantenimiento del equilibrio de numerosas sustancias claves en el medio interno.

Incontinencia, retención urinaria o la aparición de infecciones.

En la mujer la mucosa vaginal se atrofia y en el hombre se distiende la bolsa escrotal.



#### Sistema endocrino:

Hay una disminución en la producción de las diferentes hormonas y una menor respuesta a su acción. Habitualmente, estas modificaciones se detectan o tienen repercusión en circunstancias de

sobrecarga.

#### **Sistema inmunitario y hematológico:**

No existen modificaciones significativas en los valores hematológicos. A nivel inmunitario, la respuesta frente a estímulos está enlentecida y disminuida en intensidad.

Aumenta por tanto la susceptibilidad a padecer infecciones.

### **3.- Cambios psicológicos más frecuentes.**

#### **1.- Cambio del "yo" o ego:**

En la persona de edad, su propia identidad tiende a perderse, se debilita, pierde independencia.

Convirtiéndose en una personalidad débil o insegura, muy dependiente y sometida a los demás. La persona tiende poco a poco despersonalizarse llegando a convertirse en un mero órgano vegetativo. Cuando esto ocurre los comportamientos son ajenos a su persona, se comporta como los demás quieren que lo haga.

#### **2- Cambios en la inteligencia:**

La inteligencia no suele deteriorarse, lo que tiende a deteriorarse son los instrumentos del intelecto.

La persona se siente desorganizada, sin equilibrio psíquico, por lo que se siente apática y desinteresada. Al no sentir alicientes y motivación suficiente para seguir creciendo y cultivándose como persona, al no tener esta motivación no usa los instrumentos de inteligencia, cayendo en abandono y desinterés por la vida, al mismo tiempo que su capacidad de pensamiento disminuye, su memoria no utiliza los mecanismos de atención, no quiere prestar atención porque el mundo no le interesa. Por todo esto el aprendizaje se le hace costoso y difícil.

#### **3- Cambios de la creatividad:**

Las personas de edad pueden ser iguales o más creativas que los jóvenes, pero para

ello necesita mantener los instrumentos del intelecto y sobre todo tiene que poseer interés por la vida. Si no acepta con agrado el momento que está viviendo, no potencia el pensamiento creativo que es necesario para cultivar el pensamiento divergente; cayendo en un egocentrismo que le incapacitará para desarrollar creativamente una tarea y potenciarse a sí mismo.

#### 4- Deterioro de la imagen de sí mismo:

El viejo se percibe muy negativamente. La imagen que posee de sí mismo es muy pobre, no se autoestima, no se valora, cree que nadie le aprecia y que no tiene valor ni mérito su vida. Él no sólo siente su imagen, sino que la retroalimenta pensando que los demás sienten y vivencian su imagen como lo hace él.

Cuando esta imagen está muy degradada reacciona con una conducta regresiva, viviendo su pasado.

#### 5- Cambios en la sexualidad:

Las personas ancianas está demostrado que poseen una necesidad sexual, pero tenemos que distinguir entre el instinto sexual y motivación sexual para poder comprender lo que a las personas de edad está sucediendo a este nivel.

El instinto sexual es algo innato en el hombre y a la naturaleza animal. Este instinto no desaparece con la edad. Lo mismo ocurre con la motivación sexual, pero sin embargo esta motivación puede estar, y de hecho está, trastocada como fruto de esa nueva reestructuración que está exigiendo el psiquismo, un psiquismo que permanece aturdido, confundido, que tenderá a inhibir la motivación sexual. Tampoco hay que olvidar el gran número de prejuicios sociales que se producen con respecto a la sexualidad en las personas ancianas.

#### 6- Cambios en la afectividad:

El anciano tiende a perder su autoestima, buscando que los demás le ayuden a recuperarla, pidiendo un tipo de afectividad muy primaria e inmadura que no le beneficia para su propia personalidad, puesto que le produce un sufrimiento, bloqueo o shock en su afectividad; que como consecuencia le produce una vanidad secundaria que le lleva amarse y aceptarse regresando hacia el pasado, hacia todo aquello que fue, hacia todo aquello que algún día hizo o amó, queriendo poseer los mismos esquemas afectivos que le sirvieron en el pasado.

Se aferra al pasado creándose una incapacidad progresiva para amar, comprender y dar afecto a los demás.

Todo esto es consecuencia de que las personas de edad socialmente no proyectan una imagen de estima y valoración para poder autoestimarse en ese período de la vida. Esta no aceptación social marca el psiquismo del viejo conduciéndole a un mayor repliegue hacia su persona que le hace sentirse como algo y no como alguien.

### **3.- Respuesta del anciano a los cambios psicológicos.**

El comportamiento del anciano lo que pretende es hacer un ajuste de la personalidad del individuo ante las vivencias que se producen en estos.

Los comportamientos más frecuentes son:

#### **1- Ensimismamiento:**

El anciano se refugia en su pasado, perdiendo todo contacto interpersonal y mostrando apatía por su entorno y desinterés ante el mundo y las cosas. Esto hace que el anciano pierda su autonomía personal, se deteriora su yo y por tanto su comportamiento se convierte en un mero hábito mecánico.

#### **2- Somnolencia:**

Es muy frecuente en las personas de edad por su desarmonía psíquica; manifiestan posturas y expresiones somnolientas intentando estar desconectado del entorno.

#### **3- Agresión y rebelión:**

Es un mecanismo de defensa fruto de la angustia psíquica que está viviendo el anciano y nos señala una inadaptación y desajuste.

Es muy frecuente que el sujeto niegue su etapa o período y no quiere aceptar su nueva etapa de vida, entonces se subleva y rebela no cambiando su forma de vestir o sus costumbres.

#### **4- Egocentrismo:**

Es un tipo de conducta regresiva o infantil, buscan ser el centro de todo, quieren estar siempre llamando la atención para buscar el reconocimiento de los demás resaltando sus actos.

#### 5- Machaconería:

Este es un mecanismo de autoafirmación, con su afán de manifestar su personalidad anterior ya que se sienten sin su personalidad actual.

Es un querer mostrar que no tienen mucho que aportar pero que hicieron cosas importantes en su vida.

#### 4.- Soledad y aislamiento social.

El problema de la soledad va unido en gran parte a la viudez. Es esta una circunstancia a la que se añaden cambios, por lo general, negativos, que contribuyen al malestar de las personas (casi siempre mujeres).

Con la pérdida del cónyuge, las ancianas ven reducidas sus relaciones sociales, así como sus ingresos. Cuando no tienen problemas importantes de salud, tienden a seguir viviendo en el mismo domicilio, experimentando en muchos casos soledad.

En las sociedades modernas, la soledad se considera unida a la vejez, pero este sentimiento no tiene por qué ser propio de la edad. Las mujeres la padecen más que los hombres, así como los de más edad con respecto a los más jóvenes. Quienes se han realizado más con su trabajo durante la etapa activa, mantienen sentimientos más positivos. Las personas que se sienten solas coinciden con las que aquejan peor salud.

El aislamiento social es uno de los aspectos más negativos para la salud física y mental de las personas mayores.

Bajo nivel económico adquisitivo, dificultad para el acceso a los recursos, ... aunque hay que decir que en los últimos años se ha hecho un gran esfuerzo en el aumento de las pensiones, se ha conseguido más la generalización y la consolidación de las pensiones asistenciales, llamadas no contributivas.

Los ancianos de menor edad disponen de pensiones mayores debido a la mejora de las mismas en los últimos años.

Actualmente, los grupos más pobres entre la población anciana los constituyen las mujeres, y en concreto las viudas de edad más avanzada.

Su [educación](#) no les ha dado recursos personales para enfrentarse a las relaciones intergeneracionales de hoy, el aperturismo cultural, la pérdida de roles autoritarios, el

tambaleo de las jerarquías familiares, etc., sobre todo en lo que se refiere a las relaciones con los nietos, cuyos mundos de origen están separados por un abismo.

### 1.1.2. ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

- ✓ La vejez no es sinónimo de enfermedad ni de dependencia.
- ✓ El envejecimiento normal debe diferenciarse del *envejecimiento patológico*, cuyos cambios se producen como consecuencia de enfermedades (cataratas, alzhéimer...) o de situaciones que aceleran el proceso normal de envejecimiento (malos hábitos, medio ambiente, etc.) No forman parte del envejecimiento normal y, en algunos casos, pueden prevenirse o son reversibles.
- ✓ 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) 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.
- ✓ Las incidencias que el envejecimiento tendrá en la calidad de vida de la persona variarán mucho de unas personas a otras, dependiendo de varios factores, como:
  - la predisposición genética (características físicas y biológicas y enfermedades)
  - los hábitos de vida (actividad física regular, alimentación equilibrada, control del estrés),
  - de las características físicas y del entorno donde viva (acceso a los recursos, nivel socioeconómico y educativo).
- ✓ Los cambios que se producen asociados al envejecimiento no tienen por qué 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. Además, hay que considerar la forma como lleva la persona el proceso de envejecer (la percepción personal del proceso).

### 1.1.3. INCIDENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA

Las incidencias que el envejecimiento tendrá en la calidad de vida de la persona variarán mucho de una a otra. Dependerá de varios factores, como: la predisposición genética (características físicas y biológicas y enfermedades) los hábitos de vida (actividad física regular, alimentación equilibrada, control del estrés), de las características físicas y del entorno donde viva (acceso a los recursos, nivel socioeconómico y educativo).

De manera que no podemos generalizar, puesto que la forma de envejecer tendrá que ver con el modo de vida que se ha seguido. Además, tendremos que considerar la forma como lleva la persona el proceso de envejecer (la percepción personal del proceso).

### 1.1.4. LA ENFERMEDAD EN EL MAYOR

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.

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. Es importante que diferenciamos entre vejez y enfermedad. Con la edad disminuyen la capacidad orgánica y funcional, así como la capacidad del sistema inmunitario. Esto provoca que el organismo ante una enfermedad responda de forma más lenta, lo que origina procesos de enfermedad más largos y a menudo complicaciones porque aparecen varias enfermedades a la vez. Todo ello dificulta la intervención (tratamientos médicos que interaccionan entre ellos).

Sin embargo, 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:

- ✚ 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.
- ✚ Incontinencia urinaria: pérdida involuntaria de la orina, podemos sugerir ir al baño con frecuencia o distribuir de forma adecuada la toma de líquidos.
- ✚ 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.
- ✚ Caídas: por falta de equilibrio y falta de adaptaciones arquitectónicas.
- ✚ 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.

#### **1.1.5. EVOLUCIÓN DEL ENTORNO SOCIOAFECTIVO Y DE LA SEXUALIDAD DE LA PERSONA MAYOR**

El estilo de vida que las personas han mantenido en su juventud y edad adulta determinan el entorno socio afectivo 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 (aquellas 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 provienen de su familia y amigos (red informal) antes de acudir a los recursos socio sanitarios (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.

#### 1.2.4.1. CAMBIOS EN LA FISIOLÓGÍA DE LA SEXUALIDAD

- ✓ En el caso de los hombres, es posible que:
  - Aumente el tiempo requerido para llegar a una plena erección.
  - Se necesite más estimulación erótica antes del acto sexual. Es posible que la estimulación manual sea más necesaria para llegar a la erección.
  - La erección puede no ser tan enérgica o tan grande como antes.
  - Disminuye el tiempo durante el cual la erección puede ser mantenida antes de la eyaculación.
  - Disminuye la fuerza de eyaculación y la cantidad de semen expulsada en la misma puede ser menor.
  - La pérdida de la erección después del orgasmo puede suceder más rápidamente.
  - Aumenta la duración de la fase refractaria, esto es, puede pasar más tiempo antes de que le sea posible tener otra erección.
  - El sentimiento que una eyaculación está a punto de producirse puede ser reducido.
  
- ✓ En el caso de las mujeres, es posible que:
  - Se observen cambios en su vagina, que puede acortarse y estrecharse.
  - Las paredes vaginales pueden volverse más delgadas y un poco más rígidas, perdiendo elasticidad.
  - Sequedad vaginal, disminuya la lubricación vaginal.
  - La excitación sea más lenta.

- Las consecuencias pueden ser la percepción de sequedad y picor en la vagina y labios y la dispareunia o dolor durante el coito.

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. Sin embargo, son las causas psicosociales las que más afectan a esta actividad en este periodo:

- La falta de pareja sexual como causa social más importante.
- Las relaciones sexuales rutinarias o conflictivas.
- La actitud de la sociedad: es con frecuencia negativa ante la idea de que los mayores puedan estar interesados por la actividad sexual.

Los mayores tienen la capacidad de sentir y disfrutar del contacto físico conforme lo han hecho a lo largo de su vida, por ello no es lógico pensar que el deseo y la capacidad de disfrutar del sexo desaparecen con la edad. 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, autoafirmación y mejora de la autoestima.

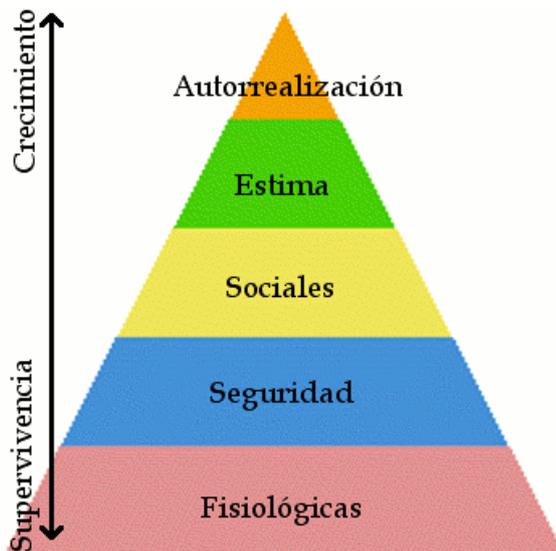
#### 1.1.4. NECESIDADES DE LA PERSONA MAYOR

Para establecer las necesidades a las que hay que dar respuesta, desde nuestra labor profesional y desde un punto de vista integral, debemos tener en cuenta la pirámide de necesidades de Maslow:

- Necesidades fisiológicas: deberemos atender a la alimentación, hidratación, respiración, eliminación, descanso, mantenimiento de la temperatura, movilidad y sexualidad.
- Necesidades de seguridad: atención [sanitaria](#), seguridad económica (tener asegurados unos ingresos que garanticen la cobertura de las necesidades

básicas), seguridad física (las personas con demencia pueden desorientarse y perderse) y necesidad de cuidados asistenciales (cuidado personal, administración de medicamentos).

- Necesidades sociales: mantener lazos familiares, con amigos, pertenecer a un grupo social.
- Necesidades de estima: respeto y confianza en uno mismo, respeto de los demás.
- Autorrealización: tomar decisiones según sus valores y creencias.



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. El concepto salud abarca el estado biopsicosocial, los aspectos que un individuo desempeña. En 1992 se agregó a la definición de la OMS: "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto que antiguamente se definía como ausencia de enfermedad.

Puesto que ya hemos definido con anterioridad los conceptos de enfermedad y convalecencia, vamos a distinguir las **etapas que sigue el proceso de la enfermedad**:

- Aparición de los síntomas: primeras señales de la enfermedad.

En esta etapa podemos encontrar dos comportamientos distintos:

- + El enfermo afronta el problema y adopta medidas para solucionarlo,

- + Niega lo que sucede y no toma medidas.

- Conciencia de la enfermedad: el paciente admite sentirse enfermo,
- Contacta con los servicios sanitarios, busca un diagnóstico.
- Estado de enfermedad: síntomas propios de la enfermedad y consecuencia de los fármacos. Esta etapa se caracteriza por la dependencia de otros (familia, personal sanitario, amigos...)
- Convalecencia: período de tránsito entre la enfermedad y la total recuperación.
- Curación, cronificación o muerte: la cronificación supone que la persona necesitará cuidados y atención durante un periodo largo o incluso durante toda la vida. La muerte sucede cuando no se supera la enfermedad.

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.

Las personas con **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...

En las personas con **enfermedades crónicas** la enfermedad afectará durante varios años, incluso toda la vida. El tratamiento se orienta a la enfermedad ya 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, ...

Los pacientes con **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.

Los cuidados requeridos dependerán del tipo de enfermedad o dependencia que presente la persona. No obstante, podemos señalar **algunas necesidades comunes a las personas enfermas:**

- 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.
- 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.
- 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.
- 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...).

### 1.3. LAS DISCAPACIDADES

#### 1.3.1. CONCEPTOS

En los últimos años, la noción de discapacidad ha cambiado mucho. Ha ido modificándose desde una percepción totalmente [sanitaria](#) y de protección social hasta la actual, la visión biopsicosocial, que marca hoy en día las políticas y actuaciones sociales.

Según la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud), publicada por la OMS en el año 2001 (sustituyendo a la anterior de 1980), discapacidad es asumido como un término genérico que abarca las distintas dimensiones de: **Deficiencias de función y deficiencias de estructura o Déficit en el funcionamiento**: sustituye al término "deficiencia" de la anterior clasificación, CIDDM.

Es la pérdida o anomalía (anomalía) de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. Normalmente, los déficits en el funcionamiento son secundarios a una enfermedad o accidente, y pueden darse de forma

permanente o temporal. Ejemplo: una parálisis en algunos grupos musculares concretos como consecuencia de un ACV.

**Limitación en la actividad**: sustituye el término "discapacidad". Son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades, la pérdida de capacidad funcional, como consecuencia del déficit en el funcionamiento, para realizar una actividad de la manera o dentro de los niveles considerados normales en el ser humano. Se pueden clasificar en distintos grados. Ejemplo: la imposibilidad de mantenerse de pie con los dos pies o deambular como consecuencia de la parálisis de aquel grupo muscular.

**Restricción en la participación**: sustituye el término "minusvalía". Es una desventaja derivada del déficit en el funcionamiento y de la limitación en la actividad. Representa las consecuencias sociales y ambientales de los dos términos anteriores. Son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. Ejemplo: siguiendo el ejemplo, en la persona con ACV, serían todas las desventajas que implica la parálisis (déficit en el funcionamiento) y la imposibilidad de deambular (limitación en la actividad).

Discapacidad, en la CIF, es por tanto un término "paraguas". Se utiliza para referirse a los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Hace referencia a los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno.

**La dependencia** puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que:

- Se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente.
- Este déficit comporta una limitación en la actividad.
- Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación.
- Dicha restricción en la participación se concreta, finalmente, en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

### **1.3.2. CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍAS FRECUENTES.**

#### **A. CLASIFICACIÓN**

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, paraplejías y tetraplejías 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 mental 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.

**B. ETIOLOGÍAS FRECUENTES**

La mayor parte de las discapacidades en España sucede en torno a cuatro grandes grupos de riesgo:

**a) Problemas perinatales:**

Un 20 % de los nacimientos en España son de “alto riesgo” (edad avanzada de la madre, anomalías genéticas, etc.). De ellos surgen los principales 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 (niños “difíciles”), 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:**

Son la principal causa de la discapacidad en España desde los años intermedios de la vida y especialmente a partir de los 40 años. Enfermedades crónicas del aparato circulatorio, del digestivo, osteo-articulares y respiratorias son las 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**:

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

En cuanto a **las Necesidades**:

- Necesidad de respeto: ser tratados con normalidad y dignidad como personas, evitando actitudes de lástima.

- Necesidad de apoyos: para poder desarrollar por sí mismos una vida con la mayor autonomía posible.
- Necesidad de acompañamiento: acompañar, no hacer por él.
- 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 las 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.

## TEMA 2. DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

### 2.1- Unidades convivenciales con personas dependientes: tipología y funciones. Necesidades y riesgos de los cuidadores principales.

Una **unidad convivencial con personas dependientes** es el ámbito donde dos o más personas unidas por relaciones de parentesco, familiar o no familiar, conviven en el mismo domicilio, y alguno de sus miembros es dependiente.

#### 2.1.1. TIPOLOGÍA Y FUNCIONES

##### 2.1.1.1. TIPOLOGÍA

Las unidades convivenciales con personas dependientes pueden subdividirse en familiares (se comparte domicilio y parentesco familiar), y en no familiares (no existe parentesco).

#### A. UNIDADES CONVIVENCIALES FAMILIARES

Existen multitud de posibilidades, pero las más habituales son las siguientes:

- **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).
- **Familias monoparentales**: un solo padre convive con hijos no emancipados, con alguno de éstos en situación de dependencia.
- **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

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,25 cm + Sangría:

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,25 cm + Sangría: 0,7 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 3 + Alineación: 0,88 cm + Sangría: 1,52 cm

mayores)

- **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.)
- **Familias de personas de la tercera edad:** pareja de personas mayores, con uno o ambos en situación de dependencia.
- **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).

Con formato: Fuente: Calibri

#### 2.1.1.2. UNIDADES CONVIVENCIALES NO FAMILIARES

Entre ellas podemos encontrar:

- **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.
- **Unidades de tutela:** acogimiento de un dependiente sin parentesco en una familia bajo régimen de tutela. La tutela siempre estará dictaminada por un juez.
- **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.

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Con formato: Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,25 cm + Sangría: 0,7 cm

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 3 + Alineación: 0,88 cm + Sangría: 1,52 cm

#### 2.1.1.2. FUNCIONES

Las funciones de una unidad convivencial, en relación con las personas dependientes

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Con formato: Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 4 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,25 cm + Sangría:

son múltiples. Podemos destacar:

- **Económica:** pueden darse diferentes funciones económicas como mantenimiento de los miembros no productivos, unidad de consumo o compartir gastos.
- **Educativa-socializadora:** corresponde a la [educación](#) e integración en la sociedad de los diferentes miembros de la unidad.
- **Psicológica:** satisfacción de las necesidades de afecto, seguridad y reconocimiento.
- **Cuidado y protección:** cuidado a los miembros con necesidades de atención y protección psicológica.
- **Domiciliaridad:** establecimiento o creación de un espacio de convivencia y refugio.
- **Establecimiento de roles:** según las culturas, cada miembro de la unidad adquiere algún tipo de rol dentro del funcionamiento de la propia unidad convivencial.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 5 + Estilo de numeración: Viñeta + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,45 cm

## 2.1.2. NECESIDADES Y RIESGOS DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES.

### •2.1.1.2. NECESIDADES 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.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 4 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 2 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,18 cm + Sangría:

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

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:

#### - **Información:**

La necesidad de información abarca una gran gama de temas (características del envejecimiento, características de las demencias, alimentación e higiene del dependiente,

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

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.

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.

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.

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.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 1,62 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 6 + Estilo de numeración: Viñeta + Alineación: 7,16 cm + Sangría: 7,8 cm

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

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.

### **-2.1.2.2. RIESGOS DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES**

Ocuparse del cuidado de una persona dependiente exige la reorganización del funcionamiento de la vida personal, familiar, laboral y social.

#### **- Consecuencias del cuidado:**

De forma repentina o gradualmente, la persona cuidadora se encuentra ante la necesidad de reorganizar su vida para incluir la atención de su familiar dentro de sus actividades cotidianas. Ello a veces implica que su vida diese un giro de 180º. El cuidado puede llegar a repercutir tanto en la persona cuidadora principal como en las de su entorno y, provocar cambios importantes en diferentes ámbitos (relaciones familiares, trabajo, situación económica, tiempo libre, salud, estado de ánimo). De esta forma:

- 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.
- 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.
- Las nuevas responsabilidades adquiridas, pueden reducir una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al ocio y a los amigos/as. Además, se corre el peligro de ser absorbido por el papel de cuidador, renunciando a las

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 4 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 2 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,18 cm + Sangría:

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 2 + Alineación: 1,9 cm + Sangría: 2,54 cm

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.

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. Los cuidadores no sufren los problemas de salud de uno en uno, sino de forma simultánea, siendo varias áreas las que se encuentren afectadas pluripatología).

- Se experimentan un buen número de emociones y sentimientos:

Algunos negativos, como los sentimientos de tristeza, desesperación, impotencia, desesperanza, enfado, irritabilidad, preocupación, ansiedad y culpabilidad. Todos ellos derivados de múltiples razones.

Otros positivos, como la satisfacción por contribuir al bienestar del ser querido, por el agradecimiento recibido de éste, por descubrirse cualidades, aptitudes o talentos que, de otra forma hubieran pasado desapercibidas, por haber establecido una relación más cercana con la persona cuidada o con otros familiares y, conocer en ellos/as facetas interesantes anteriormente ocultas, o por ser útil a los familiares más próximos.

Todas estas reacciones emocionales positivas y negativas pueden ser contradictorias, generando en la persona cuidadora una gran ambivalencia.

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.

Éstas son mayoritariamente las consecuencias significativas que tiene ser cuidador principal de una persona dependiente y que ponen en riesgo su calidad de vida. No obstante, hay que señalar que la experiencia que cada cuidador familiar tiene sobre el cuidado es única

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 2 + Alineación: 1,9 cm + Sangría: 2,54 cm

**Con formato:** Fuente: Calibri

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

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...

### **-2.1.2.3. SEÑALES DE ALARMA**

A veces, la persona cuidadora principal está tan preocupadas por el bienestar de la persona a la que está cuidando, que olvida sus propias necesidades y puede llegar a enfermar. A continuación se exponen las diferentes señales de alarma ante esa situación:

- Problemas de sueño.
- Pérdida de energía, fatiga crónica, cansancio continuo, etc.
- Aislamiento.
- Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco.
- Consumo excesivo de pastillas para dormir u otros medicamentos...
- Problemas físicos: palpitaciones, temblores, molestias digestivas.
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.
- Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.
- Aumento o disminución del apetito.
- Actos rutinarios repetitivos, como limpiar continuamente.
- Enfadarse fácilmente.
- Dar demasiada importancia a pequeños detalles.
- Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- Propensión a sufrir accidentes.
- Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.
- No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado.
- Tratar a otras personas con menor consideración que habitualmente.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 4 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 2 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,18 cm + Sangría:

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

## 2.2. SERVICIOS, PROGRAMAS Y PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA DOMICILIARIA A PERSONAS DEPENDIENTES: CARACTERÍSTICAS Y ESTRUCTURA FUNCIONAL.

Los servicios de atención directa domiciliaria tienen como finalidad mantener a la persona integrada en su entorno habitual, siempre que sea posible y deseado, facilitándole los apoyos necesarios en las AVD. En algunos casos la persona necesitará apoyo en la realización de las actividades domésticas, en otros casos en las actividades de autocuidado, las necesidades pueden ser diversas.

Existen 2 tipos de servicios de atención directa domiciliaria: teleasistencia y el Servicio de Ayuda a Domicilio.

### 2.2.1. LA TELEASISTENCIA

Es un servicio público que utiliza las tecnologías de comunicación y que permite al usuario la comunicación fácil y directa con un centro de atención.

- Previene los riesgos que puedan surgir en el domicilio ofreciendo asistencia rápida y eficaz.
- Es un servicio dirigido a personas mayores, personas enfermas o con discapacidad que viven solas o que pasan gran parte del día solas en sus domicilios.
- Se necesita disponer de línea de teléfono.
- Consta de un aparato que permite la comunicación entre el usuario y un equipo de profesionales que le proporcionan atención rápida y personal, avisando a los servicios de emergencia si fuera necesario.
- Para que el usuario pueda comunicarse no necesita descolgar el teléfono, ya que el dispositivo, en forma de pulsera o colgante con un pulsador, permite la comunicación a través de un altavoz (manos libres) que da cobertura en el domicilio.
- No sólo interviene en situaciones de emergencia, sino que además se lleva una "agenda" de cada usuario y en caso necesario (personas que viven solas,...) se

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**Con formato:** Fuente: (Predeterminada) Calibrí, 11 pto

**Con formato:** Normal, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Sin viñetas ni numeración

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**Con formato:** Fuente: Calibrí

les recuerda la toma de medicación, la fecha y hora de consulta con el médico, etc.

- En los últimos tiempos ha avanzado mucho y ha incorporado al sistema inicial mecanismos de detección de humos, dispositivos de localización por GPS (muy útil con personas enfermas de Alzheimer), etc.

#### **Profesionales de la teleasistencia:**

- El Coordinador: se encarga de coordinar a los trabajadores, usuarios y recursos.
- El técnico informático: que lleva a cabo el control y mantenimiento de las aplicaciones informáticas.
- El teleoperador: que atiende y gestiona las llamadas de los usuarios.

-

- El oficial: que interviene en la atención directa en las necesidades de tipo sanitario, técnico o doméstico requeridas.

#### **2.2.2. El Servicio de Ayuda a Domicilio:**

Es un servicio de carácter complementario y transitorio realizado en el domicilio personal o familiar, dirigido a personas que se encuentran en situación de dependencia por motivos físicos, psíquicos o sociales para realizar con ellos o por ellos, mediante personal cualificado y supervisado, las AVD que no pueden realizar de forma autónoma, con el objetivo de que permanezcan en su entorno y mejorar o mantener su autonomía. Proporciona atenciones de tipo preventivo, formativo, asistencial y rehabilitador.

Constituye una prestación básica del Sistema Público de Servicios Sociales, que ofrece un servicio integral de apoyo a las personas y a las familias, para garantizar la permanencia en el propio hogar y en su entorno.

#### **Desde el SAD podemos diferenciar 3 programas:**

- d)1) Programa de atención doméstica: cuidado y mantenimiento del domicilio
- e)2) Programa de atención personal: (ABVD) asistencia en la movilización, higiene personal o alimentación.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Sangría francesa: 0,18 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Sin viñetas ni numeración

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

3) Programa de atención social y relacional con el entorno: acompañamiento en gestiones externas (administrativo o sanitario) actividades lúdicas y sociales para prevenir la soledad y favorecer la integración.

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

- **Servicio de Ayuda a Domicilio básico:** Comprende la atención habitual en el domicilio, es decir, todas las tareas propias de la auxiliar dentro del propio domicilio.

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,13 cm

- **Servicio de Ayuda a Domicilio intensivo:** Son servicios dirigidos a personas solas o unidades familiares con alto grado de dependencia, generalmente las intervenciones son de 4 a 5 horas, dividido el servicio en 2 ó 3 turnos, en función de las necesidades.

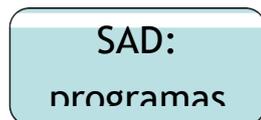
- **PRO Servicio de Ayuda a Domicilio:** Es un servicio sin coste alguno destinado a las personas recién dadas de alta en un centro hospitalario y que durante la convalecencia necesitan una atención personal en cuanto a aseo y movilización. Se inicia en menos de 24 horas, manteniéndose durante un mes.

- **Servicio de Ayuda a Domicilio de menores:** Está destinado a hogares monoparentales o familias con menores, cuando existen dificultades para atender al menor.

La tarea de la auxiliar se centra en la atención al menor y el apoyo a la persona adulta en la realización de las tareas del hogar. Este servicio, por sus características, exige una actuación intensiva.

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

- **Servicio de Ayuda a Convalecientes:** un centro a personas del



**Domicilio**  
Consiste en alojar en servicio.



## Objetivos del Servicio de Ayuda a Domicilio:

### Objetivos generales:

- Potenciar la autonomía de los usuarios
- Evitar la institucionalización,
- Conseguir cambios de conductas en las personas que son atendidas para mejorar su calidad de vida.
- Prevenir y/o compensar la pérdida de autonomía, prestando ayuda para realizar las actividades de la vida diaria y/o mantener el entorno doméstico en condiciones de habitabilidad, facilitarles la realización de tareas y actividades que no puedan realizar por sí solas, sin interferir en su capacidad de decisión.
- Fomentar el desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene y ejercicio físico).
- Potenciar el desarrollo de actividades de ocio y tiempo libre en la propia casa y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de la persona. Aumentar la seguridad de la persona.
- Potenciar las relaciones sociales estimulando la comunicación con el exterior y paliar así posibles problemas de aislamiento social.
- Disminuir el problema de soledad y aislamiento que sufren muchas personas dependientes, favoreciendo la participación del usuario en la vida de la comunidad.
- Prestar apoyo a las personas cuidadoras que constituyen la red natural de apoyo.
- Servir como elemento de detección de situaciones de necesidad que pudiera requerir la intervención de otros servicios.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,13 cm

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)  
**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Negrita, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,45 cm + Sangría: 2,08 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**A.-** Universalización: todas las personas que necesiten el servicio deben tener acceso a él en igualdad de condiciones.

**B.-** Normalización: se aplica para mantener a la persona en su entorno y en sus rutinas.

**C.-** Individualización: se adapta a las características y necesidades personales de cada usuario.

**D.-** Respeto y aceptación a las personas.

**E.-** Autodeterminación. Reconocer el derecho de cada persona a tomar decisiones sobre su vida.

**F.-** Globalización: supone atender a la persona en sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

### **Funciones**

**A.-** Preventiva: Se desarrolla al evitar que las limitaciones que presentan los usuarios generen otros problemas.

**B.-** Educativa-rehabilitadora: Además de realizar las tareas encomendadas el/la auxiliar debe recordar que igual de importante es la realización de la tarea, como el enseñar al usuario a hacerlo por sí mismo o con ayuda.

**C.-** Asistencial: Se desarrolla la función asistencial, cuando la auxiliar desempeña tareas que la persona usuaria no puede realizar por imposibilidad física o psíquica.

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,45 cm + Sangría: 2,08 cm

Con formato: Fuente: Calibri

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

### **Colectivo al que va dirigido**

**D.-** Personas mayores que viven solas o que no pueden ser atendidas por sus familiares, con dificultades para la realización de determinadas actividades.

**E.-** Familias que necesitan apoyo para atender a algún miembro de la misma.

**F.-** Personas con minusvalía que con esta ayuda podrán mantener su validamiento personal

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,45 cm + Sangría: 2,08 cm

**G.-** Menores que hay que atender cuando sus padres y/o madres tienen dificultades para ejercer sus funciones.

#### **Profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio:**

- **El trabajador social:** se encarga de la relación con los usuarios y la coordinación de auxiliares y servicios prestados
- **El auxiliar de ayuda a domicilio:** realiza las tareas de apoyo en los domicilios.
- **El psicólogo:** orienta sobre las intervenciones psicosociales más adecuadas.

#### **2.2.3. OTROS SERVICIOS**

Desde el Sistema Nacional de Salud se puede prestar otros servicios de atención domiciliaria: Atención [sanitaria](#) a domicilio y Hospitalización domiciliaria.

#### **Atención sanitaria a domicilio**

Ofrece atención médica en el domicilio del paciente cuando éste no puede desplazarse al centro sanitario que le corresponde (problemas de movilidad, enfermedades avanzadas, limitaciones funcionales importantes, enfermedades terminales).

#### **Hospitalización domiciliaria**

Presta atención en el domicilio siempre bajo la supervisión de un hospital. Es un servicio temporal para pacientes agudos en situación estable o altas médicas precoces. Para acceder a este servicio es necesario cumplir unos requisitos mínimos (condiciones de la vivienda, distancia al hospital, que haya un cuidador en el domicilio).

#### **2.2.4. SERVICIO DE COMIDAS A DOMICILIO**

Dirigido a personas en situación de dependencia con dificultades para realizar las compras de alimentos, planificar los menús o preparar comidas y cenas.

a)- Se les suministra la comida elaborada, pueden consumirla en el momento o

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,42 cm + Sangría: 2,06 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 1,25 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: -0,14 cm + Sangría: 0,18 cm

guardarla (congelarla).

b) Puede ofertarse desde los ayuntamientos, en este caso cada ayuntamiento publicará los requisitos para acceder al servicio. O desde empresas privadas.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

#### **2.2.5. SERVICIO DE LAVANDERÍA A DOMICILIO**

Servicio de recogida, lavado, planchado y entrega en el domicilio de ropa de hogar y personal dirigido a personas dependientes.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

El servicio de ayudas técnicas es aquél que a través de personal cualificado, se encarga de la provisión, seguimiento y mantenimiento de las ayudas técnicas.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Se denominan ayudas técnicas a todos aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos utilizados por una persona dependiente, destinados a prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

#### **2.2.7. CENTROS DEDÍA**

No es un recurso de asistencia directa en el domicilio propiamente dicho.

6. Son instituciones para mayores o personas con discapacidad que ofrecen atención integral durante el día para favorecer su autonomía personal e integración, la permanencia en su entorno, el retraso en la institucionalización a los casos en situación límite y con grave deterioro físico y/o cognitivo.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

7. También ofrecen atención a las familias y/o cuidadores proporcionándoles apoyo psicosocial a través de grupos de ayuda.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

8. Permite que no se queden solos en casa y se relacionen con otros, resuelve la atención en la jornada laboral, alivian la sobrecarga de los familiares-cuidadores, y el hecho de que regrese a su domicilio posibilita una mayor integración social en su entorno, encuadrándose como servicio de cuidados en la comunidad.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,45 cm

9. Este servicio integral ofrece: servicio de transporte adaptado, atención médica y de enfermería, social, fisioterapéutica, terapia ocupacional, alimentación (desayuno, comida y merienda), higiene personal y dependiendodelcentro, atención psicológica.

**Con formato:** Fuente: Calibri

10.- Pueden ser públicos o privados

11.- Requisitos de acceso: para mayores tener cumplidos 60 años, para personas con discapacidad entre 18 y 65 años, no padecer enfermedad infectocontagiosa, residir en la comunidad autónoma donde se solicita

12.- Adjuntar acreditación de minusvalía (para personas con discapacidad)

13.- Informes médico y social, DNI, acreditación de ingresos, certificado de empadronamiento.

Las solicitudes se presentan en los Servicios Sociales de Base o en las Delegaciones Provinciales del Bienestar Social. Si son privados en la entidad gestora, concediéndose ayuda económica individual según ingresos.

#### **2.2.8. ESTRUCTURAFUNCIONALDELAAYUDAADOMICILIO**

Atendiendo a la titularidad del servicio, nos encontramos con:

14.- **Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública y gestión directa:** El Ayuntamiento o la Mancomunidad organiza y gestiona la ayuda a domicilio, administra el presupuesto y establece los criterios para conceder el servicio. Realiza la contratación directa de los auxiliares a domicilio. Es habitual en localidades pequeñas y zonas rurales.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,45 cm

15.- **Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad pública y gestión concertada con empresa privada:** se financia con fondos públicos, los criterios de admisión son públicos, pero son gestionados por una empresa privada. Una vez que se selecciona la empresa se firma un convenio de duración determinada y se organiza la ayuda a domicilio con la supervisión del Ayuntamiento (Administración pública). Es habitual en grandes localidades.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

16.- **Servicio de Ayuda a Domicilio de titularidad y gestión privada:** es la propia empresa la que establece los criterios de concesión, el precio y la organización del servicio, así como la contratación del personal.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

### **2.3. EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR Y EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN**

#### **DIRECTA.**

Como hemos visto en el **Servicio de Ayuda a Domicilio** pueden intervenir diferentes profesionales. Cada uno realizará las tareas que le competen, pero las actuaciones no serán de forma aisladas, sino que forman parte de un equipo de trabajo.

El Equipo interdisciplinar está formado por profesionales de diferentes disciplinas que se interrelacionan de manera coordinada para intervenir con cada usuario.

El equipo de ayuda a domicilio está formado como mínimo por el trabajador social, que realiza las funciones de coordinador del servicio, y los auxiliares de ayuda a domicilio, que realizan las tareas de atención personal y doméstica.

El **V convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de autonomía personal** publicado en 2008 y vigente hasta 31 de diciembre de 2011, establece las condiciones para los trabajadores y usuarios del **Servicio de Ayuda a Domicilio**; y en el artículo 14 aparece la siguiente clasificación profesional:

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 2 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 2 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,61 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**GRUPO A**

- A\_ Médico o médico especialista
- B\_ Titulados superiores
- C\_ Gerente de teleasistencia
- D\_ Director de centro de teleasistencia
- E\_ Director territorial de teleasistencia

**Con formato:** Izquierda, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,89 cm + Sangría: 1,52 cm

**GRUPO B**

- \_ ATS-DUE
- \_ Trabajador social
- \_ Fisioterapeuta
- \_ Gobernante
- \_ Terapeuta ocupacional
- \_ Coordinador del SAD
- \_ Supervisor de teleasistencia
- \_ Coordinador de teleasistencia
- \_ Técnico informático de teleasistencia

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,89 cm + Sangría: 1,53 cm

#### GRUPO C

- 3\_ Técnico de actividades socioculturales
- 4\_ Oficial de mantenimiento
- 5\_ Oficial administrativo
- 6\_ Conductor
- 7\_ Cocinero
- 8\_ Aux. De mantenimiento
- 9\_ Aux. Administrativo
- 10\_ Recepcionista
- 11\_ Limpiador-planchador
- 12\_ Pinche de cocina
- 13\_ Ayudante coordinador SAD
- 14\_ Oficial teleasistencia
- Teleoperador teleasistencia

**Con formato:** Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,75 cm + Sangría: 1,38 cm

#### GRUPO D

- Ayudante oficios varios
- Personal no cualificado

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,75 cm + Sangría: 1,38 cm

Estos perfiles se refieren tanto a la atención a la dependencia en domicilio, como en los centros sociosanitarios

El trabajo en equipo es uno de los elementos fundamentales del servicio de ayuda a domicilio. Ningún profesional trabaja de forma aislada, sino coordinada bajo la dirección de un equipo integral que abarca todas las áreas para cubrir así todas las necesidades. Por lo tanto, el carácter del servicio es claramente dinámico, y se va modificando y adaptando continuamente a las necesidades y demandas que van surgiendo diariamente. Para ello es imprescindible actuar con flexibilidad y dejar a un lado los automatismos y los comportamientos mecánicos, tratando a cada persona como un caso único y exclusivo que precisa de un plan de actuación individual.

Al frente del equipo de ayuda a domicilio encontraremos en la mayoría de los casos a un trabajador social, quien marcará las pautas de actuación de cada integrante, y realizará un seguimiento de cada caso, resolviendo todas las dudas y cuestiones que pudieran aparecer. Funciones:

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,45 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

- 17.\_Organizar el trabajo de los auxiliares y realizar un seguimiento conjunto de cada caso,

de forma individual y en grupo. Valorar las acciones que se realicen.

~~18.~~ Mantener el contacto con los usuarios por teléfono y de forma personal.

~~19.~~ Comunicarse periódicamente con los otros profesionales con el fin de coordinar las intervenciones.

~~20.~~ Organizar y supervisar el trabajo del auxiliar de coordinación.

~~21.~~ Recoger las necesidades formativas de los auxiliares de ayuda a domicilio y diseñar las actividades de [formación](#)

#### **C.A. Funciones del auxiliar de ayuda a domicilio**

Los auxiliares domiciliarios son la piedra angular del servicio por su papel de acción directa sobre el usuario. Mantendrán contacto permanente con el trabajador social informando del desarrollo de su trabajo y de todos los acontecimientos y cambios que puedan ir apareciendo a través de contactos personales y telefónicos. De esta manera todos los profesionales están informados de las actuaciones del equipo completo, evitando malos entendidos o confusiones por falta de información y coordinación. Funciones:

~~22.~~ **Actividades de carácter personal:** cuidados personales (higiene, alimentación, vestido, traslados y movilizaciones). Administración de medicación de forma correcta y según prescripción médica, gestión domiciliaria, instrucciones para la utilización de productos de apoyo.

~~23.~~ **Actividades de carácter domiciliario:** limpieza integral del hogar, (cuidado de la ropa, limpieza de dormitorios, mobiliarios, superficies, cocina, baños) confección de la lista de la compra y elaboración básica de los alimentos.

~~24.~~ **Actividades de apoyo familiar y relaciones con el entorno:** evitar situaciones de soledad, fomentar la participación en actividades lúdicas, sociales y terapéuticas, realización de trámites sanitarios\_(-citas médicas) y administrativos, potenciar una vida saludable y activa, facilitar estrategias para que mantenga lazos y vínculos familiares y sociales.

#### **D.A. Funciones del psicólogo en la ayuda a domicilio.**

**A.-** Participar en el equipo realizando pruebas o valoraciones psicológicas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,45 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,45 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,45 cm

B.- Orientar sobre las intervenciones psicosociales que se desarrollen con la persona asistida.

C.- Proporcionar pautas de intervención psicosocial a los auxiliares.

D.- Colaborar en las actividades de [formación](#) a los usuarios y familiares.

#### E.A. **Funciones del fisioterapeuta**

2.- Aplicar tratamientos y estrategias rehabilitadoras prescritas.

3.- Formar parte del equipo para la valoración y realización de pruebas relacionadas con las capacidades funcionales del usuario. Realizar el seguimiento y evaluación del tratamiento.

4.- Asesorar a los auxiliares sobre las pautas de movilización, y tratamientos con el fin de mejorar la atención al usuario.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,45 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,53 cm + Sangría: 2,06 cm

#### F.A. **Funciones del terapeuta ocupacional**

- Programar, supervisar y desarrollar actividades relacionadas con la psicomotricidad, lenguaje y rehabilitación personal y social.

- Dar pautas a los auxiliares sobre las materias de su competencia.

- Reeducar a los usuarios en la realización de las AVD, adaptación al ambiente, psicomotricidad, entrenamiento de la memoria, lenguaje...

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,45 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,53 cm + Sangría: 2,06 cm

**Con formato:** Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pto

#### G.A. **Funciones del logopeda**

- Evaluar junto con el equipo interdisciplinar los trastornos de comunicación, establecer un diagnóstico y un plan de intervención.

- Realizar las intervenciones necesarias y en su caso implantar un SAAC (Sistema Alternativo Aumentativo de Comunicación) y uso de productos de apoyo.

- Realizar el seguimiento y evaluación del proceso.

- Dar pautas a los auxiliares para mejorar las estrategias de comunicación.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,45 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,53 cm + Sangría: 2,06 cm

## Coordinación del equipo de ayuda a domicilio

Es importante que el equipo de ayuda a domicilio trabaje de forma coordinada y para ello es importante tener en cuenta las siguientes actuaciones:

1. Acordar unos criterios comunes de actuación coherentes.
2. Establecer canales de comunicación sistematizados y fluidos, utilizando un lenguaje común y comprensible para todos los miembros del equipo (reuniones de equipo, hojas de registro, cuadernos).
3. Respetar el trabajo del otro. Mostrar respeto por todas las aportaciones.
4. Establecer y respetar la figura del coordinador, ya que garantiza la buena marcha del trabajo interdisciplinar.

Un buen trabajo en equipo es más que la suma de todas las intervenciones individuales, ya que se enriquece no sólo con las aportaciones personales y profesionales, sino también con las interacciones de sus miembros.

Cada cierto tiempo se programarán de nuevo los objetivos de cada plan individual en función de las nuevas necesidades detectadas, teniendo en cuenta los deseos y preferencias de la persona mayor y su familia.

### 2.4. LOS CUIDADORES PRINCIPALES Y EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Cuando se inicia el cuidado del familiar, el cuidador principal no es consciente en muchos casos de que será la persona que asuma la mayor responsabilidad sobre los cuidados, y que éstos le obligarán a dedicar una gran cantidad de su tiempo y de su energía física y mental para ello. Situación que se mantendrá durante un largo periodo.

La concesión de la prestación del servicio de ayuda a domicilio a un usuario supone, para el cuidador principal, una ayuda fundamental. Las tareas y obligaciones que tenía que hacer solo comienzan a realizarse con el apoyo profesional de los trabajadores del servicio.

No obstante, la mayoría de la responsabilidad del cuidado de la persona dependiente recae sobre el cuidador principal ya que el servicio de ayuda a domicilio se desarrolla, en el

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 4 + Estilo de numeración: Viñeta + Alineación: 0,83 cm + Sangría: 1,45 cm

**Con formato:** Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pto

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 2 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 2 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,61 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

mejor de los casos, durante unas pocas horas al día. Por tanto, el servicio de ayuda a domicilio, además de la función de prestación de cuidados que tiene encomendada, tiene que:

6. Actuar como educador del cuidador principal, para dotarle de los recursos y estrategias necesarios para mantener un buen nivel de cuidados el resto del día.
7. Ser un apoyo emocional para el cuidador.
8. Prestar información al cuidador sobre la enfermedad y la situación concreta del dependiente.
9. Aportar pautas y estrategias de cuidado adecuadas, que den solución a los problemas específicos del cuidador.
10. Fomentar la colaboración y cohesión familiar sin sustituir nunca el papel de la familia.
11. Recomendar al cuidador programas de respiro familiar como centros de día.
12. Recomendar al cuidador la utilización de grupos de apoyo dentro de los recursos sociales existentes donde pueda compartir su experiencia, además de ser espacio de [formación](#) en habilidades, y de estrategias de afrontamiento eficaz de la situación.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 4 + Estilo de numeración: Viñeta + Alineación: 0,83 cm + Sangría: 1,45 cm

## 2.5. USO DEL VOCABULARIO BÁSICO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

**Atención doméstica:** ayuda a la persona en las actividades instrumentales de la vida diaria. Entre las actuaciones realizadas, se incluyen la compra y preparación de comidas y la limpieza del hogar.

**Atención personal:** ayuda a la persona en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. En este grupo de prestaciones se incluyen, además, las gestiones y los acompañamientos, ya que son actividades que recaen directamente sobre la persona usuaria atendida.

**Cuadrante horario:** documento que recoge las atenciones que tiene asignadas el profesional de asistencia domiciliaria, junto con el horario de atención. Suele ser de carácter semanal.

**Cuidador principal:** aquella persona que, aunque no pertenece al mundo sociosanitario ni se ha formado como tal, es el responsable del cuidado y atención de la persona dependiente en el domicilio. Suele ser un familiar del mismo.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 2 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 2 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,61 cm

**Parte de trabajo:** documento donde se recogen las actuaciones de atención doméstica y/o personal a desarrollar con el usuario y su domicilio. En muchas ocasiones forma parte del cuadrante horario.

**Servicios de atención domiciliaria:** conjunto de servicios de carácter sociosanitario destinados a la atención de personas dependientes en el domicilio del mismo (servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia...).

**Servicios Sociales:** instituciones públicas encargadas de la atención social de los ciudadanos. Son los responsables de la prescripción de los servicios de atención domiciliaria a los usuarios.

**Usuario del Servicio:** persona objeto de la atención domiciliaria.

## **2.6. PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS Y COLECTIVOS CON NECESIDADES ESPECIALES. ACTITUDES Y VALORES. APRECIO POR LOS PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS DEPENDIENTES.**

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 domiciliario, caben destacar dos aspectos fundamentales que lo hacen especialmente necesitado de guiarse por unos principios éticos sólidos: Por un lado, trata con personas en situación de vulnerabilidad, por lo que su objetivo último será el respeto a la dignidad de la persona. Y, por otro lado, se trata de un trabajo que se realiza fundamentalmente en el domicilio del usuario, lo que le otorga características muy especiales.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 2 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 2 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,61 cm

### **2.6.1. PRINCIPIOS DEONTOLÓGICOS**

Los principios deontológicos que deben orientar la práctica profesional de la asistencia domiciliaria son:

- Respeto por la dignidad de la persona. Sea cual sea la situación de la persona atendida, no se puede perder la consideración de su valor como persona.
- El respeto debido hacia las personas con las que se interviene impone reconocer las diferencias encontradas en cada una de las casas, sean de nacionalidad, de religión, de opinión política o de formas de vida, asegurando a cada individuo la misma calidad de servicio y adaptando la forma de intervención.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,53 cm + Sangría: 2,06 cm

**Con formato:** Fuente: Calibri

- Promoción de la autonomía del usuario, así como de la independencia en las decisiones sobre su propia vida, en la medida en que las circunstancias lo permitan.
- Compartiendo las tareas, dejando toda posición de superioridad o de familiaridad.
- No imponiendo los propios valores, sino sugiriendo diversidad de otros medios.
- Adaptándose, tanto como sea posible, a los comportamientos y hábitos de las personas usuarias.
- Dando a los menores atenciones, sin sustituir a sus padres.
- Respeto por la intimidad de la persona.
- Respetar a cada miembro de la unidad convivencial así como mantener el secreto profesional sobre cualquier aspecto de la misma.
- No modificar el orden ni la situación de los objetos del hogar sin consultar al usuario del servicio.
- 
- Medir las repercusiones de nuestro comportamiento en el interior del marco de vida de la persona usuaria. En particular, ser cuidadosos en el mantenimiento de bienes y objetos que pertenecen a las personas.
- Respeto al hogar de la persona usuaria, es importante evitar gastos y ruidos innecesarios.
- Ser una persona discreta, tanto de cara al exterior como dentro de la familia. Ello implica:
  - + Evitar comentarios sobre nuestra vida personal.
  - + Mantener actitudes imparciales, no evidenciando ningún tipo de posicionamiento, tendencia o simpatía especial por ningún miembro de la familia. Debemos evitar emitir juicios y opiniones.
  - + No hacer comentarios sobre los otros casos de los que somos responsables.
  - + Ser prudentes respecto a temas económicos externos a la propia administración del usuario.
- No imponer las propias opiniones sobre un determinado aspecto, sino sugerir

**Con formato:** Fuente: (Predeterminada) Calibrí, 11 pto

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 2,06 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Sin viñetas ni numeración

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,53 cm + Sangría: 2,06 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,53 cm + Sangría: 2,06 cm

aquello que se crea más oportuno y, en todo caso, utilizar los conocimientos profesionales.

- Ofrecer una actitud cercana y de confianza, sin caer en paternalismos o faltas de respeto.

- Actuar como garante de la seguridad de las personas usuarias y su familia, así como vigilancia de nuestra propia seguridad en el desarrollo de la labor profesional. Mención especial al uso de guantes en las actividades de aseo y cuidado personal, y estériles en la realización o ayuda en las curas.

**Con formato:** Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pts

**Con formato:** Normal, Espacio Antes: 6 pts, Después: 6 pts, Interlineado: 1,5 líneas, Sin viñetas ni numeración

**Con formato:** Fuente:

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pts, Después: 6 pts, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,53 cm + Sangría: 2,06 cm

- Reclamar a la institución para la que se trabaja, y a la vez utilizar y poner en práctica, todos los procedimientos y medios necesarios para el desarrollo de un trabajo de calidad.

- Registro de las actuaciones realizadas, para asegurar el seguimiento y cumplimiento de los objetivos marcados y los planes de actuación desarrollados con el usuario.

- Absoluta observancia del secreto profesional.

- Responsabilidad del auxiliar sobre el trabajo, las intervenciones y los métodos aplicados.

- No aceptar propinas, regalos, ni favores de los usuarios, así como relaciones de carácter laboral fuera de la actuación profesional que tenemos encomendada.

- Evitar el contacto con el usuario fuera del horario estipulado para la atención, así como no facilitar medios de contacto personales (teléfono, dirección de mail...)

- Ser una persona muy pulcra y cuidadosa respecto a la higiene y aspecto personal (ropas, cuerpo, etc.), ya que como educadores de hábitos debemos ser un modelo a seguir para el usuario. Interesarse por las mejoras y perfeccionamiento de los procedimientos y técnicas de su profesión. Adoptar una actitud de ampliación de competencias y conocimientos, realizando las actividades de formación pertinentes (que deberá exigir a la institución para la que trabaje).

- No fumar ni comer en el domicilio de los usuarios.

- Notificar la renuncia a un servicio con la antelación suficiente (unos 15 días) y en ningún caso continuar realizando (nosotros o algún conocido) el servicio de forma particular e independiente.
- Comunicar las faltas de asistencia o retrasos puntuales al trabajo con la mayor antelación posible para que tanto la entidad como la familia puedan tomar las medidas oportunas.

La manera de atender y cuidar a las personas dependientes está muy condicionada por las ideas, emociones y actitudes de quienes lo llevan a cabo. Por ~~tantotanto~~, es importante que el profesional reflexione sobre sus ideas y pensamientos sobre el envejecimiento y la dependencia, evitando estereotipos y actitudes negativas sobre el mismo.

Es necesario para el desempeño de las tareas de cuidado presentar unas actitudes positivas, como satisfacción y compromiso con el trabajo realizado, optimismo ante los problemas que se nos planteen, visión positiva ante las circunstancias del trabajo, ... Así mismo, es también esencial mantener actitudes que favorezcan la independencia del usuario, y emplear unas habilidades sociales y de comunicación adecuadas, tales como capacidad de empatía, respeto, utilizar un lenguaje adecuado, comunicación orientadora, ...

### **2.6.3. VALORES**

Los valores sirven como principios que dan orientación a nuestra manera de actuar con nosotros mismos y con los demás. Cada persona tiene sus propios valores, dependiendo de su valoración y adhesión a estos principios.

El profesional de ayuda domiciliaria debe tener clarificados sus propios valores personales, puesto que éstos se manifiestan a través de la conducta en la prestación de sus servicios. Valores como el humanismo, el respeto, la tolerancia, la honestidad o la responsabilidad serán unas sólidas pautas morales sobre las que asentar su trabajo.

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

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

sanitario.

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.

Hay que guardar el secreto profesional y la confidencialidad ante los datos de las personas usuarias. Su divulgación podría suponer su estigmatización o discriminación.

Se mantendrá en todo momento con la persona usuaria una relación de confianza y respeto a la intimidad, así como de confidencialidad con la información sensible que reciba de él, a no ser que la no comunicación de la misma pueda causar perjuicio mayor a la propia persona usuaria o a terceros.

Se hará saber a la persona usuaria, siempre que su capacidad cognitiva se lo permita, que las informaciones que traslade se mantendrán en un ámbito de respeto y reserva, no haciéndose uso de ellas indebidamente.

## 2.7. RESPETO POR LA INTIMIDAD DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES

Además de la confidencialidad, el auxiliar debe mostrar **respeto por la intimidad** de las personas dependientes, esto es, el derecho de las mismas a mantener sus vidas, sus actos y sus circunstancias personales fuera de la "vista de los demás". El respeto a la intimidad es un derecho fundamental de cualquier persona. En este sentido, caben destacar algunas pautas de actuación:

- a) Comentar los aspectos referentes al estado o evolución de los enfermos en voz baja.
- b) 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...
- c) Abstenerse de hacer comentarios frívolos (con otro/as auxiliares...) sobre cualquier circunstancia de salud o personal tanto del usuario como de su familia.
- d) La información personal del usuario no deberá usarse para fines distintos de los asistenciales.
- e) Todo documento en el que aparezca el nombre de un usuario deberá sustraerse

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Sin control de líneas viudas ni huérfanas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

del alcance de personas ajenas al ámbito asistencial.

- f) No se permitirán filmaciones o fotografías en las que se pueda identificar a los usuarios sin su autorización expresa o la de la familia en caso de incapacidad.
- g) Sólo las personas autorizadas podrán acceder a las aplicaciones informáticas que recojan datos del usuario, utilizando su clave de acceso, personal e intransferible.
- h) En el transcurso del aseo o cura de un usuario se respetará al máximo su legítimo pudor a mostrar la desnudez o las partes más íntimas de su cuerpo.
- i) El profesional de apoyo domiciliario, 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.

La imagen que el auxiliar da a los usuarios es la imagen del servicio de ayuda a domicilio ante ellos. Hay que preocuparse por causar una buena primera impresión en la persona usuaria y una buena imagen, y conservarla cada día. La buena apariencia puede crear sentimientos de confianza y acercamiento por parte de las personas usuarias, haciendo más agradable el servicio.

Por otra parte, el auxiliar debe “predicar con el ejemplo”. No sólo porque persigue con el usuario los objetivos de aseo, higiene y presencia física correcta, sino también porque esto afecta no sólo en el aspecto físico sino en el psicológico.

Para ello ofrecemos una serie de consejos básicos:

#### La higiene personal:

Marca las pautas de higiene que esperan las personas usuarias.

- j) Hay que tener las uñas bien recortadas y limpias, y lavarlas antes y después de atender al usuario (añun llevando guantes).
- k) Se debe mantener el cabello siempre limpio, recogido y cuidado (con buen aspecto y bien peinado)
- l) Es esencial ducharse y bañarse de manera habitual. Si se utilizan colonias tendrán que ser discretas, evitando el uso de perfumes. No utilizar desodorantes

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

como sustitutos del baño o de la ducha.

- Ⓜ)\_ Llevar el uniforme o ropa de trabajo bien lavada y limpia.
- Ⓜ)\_ Hacer visible en la ropa de trabajo el nombre del trabajador para favorecer la orientación del usuario si tiene problemas para recordarlo.
- Ⓜ)\_ Llevar limpios el calzado y los calcetines.
- Ⓜ)\_ No llevar joyas ni objetos que supongan un riesgo o dificulten la labor.
- Ⓜ)\_ Procurar no salir del domicilio vestido/a con el uniforme.

#### La expresión:

- Ⓜ)\_ La cara revela los sentimientos; a través de la expresión no sólo les mostrará cómo se siente en ese momento el trabajador, sino también sus sentimientos hacia ellos.
- Ⓜ)\_ La sonrisa se contagia. La gente responde a las sonrisas y adopta una actitud más receptiva.
- Ⓜ)\_ El contacto visual es una manera de mostrar interés por lo que la otra persona dice; hay que mantener siempre contacto visual con la persona con la que nos comunicamos.
- Ⓜ)\_ El lenguaje corporal transmite información.
- Ⓜ)\_ Hay que mantener siempre una buena postura, para tener una buena apariencia y para evitar molestias derivadas de una inadecuada posición.
- Ⓜ)\_ Evitar realizar gestos que reflejen inquietud, inseguridad..., por ejemplo, jugar con el reloj, con el anillo, bostezar, tocarse el pelo, hurgarse las uñas, tamborilear con los dedos, con los pies, con el bolígrafo, morderse las uñas, mirar el reloj, rascarse...

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Lavoz:**

\*)\_ Adaptar el tono a los posibles déficits auditivos del usuario.

## 2.10. ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS. TÉCNICAS DE HUMANIZACIÓN DE LA AYUDA.

### 2.10.1- ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS

El hombre es un ser único en el que conviven distintas realidades o niveles (físico, mental y emocional, relacional, y espiritual). La atención integral hace referencia a tener en cuenta a la persona en su totalidad.

Estos niveles son dependientes los unos de los otros y un cambio en uno de ellos afectará, en mayor o menor medida, a los demás. Por lo tanto, cuando la persona evidencia problemas de funcionamiento a nivel físico, por ejemplo, hay que tener en cuenta que estos problemas tendrán su correlato en los otros niveles. La calidad de vida es el resultado de lograr el equilibrio entre las múltiples dimensiones que forman la persona.

Pero\_—además, esta estructura multidimensional de la persona está siempre en continua interacción con el entorno, con lo que podemos decir que la persona es además una estructura plurirrelacional.

La enfermedad y las situaciones de dependencia tienden a producir una desestructuración que siempre será global, es decir, que en mayor o menor medida, afectará a todas las dimensiones de la persona, así como también a la interacción de ésta con su entorno. Por lo que atender a una persona dependiente supone realizar una serie de intervenciones de “reconstitución” de ésta, interviniendo en todas sus facetas y en la relación con su entorno.

#### Atención a la dimensión corporal:

Es algo inherente a la propia asistencia. Para ello, hay que ofrecerle atención médica y de enfermería, atender la higiene, cuidar la alimentación, aliviar el dolor, atender el patrón

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

de eliminación del enfermo, favorecer el confort y la seguridad física, etc.

Esta atención se debe realizar con una actitud humanizada (es decir, con amabilidad, empatía, acompañamiento,...) y de competencia profesional, a través de un proceso de formación continuada.

**Atención a la dimensión psicológica:**

Supone acercarse al conocimiento del mundo emocional (funcionamiento mental) de la persona y cubrir sus necesidades. Conocer cómo es la persona y cómo vive la enfermedad, comprenderla (poniéndose en su lugar) y apoyarla y acompañarla emocionalmente)

NECESIDAD	COMENTARIO
Seguridad	Sentimiento de protección ante una amenaza
Pertenencia	Deseo de sentirse necesario y no suponer una carga para los demás.
Amor	Necesidad de expresión de afecto y contacto humano.
Entendimiento	Necesidad de comprender las explicaciones sobre los síntomas y sobre la naturaleza de la enfermedad.
Aceptación	Necesidad de ser aceptado con independencia del estado de ánimo, la sociabilidad y la apariencia.
Autoestima	Se favorece involucrando al enfermo en la toma de decisiones, especialmente en aquellas que se refieren a su dependencia física.
Confianza	Necesidad de una comunicación honesta con la familia y los cuidadores. Seguridad de estar recibiendo el mejor cuidado posible.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)  
**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

### Atención a la dimensión social:

Hay que favorecer las relaciones sociales de la persona atendida con su entorno. Para ello, hay que conocer la situación de la persona (cultural, económica, social...) y apoyarla decididamente ante el rechazo y la exclusión social que algunas enfermedades (como los trastornos mentales, por ejemplo) todavía hoy conllevan.

### Atención a la dimensión espiritual:

La atención a la dimensión espiritual y trascendental en la persona dependiente la hemos de entender en un sentido amplio que incluya:

—

**aa)** Atención a la parte trascendental de la persona, que se ve afectada ante la enfermedad:

**bb)** Sentido de la vida y la existencia

**cc)** Valores personales

**dd)** Criterios morales que rigen decisiones y conductas de la persona

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

La atención integral además supone:

### Personalización de la atención

*No hay enfermedades sino enfermos.* La persona atendida es más que unos síntomas, un diagnóstico o una situación de dependencia; tiene un nombre, una historia, unas costumbres...

Respeto absoluto de sus derechos como ciudadano, independientemente de su edad, raza, sexo, posición económica y social, creencias, tendencia sexual, etc. Poniendo énfasis en los derechos de intimidad y confidencialidad.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

### **2.10.2- TÉCNICAS DE HUMANIZACIÓN DE LA AYUDA**

En el ámbito domiciliario humanizar la ayuda se refiere a hacer humana la asistencia, en todas las esferas de la persona, y no quedarse simplemente en la dimensión técnica de la atención.

El profesional debe aplicar una serie de técnicas que permiten humanizar la asistencia. Además de emplearlas en el trabajo e interacciones cotidianas, debe ser capaz de transmitir las y enseñarlas a las personas usuarias y sus familiares. Entre ellas:

**Empatía:** Ponerse en el lugar de la persona y/o su familia. Detrás del comportamiento de cada persona siempre hay una razón, un miedo, una frustración, una dificultad. Es importante ponerse en el lugar de la persona, meterse en su piel, acercarse desde el punto de vista emocional al modo en el que está viviendo la situación: cómo le afecta, que supone para él/ella, cómo se siente...

**Escucha activa:** No sólo consiste en captar y comprender las palabras que se dicen, sino prestar atención a los sentimientos. Es escuchar a través del lenguaje verbal y no verbal (silencios, gestos, miradas..., dan pistas de determinados estados emocionales). Significa escuchar y atender y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla.

La escucha activa implica:

1. no interrumpir,
2. mirar a los ojos,
3. tener actitud y postura de disponibilidad, sin sensación de tener prisa,
4. sentarse al lado,
5. no distraerse,
6. dar señales de que se está escuchando,
7. no juzgar ni hacer gestos de valoración, aunque las manifestaciones sean de irritabilidad o indiquen una crítica.
8. No ofrecer ayuda ni soluciones prematuras
9. No rechazar lo que el otro esté sintiendo, por ejemplo: "no te preocupes, eso no es nada"
- No contar la "propia historia" cuando el otro necesita hablar.
- 10.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,81 cm + Sangría: 1,45 cm

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

12.- Evitar el “síndrome del experto”: ya tienes las respuestas al problema de la otra persona antes incluso de que haya contado apenas lo que le pasa.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Expresión de la emoción:** Drenar emociones, cuando éstas son vivencialmente intensas es absolutamente necesario y terapéutico. Su represión conduce a la acumulación de tensión que aumenta innecesariamente el malestar emocional. La expresión en el clima adecuado, por el contrario, facilita la relajación.

Las claves de la comunicación asertiva:

25.- Expresar las intenciones de forma directa, pero relajada, dirigiéndose al interlocutor por su nombre y haciéndole partícipe.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

26.- Es importante mantener el contacto visual con nuestro interlocutor y la cercanía, pero sin invadir su terreno.

- Es imprescindible defender las propias opiniones y puntos de vista, sin dejar de respetar a la otra persona.

**Con formato:** Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pto

#### **2.2.11. DINÁMICA DE LA RELACIÓN DE AYUDA: ADAPTACIÓN, DIFICULTADES, LÍMITES Y PREVENCIÓN DE RIESGOS PSICOLÓGICOS**

**Con formato:** Normal, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Sin viñetas ni numeración

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto

Se entiende por relación de ayuda un intercambio humano y personal entre dos seres humanos. En este intercambio, uno de los interlocutores (en nuestro caso el profesional de atención domiciliaria) captará las necesidades del otro (la persona usuaria), con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 2 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 10 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,69 cm

La relación de ayuda busca cambios en la conducta de la persona, persiguiendo modificaciones que sean importantes para ella. Para lograr cambios duraderos, el impulso tiene que venir de dentro.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

En el caso de personas dependientes, los cambios buscados pueden traducirse en una

actitud positiva ante la enfermedad y las situaciones de dependencia, ayudando a integrar la experiencia en su propia vivencia, aceptando los límites, ayudando a aclarar aquellas situaciones que provocan miedo y sufrimiento, resolviendo los conflictos que pueden surgir en la persona, animando a luchar contra la enfermedad y no abandonarse a ella.

Podemos distinguir varias **etapas en la dinámica de la relación de ayuda**:

6. **Configuración del encuentro personal: acogida y orientación.** Esta fase se refiere a la recepción adecuada del usuario tanto en el ámbito físico como psicológico. Así en el ámbito físico se dan las características que debe tener el espacio físico, al igual que el aspecto, expresión, etc. que debe tener el profesional para mostrar una sensación de acogida a la persona usuaria. En el ámbito psicológico se vuelve a hacer hincapié en la empatía, disponibilidad, etc. que debe mostrar el profesional.

7. **Exposición, clarificación e identificación del problema.** El objetivo último de esta fase es definir el problema. Para ello es necesario que el profesional ponga en práctica la empatía, escucha activa, respeto, así como saber ayudar a la persona usuaria a concretarse en su problema y a comprometerse y responsabilizarse del tratamiento terapéutico. Conviene también analizar las actitudes tanto positivas como negativas que puede mostrar la persona usuaria durante esta fase.

8. **Confrontación y reestructuración del problema.** El profesional debe ayudar a la persona usuaria a cambiar su visión del problema y ver en esta nueva visión perspectivas de solución, debe concienciar a la persona de que es la responsable de sus experiencias y vivencias, debe enseñarle a aceptar que existen problemas que no se pueden solucionar, etc. también se explican las actitudes que tanto el profesional como la persona atendida deben tener o evitar.

9. **Iniciación del plan de acción.** Hace referencia a la decisión del diagnóstico, de los objetivos y la puesta en marcha de acciones encaminadas a la resolución de los problemas.

10. **La evaluación.** Debe ser tanto una autoevaluación como una evaluación del proceso completo: ¿se cumplieron los objetivos?

11. **No saber qué decir ante determinadas situaciones y circunstancias.**

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Imagen con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,25 cm + Sangría: 1,88 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

12.- Miedos de los profesionales al enfrentarse ante determinadas circunstancias.

13.- Falta de comprensión y aceptación de la persona usuaria y de la manera de manifestar sus necesidades y su entendimiento de la enfermedad, especialmente cuando la persona procede de un entorno cultural diferente al imperante.

14.- Hacer nuestro el sufrimiento de la persona usuaria.

Otro riesgo presente es la aparición de lo conocido como Síndrome de Burn-out (quemarse). Aparece en el profesional como una respuesta al estrés crónico, que surge al trabajar bajo “condiciones difíciles” en contacto directo con las personas usuarias, y que puede tener consecuencias negativas para la persona.

Para la prevención de estos riesgos, Malasch recomienda utilizar ciertas rutinas que permitan descargar esta situación cotidiana y comenzar a separar el trabajo a domicilio del trabajo exterior; las relaciones laborales de las relaciones personales o íntimas (tener presente que las personas usuarias no son nuestras amigas). Las citadas rutinas pueden ser:

• Paseo periódico

• Realización de ejercicio físico

•

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 1,25 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 4 + Estilo de numeración: Viñeta + Alineación: 0,83 cm + Sangría: 1,45 cm

**Con formato:** Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pto

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 2 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 10 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,69 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

### 3.2.12. LA INTERVENCIÓN EN LAS SITUACIONES DE DUELO

El duelo es el proceso por el que pasa una persona que sufre una pérdida. Se define como una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. Permite reestablecer el equilibrio roto con la muerte del ser querido. Prepara para vivir sin la presencia física de esa persona y mantiene el vínculo afectivo de forma que sea compatible con la realidad presente.

El duelo no es una enfermedad, aunque resulta ser un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que tarde o temprano hemos de afrontar, casi todos, los seres humanos.

Resulta especialmente relevante cuando se pierde a alguien muy importante en nuestra vida y, pese a ser algo natural, puede suponer un gran dolor, desestructuración y desorganización en la vida del doliente.

No requiere en la mayoría de los casos de intervenciones específicas, siempre que el doliente disponga de recursos adecuados tanto internos como externos para hacer frente a la pérdida. Sólo en un 10-20% de los casos suele presentar dificultades, derivando en lo que conocemos como duelo complicado o patológico.

El duelo es un proceso único e intransferible. Cada persona vive el dolor de una manera única, no hay dos duelos iguales de la misma manera que no hay dos personas iguales.

Está condicionado por el entorno socio-cultural. Aunque el duelo es una experiencia universal, los ritos y ceremonias que ayudan a afrontar la realidad de la pérdida están influenciados por el entorno socio-cultural en el que nos encontramos.

La enorme variabilidad del duelo depende de las características de la persona en duelo, su situación personal y antecedentes, de "quién" es la persona fallecida para el doliente, de las causas y circunstancias de su fallecimiento, de las relaciones sociofamiliares, y de las costumbres sociales, religiosas, etc. de la sociedad en la que vive. No obstante, podemos describir a grandes rasgos la evolución del duelo a lo largo del tiempo:

•• **Duelo anticipado** (pre-muerte). Es un tiempo caracterizado por el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima, mantenida en mayor o menor grado hasta el final; también por la ansiedad, el miedo y el centrarse en el cuidado del enfermo. Este período es una oportunidad para prepararse psicológicamente para la pérdida y deja profundas huellas en la memoria.

•• **Duelo agudo** (muerte y período alrededor de la muerte). **Etapas de desconcierto y embotamiento.** Son momentos intensísimos y excepcionales, de verdadera catástrofe psicológica, caracterizados por el bloqueo emocional, la parálisis psicológica, y una sensación de aturdimiento e incredulidad ante lo que se está viviendo, como si fuera irreal, con una sensación de embotamiento que se asemeja a una especie de shock psicológico, es una situación de auténtica despersonalización.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Negrita

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 4 + Estilo de numeración: Viñeta + Alineación: 0,83 cm + Sangría: 1,45 cm

Algunos autores señalan el carácter funcional de esta conmoción como un elemento de protección ante la gran carga aversiva que supone el momento de la muerte, es como si esta conmoción tuviera una función anestesiadora del dolor. Esta primera fase puede durar desde unas pocas horas hasta algunos días.

•• **Duelo temprano. Etapa de anhelo y búsqueda de la pérdida.** Desde semanas hasta unos tres meses después de la muerte. Pasadas estas primeras horas o días, aún no se puede aceptar la idea de la pérdida, los hábitos y costumbres siguen estando relacionados con el ser querido, lo que produce una continua añoranza del fallecido, todo lo que le rodea le recuerda su presencia y apenas se puede pensar en otra cosa. Es un tiempo de negación, de búsqueda del fallecido, de estallidos de rabia y/o culpa, y de intensas oleadas de dolor y llanto, de profundo sufrimiento. La persona no se da cuenta todavía de la realidad de la muerte. Esta fase que puede durar entre tres y cuatro semanas se caracteriza por una gran ansiedad e inseguridad pudiendo aparecer ataques de pánico e hiperventilación.

▲• **Duelo intermedio. Etapa de desorganización y desesperación.**

Desde meses hasta años después de la muerte. A medida que va pasando el tiempo, y se van acabando las ceremonias y rituales de despedida y las personas de su entorno que constituyen su apoyo social se tienen que reincorporar a sus actividades habituales, es cuando ese empieza a ser conscientes de la magnitud de la pérdida, de lo que significa no poder volver a compartir momentos y experiencias con la persona fallecida, ...

Es un tiempo a caballo entre el duelo temprano y el tardío, en el que no se tiene la protección de la negación del principio, ni el alivio del paso de los años. Es una etapa que se caracteriza por una gran desesperación y tristeza. Es un periodo de tormentas emocionales y vivencias contradictorias, de búsqueda, presencias, culpas y autorreproches, ... donde continúan las punzadas de dolor intenso que llegan en oleadas. Con el reinicio de lo cotidiano se comienza a percibir progresivamente la realidad de la pérdida, apareciendo múltiples duelos cíclicos en el primer año (aniversarios, fiestas, vacaciones...) y la pérdida de los roles desarrollados por el difunto (confidente, amante, compañero, el chapuzas, ...). Aparecen largos periodos de apatía y desesperanza con ausencia de ilusión y visión de futuro, se tiene la sensación de que la vida ha perdido sentido. Es también un tiempo de soledad y aislamiento, de pensamientos obsesivos, ... A veces es la primera experiencia de vivir

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

solo, y es frecuente no volver a tener contacto físico íntimo ni manifestaciones afectivas con otra persona. Se va descubriendo la necesidad de descartar patrones de conducta previos que no sirven (cambio de estatus social) y se establecen unos nuevos que tengan en cuenta la situación actual de pérdida. Este proceso es tan penoso como decisivo, ya que significa renunciar definitivamente a toda esperanza de recuperar a la persona perdida.

Finalmente los períodos de normalidad son cada vez mayores. Se reanuda la actividad social y se disfruta cada vez más de situaciones que antes eran gratas, sin experimentar sentimientos de culpa. El recuerdo es cada vez menos doloroso y se asume el seguir viviendo. Varios autores sitúan en el sexto mes el comienzo de la recuperación, pero este período puede durar entre uno y cuatro años.

#### •• **Duelo tardío. Etapa de reorganización y recuperación.**

Transcurridos entre 1 y 4 años, el doliente puede haber establecido un nuevo modo de vida, basado en nuevos patrones de pensamiento, sentimiento y conducta que puede ser tan grato como antes, pero sentimientos como el de soledad, pueden permanecer para siempre, aunque ya no son tan invalidantes como al principio. Las punzadas de dolor van disminuyendo en frecuencia e intensidad, empieza a mirar hacia el futuro en vez de hacia el pasado y a reconstruir su mundo, recuperando poco a poco la esperanza, estructurando el tiempo hacia actividades con proyección de futuro y permitiéndose un progresivo acercamiento a las emociones positivas, planteándose nuevos objetivos y la posibilidad de estar abierto a nuevas relaciones.

•• **Duelo latente** (con el tiempo...) A pesar de todo, nada vuelve a ser como antes, no se recobra la mente preduelo, nunca se vuelve al estado anterior a la pérdida, claramente hay un antes y un después, aunque sí parece llegarse, con el tiempo, a un duelo latente, más suave y menos doloroso, que se puede reactivar en cualquier momento ante estímulos que recuerden...

41. En primer lugar **aceptar la realidad de la pérdida** asumiendo que la marcha es irreversible, en ocasiones vemos como algunas personas tratan evitar esta realidad guardando todas las posesiones del fallecido (momificación) con la fantasía inconsciente de tenerlas preparadas para cuando vuelva o convirtiendo su casa en lo que

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 4 + Estilo de numeración: Viñeta + Alineación: 0,83 cm + Sangría: 1,45 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 4 + Estilo de numeración: Viñeta + Alineación: 0,83 cm + Sangría: 1,45 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0,64 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: -0,28 cm + Sangría: 0,18 cm

conocemos como “casa museo” en la que todo recuerda a la persona fallecida.

1. En segundo **lugar trabajar las emociones y el dolor**, permitiéndonos mostrar las emociones sin negar el sufrimiento que supone la pérdida.

5

61. En tercer lugar **adaptarse a un medio en el que el fallecido ya no está presente**, desarrollando nuevas habilidades asumiendo nuevos roles y buscando significado y sentido a la propia vida.

71. Y por último **recolocar emocionalmente al ser querido muerto**, teniendo claro que la tarea no consiste en olvidar, sino en encontrarle un lugar en nuestra vida psicológica que nos permita continuar viviendo eficazmente.

**Con formato:** Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pto

### 2.12.3. INTERVENCIÓN EN LAS SITUACIONES DE DUELO

#### Establecer una buena relación

Supone establecer una estrategia, unos objetivos, ser una persona empática con el doliente, sin juzgar, mostrando interés y comprensión...

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 0,63 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Es atenta, centrada e intensa; es una escucha del otro y de uno mismo. En la atención a personas que sufren profundamente se debe recordar, casi continuamente que “yo soy yo y el otro es el otro”. Se puede impregnar de los sentimientos del doliente, pero sabiendo que son de él y no suyos.

Es favorecer la comunicación, esperar, tener paciencia, es también hacerle un espacio al otro (al doliente) y darle “permiso” con nuestra actitud y ese clima “seguro” que hemos creado, para que cuente lo que se le ocurra o exprese sus emociones más profundas.

La tristeza, culpa, miedo, amor y alegría, serán partos más o menos fáciles, solo hay que estar y no interrumpir; mientras que la rabia siempre será un parto difícil.

Son técnicas facilitadoras de la comunicación: preguntas abiertas, miradas, silencios, ecos, asentimientos, hacer resúmenes para resituar mentalmente al doliente y ayudarle a

identificar sus emociones.

15.\_ Explicarle que lo suyo es “único” y que tiene permiso para sentir lo que quiera y cuando quiera.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

16.\_ Aclararle que la evolución teórica del proceso es hacia el ajuste, que todos los seres vivos se adaptan instintivamente a las nuevas situaciones.

17.\_ Orientarle sobre las dudas más habituales: “¿Es bueno ir al cementerio?, ¿y llorar...?, ¿y hablar siempre del muerto...?, ¿por qué ahora no me fío de nada ni de nadie, y por qué me parece todo distinto?, ¿por qué ahora tengo más miedo de morirme y a la vez quiero morirme?.

**Con formato:** Fuente: Calibri

**Con formato:** Fuente: Calibri

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Como orientación general, hay que desanimar la toma de decisiones importantes durante el primer año, pero a la vez hay que animar la toma independiente de decisiones menores.

También podemos asesorar en la reorganización familiar, explicando que la pérdida de uno de los componentes de la familia lo trastoca todo,... interacciones, roles, espacios, normas, autoridad, poder, economía,... todo se tiene que renegociar y reconstituir.

## B. TECNICAS ESPECÍFICAS

A ~~continuación~~ continuación, se exponen algunas otras técnicas a utilizar con dolientes:

18.\_ **Anticipación de fechas y situaciones:** da sensación de control. Algunas fechas (aniversario de la muerte, cumpleaños, Navidades, Todos los Santos, etc.) son especiales y con ellas llegarán nuevos tirones de dolor que si han sido previstos, no sorprenden ni desmoralizan tanto al doliente.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

El darse cuenta de lo que siente, en determinadas situaciones y saber por qué, también alivia. ~~Así~~ Así, por ejemplo, saber por qué, a veces, la gente hace como que no le ve (no saben qué decir, se sienten violentos), no le tratan como antes (ya no es pareja), o en las fiestas, fines de semana, vacaciones, lo pasa mal porque nota de forma ~~mas~~ mas intensa su falta y no encuentra cuál es ahora su lugar...

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**20. Toma de decisiones, solución de problemas y adquisición de habilidades:** A veces, la persona en duelo tiene un auténtico bloqueo cognitivo mezclado con miedo, su mundo se le ha venido abajo y todo puede ser extremadamente peligroso y difícil. En esta situación, es útil la ayuda en la toma de decisiones, comenzando con problemas sencillos, tratando de que la persona llegue a ser autónoma.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**20. Narración repetitiva de la muerte y contar historias sobre la persona fallecida:** Hablar de la muerte alivia. La repetición del relato pormenorizado de la muerte quita intensidad a la emoción, lava, purga, abre la espita de la emoción y además libera, ordena y estructura el pensamiento, hace de la muerte una parte de nosotros mismos, la normaliza.

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 2,15 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Sin viñetas ni numeración

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 1,52 cm, Sangría francesa: 0,63 cm, Derecha: 0,04 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm, Control de líneas viudas y huérfanas

Hablar del muerto alivia. La narración de retazos de la vida del difunto, resitúa los vínculos y asegura que nunca se romperán, pero serán de otra manera. Con ello, el doliente perfila lo que fue y lo que es, reflexiona, busca, y tiene la oportunidad de ver que los vínculos son ahora distintos, pero perviven.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**23. Hablar de los sueños y de las presencias: visuales, auditivas, táctiles ...:** Los sueños representan el mundo vivencial del doliente, su abordaje aporta información sobre su estado emocional. Las presencias (ver, oír o sentir que le toca el difunto) son descargas del cerebro, ante determinados estímulos, de parte de la información que tiene almacenada sobre el fallecido, es algo parecido al miembro fantasma (se siente aunque no está). Pasado el tiempo van desapareciendo progresivamente los fenómenos alucinatorios, pero la información no desaparece nunca y basta un estímulo lo suficientemente intenso, (aniversario,...) para provocar emociones olvidadas, incluso años después. Es importante hablar con el doliente de estos fenómenos, para normalizarlos y evitar la idea de que el difunto está interviniendo en su vida (pensamiento mágico), o pensar que se está volviendo loco, ambas ideas muy presentes, por lo novedoso e intenso de las emociones que está viviendo.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**24. Sondas emocionales y preguntas terapéuticas:** Las sondas emocionales son preguntas que tratan de atravesar las barreras defensivas y facilitan la

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 1,52 cm, Sangría francesa: 0,63 cm, Derecha: 0,04 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm, Control de líneas viudas y huérfanas

comunicación. Son preguntas que rastrean las emociones y liberan parte de su tormenta interior. Simplemente un "¿Cómo te sientes?".

También es conveniente indagar sobre las ideas de suicidio y valorar si hay riesgo, si es algo concreto o sólo una idea fugaz, o la pérdida del "norte" existencial (propia del duelo), y qué cosas (frenos y anclajes) se lo impiden y le sujetan a la vida.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Los tópicos sociales, provocan lejanía emocional y a veces enfado. Conviene evitar las frases hechas, las seguridades prematuras y los consejos no pedidos como: "te acompaño en el sentimiento", "ya verás cómo... se te pasará con el tiempo", "lo que tienes que hacer es... irte de vacaciones y olvidar todo".

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Muchas veces los tópicos son fruto del nerviosismo y del no saber qué decir, por eso puede ser más adecuado verbalizar cómo nos sentimos: "no se qué decirte...estoy nervioso, esto también me afecta...", o mejor todavía expresarlo de forma no verbal con un apretón de manos, una palmada, un abrazo, una mirada en silencio, ... La comunicación no verbal es directa y sincera, transmite entendimiento y se capta fácilmente.

#### **27.- Detección de complicaciones y filtro del sistema:**

Conviene estar atentos a las complicaciones del duelo y en caso necesario derivar al nivel especializado. De 10 a 20 personas de cada 100 hacen un duelo complicado: es un duelo que no acaba, donde persiste la depresión, la ansiedad y los problemas físicos y no se da una evolución de las etapas normales.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Por ejemplo, estilos de afrontamiento autolesivos (drogas, alcohol, psicofármacos, ...) para tratar de evitar el dolor, o conductas repetitivas (juego, adicción al trabajo...). Aparición de enfermedades asociadas, como ansiedad, depresión, fobias, crisis de angustia,... sospecha de duelo patológico (intensa añoranza, culpa asfixiante, enfado continuo, deterioro de las relaciones con los cercanos...

#### **28.- Otras técnicas de uso especial con dolientes:**

- El teléfono puede ser útil en el apoyo ante una fecha significativa que se avecina, una recaída...
- Para determinadas personas, el escribir, alivia, aclara y ordena sus ideas y

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 3 + Alineación: 2,36 cm + Sangría: 2,99 cm

emociones. Se puede sugerir escribir acerca de “las cosas que le dirías y no le has dicho”, o “tener un diario escrito con tus conversaciones con él”. También se puede dibujar.

- Se puede recomendar, en un momento dado y dependiendo del contexto, la lectura de un libro de autoayuda.
- Elaborar un álbum de fotos o atesorar una caja con recuerdos.
- Visualizar vídeos del fallecido.
- Tener animales domésticos. A veces juegan un papel fundamental en el duelo, enganchan a la vida, permiten expresar cariño, hablarles las cosas que no se cuentan a nadie, al acariciarles se tiene el calor del contacto físico y con el paseo (si es un perro) la socialización es obligada.
- Internet. Cada vez hay más recursos para las personas en duelo, desde los chats de autoayuda en duelo hasta los ciber cementerios en los que se pueden erigir verdaderos “monumentos” funerarios conmemorativos, pasando por psicólogos y asesores de duelo que desarrollan sus sesiones terapéuticas directamente “on line”, o páginas de apoyo al duelo, nacionales e internacionales.
- “La reestructuración cognitiva en el duelo es muy útil. Ayuda al doliente a identificar los habituales pensamientos automáticos que disparan sentimientos negativos asociados a la pérdida, del tipo “no podré conseguirlo,... me pondré a llorar y arruinaré el bautizo,... ya no sirvo para nada, qué pinto yo en este mundo, nada tiene sentido,...”, y se le enseña a pararlos mediante detención de pensamiento e inocular ideas positivas, como: “seguro que puedo, seré capaz, me contendré,... ahora puedo ayudar a mi hija, ella me necesita,... puedo hacerlo,... puedo vivir”, esto hará que se sientan francamente mejor y más capaces. Es una técnica muy rica por su sencillez e inmediatez.
- Las fantasías y visualizaciones dirigidas.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

### **2.13 LA OBSERVACIÓN Y REGISTRO DE LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL Y EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN FÍSICA. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE OBSERVACIÓN APLICADOS A LAS SITUACIONES DOMICILIARIAS.**

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 3 + Alineación: 2,36 cm + Sangría: 2,99 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto

### 2.13.1 LA OBSERVACIÓN Y REGISTRO DE LA EVOLUCIÓN FUNCIONAL Y EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN FÍSICA.

#### Observación:

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. Observar tanto a los propios usuarios como a su entorno brinda mucha información extra que en ocasiones no surge a través del diálogo.

29. Al propio usuario: aspecto, cuidados, estado, etc.

30. Al entorno humano: qué personas tiene a su alrededor, cómo es su relación con ellas, cómo es el trato, cómo son, etc.

31. Al entorno físico: en qué condiciones está la vivienda, hay un elevado riesgo de accidentes, cómo es su accesibilidad, etc.

32. La observación está muy influenciada por la experiencia profesional previa, que dota de las herramientas necesarias para saber diferenciar aquellas manifestaciones que tienen interés de las que aparentemente no las tienen, así como del conocimiento de la persona usuaria y sus reacciones. En este sentido, un profundo conocimiento del usuario al que estamos atendiendo es elemento fundamental para detectar, a través de la observación, los cambios que, no sólo de manera aguda sino progresiva, van sufriendo las personas usuarias del servicio.

Un registro es un documento donde se recogen todos aquellos datos relevantes acerca del estado, de la evolución y de las medidas aplicadas y su efectividad a lo largo del tiempo.

Los registros cumplen una serie de funciones:

33. Comunicación entre los interesados en el cuidado de la persona usuaria, no sólo entre profesionales en un momento dado, sino para un mismo profesional a lo largo del tiempo.

34. Documento legal. Es un documento que puede ser aceptado como prueba en un juicio.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

**Con formato:** Fuente: Calibri

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,52 cm + Sangría: 2,15 cm

35.- Investigación.

36.- Planificación de cuidados. Los datos contenidos en el registro permiten la planificación de los cuidados a lo largo del tiempo.

37.- Auditoría. Permiten controlar la calidad de los cuidados que recibe la persona usuaria.

### 2.13.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE OBSERVACIÓN APLICADOS A LAS SITUACIONES DOMICILIARIAS.

Existen diferentes técnicas e instrumentos de observación y registro dentro de los servicios de atención domiciliaria, con el fin de asegurar la vigilancia de la evolución funcional y las actividades de atención desarrolladas con la persona usuaria. 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:

38.- **Índice de Katz** e **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.

39.- 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.

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Con formato: Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,18 cm + Sangría: 0,67 cm

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Con formato: Sangría: Izquierda: 0,01 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,18 cm + Sangría: 0,67 cm

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

a) Índice de Katz-Katz:

Valora 6 ítems: bañarse, vestirse, usar el retrete, movilidad, continencia y alimentación. Se valora cada ítem con 1 punto si la persona realiza la tarea de forma independiente o con poca ayuda, 0 puntos si no lo hace sola o precisa mucha ayuda. En función de la puntuación obtenida se clasifica al usuario desde la máxima independencia (grupo A) a la máxima dependencia (grupo G). Es una escala de aplicación fácil, rápida y sencilla y muy extendida para la valoración de personas que son atendidas en el domicilio.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

<b>LAVADO</b>		
<input type="checkbox"/> No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo, si ésta es su forma habitual de bañarse).	<input type="checkbox"/> Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (p. ej., espalda o piernas).	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera.
<b>VESTIDO</b>		
<input type="checkbox"/> Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
<b>USO DEL RETRETE</b>		
<input type="checkbox"/> Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas). Puede usar orinal o bacinilla por la noche, vaciándolo por la mañana.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.	<input checked="" type="checkbox"/> No va al retrete.
<b>MOVILIZACIÓN</b>		
<input type="checkbox"/> Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).	<input checked="" type="checkbox"/> Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda.	<input checked="" type="checkbox"/> No se levanta de la cama.
<b>CONTINENCIA</b>		
<input type="checkbox"/> Controla completamente ambos esfínteres.	<input checked="" type="checkbox"/> Incontinencia ocasional.	<input checked="" type="checkbox"/> Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente.
<b>ALIMENTACIÓN</b>		
<input type="checkbox"/> Sin ayuda.	<input type="checkbox"/> Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan.	<input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.
<input type="checkbox"/> Independiente.	<input checked="" type="checkbox"/> Dependiente.	
<p><b>VALORACIÓN</b></p> <p>A. INDEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES.          B. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO EN UNA DE ELLAS.          C. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO Y OTRA MÁS.          D. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO VESTIDO Y OTRA MÁS.          E. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO, VESTIDO, USO DEL INODORO Y OTRA MÁS.          F. INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO, VESTIDO, USO DEL INODORO, MOVILIZACIÓN Y OTRA MÁS.          G. DEPENDIENTE EN LAS SEIS FUNCIONES.</p> <p>OTRAS: DEPENDIENTE AL MENOS EN DOS FUNCIONES, PERO NO CLASIFICABLE COMO C, D, E o F.</p>		

Figura 4. Índice de Katz.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: a, b, c, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 0,63 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

<u>Parámetro</u>	<u>Situación del paciente</u>	<u>Puntuación</u>
<u>Total:</u>		
<u>Comer</u>	- <u>Totalmente independiente</u>	<u>10</u>
	- <u>Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.</u>	<u>5</u>
	- <u>Dependiente</u>	<u>0</u>
<u>Lavarse</u>	- <u>Independiente: entra y sale solo del baño</u>	<u>5</u>
	- <u>Dependiente</u>	<u>0</u>
<u>Vestirse</u>	- <u>Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos</u>	<u>10</u>
	- <u>Necesita ayuda</u>	<u>5</u>
	- <u>Dependiente</u>	<u>0</u>

<u>Arreglarse</u>	- <u>Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.</u>	<u>5</u>
	- <u>Dependiente</u>	<u>0</u>
<u>Deposiciones (valórese la semana previa)</u>	- <u>Continencia normal</u>	<u>10</u>
	- <u>Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas</u>	<u>5</u>
	- <u>Incontinencia</u>	<u>0</u>
<b><u>Parámetro</u></b>	<b><u>Situación del paciente</u></b>	<b><u>Puntuación</u></b>
<u>Micción (valórese la semana previa)</u>	- <u>Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta</u>	<u>10</u>
	- <u>Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda</u>	<u>5</u>
	- <u>Incontinencia</u>	<u>0</u>
<u>Usar el retrete</u>	- <u>Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...</u>	<u>10</u>
	- <u>Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo</u>	<u>5</u>
	- <u>Dependiente</u>	<u>0</u>

<u>Trasladarse</u>	- <u>Independiente para ir del sillón a la cama</u>	<u>10</u>
	- <u>Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo</u>	<u>5</u>
	- <u>Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo</u>	<u>0</u>
	- <u>Dependiente</u>	<u>0</u>
<u>Deambular</u>	- <u>Independiente, camina solo 50 metros</u>	<u>15</u>
	- <u>Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros</u>	<u>10</u>
	- <u>Independiente en silla de ruedas sin ayuda</u>	<u>5</u>
	- <u>Dependiente</u>	<u>0</u>

<u>Parámetro</u>	<u>Situación del paciente</u>	<u>Puntuación</u>
<u>Escalones</u>	- <u>Independiente para bajar y subir escaleras</u>	<u>10</u>
	- <u>Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo</u>	<u>5</u>
	- <u>Dependiente</u>	<u>0</u>

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

<u>Resultado</u>	<u>Grado de dependencia</u>
<u>&lt; 20</u>	<u>Total</u>
<u>20-35</u>	<u>Grave</u>
<u>40-55</u>	<u>Moderado</u>
<u>≥ 60</u>	<u>Leve</u>
<u>100</u>	<u>Independiente</u>

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

### Escala de actividades instrumentales de la vida diaria

<u>Aspecto a evaluar</u>	<u>Puntuación</u>
<u>Capacidad para usar el teléfono:</u>	<u>asignar:</u>
- <u>Utiliza el teléfono por iniciativa propia</u>	<u>1</u>
- <u>Es capaz de marcar bien algunos números familiares</u>	<u>1</u>
- <u>Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar</u>	<u>1</u>
- <u>No es capaz de usar el teléfono</u>	<u>0</u>
<u>Hacer compras:</u>	<u>asignar:</u>
- <u>Realiza todas las compras necesarias independientemente</u>	<u>1</u>
- <u>Realiza independientemente pequeñas compras</u>	<u>0</u>
- <u>Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra</u>	<u>0</u>
- <u>Totalmente incapaz de comprar</u>	<u>0</u>
<u>Preparación de la comida:</u>	<u>asignar:</u>
- <u>Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente</u>	<u>1</u>
- <u>Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes</u>	<u>0</u>
- <u>Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada</u>	<u>0</u>
- <u>Necesita que le preparen y sirvan las comidas</u>	<u>0</u>
<u>Cuidado de la casa:</u>	<u>asignar:</u>
- <u>Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)</u>	<u>1</u>
- <u>Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas</u>	<u>1</u>
- <u>Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza</u>	<u>1</u>
- <u>Necesita ayuda en todas las labores de la casa</u>	<u>1</u>
- <u>No participa en ninguna labor de la casa</u>	<u>0</u>

<u>Lavado de la ropa:</u>	<u>asignar:</u>
- <u>Lava por sí solo toda su ropa</u>	<u>1</u>
- <u>Lava por sí solo pequeñas prendas</u>	<u>1</u>
- <u>Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro</u>	<u>0</u>
<u>Uso de medios de transporte:</u>	<u>asignar:</u>
- <u>Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche</u>	<u>1</u>
- <u>Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte</u>	<u>1</u>
- <u>Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona</u>	<u>1</u>
- <u>Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros</u>	<u>0</u>
- <u>No viaja</u>	<u>0</u>
<u>Responsabilidad respecto a su medicación:</u>	<u>asignar:</u>
- <u>Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta</u>	<u>1</u>
- <u>Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente</u>	<u>0</u>
- <u>No es capaz de administrarse su medicación</u>	<u>0</u>
<u>Manejo de sus asuntos económicos:</u>	<u>asignar: 1</u>
- <u>Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo</u>	<u>1</u>
- <u>Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...</u>	<u>0</u>
<u>Puntuación total:</u>	
- <u>Utiliza el teléfono por iniciativa propia</u>	<u>1</u>
- <u>Es capaz de marcar bien algunos números familiares</u>	<u>1</u>
- <u>Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar</u>	<u>1</u>
- <u>No es capaz de usar el teléfono</u>	<u>0</u>
- <u>Realiza todas las compras necesarias independientemente</u>	<u>1</u>
- <u>Realiza independientemente pequeñas compras</u>	<u>0</u>
- <u>Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra</u>	<u>0</u>

<del>– Totalmente incapaz de comprar</del>	0
<del>– Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente</del>	1
<del>– Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes</del>	0
<del>– Prepara caliente y sirve las comidas pero no sigue una dieta adecuada</del>	0
<del>– Necesita que le preparen y sirvan las comidas</del>	0
<del>– Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)</del>	1
<del>– Realiza tareas ligeras como lavar los platos o hacer las camas</del>	1
<del>– Realiza tareas ligeras pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza</del>	1
<del>– Necesita ayuda en todas las labores de la casa</del>	1
<del>– No participa en ninguna labor de la casa</del>	0
<del>– Lava por sí solo toda su ropa</del>	1
<del>– Lava por sí solo pequeñas prendas</del>	1
<del>– Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro</del>	0
<del>– Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche</del>	1
<del>– Es capaz de coger un taxi pero no usa otro medio de transporte</del>	1
<del>– Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona</del>	1
<del>– Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros</del>	0
<del>– No viaja</del>	0
<del>– Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta</del>	1
<del>– Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente</del>	0
<del>– No es capaz de administrarse su medicación</del>	0
<b>Manejo de sus asuntos económicos:</b>	
<del>6. – Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo</del>	asignar: 1

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

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:

- A.** Si la persona vive sola es necesario saber quién le cuida y cuándo 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.
- B.** Conocer el estado de salud de la o las personas. Para ello también se recurrirá a informes médicos preexistentes.
- C.** 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,...
- D.** 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.
- E.** Saber la opinión de los cuidadores principales. Problemas y dificultades, vías de posibles soluciones, alternativas, etc.
- F.** Obtener datos de la red social del o de los usuarios: familia, amistades, etc.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Primera línea: 0 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: A, B, C, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,18 cm + Sangría: 0,67 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

### **2.14 LAS AYUDAS TÉCNICAS PARA EL CUIDADO Y LA HIGIENE PERSONAL.**

Las ayudas técnicas o dispositivos de apoyo son productos, instrumentos, equipos o sistemas utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, disminuir o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.

El uso de las ayudas técnicas adecuadas permite a una persona con movilidad reducida o persona mayor aumentar su capacidad funcional para la realización de las tareas

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

cotidianas. Son, por tanto, objetos muy diversos que incrementan el nivel de independencia y autonomía personal del usuario con discapacidad en su entorno.

Existen multitud de ayudas técnicas para el cuidado y la higiene:

- Cepillos con mango: permiten la limpieza y peinado del cabello.
- ~~Corta~~uñas adaptados: facilitan el corte de uñas, tanto de manos como de pies.
- Aplicadores de loción.
- Limpiadores de pies: dispositivo de mango largo con diferentes aplicadores que se pueden intercambiar para realizar una correcta higiene de los pies.
- Limpiadores de uñas.

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 2 + Alineación: 1,69 cm + Sangría: 1,87 cm

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

- Sillas para la ducha: sillas adaptables a bañeras y giratorias que facilitan el aseo de personas dependientes.
- Asiento tabla de ducha: asiento adaptable a las bañeras, que permiten realizar el aseo de la persona dependiente sentada.
- Sillas para el baño: sillas preparadas y elaboradas para la realización del aseo en ellas.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Sangría: 1,9 cm

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 2 + Alineación: 1,69 cm + Sangría: 1,87 cm

**Con formato:** Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pto

- Camillas de baño: camillas que permiten realizar el aseo de las personas dependientes que no pueden realizarlo sentados. Muy poco habitual en domicilios.
- Asientos elevadores de inodoro: elevadores de las tazas de inodoro, que facilitan el asiento en el WC para la eliminación.
- Bandejas lavacabezas: bandejas que permiten realizar con facilidad la limpieza del cabello, en silla de ruedas o a personas encamadas.
- Esponja de baño con mango: esponja que permite el acceso fácil a zonas del cuerpo donde la persona tiene dificultades para llegar (piernas, pies, espalda...).
- Botella masculina de orina: facilita la eliminación urinaria masculina a usuarios encamados.

**Con formato:** Derecha, Sangría: Izquierda: 1,87 cm, Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Sin viñetas ni numeración

**Con formato:** Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas, Con viñetas + Nivel: 2 + Alineación: 1,69 cm + Sangría: 1,87 cm

- Cuña: facilita la eliminación urinaria femenina, así como la defecación en personas encamadas.
- Silla inodoro: silla donde pueden realizarse las funciones de eliminación.

Con formato: Espacio Antes: 6 pto, Después: 6 pto, Interlineado: 1,5 líneas

### TEMA 3. APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE HIGIENE Y ASEO DE LA PERSONA DEPENDIENTE

#### 3.1. PRINCIPIOS ANATOMOFISIOLÓGICOS DEL ÓRGANO CUTÁNEO Y FUNDAMENTOS DE HIGIENE CORPORAL. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES.

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.

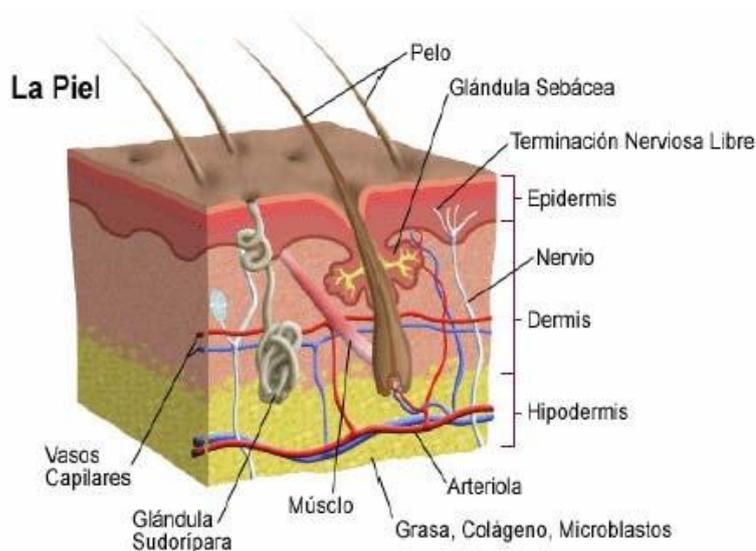
La piel es el órgano más extenso y voluminoso del cuerpo y tiene capacidad para renovarse y repararse. Forma junto con las faneras el sistema tegumentario.

Las faneras contribuyen o ayudan a la piel a realizar sus funciones. Son: el pelo, las uñas, y las glándulas sudoríparas y las sebáceas.

##### 3.1.1. CAPAS DE LA PIEL

La piel está formada por tres capas superpuestas que son:

- epidermis,
- dermis
- hipodermis.



**A. Epidermis:** es la capa más superficial de la piel. Se caracteriza por la ausencia de vasos sanguíneos y porque se nutre a partir de tejido adiposo que se encuentra en estratos inferiores. Está formado por tres tipos de células diferentes: queratinocitos, melanocitos y las células de Langerhans.

- **Queratinocitos:** suponen el 80% del volumen total de la estructura epidérmica y su principal función es llevar a cabo la síntesis de la queratina.
- **Melanocitos:** se encargan de la producción de la melanina, sustancia encargada de la pigmentación de la piel. La cantidad de melanina define la resistencia de la piel ante la agresión solar, ya que actúa como responsable de la absorción de la radiación ultravioleta.
- **Células de Langerhans:** persiguen la captación de antígenos y linfocitos para garantizar las respuestas inmunitarias.

**B. Dermis:** es la capa intermedia de la piel. Es más gruesa que la capa epidérmica, dispone de vasos sanguíneos y estructuras nerviosas, y en ella se alojan la mayoría de los anejos (glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas, el pelo y las uñas).

Esta capa contiene colágeno, elastina y fibras reticulares.

En esta capa se lleva la función esencial de recepción de estímulos y emisión de respuestas realizada por corpúsculos especializados. Ej. Los corpúsculos de Meissner son los responsables de la sensación táctil, los corpúsculos de Pacini son los responsables de la sensación de presión.

**C. Hipodermis:** es la capa más profunda. Su grosor es variable según la zona del cuerpo que proteja. Ésta se compone de tejido conjuntivo y de tejido adiposo, y está en contacto con zonas internas del cuerpo como los músculos, las articulaciones, las prominencias óseas o las vísceras.

### 3.1.2. FUNCIONES DE LA PIEL

Las principales funciones de la piel son las siguientes:

- **Termorregulación:** Ayuda a mantener la temperatura corporal dentro de un valor constante. Los mecanismos de la piel para realizar esta función son, entre otros, la generación de sudor, el acúmulo de tejido adiposo y las reacciones locales. Se comporta como una estructura semipermeable.
- **Protección:** protege al organismo de traumatismos mecánicos, radiaciones, invasión de sustancias extrañas y gérmenes.
- **Excreción:** la piel posee una función excretora de sustancias de desecho a través del sudor.
- **Función de relación con el medio externo:** comunica al individuo con el mundo exterior debido al gran número de terminaciones nerviosas que aseguran la recepción de los estímulos táctiles, térmicos y dolorosos.
- **Función secretora:** la piel secreta grasa por las glándulas sebáceas. Esta grasa la protege de la sequedad y el agrietamiento, así como de la radiación ultravioleta.
- **Función metabólica:** asegura la síntesis de carotenos, melanina y vitamina D, esencial en el crecimiento y regeneración de los huesos.
- **Función de absorción:** la piel puede ser utilizada como vía tópica en la administración de algunos medicamentos.

### 3.1.3. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

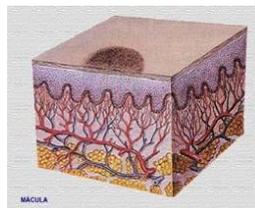
Las lesiones cutáneas se originan cuando la integridad de la piel se ve alterada. Estas lesiones pueden ser de dos tipos:

#### A. LESIONES PRIMARIAS

Se originan a partir de trastornos cutáneos producidos por procesos sistémicos y en ellas no existe ruptura de la piel. Estas a su vez se pueden clasificar en:

##### Consistencia sólida:

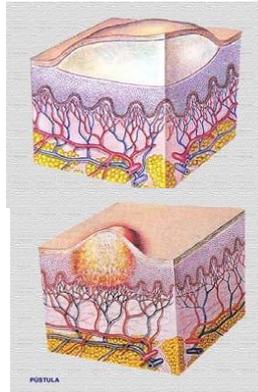
- **Mácula purpúrea:** Lesión no sobrelevada que se manifiesta por un cambio de coloración de la piel.
- **Pápula:** Lesión sobrelevada inferior a 1cm. De diámetro. Puede ser epidérmica (verruga), térmica (granuloma anular) o dermoepidérmica (liquen plano).



- **Roncha o habón:** Lesión pápulo-edematosa, blanca o rosada, típica de la urticaria, de corta duración.
- **Tubérculo:** Lesión elevada producida por inflamación crónica y que deja cicatriz cuando resuelve.
- **Nódulo:** Lesión de más de 1 cm. De diámetro localizada en epidermis o dermis.
- **Tumor:** Masa que crece y se desarrolla en la piel, de material normal o patológico o por células. Con carácter benigno o maligno.

#### Consistencia líquida:

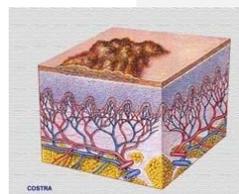
- **Vesícula:** Lesión de tamaño inferior a 0,5 cm. De contenido purulento.
- **Ampolla:** De mayor tamaño que la vesícula. Pueden ser epidérmicas, rompiéndose en este caso fácilmente, o subepidérmicas, en cuyo caso son tensas.
- **Pústula:** Pequeña elevación cutánea parecida a la ampolla pero con pus en el interior.
- **Quistes:** Lesiones de contenido variado (líquido, sólido o semilíquido) producidas por una pared epitelial que las rodea y delimita.



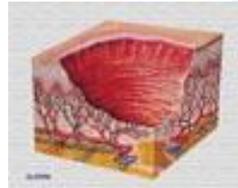
#### B. LESIONES SECUNDARIAS

Se producen como consecuencia o debido a la evolución sufrida por lesiones primarias

- **Escamas.** Lámina compuesta por células epiteliales queratinizadas desprendidas de la superficie (ictiosis, psoriasis, dermatitis seborreica, ...)
- **Costras:** Producidas por desecación de exudados o sangre.
- **Escara:** Lesión producida por tejido necrótico, de color negro y límites netos.



- **Erosión:** Pérdida superficial de la epidermis que cura sin cicatriz.
- **Excoriación:** Solución de continuidad que afecta a epidermis y dermis papilar.
- **Úlcera:** Pérdida de sustancia que afecta a epidermis, dermis, tejido subcutáneo.



### C. OTRAS PATOLOGÍAS

- **Acné:** Es una enfermedad de origen multifactorial y de base seboreica. Se puede definir como una enfermedad inflamatoria crónica.
- **Psoriasis:** enfermedad inflamatoria crónica de la piel que se caracteriza por producir lesiones cutáneas en forma de máculas y pápulas recubiertas por escamas estratificadas. Enfermedad crónica con brotes de agudización. Nocontagiosa.
- **Herpes simple:** Afección aguda que se presenta en forma de erupción. Son vesículas agrupadas que se sitúan sobre un área o zona eritematosa. De origen infeccioso, producida por el virus herpes simple.
- **Forúnculo:** Es una afección de la piel, una infección purulenta producida por bacterias. Se localiza en zonas de la piel ricas en folículos pilosebáceos (nuca, cuello, cintura, ingles, glúteos) y sobre todo en esas zonas que están expuestas al roce.
- **Pediculosis:** Junto a la sarna, la pediculosis es la zooparasitosis más frecuente. El piojo se alimenta de sangre varias veces al día y al picar en la zona desencadena un cierto escozor acompañado de un prurito intenso.
- **Tiña:** Es una infección producida por hongos que afecta a la piel, las uñas, pelos y cabello, causada por diferentes especies de hongos.
- **Sarna:** Es una enfermedad parasitaria producida por un parásito (un arácnido del orden de los ácaros). La hembra labra en la capa córnea de la piel humana túneles donde deposita excrementos y huevos. Es una enfermedad de alta contagiosidad y se produce en forma de epidemias.

#### 3.1.4. ANEJOS CUTÁNEOS (FANERAS)

Como hemos mencionado anteriormente, son el pelo, las uñas, y las glándulas sudoríparas y las sebáceas y contribuyen o ayudan a la piel a realizar sus funciones.

#### a) Las glándulas sudoríparas

Son las glándulas encargadas de segregar sudor. Estas regulan la temperatura y eliminan desechos a través de la piel. Están distribuidas por todas las regiones de la piel excepto en los labios y en el tímpano. Hay dos tipos:

- Glándulas sudoríparas ecrinas: Se encuentran por toda la piel y, en mayor número en palmas y plantas de pies y manos.
- Glándulas sudoríparas apocrinas: Se localizan en axilas, pubis, párpados.... El sudor segregado por estas glándulas es más espeso y oloroso.

#### b) Las glándulas sebáceas

Son las glándulas encargadas de la producción de sebo, que permite la hidratación y la nutrición de la piel consiguiendo que la piel se mantenga impermeable y sea más flexible. Estas glándulas se encuentran repartidas prácticamente por toda la superficie corporal, manifestándose principalmente en la cara, frente y cuero cabelludo. Hay gran cantidad en las regiones genitales femenina y masculina. No existen en la palma de las manos ni en la planta de los pies.

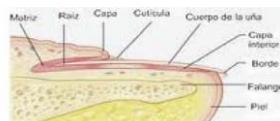
#### c) El pelo

El pelo propiamente dicho está formado por un tallo visible al exterior y una raíz situada en el espesor de la dermis. Se distribuye por toda la piel en número, longitud y espesor variables a excepción de ciertas regiones (las palmas de la mano y pie). En la especie humana existen dos variedades de pelo: vello y pelo. El pelo tiene una función protectora. Así el pelo de la cabeza protege la calota craneal de los rayos del sol y disminuye la pérdida de calor.

#### d) Las uñas

Son producciones epidérmicas que se localizan en las extremidades. Su función es la de proteger las yemas de los dedos y permitir los movimientos finos de las manos. Son semitransparentes.

El déficit de algunos minerales y vitaminas puede modificar el color de las uñas o provocar la aparición de manchas.



### **3.1.5. FUNDAMENTOS DE HIGIENE CORPORAL**

La higiene es una suma de procesos que permite una mejor defensa de la piel contra las enfermedades. Sin higiene personal corporal, la enfermedad es más grave ya que el organismo se hace menos resistente.

En el servicio de atención en el domicilio, el profesional es el responsable de la limpieza del usuario, debe dejarlo en las mejores condiciones de defensa posible, asegurándole una higiene perfecta. En la persona dependiente ésta debe hacerse de una forma más meticulosa que en un individuo sano, para que la piel cumpla eficazmente sus funciones de defensa.

La piel sucia de orina o excrementos corre el riesgo de macerarse e infectarse. Es por ello necesario en estos casos el aseo de los genitales varias veces al día.

#### **Objetivos del aseo**

- Conservar el buen estado de la piel, eliminando la suciedad y el sudor (y de paso el mal olor). Sólo con una buena limpieza e higiene se consigue que la piel realice sus funciones con normalidad y no se produzcan infecciones bacterianas, etc.
- Estimular la circulación sanguínea. Si el usuario está acostado por tiempo prolongado, se disminuye el retorno venoso.
- En caso de fiebre, reducir la temperatura corporal.
- Refrescar al usuario, para que sienta sensación de confort y bienestar aumentando así su autoestima.

#### **Aspectos a tener en cuenta con respecto al usuario**

- Hay que tener en cuenta el pudor de la persona, pues a nadie le gusta mostrar su desnudez en esas circunstancias y ante personas extrañas. Para minimizarlo, se cubre al usuario con una sábana de forma parcial.
- Moverlo con suavidad.
- Actuar rápidamente para disminuir el riesgo de cansancio.
- Evitar el enfriamiento. Para esto, descubrir sólo la región a limpiar y cubrir el resto del

cuerpo. Utilizar biombos o cortinas que eliminen las corrientes de aire.

- Secar después de los cuidados y volverle a calentar si se ha enfriado.
- Reinstalar cómodamente a la persona.

#### **Latécnica**

Durante el aseo debe actuarse con método. Se limpiará cada parte del cuerpo de una en una. La secuencia de los gestos seguirá este orden:

- Preparación de todo el material necesario antes de comenzar, y ponerlo a mano.
- Poner sistemáticamente al usuario en la posición más cómoda posible, reduciendo al máximo sus movimientos.
- Protección del usuario y de la cama.
- Evacuación de las aguas, ropas sucias, etc.
- Volver a ponerlo todo en orden.
- Los cuidados se administrarán desde la derecha, a excepción del lavado, que se hará de arriba hacia abajo.

### **3.2. TÉCNICAS DE ASEO E HIGIENE CORPORAL SEGÚN TIPOLOGÍA DE AYUDA ADOMICILIO.**

#### **El material**

Se hacen necesarios:

- Los elementos de protección: hule, sábana pequeña, manta de baño.
- Los elementos de lavado: toallas, guantes, esponjas, palangana, agua, jabón, crema hidratante, jarra, etc.
- Los elementos de recambio: ropa del usuario, ropa de cama.
- Los elementos de evacuación: orinal plano o cuña, bolsa para la ropa sucia o cubo, etc.

#### **El aseo completo y el baño**

- Lavado de pies diario. Lavado de cabellos una vez a la semana. Baño de limpieza en principio diario, si se puede en la bañera y si no, en la cama.
- Deberán vigilarse la temperatura de la habitación y las corrientes de aire.
- El aseo diario es el que se realiza todos los días, pero de una manera más simplificada

(todos los días no se lavan los cabellos, etc.).

#### 7.2.1.3.2.1. BAÑO EN BAÑERA O DUCHA

**Descripción:** es la técnica de aseo que se usa cuando el usuario es autosuficiente o requiere ayuda mínima. Como norma general, la ducha provoca efectos estimulantes en los usuarios, mientras que los efectos del baño son relajantes.

**Material:** alfombra antideslizante, jabón líquido adecuado, esponja desechable, toalla de baño (dos), pijama o camisón, bata y zapatillas, crema hidratante, peine y bolsa para la ropa sucia.



#### **Protocolo:**

1. Explicarle al usuario que es la hora del baño y pedir su colaboración.
2. Preparar el material de aseo, teniendo cuidado de que esté al alcance del usuario.
3. Colocar la alfombra antideslizante en el suelo.
4. Solicitarle al usuario que realice su higiene de forma habitual.
5. Incidir en la importancia de secar correctamente la piel.
6. Proporcionar crema hidratante.
7. Introducir la ropa sucia en la bolsa.
8. Recoger el material y anotar las incidencias si las hubiera.
9. Dejar al usuario en una posición cómoda en la cama o el sillón.

#### **Observaciones:**

- Si el usuario no puede realizar su higiene de forma independiente, se le prestará la ayuda necesaria para: desvestirse, bañarse y aplicarse crema, vestirse y acomodarse.
- Vigilar las medidas de seguridad, sobre todo si el suelo está mojado.

- La higiene se puede realizar de pie o sentado en una silla de baño si el paciente lo necesita.

#### 7.2.2.3.2.2. BAÑO COMPLETO EN LA CAMA

**Descripción:** es la técnica de aseo para los usuarios que por su estado no se pueden levantar de la cama, aunque conserven su movilidad. Se debe realizar siempre que sea necesario, pero como mínimo una vez al día, por la mañana, coincidiendo con el cambio de sábanas.

**Material:** guantes, palangana con agua caliente, jarra con agua, cuña o botella, esponjas desechables, toalla de baño y de cara, jabón desinfectante, champú, alcohol, gasas, pijama o camisón, crema hidratante, ropa de cama, bolsa para la ropa sucia, peine, cepillo y secador de pelo.

##### **Protocolo:**

1. Explicarle al usuario la técnica que se le va a realizar y pedir su colaboración.
2. Ofrecer la cuña o la botella antes de iniciar el aseo.
3. Situar el material necesario de manera que esté a nuestro alcance.
4. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
5. Colocar al usuario en decúbito supino.
6. Desvestir al usuario y cubrirlo con la sábana o con una toalla o con una manta de baño para preservar su intimidad.
7. Iniciar el lavado por la cara con agua sin usar jabón:
8. Los ojos se lavan con una gasa húmeda usando una para cada ojo.
9. Para la higiene de los oídos, se empleará una gasa, nunca bastoncillos de algodón.
10. Posteriormente el contorno de la boca y aletas de la nariz.
11. Finalmente, cara y cuello, secándolos con otra toalla.



12. Continuar con un orden descendente, colocando una toalla debajo y lavando de arriba hacia abajo: hombros, axilas, manos (meterlas en un recipiente con agua caliente, para facilitar la limpieza y el cortado de las uñas).

13. Tórax, mamas y abdomen. En las mujeres lavar y secar bien el pliegue submamario. Para la zona pectoral hay que tenerla descubierta el menor tiempo posible o bien hacerlo por debajo de la toalla que la cubre. Insistir en la zona umbilical.



14. Piernas y pies. Se le coloca el pie en un recipiente con agua como ocurría con la mano. Primero se lava un miembro siempre de arriba hacia abajo y después se hace lo mismo con el otro. Hay que secar muy bien los pliegues interdigitales.

15. Colocar al paciente en decúbito lateral para el lavado y secado de la espalda. Aplicar crema hidratante masajeándolo.

16. Posicionar de nuevo en decúbito supino y lavar la zona genital. Se le coloca una cuña debajo del periné con las piernas separadas y flexionadas. La higiene de los genitales se hace siempre en la dirección de genitales a región anal y nunca a la inversa. Se trata de evitar el arrastre de gérmenes del ano hacia los genitales, sobre todo en las mujeres.

Enjabonar, aclarar y secar a fondo, realizando toques suaves con la toalla sin arrastrar ésta por la piel. Insistir en los pliegues inguinales.



17. Cambiar la ropa de la cama.

18. Vestir al usuario con pijama o camión.

19. Peinarlo y dejar al paciente en una posición cómoda.

#### Observaciones:

- Se debe colocar al usuario en la posición más cómoda posible.
- Descubrir únicamente la zona sobre la que se está actuando.
- El aseo se realiza por partes, haciendo enjabonado, enjuague y secado antes de pasar a la zona siguiente.
- En todos los pasos a seguir

- Cambiar el agua y la esponja tantas veces como sea necesario.
- Ofrecer al paciente la posibilidad de lavar él mismo la zona genital si puede hacerlo.
- Se pueden realizar aseos parciales de diversas zonas del cuerpo si se necesita.
- Escurrir bien la esponja para no mojar la cama innecesariamente. En todos los pasos se colocará la toalla de forma que proteja la almohada o la cama.
- Evitar enjabonar en exceso.
- Evitar que en la habitación haya corrientes de aire. La temperatura adecuada es de 22-24º C aprox.
- La temperatura del agua debe oscilar entre 37-40ºC. Es muy importante que el agua esté caliente, ya que con determinados usuarios (sudorosos, fatigados o con problemas cardíacos) utilizar agua con temperatura inferior a la corporal, puede producirles trastornos graves.
- Procurar preservar la intimidad de la persona, manteniéndola desnuda el menor tiempo posible.
- Si es posible, es importante que el aseo se realice entre dos personas, por ejemplo, el profesional y el cuidador principal, para disminuir la presencia de accidentes.

### **3.2.3 BAÑO DE PERSONAS CON ALZHEIMER**

Según el grado de evolución del Alzheimer, los cuidados de higiene que requiere el usuario varían. Se deben llevar a cabo unas medidas de seguridad:

- Presencia de una persona responsable capaz de controlar las situaciones que puedan acaecer y vele por sus necesidades y tratamiento.
- Seguridad, adecuar los accesos al baño. Protección antideslizamiento. Proveer un lugar bien iluminado, con temperatura adecuada y un ambiente tranquilo y tolerante, sin exigencias y con apoyos.
- Limitar el consumo de líquidos para fomentar la continencia vesical y fecal.
- Adecuar la ropa (zapatos sin cordones, tirantes en lugar de cinturones, vestidos sencillos de fácil manejo, y usando velcro en lugar de botones...)

- No dejar que la persona se cierre por dentro del cuarto de baño. No debe haber ningún aparato eléctrico cerca de la bañera o ducha para evitar la electrocución.
- A medida que avanza la enfermedad las uñas se cortarán para evitar lesiones.
- Para el afeitado se usarán maquinillas eléctricas.

### 3.2.3 ASEO DEL CABELLO

Estas técnicas pueden realizarse junto al aseo general o bien por separado, puesto que su frecuencia variará dependiendo de las necesidades del usuario. Cuando el usuario pueda, las realizará por sí mismo y, si no, supliremos esta necesidad con los siguientes protocolos.

**Descripción:** los pacientes encamados necesitan realizar la higiene del cabello al menos una vez a la semana para evitar la suciedad y mejorar el confort.

**Material:** champú, palanca grande, pinza (Kocher, Pean o similar), peine, dos toallas, hule o plástico, 1 o 2 jarras de agua caliente, guantes y secador (opcional)

**Protocolo:**

1. Explicarle al usuario lo que se le va a hacer y pedir su colaboración.
2. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
3. Partiendo de la posición de decúbito supino, retirar la almohada y colocar al paciente en posición de Roser. Si no se puede retirar el cabecero, colocaremos al usuario en diagonal de forma que sobresalga la cabeza por un lateral de la cama y los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.
4. Retirar la ropa de cama que cubre a la persona hasta la cintura y taparle con una toalla.
5. Enrollar una toalla por los hombros alrededor del cuello. Ponerle algodones en los oídos.
6. Colocar el hule debajo de la cabeza y hombros del usuario, sujetando la toalla con una pinza.
7. Hacer un canal con el hule hasta el recipiente o palangana para recoger el agua.
8. Proteger los ojos con la mano.
9. Mojar el cabello y aplicar champú. Frotar y dar un masaje realizando movimientos

circulares y suaves con las yemas de los dedos por el cuero cabelludo.

10. Aclarar el cabello a fondo protegiendo los ojos. Repetir dos veces la técnica.
11. Secar el cabello con una toalla.
12. Retirar el hule con cuidado de no derramar restos de agua en la cama.
13. Terminar de secar el cabello con la toalla o secador.
14. Peinar y acomodar al usuario.
15. Verificar que la lencería de la cama y pijama o camisón no están mojados.
16. Recoger el material, registrar la técnica y anotar las posibles incidencias.

En el mercado existente diversos accesorios para facilitar el lavado de cabeza en las personas encamadas.



### 3.2.3 ASEO DE LOS PIES

**Materiales** para el cuidado de pies y las uñas son: cortaúñas o tijeras de punta redonda, palangana con agua caliente, jabón, esponja, cepillo de uñas, toalla y crema hidratante.

#### Protocolo

1. Los pies se introducen en una palangana con agua templada y se mantiene durante unos minutos.
2. Después se lavan con esponja y cepillo.
3. Posteriormente se secan, especialmente entre los espacios digitales.
4. Cortar las uñas con cortaúñas o las tijeras. después del baño, procurando que el borde quede recto, redondeando con una lima un poquito en las esquinas.
5. Hidratar la piel.



### **Observaciones**

Tenga en cuenta que puede evitar muchos problemas si usted como profesional se asegura de que:

- El usuario lleve un calzado que se adapte correctamente, de forma que no apriete ni roce sobre ningún área.
- Debe realizar la limpieza de los pies diariamente con agua templada y con jabones neutros.
- Se deben secar cuidadosamente, especialmente en los espacios interdigitales.
- Asegúrese de que la persona mayor lleve medias o calcetines limpios diariamente y cambiar de zapatos frecuentemente.
- Evitar andar descalzo.
- Evitar la sequedad excesiva de la piel de los pies empleando cremas hidratantes o lociones (pero no usarlas entre los dedos).
- Para suavizar los callos, sumergir los pies en agua templada con sal y frotar suavemente con piedra pómez. Acudir al podólogo con regularidad.

### **7.2.3.3.2.3. CUIDADO DE LOS PIES DE PERSONAS CON DIABETES**

Como consecuencia del mal control metabólico propio de la diabetes, el mecanismo de cicatrización se retrasa, apareciendo lesiones en los pies, que con frecuencia terminan en amputación. Por lo tanto, es importante el reconocimiento precoz y la prevención, vigilar los pies y mantener un corte adecuado de las uñas.

Durante la higiene es importante vigilar signos de enrojecimiento, inflamación y palidez de la piel.

#### **Cuidados especiales:**

Además de los que acabamos de indicar para el aseo normal de los pies:

- Lavado diario, con agua tibia (no caliente, su insensibilidad puede producirle quemaduras),

- Uso de jabón neutro o de glicerina.
- Tiempo de lavado corto.
- Cortar las uñas con frecuencia. Si tienen tendencia a encarnarse o son frágiles, acudir al podólogo.
- Utilizar algodones entre los dedos si éstos presentan deformidades y se comprimen unos con otros.
- Uso de calzado adecuado y plantillas de descarga.
- No andar descalzos. Se utilizarán calcetines de lana o algodón que no opriman los pies.
- No se debe utilizar calor directo (braseros, estufas, ...) ya que el calor excesivo produce una mala irrigación sanguínea de los pies.
- Examen diario de los pies, observando color, temperatura, presencia de zonas de hinchazón, comienzo de ulceraciones, aparición de grietas e infecciones.

#### 3.2.4 HIGIENE BUCAL

La boca, al ser una cavidad húmeda, es el lugar ideal para la anidación y el crecimiento de gérmenes, que perjudican la dentadura, las mucosas bucales y aumentan el riesgo de infecciones. La cavidad bucal requiere una atención diaria para mantenerse en las mejores condiciones. Una higiene oral deficiente lleva implícita problemas de salud tales como caries, enfermedad periodontal, etc. Los usuarios necesitan un control estricto de la higiene oral para prevenir enfermedades, aumentar el bienestar, mantener la mucosa en buenas condiciones y evitar contaminaciones de la vía respiratoria en pacientes intubados. Los cuidados evitan que los dientes se deterioren y así poder mantener hábitos de alimentación normales y una buena nutrición.

Como norma general, se realiza después de las comidas.

Podemos diferenciar **tres procedimientos**:

- a) Usuarios independientes o conscientes.
- b) Usuarios inconscientes y/o con alto grado de dependencia.
- c) Usuarios con prótesis.

### ee)a) Procedimiento para usuarios independientes o conscientes

**Materiales:** toalla, cepillo y seda dental, cepillo interdental, pasta dentífrica, vaso, batea, solución antiséptica (colutorio), riñonera, gasas, vaso con agua, toalla o pañuelo de papel.

#### **Protocolo:**

Siempre que un usuario pueda colaborar, hay que procurar que realice sus cuidados en la medida que se lo permitan sus posibilidades.

- Explicarle al usuario la técnica que se le va a realizar y pedir su colaboración.
- Lavarse las manos.
- Preparar el material para la higiene bucal y colocarlo al alcance del usuario.
- Sentar a la persona en la cama si es posible. Si no puede incorporarse colocarla en decúbito lateral a un lado de la cama.



- Colocarle una toalla alrededor del cuello.
- Si la persona se vale por sí misma, se cepillará ella misma los dientes. Explicarle la técnica de cepillado si es necesario. Colocar el cepillo en ángulo de 45° en el borde de las encías, cepillar los dientes con movimientos rotatorios, en sentido encía-diente siguiendo la línea longitudinal del diente.

- Proporcionar al usuario un vaso con agua o colutorio para que se enjuague la boca y una batea para recoger los líquidos de enjuague.
- Darle una toalla o pañuelo desechable para secarse la boca.
- Recoger el material, acomodar al usuario, quitarse los guantes, lavarse las manos y anotar las posibles incidencias.

### ff)b) Procedimiento para usuarios con prótesis dental

**Material:** guantes, toalla, batea, gasas, cepillo dental o cepillo para limpieza de prótesis, dentífrico y solución antiséptica.

**Protocolo:**

- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Proteger el tórax del usuario con una toalla.
- Pedir al usuario que se quite la prótesis. Si no puede, la retirará el técnico
- sociosanitario con una gasa estéril y la colocará en una batea o en un vaso con agua y a continuación de hace la higiene de la boca de la forma indicada anteriormente. Las gasas usadas se van depositando en la riñonera o batea.
- Cepillar la prótesis con un cepillo especial y pasta dentífrica o solución antiséptica.
- Aclarar con abundante agua fría o templada, pues el agua caliente puede alterar algunos materiales de las prótesis.
- Proporcionar un vaso con agua o antiséptico al usuario para que se enjuague la boca y pañuelos desechables para secarse.
- Recoger el material.
- Acomodar al usuario, quitarse los guantes, lavarse las manos y registrar las posibles incidencias.



**Observaciones:**

- Si después de la higiene bucal el usuario no desea ponerse su prótesis, se depositará en recipientes especiales para ello o bien en vasos tapados con una gasa, convenientemente identificados, en el cuarto de baño del usuario.
- La dentadura postiza debe limpiarse después de cada comida y antes de acostarse.
- Se utiliza un cepillo duro, de cerdas rígidas para restregar la dentadura con la sustancia limpiadora.
- Cuando la dentadura esté muy manchada puede dejarse en remojo con líquido limpiador. Las prótesis con partes metálicas no deben dejarse durante muchas

horas en remojo.

- Si no se dispone de ningún producto comercial para limpiar la prótesis, se puede hacer una mezcla con 1 ó 2 cucharaditas (5 a 10 ml) de vinagre blanco y una taza (240ml) de agua templada.
- La dentadura se quitará cada noche a menos que exista una contraindicación expresa y se sumergirá en un recipiente que contenga agua corriente con esencia de menta o algún producto apropiado, cambiando la solución diariamente.
- Al envejecer, la mucosa y las encías pueden atrofiarse, lo que provoca a veces un mal ajuste de las prótesis que pierden así su capacidad funcional y estética. Cuando esto ocurre es necesario visitar al dentista para que realice el ajuste y las reparaciones necesarias en la prótesis.
- En algunas dentaduras que no se ajustan adecuadamente pueden ser útiles los productos en forma de polvos o las almohadillas adhesivas.

#### **En usuarios dependientes inconscientes**

**Materiales:** toalla, depresor lingual, abrebocas, sonda de aspiración, agua, toalla o pañuelos desechables, riñonera, gasas, pinzas de Kocher, jeringa de 20cc solución antiséptica, lubricante (vaselina).

#### **Protocolo:**

- Lavarse las manos, ponerse los guantes y preparar el aspirador.
- Colocar al usuario en posición decúbito lateral con la cabeza ligeramente girada a un lado, si no hay contraindicaciones, quitar la almohada.
- Colocar el empapador o toalla debajo de la cabeza del usuario.
- Poner la batea bajo la cara del usuario.
- se sujetar las gasas con las pinzas en forma de torunda y a continuación mojarlas en un antiséptico bucal y limpiar la cara interna de las mejillas, lengua, encías, dientes, paladar y labios. Para ello hay que ayudarse con el depresor lingual.
- La gasa se cambia después de limpiar cada zona diferente, se utilizarán tantas torundas como sean necesarias para una higiene total.
- Al finalizar la técnica, secarle bien los labios con una gasa e hidratar los labios con vaselina o crema hidratante para que no se resequen

- Recoger el equipo, reinstalar al usuario, quitarse los guantes, lavarse las manos y anotar incidencias.

**Observaciones:**

- Si el usuario está intubado, la higiene bucal se realiza irrigando la boca con la solución antiséptica, cargada en una jeringa de 20 cc., y lavando la misma con la torunda, eliminando el líquido mediante aspiración. Repetir la operación las veces que sean necesarias.
- Si el usuario precisa oxigenoterapia, no aplicar sustancias con grasa para protección de los labios, debido al riesgo de quemaduras que produce el oxígeno con estas sustancias.

**7.2.4.3.2.4. LIMPIEZA DE PLIEGUES CORPORALES**

Los pliegues acumulan sudor, lo que favorece el crecimiento bacteriano y la maceración de la piel, por lo que pueden aparecer grietas y escorceduras. Hay que vigilar todos los pliegues del cuerpo: cuello, axilas, ingles, espacios interdigitales, región retroauricular, submamario, infraabdominal y pliegue interglúteo.

Se debe realizar un lavado frecuente de estas zonas con agua y jabón neutro, y lo que es más importante, secar minuciosamente para evitar el riesgo de colonización por hongos.

**3.2.5 ASEO PERINEAL**

Es muy importante mantener esta zona limpia, ya que, si no se corre el riesgo de ensuciarse el resto del cuerpo, los tejidos de los glúteos están amenazados por la maceración y la humedad y el mal olor de la ropa sucia molesta a la propia persona.

**Protocolo:**

Cuando esta región está sucia, debe iniciar el lavado por esta zona, procediéndose de la siguiente manera:

- Lavarse las manos

- Ponerse los guantes
- Destapar a la persona retirándole la ropa de cama, tapándole las piernas y el tórax con una toalla.
- Proteger la ropa inferior de la cama colocando un hule pequeño y una entremetida en la zona donde se va a proceder a la limpieza.
- Retirar el material excretado con unas gasas o torundas y proceder al lavado de la región perineal siguiendo esta secuencia:
  - En mujeres lavar de arriba abajo en el siguiente orden: pubis, interior de los muslos, zona genital, ano y pliegue interglúteo.
  - En el hombre, primeramente colocar la botella o conejo y empezar por lavar los genitales externos. Posteriormente realizar el aseo de la zona anal.
- Si el usuario tiene sonda vesical, antes de iniciar el aseo, observar muy bien para ver si en la zona alrededor del meato urinario existe inflamación, olor o supuración. Después limpie la zona perineal y la sonda mediante movimientos circulares. Es preferible utilizar agua y un antiséptico no irritante en vez de jabón.
- Si el usuario presenta úlceras en la región sacra o glútea: No se usará el orinal plano ni se aclarará con un chorro de agua, sino que se aseará con una esponja empapada en agua jabonosa y se aclarará con la esponja limpia o con un paño húmedo, procurando no mojar los apósitos y vendajes que protegen la úlcera.

### 3.2.5 LIMPIEZA DE ZONAS DE RIESGO. HIGIENE DE LOS GENITALES

El objetivo de esta técnica es evitar infecciones urinarias y ulceraciones, así como proporcionar al usuario una sensación de bienestar y comodidad. Se realiza siempre al final del aseo general, después de las deposiciones y cada vez que sea necesario.

**Material:** guantes desechables, toalla, cuña, palangana con agua caliente, empapadores, gasas o torundas, esponjas desechables y jabón líquido.

#### **Protocolo**

- Explicarle al usuario la técnica que se va a realizar y pedir sus colaboraciones las manos y ponerse los guantes.

- Colocar al usuario en posición ginecológica de encamado si es mujer y en decúbito supino con piernas separadas si es hombre.
- Dejar al descubierto la zona genital, cubriendo el resto del cuerpo.
- Colocar un empapador debajo de los glúteos y colocar la cuña.
- Lavar.
- Verter el agua templada sobre los genitales.

#### **Higiene genital masculina**

- Enjabonar el pene y los testículos.
- Si el usuario no está circuncidado, retraer el prepucio y limpiar el glande realizando movimientos circulares desde el meato hacia fuera. Utilizar una esponja o torundas exclusivamente para ello.
- Aclarar con abundante agua y secar suavemente. Colocar el prepucio en su posición original.
- Si no se ha hecho la higiene general, colocar al paciente en posición decúbito lateral y proceder al lavado y secado de la zona perianal: ano y pliegue ínter-glúteo.

#### **Higiene genital femenina**

- Enjabonar y lavar la zona genital en el siguiente orden: pubis, zona interna de los muslos, meato urinario, labios menores, labios mayores, hendidura vulvar, ano y pliegue interglúteo.
- Separar los labios mayores con una mano y con la otra lavar de arriba abajo y de dentro hacia fuera, utilizando esponja o torundas para cada maniobra. Prestar especial atención a los pliegues que hay entre los labios mayores y los menores.
- Aclarar con abundante agua y secar suavemente.
- Si no se ha hecho la higiene general, colocar a la paciente en posición decúbito lateral y proceder al lavado y secado de la zona perianal: desde la hendidura vulvar hasta el ano y pliegue interglúteo.

**Observaciones:**

- Observar el flujo excesivo de los orificios perineales-genitales y la existencia de olores que nos puedan indicar la presencia de infecciones.
- En usuarios con sondas vesicales, inspeccionar la zona de inserción de la misma, ya que la sonda puede producir excoriaciones.

**3.2.9. RECOMENDACIONES PARA EL VESTIDO Y CALZADO**

La función principal del vestido es mantener la temperatura del cuerpo y protegerlo de los agentes externos (frío, sol, calor, lluvia, etc.), pero no hay que olvidar que la ropa limpia y atractiva ayuda a tener una buena imagen. El cambio diario de la indumentaria refleja el control sobre la propia vida y es un vínculo con el mundo exterior. Hay que animar al usuario a que se vista solo o con la mínima ayuda posible.

Para que la persona se sienta cómoda y la tarea de vestirse y desvestirse resulte sencilla, se debe tener en cuenta:

- La ropa debe cumplir su tarea de mantener la temperatura del cuerpo y aislar de los agentes externos.
- El vestido debe permitir libertad y amplitud de movimientos.
- Se debe seleccionar la ropa según las preferencias de la persona ya que esto influye considerablemente en su autoestima.
- Son preferibles los tejidos naturales y las telas lavables que necesiten poco planchado.
- Hay que eliminar la ropa difícil de ponerse y quitarse: evitar prendas ajustadas, cuellos y puños estrechos y cerrados, géneros poco elásticos, etc.
- Son más fáciles de poner y quitar las prendas que se abren por delante.
- Los cierres, abotonaduras y cremalleras se deben sustituir por elásticos y cintas de velcro.
- Es preciso simplificar el vestuario de la persona mayor, invitándola a eliminar de su armario todo lo que no use habitualmente y no corresponda a la estación del año.
- Hay que colocar la ropa en el orden en que la persona vaya a ponérsela.

- Para vestirse y desvestirse, es mejor estar sentado y con todo lo necesario preparado junto a la persona.
- Si la persona tuviera afectada alguna parte de su cuerpo, deberá comenzar a vestirse primero por la parte afectada y desvestirse al revés: quitándose las prendas de las extremidades no afectadas.
- Vestido de la parte superior del cuerpo. Puede hacerse sentado o de pie. Se debe comenzar por el brazo más discapacitado.
- Vestido de la parte inferior del cuerpo. Es más cómodo hacerlo tumbado en la cama. Para los pantalones se comenzará por la pierna más discapacitada, luego se mete la otra pierna, luego se suben los pantalones hasta la cadera y por último hasta la cintura.

### **3.3. ÚLCERAS POR PRESIÓN. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO**

Cuando se quiere medir la calidad de los cuidados que recibe una persona, uno de los ítems que siempre aparece en todos los estudios es la incidencia y prevalencia de las úlceras por presión (UPP) entre la población a estudio. Esto es así porque cuidar con calidad implica prevenir, y el 95 % de las úlceras por presión serían evitables si se hubieran establecido las medidas de prevención adecuadas para evitar su aparición. Si esto ocurre, el pronóstico del individuo se agrava enormemente.

Las UPP o escaras son heridas producidas por la necrosis de los tejidos, son lesiones que aparecen en la piel y en las mucosas por la interrupción del flujo sanguíneo, causada por la presencia de presiones externas sobre la piel durante un tiempo prolongado. Se observan con frecuencia en usuarios y personas malnutridas como resultado de la inmovilización. Uno de los planos lo constituye una parte ósea del esqueleto y el otro una superficie externa (cama, silla, sondas, etc.).

Las UPP representan uno de los problemas de salud más importantes debido a las enormes repercusiones socioeconómicas y sanitarias que conllevan.

### 3.3.1. FACTORES QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE UPP. (PERSONAS PREDISPUESITAS)

#### A. FACTORES EXTRÍNSECOS O EXTERNOS

- **Rozamiento:** La fricción entre la piel y cualquier superficie como puede ser la ropa de cama, produce el deterioro de la piel.
- **Efecto cizalla:** Se produce cuando la piel permanece fija y el esqueleto se desplaza. Esta situación se produce frecuentemente cuando el cabecero de la cama está elevado y el paciente se desliza por efecto de su peso.
- **Presión prolongada:** y el tiempo de exposición a esta situación. Cuando la presión sobre el tejido es superior a la presión del flujo capilar ocurre un proceso en cascada, que va desde la hipoxia (falta de oxígeno por impedimento a la circulación de la sangre) hasta la muerte celular, necrosis y rotura del tejido.
- **Piel húmeda:** la piel es más vulnerable cuando está húmeda a la fricción y a la presión. Además, si existe una úlcera, está en contacto con el sudor, la orina y las heces incrementa la probabilidad de infección.
- **Pliegues y objetos extraños en la ropa,** como migas, horquillas del pelo, aumentan la fricción.

#### B. FACTORES INTRÍNSECOS O INTERNOS

- **Edad:** La aparición de úlceras por presión aumenta de forma muy importante en personas de edad avanzada. Se considera que el 70 ó 90% de las úlceras aparecen en pacientes mayores de 75 años. Esto es debido a la pérdida de elasticidad, turgencia y mala circulación.
- **Inmovilidad:** La inmovilidad impuesta por enfermedad hace que el paciente mantenga una presión prolongada en los mismos puntos de apoyo durante largos espacios de tiempo. Además, la inmovilidad no favorece el riego sanguíneo.
- **Incontinencia:** La piel en contacto con la orina y heces se humedece y, es más vulnerable a la aparición de UPP.
- **Estado nutricional:** Influye tanto en la persona delgada como en la obesa. En el primer caso, disminuyen el tejido muscular subcutáneo y el adiposo. Los estados de desnutrición no permiten mantener ni regenerar los tejidos, más aún cuando ya

existe una lesión ulcerosa que precisa de proteína para regenerarse. En la obesidad, se produce un aumento de la presión.

- **Enfermedades:** Ciertas enfermedades pueden interferir en el proceso de curación de las UPP, como por ejemplo la diabetes mellitas, la insuficiencia renal...
- **Deshidratación**
- **Déficit sensorial.**
- **Causas vasculares:** destacar los estados de shock, la arterioesclerosis, edemas, ausencia de reflejos vasomotores, y las alteraciones en la microcirculación.
- **Causas nerviosas:** Incluyen la parálisis, que hace que la persona se mantenga siempre en la misma postura.

En las personas sanas, la presión sobre la piel produce una sensación desagradable que hace que se cambie de posición, aunque se esté dormido. Sin embargo, la pérdida de sensibilidad cutánea impide al enfermo sentir dolor, y, por tanto, la necesidad de cambiar de posición.

### 3.3.2. ESTADIAJE OCLASIFICACIÓN

El proceso de desarrollo de las UPP se divide en cuatro grandes estadios:

**Estadio I:** Son aquellas situaciones en las que la piel aparece rosada o enrojecida, sintiéndose escozor en la zona. El enrojecimiento no desaparece al retirar la presión que se ejerce sobre la zona. Afecta a la dermis y epidermis.



**Estadio II:** En este estadio aparece disminución del grosor del tejido cutáneo, la piel se encuentra agrietada o aparecen vesículas. Se encuentra afectada la epidermis y la dermis, y comienza a afectarse la hipodermis.

**Estadio III:** Pérdida de continuidad en la piel, pérdida total del grosor de la piel con la aparición o no de necrosis del tejido subcutáneo. Aparece exudado y si hay necrosis puede aparecer una costra de color negro denominada escara.

**Estadio IV:** La piel presenta una úlcera necrótica extensa con afectación del tejido muscular, hueso y, a veces, vasos y nervios. Aparece exudado abundante.

Algunos autores hablan de un estadio V, donde hay una afectación importante del hueso produciendo procesos como osteomielitis, osteítis, etc.

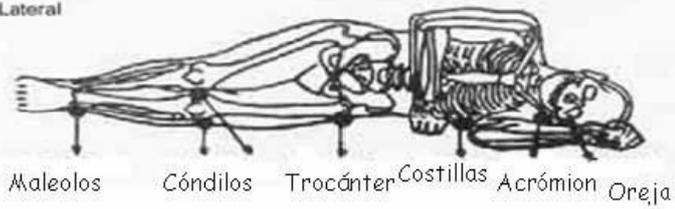
### 3.3.3. ZONAS DE APARICIÓN DE LAS UPP

Pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo, allí donde exista un apoyo prolongado, es decir, todo aquél que sobrepase las 3 horas y donde los tegumentos estén cerca de una superficie ósea y según la posición del usuario. Las localizaciones más frecuentes van a ser zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo:

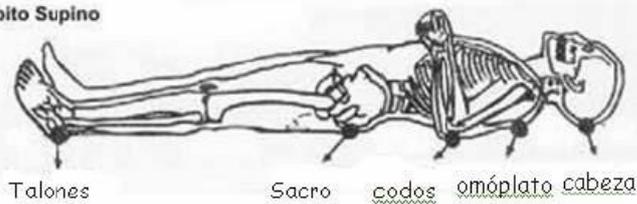
- **Decúbito supino:** occipucio, omóplatos, codos, sacro región glútea, espina dorsal y talón. El sacro soporta la presión máxima.
- **Decúbito lateral:** oreja, hombros, acromion, costillas, trocánter mayor, cóndilo y maléolo y borde externo del pie.
- **Decúbito prono:** mejilla, oreja, acromión, senos (mujer) y órganos genitales en hombres, espinas ilíacas, costillas, codos, rodilla y dedos del pie.
- **En sedestación:** omóplatos, isquion, coxis, trocánter, talones, metatarsianos.
- **En posición de Fowler:** talón, sacro, tuberosidad isquiática y codos.

El 75% de las úlceras por presión se localizan en el sacro (aprox 40%), talones (20%) y tuberosidad isquiática (15%)

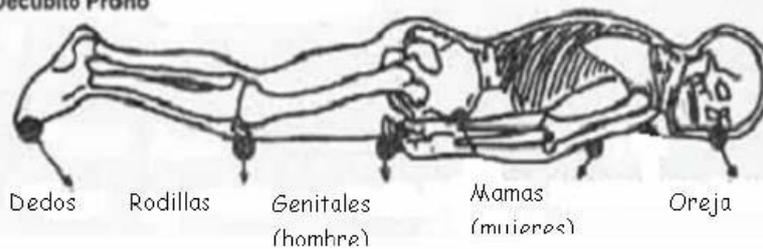
Decúbito Lateral



Decúbito Supino



Decúbito Prono



**Las úlceras iatrogénicas** hacen referencia a las úlceras por presión que salen en otras partes del cuerpo, como:

- La boca, debido al uso inadecuado y continuo de los tubos endotraqueales.
- La nariz, debido a las sondas nasogástricas o a las mascarillas de oxígeno.
- Meato urinario, debido a las sondas vesicales.

- Muñecas y pies, debido a los medios de sujeción mecánica, etc.

### 3.3.4. MÉTODOS PARA VALORAR EL RIESGO DE APARICIÓN DE UPP

Al ingresar al paciente en un centro sanitario, se debe realizar una valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Existen una serie de escalas o índices de valoración. Por ejemplo: la escala de Norton.

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4. BUENO	4. ALERTA	4. CAMINANDO	4. TOTAL	4. NINGUNA
3. DEBIL	3. APÁTICO	3 CON AYUDA	3. DISMINUIDA	3. OCASIONAL
2. MALO	2. CONFUSO	2. SENTADO	2. MUY LIMITADA	2. URINARIA
1. MUY MALO	1. ESTUPOROSO	1. EN CAMA	1. INMOVIL	1. DOBLE INCONTINENCIA

Cada uno de los 5 parámetros se puntúa de 1 a 4, de modo que la puntuación máxima sería de 20 y la mínima de 5.

- Puntuación de 5 a 9: **riesgo muy alto**
- Puntuación de 10 a 12: **riesgo alto**
- Puntuación de 13 a 14: **riesgo medio**
- Puntuación mayor de 14: **riesgo mínimo/no riesgo**

Otra escala muy utilizada para valorar los riesgos de padecer úlceras por presión es la escala de Braden.

### 3.3.5. PREVENCIÓN DE LAS UPP

El tratamiento debe comenzar por la prevención de la aparición de las úlceras. Pero cuando ya existan, se abordarán con tratamiento médico y/o quirúrgico.

#### A. TRATAMIENTO PREVENTIVO

Las medidas preventivas y tratamiento de las UPP están destinadas tanto a evitar la formación de las úlceras, como su extensión. Irán encaminadas hacia 4 áreas principales:

- a) Combatir los efectos de la presión
- b) Mejorar la circulación sanguínea de la zona comprimida
- c) Mantener la higiene y aseo de la piel
- d) Acciones a nivel general

##### - Combatir los efectos de la presión

- Restricción del encamamiento

Se hará todo lo posible por evitar el encamamiento, pero cuando no se pueda evitar se vigilarán las zonas de mayor presión. En períodos de sedestación (sentado) se efectuarán movilizaciones horarias y, si fuese posible, se enseñará al usuario a realizar pulsiones (contraer y relajar) cada 15 minutos.

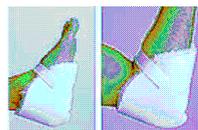
- Cambios posturales

Debe establecerse un plan de cambios posturales en los que la frecuencia será cada 2-3 horas y se tendrá en cuenta los siguientes aspectos: se vigilará la piel, se movilizará al usuario, se evitarán las arrugas en la ropa de la cama, no se arrastrará al usuario en el cambio. Si las zonas enrojecidas de la piel no recobran su color normal tras 5 minutos, deben realizarse los cambios con mayor frecuencia.

##### - Dispositivos que disminuyen la presión

Para ello existen sistemas físicos o mecánicos encaminados a evitar, aliviar o repartir la presión ejercida sobre las diferentes partes del cuerpo. Los hay de dos tipos:

- Medios físicos: Son protectores locales, se colocan en las prominencias óseas, principalmente en codos y talones. Entre ellos, taloneras,

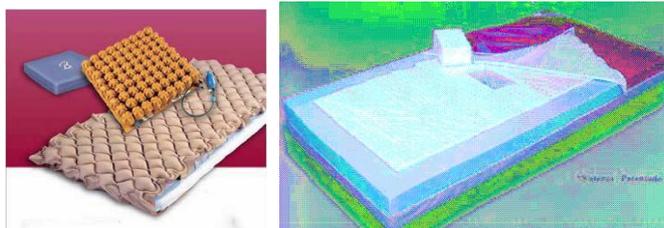


protectores de algodón, esponja, celulosa, cojines, almohadas,etc.



- Dispositivos mecánicos: colchones antiescaras de agua, de aire fluidificado, de plumas, de látex, camas oscilatorias,etc. No es conveniente utilizar flotadores, porque en vez de reducir la presión, la concentra sobre la zona corporal que está en contacto con ellos, produciendo además un efecto compresor.

*Colchones especiales.*



- **Mejorar la circulación sanguínea de la zona comprimida**

- Deambulación precoz: El ejercicio físico activo estimula la circulación y con ello la vascularización de los tejidos. Cuando la persona dependiente no pueda colaborar, se realizarán movilizaciones pasivas.
- Masaje: Indicado siempre que la piel no esté enrojecida.
- Termoterapia: La aplicación de calor tibio y de forma controlada sobre la piel produce vasodilatación y aumento de flujo sanguíneo, con el consiguiente mayor aporte de nutrientes y oxígeno.
- Electro-magneto-terapia. La estimulación eléctrica y magnética de la piel mejoran la circulación.

• Rayoláser

- **Higiene correcta:**

Se realizará la higiene diaria con agua tibia y jabón suave y posteriormente, se realizará un secado a fondo, sobre todo en los pliegues cutáneos. Conservando la piel limpia y seca se evita la proliferación de bacterias patógenas y la aparición de escoriaciones. Después, se puede aplicar crema hidratante, glicerina o solución emoliente. Durante el aseo deben observarse los puntos de apoyo. La ropa de la cama será de tejidos naturales y siempre se mantendrá limpia, libre de sudor, secreciones, orina y heces. Estas secreciones son particularmente irritantes para la piel. A la persona dependiente encamada se le lavará cada vez que defeque o se orine. Y en áreas donde no es posible evitar secreciones se utilizarán ungüentos protectores. Otras medidas para el cuidado de la piel son no usar colonias, alcohol u otras sustancias que puedan irritar, secar sin frotar, apósitos protectores en las zonas de mayor fricción, uso de ropas holgadas y de tejidos naturales,

**Acciones a nivel general**

- Control de la incontinencia: Siempre que un usuario tenga alguna alteración de este tipo, se utilizarán medios para minimizar el riesgo relacionado con la incontinencia. Para ello se podrán utilizar:

Sondas

Dispositivos colectores

Absorbentes de celulosa

- Estado nutricional: Debe cuidarse la alimentación del usuario, procurando que sea equilibrada y rica en proteínas para facilitar la regeneración de tejidos (huevos, leche y carne). También son importantes alimentos ricos en vitamina C, que favorecen la cicatrización, y vitaminas A y B. Cuando no es posible administrar una dieta adecuada se puede recurrir a suplementos comerciales específicos para usuarios con heridas.

- Hidratación adecuada: Es necesaria una ingesta de líquidos apropiada, unos 1,5 litros/día. Si es dificultoso, puede suministrarse en forma de gelatina. Los líquidos serán de alto contenido mineral y vitamínico.

- Es fundamental la objetivación de los estadios iniciales de ulceración por parte de

los médicos, enfermeros y auxiliares, así como la [educación sanitaria](#) del usuario y de sus cuidadores.

## **B. TRATAMIENTO CURATIVO**

Se tratará de restablecer la integridad de la piel del usuario, siempre bajo la pauta de un profesional sanitario (médico o enfermera).

### **3.4. TIPOS DE CAMAS, ACCESORIOS Y LENCERÍA. TÉCNICAS DE REALIZACIÓN DE CAMAS.**

#### **3.4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA CAMA ADAPTADA PARA PERSONAS DEPENDIENTES**

- Están equipadas para que la persona ahorre energía. Muchas están mecanizadas.
- El profesional y los cuidadores deben poder llegar fácilmente a la persona encamada en ellas.
- Los colchones son generalmente duros para facilitar un buen soporte al cuerpo.
- Se mueven fácilmente: suelen tener ruedas y frenos para ello.
- Las dimensiones de una cama standard son: ancho (80-90), largo (180-190) y altura (unos 70 cm sin colchón).
- Debe cumplir una serie de requisitos:
  - Debe ser accesible desde tres lados.
  - Frente a ella no habrá ninguna fuente de luz.
  - Nunca estará ubicada debajo de una ventana ni muy cerca de una puerta.

#### **3.4.1. TIPOS DE CAMAS Y ACTUACIÓN ANTE LAS MISMAS.**

**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.

**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 [socio-sanitarias](#).

**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». Existe también el armazón para el volteo (Foster), que está en desuso por la aparición de nuevas camatecnológicas.

**Cama libro:** Es una variedad de cama articulada que permite la angulación lateral.

**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.

#### 3.4.2. ACCESORIOS DE LA CAMA

**Barra de tracción:** Pende del denominado marco de Balkan y sirve para facilitar la incorporación de enfermos con fracturas de miembros inferiores

**Barandillas o rejas de seguridad:** su uso es muy común. Se utilizan para evitar las caídas de usuarios que presentan alteración del nivel de conciencia o agitación. Se sujetan a los laterales de las camas y se pueden subir y bajar.

**Cojines:** para almohadillar o facilitar determinadas posturas. El objetivo es asegurar una posición adecuada, evitar giros, caídas, ...

**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.

**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.

**Pupitre.** Respaldo regulable compuesto por un marco metálico colocado a 45º, que ayuda a la persona a adoptar la posición de Fowler.

**Almohada.** Facilita a la persona encamada adoptar diferentes posiciones sin resbalarse. Siempre se utilizan varias para facilitar los cambios posturales.

**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.

**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.



**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 agua:** se caracteriza por tener en el núcleo celdas estancas rellenas de agua. Está protegido por un material vinílico y recubierto por una tapicería que aísla, minimiza el ruido del agua ante la movilización e incrementa la percepción de confortabilidad. La percepción térmica de este colchón es mucho más fresca que en cualquiera de los anteriormente descritos.
- ✚ **Colchón de agua y bolas de poliuretano:** no se utilizan mucho hoy en día. Se coloca encima de un colchón normal. La temperatura adecuada es de 30°C. Las bolas actúan como aislante para evitar la sensación de friolera.

- ✚ Colchón de espuma: está fabricado con un centro de espuma de poliuretano, recubierto simplemente por una funda de tela aislante. Este tipo de colchones no es recomendable para usuarios que deben permanecer mucho tiempo encamados.
- ✚ Colchón de aire, antiescaras o alternating: 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.

### 3.4.3. ROPA DE CAMA

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:

- **Cubre colchón**: Funda impermeable utilizada para cubrir el colchón protegiéndolo de la humedad.
- **Sábanas bajera y encimera**: deberán ser sustituidas cada vez que se ensucien o mojen.
- **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.
- **Manta de algodón o lana**: No debe estar en contacto con la piel del enfermo.
- **Funda de almohada**: Debe ser cambiada al menos diariamente, además de cada vez que sea necesario.
- **Colcha o cubrecama**: Se coloca cubriendo la manta. Generalmente es blanca.

### 3.4.4. TÉCNICAS DE REALIZACIÓN DE CAMAS

A la hora de la realización de las camas se debe tener en cuenta:

- Se debe evitar la sacudida de la ropa, tanto la limpia como la sucia, para evitar el movimiento de las partículas de polvo y los posibles microorganismos.
- Se evitará el contacto de ropa sucia con la ropa limpia.

- El arreglo de la cama se realizará por las mañanas, coincidiendo con la higiene del usuario.
- La ropa de la cama se cambiará con cierta frecuencia, según los protocolos de la institución.

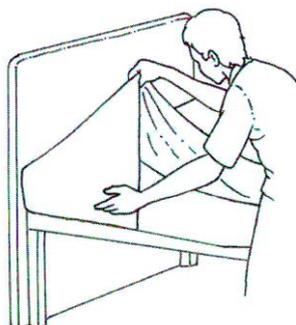
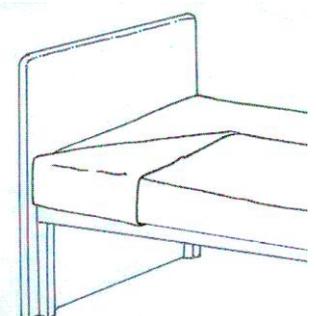
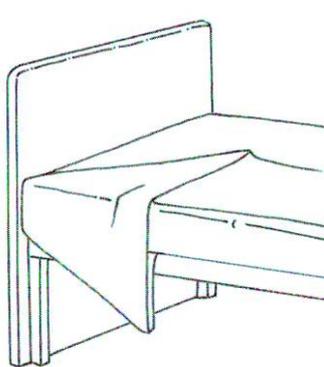
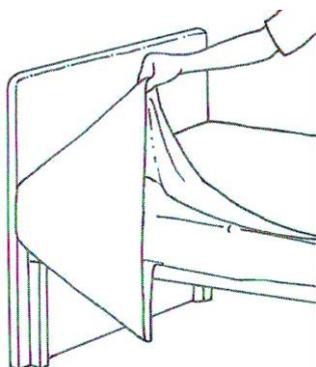
#### **A. LA CAMA CERRADA**

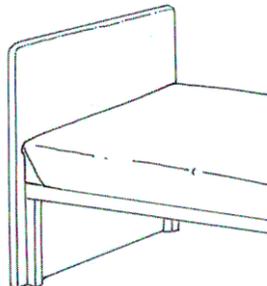
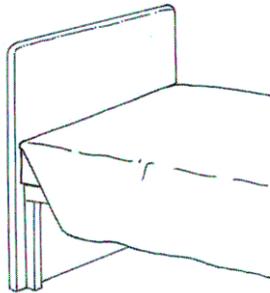
Es toda aquella que permanece vacía hasta la ocupación de la habitación por un nuevo usuario.

**El protocolo de actuación de una cama cerrada** es el siguiente:

- 1.Preparar material: funda de colchón (si se precisa), dos sábanas (bajera y encimera), entremetida, colcha, funda de almohada, mantas (si se precisan), bolsa para la ropa sucia y guantes desechables.
- 2.Lavar las manos y poner guantes desechables.
- 3.Colocar la cama en posición horizontal, frenada y a una altura cómoda para la realización.
- 4.Se retira la colcha y manta y se doblan.
- 5.Se retira la ropa sucia e introducir en la bolsa de ropa sucia.
- 6.La sábana bajera se extiende sobre el colchón.
- 7.Se ajustará por la cabecera de la cama y se finaliza por los pies. La sábana se ajustará en forma mitra, inglete o pico.
- 8.Posteriormente se ajustan los laterales, garantizando que no queden arrugas ni pliegues.
- 9.Posteriormente se colocan el empapador y la sábana entremetida a lo ancho de la cama.
10. Posteriormente se coloca la sábana encimera, dicha sábana sólo se ajusta a los pies formando el ángulo mitra, y los laterales se dejan colgando a ambos lados de la cama. Muy importante que la sábana esté centrada.
11. Luego se colocan la manta y colcha. En la parte de arriba se recubre con un doblez la sábana encimera.
12. A continuación, se colocará la funda de la almohada.

Forma mitra:





## B. EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE UNA CAMA OCUPADA

**Cama ocupada:** cuando el usuario que se encuentre en ella no pueda movilizarse y el recambio de la ropa de cama haya que realizarlo con él en la misma. La realización de la cama se realiza a la vez que se le realiza la higiene.

**Material:** funda de colchón (si se necesita), dos sábanas (bajera y encimera), entremetida, colcha, funda de almohada, mantas (en el caso de que se precisen), bolsa para ropa sucia, guantes desechables.

### Protocolo:

1. Preparación del material y se dejará sobre una silla en correcto orden.
2. Lavar las manos y colocar guantes desechables.
3. Informar al paciente y solicitar su colaboración.
4. La cama se coloca en posición horizontal y a una altura adecuada para la persona que va a realizar la cama. Si fuese una habitación compartida para preservar la intimidad del usuario se colocarán biombos....
5. Se retira la colcha y la manta se doblarán y se colocarán en la silla.
6. Si la sabana encimera no está sucia, se utilizará para cubrir al paciente. Si la sabana estuviese sucia, en este caso utilizaríamos una toalla del baño.
7. Retirar la almohada, dejándola sobre la silla.
8. Se coloca al usuario en posición de decúbito lateral, de forma que quede sujeto por uno de los auxiliares y descansa en un lado de la cama. El otro técnico recogerá la entremetida, el empapador y la sábana bajera desde el lado más lejano de la cama hacia el cuerpo del paciente.

9. Extender la sábana bajera en el lado libre del colchón desde la cabeza a los pies de forma que quede bien centrada. Sujetarla bajo el colchón en la cabeza y los pies y hacer en ambas esquinas el doblez en forma de mitra. Recoger el resto de sábana limpia enrollándola hacia el paciente, procurando que no queden arrugas.
10. Colocar el empapador y la entremetida en el tercio medio de la cama, fijándolos bajo el colchón. El resto se recoge próximo al cuerpo del paciente.
11. Entre los dos técnicos cambiar de posición al paciente, girándolo hacia el lado contrario de forma que quede acostado en la otra orilla de la cama ya limpia
12. Un técnico sujeta al paciente y el otro técnico extiende bien la bajera, el hule y la entremetida estirándolas para evitar que se formen arrugas.
13. Retirar la ropa sucia e introducirla en la bolsa de sucio.
14. Fijar la ropa en las esquinas mediante mitra en la sábana inferior.
15. Colocar al usuario en decúbito supino, con la cabeza sobre la almohada, en la que se ha puesto un almohadón limpio.
16. Extender la sábana encimera limpia al tiempo que se recoge la sábana sucia que cubría al usuario en sentido longitudinal.
17. Ajustar la ropa bajo el colchón con holgura suficiente para no presionar los pies... Poner después la manta y la colcha, haciendo las esquinas de media mitra. Adaptar la parte superior de la lencería sobre los hombros del usuario.
18. Ordenar la habitación y retirar la ropa sucia.
19. Quitarse los guantes y lavarse las manos.

**Observaciones:**

- Es importante asegurar la intimidad del usuario; para ello, puede ser necesaria la utilización de biombos si la habitación es compartida, así como el cierre de puertas y ventanas.
- Se garantizarán las condiciones ambientales adecuadas de la estancia, evitando corrientes o enfriamientos. Hay que recordar que no debe mantenerse al usuario destapado.
- Se separarán las sábanas sin sacudir ni airear excesivamente para no hacer evidentes

las manchas o la diseminación de partículas o microorganismos.

- Se realizará el cambio de lencería prestando especial atención a la ropa usada, de manera que no manche o contamine la limpia.
- Es necesario mantener en todo momento al usuario cubierto con una sábana o una entremetida.



### **3.5. CUIDADOS DEL PACIENTE INCONTINENTE Y COLOSTOMIZADO.**

La incontinencia aparece cuando una persona es incapaz de controlar de forma voluntaria la emisión de orina y heces. Son muchas las causas que pueden contribuir a la presencia de trastornos en la eliminación: el envejecimiento fisiológico y sus cambios anatómicos y funcionales, pluripatología, polifarmacia, modificaciones físicas y mentales, y factores ambientales que rodean al anciano. Es un trastorno en el que hay que prestar especial

atención a los cuidados.

### 3.5.1. CUIDADOS DEL USUARIO CON INCONTIENCIA URINARIA

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:

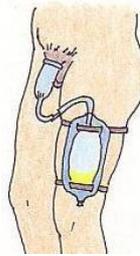
- Transformaciones del aparato genitourinario: alteraciones de la vejiga (disminución de capacidad, divertículos, ...), de la uretra (disminución de células, de presión de cierre...), el crecimiento prostático, disminución de células vaginales, fibrosis y debilidad en el suelo pélvico...
- Transformaciones del aparato locomotor: la movilidad reducida junto con un medio la que dificulte aumentan la probabilidad de padecer dependencia en relación a la eliminación urinaria.
- 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.
- 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.

#### El cuidado

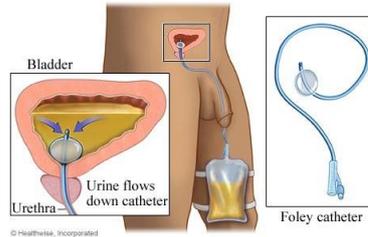
- Recomendarle el mantenimiento de una higiene escrupulosa. Para ello se utilizarán pañales, compresas, sondajes vesicales, colectores penianos....
- Evitar amonestar al usuario por su incontinencia, genera estrés en el usuario.
- Evitar la ingesta de sustancias que favorezcan la micción.
- Adquirir hábitos miccionales, intentando que orine cada dos horas como máximo.

## Dispositivos de ayuda

- Los colectores penianos: 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.



- 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:

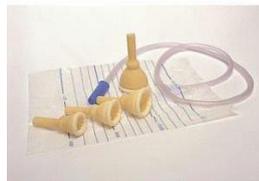
- La bolsa no se levanta por encima de la vejiga.
- Si el usuario deambula, se puede sujetar la bolsa de orina a su tobillo, ocultándola bajo la ropa. Si el usuario está encamado, se colocará en los bajos de la cama, sin tocar el suelo.
- Los pañales: para su correcta colocación se deberá elegir el tamaño adecuado. Se deben cambiar cada 3 ó 4 horas.

## Cambio de la bolsa de diuresis

**Material:** bolsa de orina, gasas estériles, antiséptico, pinza de kocher, batea y guantes desechables.

### Procedimiento:

1. Lavar las manos y colocación de guantes.
2. Se explica la técnica a realizar al usuario.



3. Se pinza la sonda con las pinzas
4. Separar la bolsa de la sonda.
5. Quitar el capuchón a la bolsa nueva y conectar a la sonda.
6. Colocar la bolsa en el soporte del borde de la cama.
7. Observar la orina y anotar la cantidad y las incidencias...

#### **Colocación del colector peneano**

**Material:** colector, guantes, bolsa colectora, y material para la higiene genital.

#### **Procedimiento:**

1. Lavar las manos y colocación de guantes desechables.
2. Se informa al usuario la técnica a realizar.
3. Realizar la higiene genital
4. Colocar la tira adhesiva alrededor del pene, fijándola con seguridad pero sin limitar el riego sanguíneo.
5. Desenrollar el urocolector , cubriendo la tira adhesiva para que la unión sea hermética.
6. 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.
7. Lavar las manos.

#### **3.5.2. CUIDADOS DEL USUARIO CON INCONTINENCIA FECAL**

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.

**Una persona ostomizada** es aquella que ha sido objeto de una intervención quirúrgica para realizar una apertura artificial del intestino delgado o grueso a la pared abdominal (estoma). Puede ser temporal o permanente.

En estos casos el usuario suele llevar una bolsa adherida a la piel para favorecer la recogida de las eliminaciones. El cambio de bolsa se realizará tantas veces sea necesario y el

aseo y la higiene de la piel para prevenir lesiones se realizará con agua y jabón neutro.

Existen diferentes tipos de bolsas de colostomía:

- Bolsas de una pieza:
  -  Bolsa cerrada de una pieza
  -  Bolsa abierta de una pieza
- Bolsas de dos piezas:
  -  Bolsa cerrada
  -  Bolsa abierta

Las bolsas abiertas tanto de una pieza, como de dos piezas permiten el vaciado de las deposiciones sin necesidad de despegar la bolsa de la piel.

#### **Protocolo de cambio de bolsa de colostomía**

1. Informar al usuario de la técnica a realizar.
2. Preparar el material. Lavar las manos y poner guantes desechables.
3. Retirar la bolsa sucia, despegando desde el borde superior al borde inferior, sujetando la piel con las manos.
4. Lavar la zona con agua templada y jabón neutro, observando el estado del estoma (color, diámetro, aspecto...). El estoma se limpiará desde la parte interior a la exterior.
5. Secar cuidadosamente la zona, e hidratar la piel con crema hidratante.
6. Colocar la bolsa nueva, pegando desde la parte inferior a la parte posterior del estoma.
7. Colocar al usuario en una posición cómoda,
8. Posteriormente recoger el material y lavarse las manos.

#### **3.6. PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES**

En el cuidado de las personas dependientes se deben tomar medidas para evitar la diseminación de las enfermedades infecciosas. Esas medidas son parte del control de las infecciones.

Lavarse las manos correctamente es la forma más eficaz para prevenir que la propagación ocurra.

Otras medidas que deben y pueden tomarse incluyen:

- Cubrirse la boca al toser o estornudar.
- Mantener sus vacunas al día.
- Usar guantes, mascarillas y ropas protectoras.
- Tener dispuestos pañuelos desechables y limpiadores de manos.
- 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 muerte es el cese total y definitivo de todas las funciones vitales del organismo humano. Recibe distintos nombres: fallecimiento, exitus, defunción, deceso, óbito.

El amortajamiento es la preparación del cadáver a través de algunos cuidados técnicos.

**Material necesario:** Mortaja o sudario para envolver el cuerpo; Vendas para atar las muñecas y tobillos, esparadrapo; bata, mascarilla, recipiente con agua y jabón para lavar todo el cuerpo; esponja; guantes, para realizar la técnica del lavado; toalla para secar después de lavar el cuerpo; material para curas; algodón; jeringas de 10 c.c.; pinzas; tijeras; bolígrafo y etiqueta para identificar el cadáver.

#### Protocolo:

- Verificar y confirmar el éxitus 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;
- Trasladar al paciente que comparte la habitación con el fallecido (si lo hubiera) a

otra habitación o, en su defecto, aislarlo mediante un biombo o cortina;

- Lavarnos las manos y colocarnos 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 lleve 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 precisaran;
- 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. Colocarle 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;
- Entregar a la enfermera los objetos de valor retirados del fallecido (para su posterior entrega a los familiares) y 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.
- Cubrirle por completo con una sábana y ponerle la etiqueta de identificación: identificar al cadáver con nombre, fecha, hora y unidad de procedencia;
- Antes del traslado por los Celadores, asegurarse de que las puertas de las demás habitaciones están cerradas y de que no circulan pacientes por los pasillos;
- Notificar el éxitus a los servicios que corresponda: Farmacia, Admisión, Cocina, etc.
- Recoger y limpiar la habitación, después avisar para su desinfección;
- NOTA: Los fallecidos por causa de ciertas enfermedades contagiosas deben ser

amortajados de forma especial.

### **3.8. TÉCNICAS DE LIMPIEZA Y CONSERVACIÓN DE PRÓTESIS.**

#### **3.8.1. PRÓTESIS DENTALES**

Tanto las medidas higiénicas como el uso, cuidado y conservación de las prótesis dentales son un tema de gran importancia para los portadores de éstas, pues sólo aplicando lo establecido en el punto de higiene, anteriormente, podrán evitar las caries dentales en los dientes pilares y la aparición de lesiones premalignas.

- Después de cada comida debe lavar las prótesis y la boca.
- 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 y el depósito de tinciones. Después, aclárelas muy bien con agua.
- Es especialmente 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.
- 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.
- Recuerde que 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. Es aconsejable que masajee las encías, para mejorar su riego sanguíneo y prevenir en lo posible su reabsorción.

### Revisiones e incidencias

- Siempre que aparezcan ulceraciones, dolor o inestabilidad de la prótesis, deberá acudir de inmediato a revisión.
- Si surge algún problema, o en cualquier caso en que crea que se haya producido un hecho anormal, no intente resolverlo Vd. mismo.
- Se debe realizar una revisión cada seis meses para observar el estado de los dientes y mucosas, detectar desgastes en los dientes y realizar las adaptaciones apropiadas para corregir los desajustes provocados por el cambio de forma de los maxilares y de la posición de los dientes, que siempre ocurren con el paso del tiempo.

#### **3.8.1. 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:

- Cuando no los use, guárdelos en su estuche o caja, en un lugar seco y fresco, donde no puedan alcanzarlo los niños ni los animales domésticos.
- No lo exponga nunca a condiciones de temperatura ni humedad muy alta.
- No lleve su audífono cuando se someta a un tratamiento con ultrasonidos, rayos x o similar.
- Apáguelo cuando no esté en uso, y si no lo utiliza durante un periodo prolongado, retire la pila.
- Cambie las baterías regularmente.
- Evite la utilización de laca para el pelo u otros productos capilares cuando lleve puesto los audífonos.

#### **Limpieza del molde y del audífono:**

- 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.
- Puede limpiar los contactos de la pila con un bastoncillo higiénico. No use nunca

disolventes ni objetos que puedan dañar su audífono.

- 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:

1º Separar con cuidado el molde del audífono.

2º Introducirlo en un recipiente con agua y un producto desinfectante, dejando actuar toda la noche.

3º Enjuagar con agua, secarlo con una toalla y eliminar toda la humedad.

El **funcionamiento de los audífonos**, especialmente los digitales, dependen en gran medida de las características de las pilas. Para obtener el mayor beneficio de un audífono es importante utilizar una pila de la mejor calidad posible.

La duración de las pilas depende de varios factores:

- Características del audífono: cuanto más potente menos duración.
- Cómo esté regulado el audífono: aun siendo el mismo modelo pueden existir diferencias de duración dependiendo de la pérdida auditiva y por lo tanto de cómo esté regulado.
- Cómo se utilice y qué cantidad de horas se use.
- Es importante que una vez haya empezado una pila la utilice hasta que se agote, puesto que una vez quitado el precinto la pila se activa y su duración oscila entre 4 y 6 semanas, aunque no se utilice el audífono. Por ello no podrá guardarla para un uso futuro.

Las pilas deben guardarse en un lugar seco y fresco, pero no en el refrigerador, y con su embalaje original.

Es importante usar las más nuevas posibles, Ud. puede controlar este factor mirando la fecha de caducidad que se encuentra en la parte posterior del embalaje.

### 3.9. FOMENTO DE LA AUTONOMÍA DE 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 inmovilizado, 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.

## TEMA 1 PLANIFICACIÓN DEL MENÚ DE LA UNIDAD CONVIVENCIAL.

### 1.1. PRINCIPIOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

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.

Por otro lado, el auxiliar domiciliario cumple en muchos casos un papel fundamental en la planificación, aprovisionamiento y elaboración de las comidas a los usuarios que atiende.

El concepto moderno de nutrición fue establecido por Lavoisier a mediados del siglo XVIII. Demostró que la alimentación respondía a un problema energético. Sin alimentos un organismo muere igual que un coche sin gasolina. Pero, además de proporcionar la energía necesaria, los alimentos deben aportarnos ciertas sustancias químicas que se llaman nutrientes. Estos son liberados por los alimentos durante la digestión.

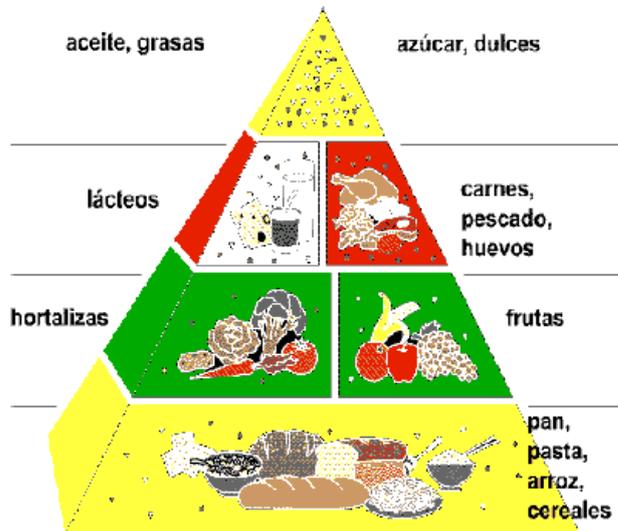
**La nutrición** es una disciplina científica que estudia y analiza los procesos mediante los cuales nuestro organismo utiliza, transforma e incorpora en sus estructuras una serie de sustancias químicas definidas que forman parte de los alimentos.

**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:

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

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



Estos son los colores utilizados y lo que representan:

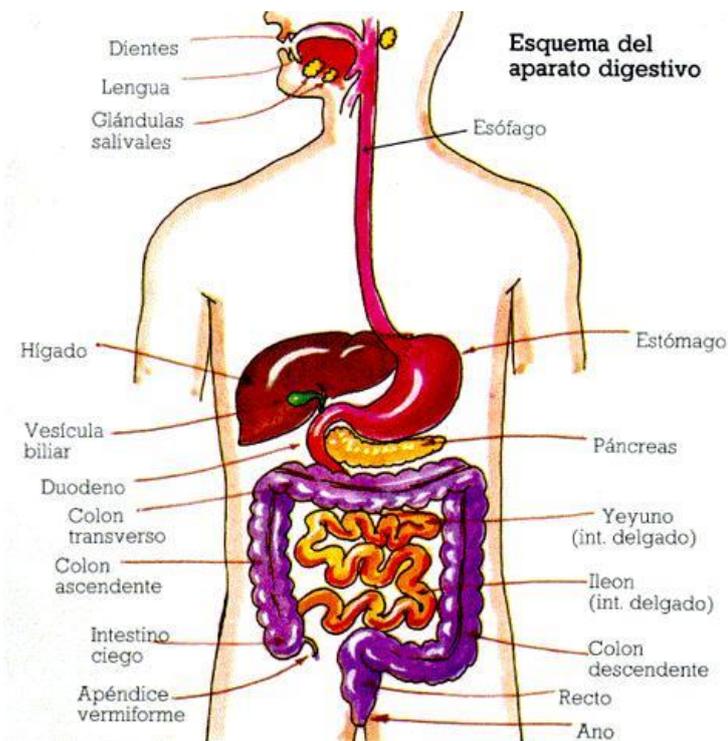
Yellow	Alimentos energéticos: cereales, aceites y grasas, azúcar
Green	verduras, hortalizas y frutas
White	leche y derivados lácteos
Red	carnes, aves y pescados y sus productos derivados

**1.2. PRINCIPIOS ANATOMOFIOLÓGICOS DE LOS SISTEMAS DIGESTIVO Y ENDOCRINO. PATOLOGÍA MÁS FRECUENTE.**

**1.2.1. SISTEMA DIGESTIVO**

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Es el conjunto de [órganos \(boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado e intestino grueso\)](#) en el tubo digestivo; y otras glándulas anexas, como páncreas, glándulas salivales, hígado y vesícula biliar) encargados del proceso de la [digestión](#), es decir, la transformación de los [alimentos](#) para que puedan ser absorbidos y utilizados por las [células](#) del organismo.



La función que realiza es la de ingestión y trituración de los alimentos, transporte (alimentos), secreción-digestión (jugos digestivos), absorción (nutrientes) y excreción (mediante el proceso de defecación).

El proceso de la digestión es el mismo en todos los [animales](#) monogástricos: transformar los [glúcidos, lípidos y proteínas](#) en unidades más sencillas, gracias a las enzimas digestivas, para que puedan ser absorbidas y transportadas por la [sangre](#).

Desde la boca hasta el ano, el tubo digestivo mide unos once metros de longitud. En la boca ya empieza propiamente la digestión. Los dientes Trituran los alimentos y las

secreciones de las glándulas salivales los humedecen e inician su descomposición química. Luego, el bolo alimenticio cruza la faringe, sigue por el esófago y llega al estómago, una bolsa muscular de litro y medio de capacidad, en condiciones normales, cuya mucosa segrega el potente jugo gástrico, en el estómago, el alimento es agitado hasta convertirse en el quimo.

A la salida del estómago, el tubo digestivo se prolonga con el intestino delgado, de unos cinco metros de largo, aunque muy replegado sobre sí mismo. En su primera porción o duodeno recibe secreciones de las glándulas intestinales, la bilis y los jugos del páncreas. Todas estas secreciones contienen una gran cantidad de enzimas que degradan los alimentos y los transforman en sustancias solubles simples.

El tubo digestivo continúa por el intestino grueso, de algo más de metro y medio de longitud. Su porción final es el recto, que termina en el ano, por donde se evacuan al exterior los restos indigeribles de los alimentos.

#### **PATOLOGÍA MÁS FRECUENTE**

Las enfermedades en el sistema digestivo (incluso el cáncer), por lo general, son producto de factores externos, tales como la alimentación e infecciones, con lo cual, podemos deducir que la mayoría de las veces en las que ocurre una anomalía es por producto de nuestro propio descuido y poca rigurosidad con la higiene y la dieta. Al tener presentes estos datos, se puede decir que las enfermedades no son casuales, y son evitables.

- ✚ **Colitis:** Inflamación del intestino grueso. Síntomas característicos son la diarrea y los dolores abdominales. Posible factor causal: El estrés emocional.
- ✚ **Síndrome del colon irritable (colon espástico):** Se caracteriza por síntomas como diarrea, estreñimiento y dolor abdominal. Se asocia a estados de estrés y ansiedad.
- ✚ **Úlcera péptica:** Consiste en una alteración de las mucosas gástricas, perdiendo su continuidad y provocando erosiones o heridas. Aunque son más frecuentes las de duodeno, son las gástricas las que más afectan a las personas mayores de 50 años.
- ✚ **El cáncer de estómago** es producto de varias causas, entre las cuales podemos contar una infección por la *Helicobacter Pylori*, pero es evitable con una adecuada

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

manipulación de los alimentos y de todos los productos que podrían ser ingeridos. El cáncer puede desarrollarse en cualquier parte del estómago y extenderse al resto e incluso a los pulmones y huesos a través del torrente sanguíneo.

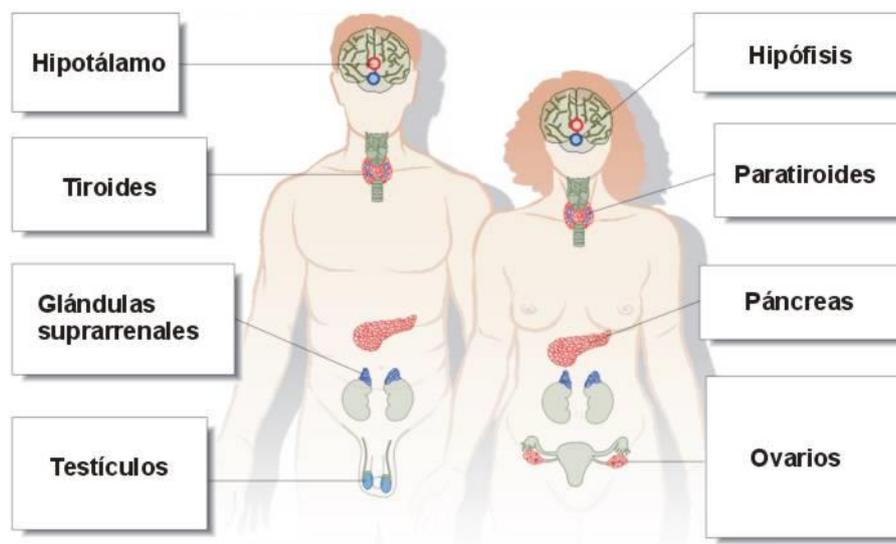
✚ gastritis: es la inflamación de la mucosa que tapiza el estómago. Produce anorexia o falta de apetito, sensación de plenitud y malestar, náuseas y vómitos.

✚ estreñimiento: Se trata de la evacuación poco frecuente o difícil de las heces. Como parte del agua se reabsorbe en el colon, cuanto más tiempo estén allí las heces más secas se volverán haciendo mucho más difícil su expulsión por el ano. Además puede producirse una impactación fecal de las heces en la parte terminal del recto que son verdaderamente difíciles de extraer. El estreñimiento se identifica cuando las deposiciones son duras y bien formadas, o cuando se realizan con una frecuencia menor de la habitual en la persona.

✚ Hemorroides: Son dilataciones del plexo venoso hemorroidal. Pueden ser internas o externas. Muchas personas tienen las dos.

✚ Otras: indigestión, vómitos, diarrea, aerofagia,...

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)



### 1.2.2. SISTEMA ENDOCRINO

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Las hormonas son sustancias químicas producidas por el cuerpo que controlan numerosas funciones corporales. Son sustancias químicas sintetizadas bajo control genético en las glándulas endocrinas (hipófisis, tiroides, paratiroides, suprarrenales, gónadas, páncreas, etc.) y segregadas desde aquí a la circulación sanguínea. Las hormonas actúan como "mensajeros" para coordinar las funciones de varias partes del cuerpo. La mayoría de las hormonas son proteínas que consisten de cadenas de aminoácidos. Algunas hormonas son esteroides, sustancias grasas producidas a base de colesterol. Entre las funciones que controlan las hormonas se incluyen; las actividades de órganos completos; el crecimiento y desarrollo; reproducción; las características sexuales; el uso y almacenamiento de energía y los niveles en la sangre de líquidos, sal y azúcar.

#### PATOLOGÍA MÁS FRECUENTE

- ✚ **Diabetes:** Enfermedad debida a la insuficiente disponibilidad de insulina. Existen varios tipos: Diabetes mellitus insulino-dependiente (tipos I y II), la gestacional y

la asociada a ciertas situaciones o síndromes.

- ✚ **Hipotiroidismo:** Afección caracterizada por una disminución de la concentración de las hormonas tiroideas.
- ✚ **Hipertiroidismo:** Afección caracterizada por un aumento de la concentración de las hormonas tiroideas.
- ✚ **Obesidad:** Trastorno que se manifiesta por un aumento de la grasa del tejido adiposo y por un aumento de peso. Es un factor de riesgo importante en enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, etc.

### 1.3. CONCEPTOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. LOS ALIMENTOS. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL.

#### 1.3.1. CONCEPTOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

**Alimentación:** Se trata de una acción indispensable para los seres vivos. El ser humano no es autosuficiente, no puede fabricar él solo todas las sustancias que necesita y por ello, debe comer, es decir, alimentarse. La alimentación consiste en el conjunto de acciones destinadas a proporcionar alimentos al organismo. Comprende la selección, preparación e ingestión de alimentos. Se trata de un proceso voluntario.

**Nutrición:** Es el conjunto de funciones internas del organismo que permite incorporar materiales, denominados nutrientes, en las células. Éstos, al utilizarlos obtendrán la energía y sustancias necesarias. Es un acto involuntario.

#### 1.3.2. LOS ALIMENTOS: CLASIFICACIÓN FUNCIONAL.

Los **alimentos** son las sustancias nutritivas, sólidas o líquidas, necesarias para el mantenimiento de la vida. Se caracterizan porque son asimilables por el cuerpo humano y porque poseen cualidades organolépticas (es decir, son perceptibles por los sentidos: color,

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

olor, sabor y textura).

Los **nutrientes** son las sustancias químicas contenidas en los alimentos imprescindibles para el funcionamiento del cuerpo humano (funciones vitales, crecimiento, mantenimiento y funcionamiento de los diferentes tejidos y órganos y establecimiento de mecanismos de defensa frente a enfermedades).

### Tipos de nutrientes

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

- **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.
- **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), mielgrano, lentejas.
- **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:
  - o **Saturados:** de origen animal. Son los más perjudiciales por su relación con enfermedades cardiovasculares. Están en mantequillas, grasas de carne...
  - o **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,

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

sésamo, nueces, soja, maíz y sus aceites).

- **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.
- **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.
- **Fibra:** Ayuda a la formación de heces. Se encuentra en los alimentos de origen vegetal como hortalizas, frutas, algunas legumbres, verduras y cereales integrales.

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

#### Clasificación funcional

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Tipo de alimento	Grupo de alimento	Nutriente predominante	Alimentos
Energéticos	I	Glúcidos	Derivados de los cereales (preferentemente integrales), patatas y azúcar.

	<b>II</b>	<b>Lípidos</b>	Mantequilla, aceites y grasas engeneral
Plásticos	<b>III</b>	Proteínas y calcio	Leche y sus derivados
	<b>IV</b>	Proteínas	Productos cárnicos, huevos y pescados, legumbres y frutos secos
Reguladores	<b>V</b>	Vitaminas y elementos minerales	Hortalizas y verduras
	<b>VI</b>	Vitaminas y elementos minerales	Frutas frescas

#### **1.4. RECOMENDACIONES EN ENERGIA Y NUTRIENTES. INGESTA RECOMENDADA. INTERPRETACIÓN DEL ETIQUETADO NUTRICIONAL.**

Se denominan necesidades nutricionales a las cantidades de nutrientes necesarias para asegurar el buen funcionamiento del organismo y que éste desarrolle sus funciones. Las necesidades nutricionales están sujetas a muchos factores, entre los que podemos encontrar la edad, el estado físico, el sexo, el peso corporal, actividad física, entorno geográfico, ... No obstante, es importante consumir diariamente de todos los tipos de nutrientes para construir y mantener una función corporal saludable.

Una salud pobre puede ser causada por un desbalance de nutrientes, ya sea por exceso o por deficiencia. Además, la mayoría de los nutrientes están involucrados en la señalización de células (como parte de bloques constituyentes, de hormonas o de la cascada

de señalización hormonal). Deficiencia o exceso de varios nutrientes afectan indirectamente a la función hormonal. Así como ellos regulan en gran parte la expresión de los genes, las hormonas representan un nexo entre la nutrición y nuestros genes son expresados, en nuestro fenotipo. La fuerza y la naturaleza de este nexo están continuamente bajo investigación, sin embargo, observaciones recientes han demostrado el rol crucial de la nutrición en la actividad y función hormonal y por lo tanto en la salud.

#### 1.4.1. INGESTA RECOMENDADA

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 1900-2100Kcal/día para los hombres y 1500-1700kcal/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.

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

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

En general, se recomiendan unos 40 a 60 gr./día para un adulto sano. La Organización Mundial de la Salud y las RDA y USA recomiendan un valor de 0,8 gr. por kilogramo de peso y día. Durante el crecimiento, el embarazo o la lactancia estas necesidades aumentan.

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.

#### 1.4.3 INTERPRETACIÓN DEL ETIQUETADO NUTRICIONAL

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:

- Ofrece al consumidor datos sobre los alimentos de manera clara y sencilla para que pueda elegir su alimentación de acuerdo a sus necesidades.
- Es un medio eficaz para indicar datos sobre el contenido de nutrientes del producto alimenticio.
- Favorece la aplicación de principios nutricionales sólidos en la preparación de los

alimentos en beneficio de la salud pública.

- Brinda una oportunidad de incluir información nutricional complementaria en la etiqueta.
- Facilita el comercio nacional e internacional de alimentos, ya que los etiquetados de los diferentes países se encuentran basados en los mismos principios (estandarización).
- Contribuye a la mejora del comercio del producto, ya que le otorga un valor adicional.
- 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.
- 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.

Para que la población tenga una referencia sobre las pautas dietéticas más apropiadas con el fin de alcanzar y mantener un adecuado estado de salud, ciertos organismos o instituciones públicas proponen unas guías y objetivos dietéticos. En tales guías se suelen recoger unos recursos gráficos, basados en la clasificación de los alimentos según sus características nutricionales predominantes, que facilitan la elaboración de una dieta equilibrada. Ejemplos de estos recursos gráficos son la pirámide alimentaria o la rueda alimentaria.

Incluso las dietas vegetarianas, si están cuidadosamente planificadas, pueden ser saludables y nutricionalmente adecuadas para los adultos (en lactantes y niños, dadas las particularidades nutricionales de estas dietas, se debe vigilar el aporte de energía y de nutrientes como el calcio y las vitaminas D y B12).

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

- Disfrutar de una amplia variedad de alimentos.
- Comer con regularidad.
- Equilibrio y moderación.
- Mantener un peso corporal saludable para sentirse bien.
- No olvidar las frutas y vegetales.
- Basar la dieta en alimentos ricos en carbohidratos.
- Beber muchos líquidos.

- Grasas con moderación.
- Moderar el consumo de sal.

#### 1.6. PROBLEMAS NUTRICIONALES DE LAS SOCIEDADES DESARROLLADAS.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [(WHO: 1996)], más que el hambre, el verdadero reto hoy en día en la alimentación es la deficiencia de micronutrientes (vitaminas, minerales y aminoácidos esenciales) que no permiten al organismo asegurar el crecimiento y mantener sus funciones vitales.

Reconociendo el potencial inherente a la microalga Spirulina (Spirulina Platensis), para contrarrestar la malnutrición y su severo impacto negativo a múltiples niveles de la sociedad, especialmente en los países en desarrollo y los menos desarrollados, la comunidad internacional afirma su convicción y une esfuerzos para formar la institución intergubernamental (IIMSAM), por el uso de esta alga contra la malnutrición.

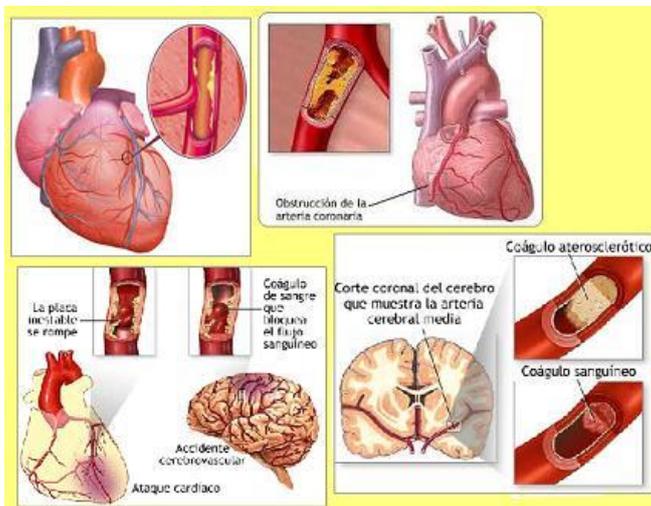
Sin embargo, la abundancia de alimentos no es sinónimo de calidad de dieta, ni de correcta alimentación. El estilo de vida de las sociedades desarrolladas y los nuevos hábitos alimenticios generan la aparición de diferentes problemas de tipo nutricional:

- 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.

Con formato: Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pto

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

#### Enfermedades cardiovasculares:



- La arterioesclerosis: Consiste en un depósito de lípidos (sobre todo colesterol) en la pared vascular que se van calcificando, endureciendo... provocando la reducción del flujo sanguíneo e incluso la muerte del tejido afectado.
- La hipertensión: se trata con medidas dietéticas (reducción de sobrepeso, ingesta de sodio y alcohol).

La dieta preventiva de las enfermedades cardiovasculares hace énfasis en el consumo de legumbres y cereales, frutas y vegetales, alimentos bajos en grasas animales saturadas y consumo elevado de pescado.

Con formato: Sangría: Izquierda: 1,9 cm, Sin viñetas ni numeración

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Con formato: Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pto

Con formato: Sangría: Izquierda: 1,9 cm, Sin viñetas ni numeración

### Neoplasias:

Algunas se relacionan con un alto consumo de calorías provenientes de la grasa saturada animal: Cánceres de mama, colon, próstata, las de cavidad oral, páncreas, pulmón, laringe, cuello uterino, ovario y vejiga. Los alimentos protectores frente a estos tumores son las frutas frescas y los vegetales.

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:

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

El problema alcanza límites de epidemia (en los países desarrollados). La alimentación actual es hipercalórica y además ha disminuido la actividad física. La obesidad supone un factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades (diabetes,

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

hipertensión, gota, artrosis, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de tumores, ...) así como una reducción de la esperanza de vida.

La desmineralización ósea (osteopenia y osteoporosis) provoca que el hueso tenga más fragilidad para las fracturas. Los factores que pueden reducirla son el adecuado consumo de productos ricos en calcio, fósforo y vitamina D; la reducción del alcohol y el tabaco, y la práctica habitual de ejercicio físico.

Es la enfermedad más frecuente en los países desarrollados, afectando incluso al 80% de la población escolar.

Las medidas preventivas pasan por la reducción del consumo de azúcares simples, la fluoración del agua y la mayor higiene dental.

#### **Trastornos del comportamiento alimentario.**

Han sufrido un gran avance en los últimos tiempos. Hablamos de anorexia, vigorexia y bulimia. Esta última es la más frecuente, y afectaría al 1-4% de las mujeres jóvenes. El 5-10% de los casos totales corresponde a los varones.

Otras enfermedades pueden estar provocadas por déficits en la alimentación, como: daños bucales (una mala nutrición también provoca daños bucales, debido a que en el momento en que el cuerpo deja de recibir los nutrientes necesarios para la renovación de los tejidos, su boca se vuelve más susceptible a las infecciones. El exceso de carbohidratos, almidones y azúcares producen ácidos de la placa que se adhieren al esmalte, causando así su destrucción.), desnutrición (que provoca el síndrome de kwashiorkor), Avitaminosis (son poco frecuentes en los países occidentales como el beriberi, el raquitismo, el escorbuto, la pelagra.), anemia, etc.

#### **1.7. TIPOS DE DIETAS.**

Desde el punto de vista cultural, y en función del origen biológico de los alimentos, las dietas humanas contemporáneas pueden ser:

✚ dieta vegetariana: cuando no se consume carne. Los motivos por los que se sigue una dieta vegetariana pueden ser económicos, religiosos, ideológicos, éticos, ecológicos y de salud. Hay diferentes tipos de vegetarianismo. Entre ellos, en el que no se consume ningún producto procedente de un animal, y en el que sólo se evita carne.

Con formato: Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pto

4

Con formato: Sangría: Izquierda: 1,9 cm, Sin viñetas ni numeración

✚ dieta omnívora: cuando se consumen alimentos de origen animal y vegetal. Es el tipo de dieta más frecuente en la especie humana.

✚ dieta carnívora: si los alimentos de procedencia animal son los predominantes. No es común en la especie humana.

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Otros tipos de dietas desde el punto de vista cultural son la dieta occidental, la dieta mediterránea, la dieta asiática, etc.

Desde el punto de vista nutricional, las actuales dietas humanas pueden ser:

1. 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.
2. 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. Estas dietas se subdividen a su vez en:

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

✚ dietas modificadas en energía: normalmente se realiza una restricción en la cantidad de energía aportada en la dieta (dietas hipocalóricas). Son las dietas que se aplican en situaciones de sobrepeso y obesidad. También pueden realizarse dietas hipercalóricas (en caso de anorexia, desnutrición, etc.).

- ✚ dietas modificadas en proteínas: pueden aportar mayor cantidad de proteínas que las recomendadas para las personas sanas (dietas hiperproteicas), estando indicadas en situaciones de malnutrición (bajo peso, anorexia, etc.), o aportar menos cantidad (dietas hipoproteicas), destinadas a ciertas enfermedades renales. Un tipo especial de estas dietas es la dieta sin [gluten](#), específica para la enfermedad [celíaca](#).
- ✚ dietas modificadas en [carbohidratos](#): cuando se restringe la cantidad de carbohidratos, se genera una situación de cetosis, como en las [dietas cetogénicas](#). Están señaladas en ciertos casos de epilepsia o de [obesidad mórbida](#). En otros casos se incluyen alimentos atendiendo al tipo de carbohidrato, de manera que se obtengan [dietas de bajo índice glucémico](#) indicadas para pacientes diabéticos.
- ✚ dietas modificadas en [fibra alimentaria](#): pueden ser con altos contenidos en fibra ([dieta alta en fibra](#)), indicadas en aquellos casos en los que hay reducción de la motilidad intestinal, o pueden ser con bajos contenidos de fibra (dietas sin residuos), señaladas para situaciones previas a una intervención quirúrgica o a una prueba de exploración.
- ✚ dietas modificadas en elementos minerales: en el caso de que se reduzca de forma importante la cantidad aportada de sodio (bien eliminando la sal común o bien aportando alimentos pobres en sodio) se tiene la [dieta hiposódica](#). Se prescribe en algunas enfermedades renales y en ciertas cardiopatías (hipertensión arterial). Dieta baja en potasio (para usuarios con insuficiencia renal), dieta rica en calcio (para la menopausia, fracturas óseas, etc.)
- ✚ dietas modificadas en [lípidos](#) (colesterol y triglicéridos) indicadas en pacientes con hipercolesterolemia o hiperlipidemia.
- ✚ dietas modificadas en textura y consistencia: dieta líquida (en procesos diarreicos, en preparación para determinadas pruebas, problemas de masticación, deglución o digestión...), dieta triturada (para serios problemas de

deglución y masticación) o blanda o de fácil masticación (problemas intestinales, digestivos...)

### 1.8. DIETA FAMILIAR Y PLANIFICACIÓN DE MENÚS DIARIOS Y SEMANALES.

Para planificar los menús diarios y semanales conviene seguir las recomendaciones de la SENC a través de la pirámide de la alimentación equilibrada-. Hay que tener en cuenta las necesidades nutricionales, los grupos de alimentos y la frecuencia de consumo recomendada, los pesos de cada ración y las medidas caseras, ... 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:** Cada viernes o sábado planifique el menú para la semana siguiente.

- ✚ Confeccione una lista de la compra teniendo en cuenta sus necesidades semanales.
- ✚ Asegúrese de incluir alimentos saludables.
- ✚ Incluya recetas rápidas (si trabaja fuera de casa).
- ✚ Las recetas se ajustarán a los gustos familiares.
- ✚ Empiece por definir el plato principal y luego continúe con el resto.
- ✚ Utilice siempre alimentos de temporada (frutas y verduras).

Día	Desayuno	Comida	Merienda	Cena
Lunes	Café con leche. Tostadas con mantequilla y compota de manzana.	Puré de patata y zanahoria gratinado. Solomillo de cerdo con alcachofas. Mandarinas.	Yogur y bizcocho casero.	Sopa de pescado con fideos. Tortilla paisana. Pera.
Martes	Yogur con cereales y fruta troceada.	Lentejas estofadas con verduras. Croquetas de jamón con ensalada. Rodajas de naranja con miel.	Leche con galletas.	Menestra tricolor. Papillote de salmón y merluza. Flan.
Miércoles	Cuajada con miel y galletas integrales. Zumo de naranja.	Fideos a la cazuela. Merluza a la romana con tomate y aceitunas. Manzana.	Bocadillo pequeño de jamón. Yogur líquido.	Sopa de arroz. Salchichas a la plancha con espinacas salteadas. Membrillo.
Jueves	Yogur con cereales y frutos secos. Zumo natural de fruta.	Arroz a la milanesa. Conejo en salsa. Combinado de kiwi con mandarina.	Café con leche y magdalena.	Crema de verduras. Filete de mero con patatas al vapor. Manzana.
Viernes	Leche con muesli y manzana.	Tortellini a la Italiana. Escalope de ternera con ensalada de lechuga. Plátano.	Bocadillo pequeño de atún con tomate. Zumo de fruta.	Sopa de cebolla. Tortilla de patatas con tomate aliñado. Yogur.
Sábado	Yogur con tostadas y mermelada. Zumo natural de fruta.	Potaje. Muslitos de pollo asados. Dados de pera con miel.	Leche con galletas.	Judías y patatas salteadas con jamón. Sepia a la plancha con zanahoria rallada. Manzana al horno.
Domingo	Chocolate caliente con bizcocho casero.	Entremeses variados. Canelones de la abuela. Piña natural gratinada.	Cuajada con frutos secos e infusión.	Crema de zanahoria. Pizza con verduras. Macedonia.

Acompañar la comida y la cena con pan y agua

Ejemplo de menú variado y equilibrado:

## 1.9. RACIONES Y MEDIDAS CASERAS

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Grupos de alimentos	Frecuencia recomendada	Peso de cada ración (en crudo y neto)	Medidas caseras
Patatas, arroz, pan, pan integral y pasta	4-6 raciones al día ↑ formas integrales	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	150-200 g	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, 1 cuarto de pollo o conejo, 1-2 huevos
Legumbres	2-4 raciones a la semana	60-80 g	1 plato normal individual
Frutos secos	3-7 raciones a la semana	20-30 g	1 puñado o ración individual
Embutidos y carnes grasas	Ocasional y moderado		
Dulces, snacks, refrescos	Ocasional y moderado		
Mantequilla, margarina y bollería	Ocasional y moderado		
Agua de bebida	4-8 raciones al día	200 ml aprox.	1 vaso o 1 botellín
Cerveza o vino	Consumo opcional y moderado en adultos	Vino: 100 ml Cerveza: 200 ml	1 vaso o 1 copa
Práctica de actividad física	Diario	> 30 minutos	

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

## 1.10. LA ALIMENTACIÓN EN EL ANCIANO Y EN EL CONVALECIENTE

### 1.10.1. ALIMENTACIÓN EN EL ANCIANO

Los **objetivos** de las dietas para los ancianos y convalecientes son:

- ✚ Asegurar una buena disponibilidad de nutrientes
- ✚ Preparaciones culinarias agradables

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

Para cumplir estos objetivos, se tendrán en cuenta **varios aspectos**:

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 frugal.
5. S. Los líquidos y los zumos constituirán una sola toma o se suministrarán entre comidas. Es preferible el consumo de cantidades moderadas de agua con las comidas, aunque se permite la ingesta de una pequeña cantidad de vino tinto (un vasito), si forma parte de las costumbres del anciano y no existe contraindicación médica.
6. Moderar el consumo de café y de bebidas excitantes.
7. No abusar de licores y bebidas edulcoradas.
8. Mantener en lo posible los hábitos y gustos personales.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

✚ Dietas muy restrictivas.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

✚ Alimentación monótona o poco apetitosa.

✚ Alteración de la estructura de la boca.

✚ Disminución de las papilas gustativas y de la capacidad olfativa.

✚ Disminución de las secreciones salivares, dificultad en la deglución.

✚ Tránsito esofágico más lento.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

✚ Menor secreción ácida en el estómago y frecuente atrofia de su mucosa.

✚ Disminución del flujo sanguíneo y de la actividad y metabolismo hepáticos.

✚ Frecuente intolerancia a la lactosa.

✚ Presencia de patología asociada y medicación.

✚ Aislamiento social y problemas económicos.

✚ Incapacidad física para la selección y preparación de los alimentos.

- **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.
- **Proteínicas:** A medida que aumenta la edad disminuye la masa muscular y aumenta la grasa corporal. La renovación de proteínas corporales del anciano no difiere significativamente de la del adulto., estableciéndose en 0,75g/kg de peso/día.
- **Necesidades de grasas:** Las grasas son importantes como preventivas de la arterosclerosis y los beneficios de los niveles adecuados de colesterol. Se debe reducir el consumo de grasas saturadas pero no se debe ser excesivamente restrictivo. Se debe asegurar una ingesta de grasas en torno a 30-35% del consumo calórico diario, y un 10% de grasa poliinsaturadas que asegure la ingesta de ácidos grasos esenciales con la dieta y de vitaminas liposolubles.
- **De carbohidratos:** La dieta de las personas mayores debe contener un 44-45% de carbohidratos, debe ser rica en fibra para asegurar una movilidad intestinal correcta. No es necesario reducir el consumo de azúcar (salvo diabetes) por ser una fuente útil de energía.
- **Vitaminas y minerales:** Salvo el calcio y el hierro, las necesidades son las mismas que las de los adultos:
  - **Calcio:** Importante por la osteoporosis (la padece un tercio de la población mayor). El aumento de las proteínas tiende a incrementar las pérdidas urinarias de calcio.
  - **Hierro:** Suele ser frecuente la aparición de anemia, aunque no siempre se debe a falta de hierro.

**Con formato:** Fuente: Calibri, 11 pto, Color de fuente: Verde

▪ **Vitaminas:** En las sociedades industrializadas el colectivo de ancianos es el que más riesgo presenta de padecer deficiencias vitamínicas. Una dieta variada y equilibrada cubre las necesidades de minerales y vitaminas de la mayoría de ancianos.

Con formato: Fuente: (Predeterminada) Calibri, 11 pto

▪ **Agua:** Con la edad disminuye la cantidad de agua del organismo, lo que produce cambios en la regulación de la temperatura corporal con aumento de la tendencia a la deshidratación, que puede poner su vida en peligro. Hay varios factores que favorecen el desequilibrio del agua, entre otros:

Con formato: Sangría: Izquierda: 3,17 cm, Sin viñetas ni numeración

- Disminución de la sensación de sed provocada por el envejecimiento.
- Disminución de la apetencia y tolerancia a determinados alimentos ricos en agua (ej: leche).
- Disminución del acceso al agua (por pérdida de autonomía física y psíquica)
- Miedo a la incontinencia urinaria, sobre todo por las noches.
- Alteración de la cavidad oral, etc.

### 1.10.2 ALIMENTACIÓN EN LA CONVALECENCIA

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 ser variada y equilibrada pero con matices:

- No se debe tener prisa en comer como antes. Es mejor comenzar con una dieta suave y de fácil digestión.
- Se debe repartir la ingesta en tomas frecuentes y de poco volumen, cada 2-3 horas aprox, unas 5-6 comidas diarias.
- Conviene establecer los horarios de las comidas de acuerdo a las tomas de la medicación prescrita, ya que hay algunos alimentos que interactúan con determinados fármacos. Por ejemplo, los analgésicos y antiinflamatorios conviene administrarlos junto con alimentos para evitar problemas gástricos.
- Alimentarse poco a poco, masticando y disfrutando del sabor de los platos, facilita la digestión y da tiempo a que se pongan en marcha los mecanismos de saciedad en el cerebro.
- Se recomiendan preferiblemente alimentos de texturas blandas, poco grasos y con poca fibra. Y en cantidades moderadas.
- Las técnicas culinarias más aconsejables son el cocido o el hervido, la cocción al vapor o al horno, y a la plancha. A medida que la recuperación sea más palpable se podrán ir introduciendo los guisos, estofados y fritos. Se deben evitar tanto las comidas muy frías como las muy calientes.
- La condimentación convierte en sabrosos los platos sencillos. Se pueden emplear hierbas aromáticas suaves, como el romero, el tomillo y la albahaca. Es conveniente evitar la pimienta, el chile, los condimentos ácidos como el vinagre y la sal (y por tanto los encurtidos, salazones, escabeches, ahumados y productos desecados).

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

### 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 paciente 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.
10. Utilizar aguapura.

Con formato: Fuente: Calibri, 11 pto, Español (España)

La Organización Mundial de la Salud estima que las enfermedades causadas por alimentos contaminados constituyen uno de los problemas sanitarios más difundidos en el mundo de hoy. Aplicando las reglas que acabamos de citar y las recomendaciones planteadas, se reducirá considerablemente el riesgo que entrañan las enfermedades de origen alimentario.

Es de suma importancia que el profesional de atención en el 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 el objetivo que persigue una correcta nutrición, a saber la mejora de la calidad de vida y el bienestar. Esta importancia está definida por varios factores:

- La vulnerabilidad de algunos usuarios hace que precisen de la ayuda del profesional para asegurarse la correcta nutrición y alimentación.

3. El estado de salud como consecuencia de la enfermedad. La dieta constituye un elemento fundamental en el tratamiento a los usuarios (dietoterapia).

- 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, desatiendan la función de alimentación.

- Falta de medios, sobre todo de utensilios de menaje.
- Avería en la instalación de gas o no reposición de la bombona de butano.
- 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.
- 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.
- La desconfianza del usuario a que el profesional de ayuda a domicilio maneje su dinero para las compras.

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 1,27 cm, Sangría francesa: 0,63 cm, Derecha: 0,23 cm, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 1,27 cm + Sangría: 1,9 cm, Control de líneas viudas y huérfanas

## TEMA 2. UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN

### 2.1. ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL, ENTERAL

#### 2.1.1. ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL

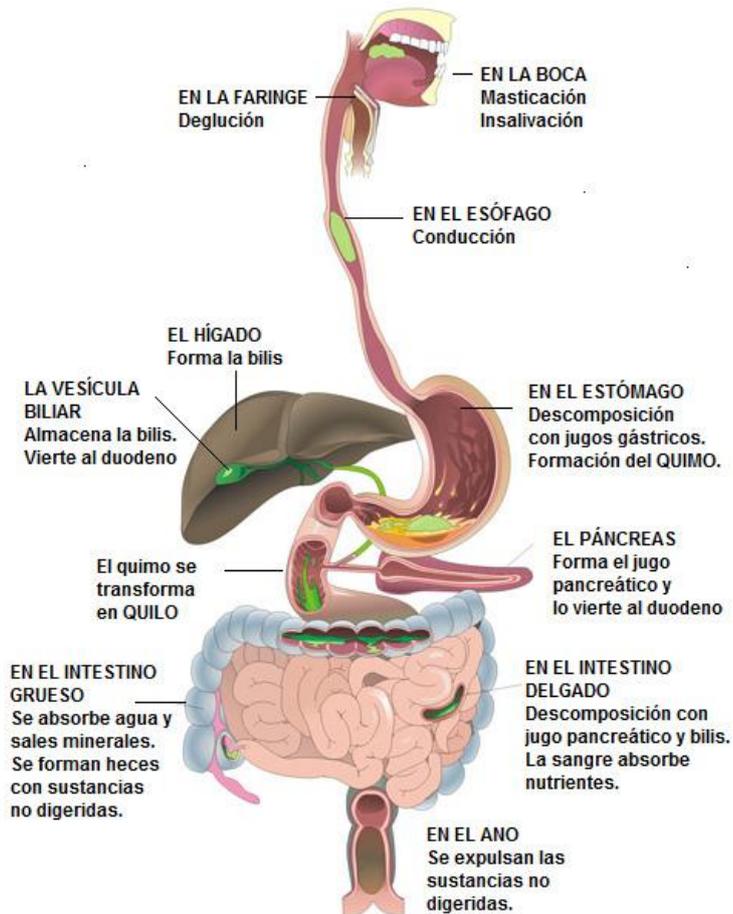
La alimentación por vía oral (a través de la boca) es la primera elección en la alimentación de los usuarios. Es el que mejor prepara los alimentos para su posterior procesado, supone el mantenimiento de la autoestima y satisfacción del usuario al poder disfrutar más de los alimentos.

Comprende cinco etapas, que se corresponden con las fases del proceso digestivo: masticación, deglución, digestión, absorción y asimilación.

Se debe prestar especial atención a las dos primeras para evitar problemas. La masticación es fundamental para la preparación del alimento y para la absorción.

También para evitar riesgos en la deglución, como el **atragantamiento**, que puede resultar fatal para el usuario. Los ancianos son otro de los grupos 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.

## EL PROCESO DIGESTIVO



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. También algunos alimentos en polvo como el cacao soluble pueden provocar cuadros de asfixia, si se inhalan por la boca, porque dificultan el flujo de aire. 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. También es fundamental evitar

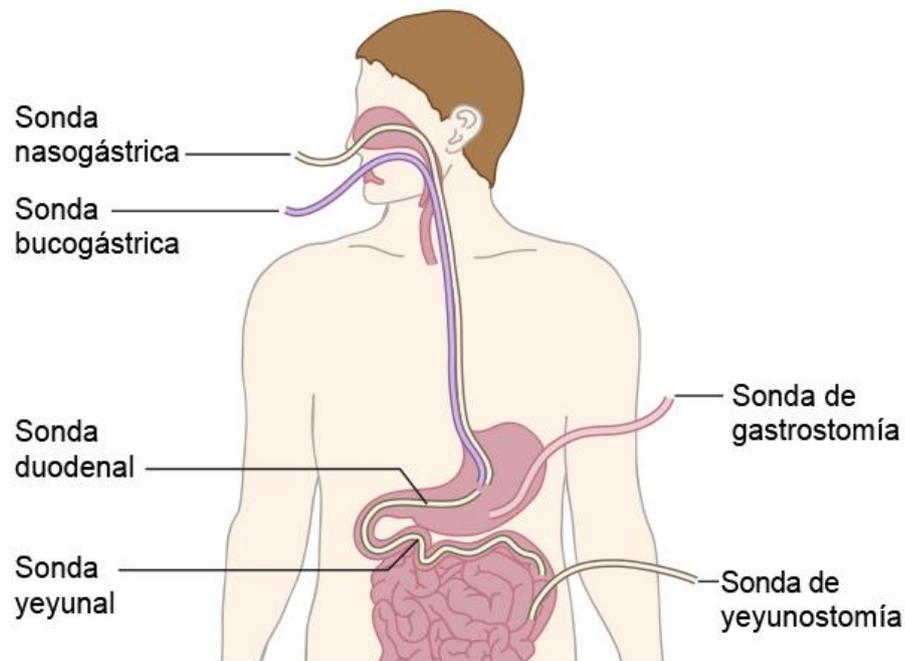
reírse y hablar mientras se mastica y traga, al tiempo que se debe tratar de no consumir mucho alcohol antes y durante las comidas.

### **2.1.1. ALIMENTACIÓN ENTERAL**

La nutrición enteral es la que se lleva a cabo a través del aparato digestivo de carácter involuntario. Consiste en la administración por vía oral o mediante una sonda colocada en el tracto digestivo, de dietas líquidas, alimentos transformados, preparaciones de nutrientes intactos o predigeridos y de suplementos dietéticos. De esta manera se suprimen las fases de masticación y deglución.

La nutrición enteral puede ser:

- **Parcial**: Utilizada en pacientes mal alimentados o con una ingesta normal que requieren de un suplemento, aunque no hayan perdido la capacidad de deglución.
- **Total** o exclusiva: Se usa cuando la alimentación oral es imposible.



#### Técnica de administración

Es preciso el entrenamiento en esta técnica antes de su realización. No realizarla si no se tiene experiencia en ella.

- Informar del procedimiento al paciente y a la familia.
- Proporcionar intimidad.
- Comprobar que las características de la dieta son las adecuadas (temperatura ambiente y dilución y homogeneidad).
- Lavar manos y poner guantes desechables.
- Preparar contenedor o jeringa con la cantidad necesaria de alimento.
- Conectar el sistema y purgarlo.

- Colocar paciente semiincorporado en un ángulo de 45º (Fowler).
- Verificar la correcta colocación y permeabilidad de la sonda.
- Comprobar residuo gástrico antes de cada toma y cada 4-6 horas en alimentación continua: si el residuo es igual o mayor que 100, parar una hora la alimentación. Una vez pasada volver a comprobarlo. Si sigue igual, descansar otra hora. Si pasado este tiempo el estómago continúa lleno, parar la alimentación y comunicar al médico correspondiente.
- Programar la velocidad de administración según sea por gravedad o bomba.
- Iniciar la alimentación de forma progresiva incrementando su volumen y ritmo según tolerancia hasta alcanzar la dosis adecuada.
- Administrar la dieta de forma lenta para facilitar tolerancia y evitar complicaciones en la alimentación administrada por gravedad.
- Lavar la sonda con 50cc de agua tibia después de cada toma intermitente y tras la administración de medicación. Cada 6-8 horas en alimentación continua.
- Cambiar sistemas y contenedores cada 24 horas limpiándolos con agua tibia después de cada toma.

**En cuanto a los cuidados del usuario:**

- Mantener siempre elevada la cabecera de la cama.
- Vigilar la aparición de complicaciones: gastrointestinales (náuseas, diarrea, dolor abdominal, estreñimiento), respiratorios (taquicardia, dificultad respiratoria,

...), y mecánicos (erosiones nasales, obstrucciones de la sonda...)

- Vigilar la higiene bucal.
- Vigilar el mantenimiento del sondaje: fijación, escoriaciones nasales, etc.
- Educar a la familia en los cuidados.

**En cuanto a los preparados alimenticios:**

- Mantener la fórmula alimenticia en lugar fresco y seco.
- Guardar en nevera los envases abiertos no más de 24 horas. Anotar en el envase la fecha de apertura.
- Comprobar la fecha de caducidad.
- No mantener la dieta preparada más de 12 horas a temperatura ambiente.

**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:



Vaso ergonómico: Idóneo para personas con artritis o movilidad reducida de la cabeza, cuello, o extremidades superiores. Diseñado para poder utilizarse con collarín y con gafas.

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.



Reborde para platos: Evita la caída de la comida.



Plato ergonómico (Manoy): Plato con fondo en pendiente, ideal para personas que sólo pueden utilizar una mano.



Cuchillo ergonómico: su diseño minimiza el esfuerzo necesario para cortar y facilita el agarre.



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 atención 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.

Tener en cuenta los siguientes puntos:

- Establecer horario y planificar el tiempo necesario para ello.
- Elaborar y preparar los alimentos según la dieta.
- Pelar, cortar y trocear los alimentos.
- Facilitar utensilios necesarios y los productos de apoyo pertinentes.
- Servir las raciones y el agua.
- Verificar la temperatura, consistencia y cantidad de cada porción de alimento.
- Controlar la cantidad de alimentos y el líquido y el ritmo.
- Vigilar al usuario y prevenir complicaciones.
- Aprovechar en este momento para la administración de medicamentos.

Hemos de tener en cuenta las siguientes pautas:

- Presentación atractiva de los platos y elegir alimentos fáciles de masticar y deglutir adaptados a las necesidades del usuario.
- Elaborar platos sencillos y fáciles.
- Favorecer un clima adecuado: respetar hábitos y gustos, darle tiempo, pedir colaboración.
- Aprovechar el momento de la comida para reforzar conductas saludables en relación a la dieta.

- Posición adecuada a la hora de comer/prevención.
- Limpiar y secar la boca cuando sea necesario.
- Higiene de la boca.

### TEMA 3. RECOGIDA DE ELIMINACIONES

#### 3.1. MEDIOS Y MATERIALES PARA LA RECOGIDA DE EXCRETAS

Las excretas o productos biológicos de desecho son sustancias que nos son asimilables por el organismo, fundamentalmente se trata de la orina y las heces. Hay que tener en cuenta que el organismo humano elimina productos de desecho a través de otras vías como son el sudor y la respiración.

El concepto de recogida de excretas abarca las diferentes técnicas utilizadas para recolectar y, posteriormente, suprimir los productos de desecho expulsados por el organismo de un usuario dependiente, generalmente cuando este no puede hacerlo por sí mismo porque presenta un estado de movilidad reducida.

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

##### 3.1.1. PARA LA ELIMINACIÓN URINARIA

- Los usuarios válidos deben hacer siempre la eliminación en el W.C.
- Los usuarios con problemas de movilidad o que deban permanecer encamados: Botella para los hombres y cuña para las mujeres.
  - o 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.
  - o 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).

- Silla inodoro: En muchos modelos está también válida para el aseo.
- Si el usuario presenta incontinencia urinaria, se pueden utilizar empapadores o pañales, sobre todo por la noche.
- Sondaje vesical: Debe evitarse en la medida de lo posible.



### 3.1.2. PARA LA ELIMINACIÓN FECAL

Las eliminaciones del aparato digestivo se efectúan, en condiciones normales, por vía rectal. Mediante las heces se expulsan los productos de desecho que no se hayan podido absorber o que no sean útiles para el organismo.

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

### 3.2. ELIMINACIÓN DE EXCRETAS.

Se deben cumplir unas [medidas higiénico-sanitarias](#) básicas:

- 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 sondajesvesicales.

- 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.
- En cuanto al lavado de ropa de cama y ropa del usuario, conviene evitar sacudir la ropa antes de lavarla, utilizar el detergente habitual, lavarse las manos después de hacerlo.
- Se mantendrá tapada la zona genital dentro de lo posible y si comparte habitación se colocará un biombo para preservar la intimidad del paciente.
- Todos los utensilios son de uso individual y cuando ya no sean necesarios deben ser desinfectados.
  
- En usuarios 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.
- En el caso de eliminación de otro tipo de fluidos y desechos de origen corporal,

tales como vómitos, sangre, seguiremos las mismas pautas indicadas, vigilando tanto la higiene del usuario como la del profesional.

### 3.3. NORMAS HIGIÉNICO-SANITARIAS

#### Procedimiento 1. Lavado higiénico de las manos

**Objetivo:** eliminar la suciedad, la materia orgánica y la flora microbiana contaminante.

**Recursos materiales:** jabón líquido neutro con dosificador, toallas de papel desechable.

**Protocolo de actuación**



#### Procedimiento 2. Lavado de manos con solución alcohólica

**Objetivo:** eliminar la flora microbiana contaminante en las manos visiblemente limpias.

**Recursos materiales:** solución alcohólica para manos con dosificador (Fig. 6.8).

**Protocolo de actuación**

- Las manos deben estar secas y visiblemente limpias.
- Aplicar una dosis de solución alcohólica.
- Distribuir por toda la superficie tal como se muestra a continuación:



Fig. 6.8. Solución alcohólica.



- Friccionar durante unos 30 segundos hasta que las manos se sequen por evaporación.
- No es necesario aclarar con agua ni secar.

### **3.3. 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 desechos 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 proporcionársele 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 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.

#### **3.4. 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 puesta 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.

Es también necesario guardar el secreto profesional de todo cuanto incumbe al usuario y a su entorno, a todos los cuidados relacionados con su asistencia, y en particular el tema que nos ocupa relacionado con las funciones de eliminación y los problemas existentes al respecto en el enfermo.

## TEMA 4. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN EL DOMICILIO

### 4.1. EVOLUCIÓN DEL METABOLISMO EN EL CICLO VITAL.

Las mitocondrias son las “centrales energéticas” de las células. Allí, algunas moléculas como la glucosa se oxidan y se rompen en trozos más pequeños. En esta reacción se liberan átomos de hidrógeno (se liberan electrones, pero suelen ir acompañados de protones: electrón + protón = 1 átomo de H). Este hidrógeno se une al oxígeno y se forma moléculas de agua.

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.

Al proceso de degradación de las grandes macromoléculas en otras mucho más pequeñas se le denomina **Catabolismo**. Luego hay otro proceso de síntesis de materias orgánicas -con gasto de energía- que se conoce como **Anabolismo**.

### 4.2. PRINCIPIOS DE FARMACOLOGÍA GENERAL.

La farmacología humana es la ciencia que estudia el origen, las acciones y las propiedades de los fármacos en el organismo humano.

Un fármaco es toda sustancia química de orígenes animales, vegetales o sintéticos que tiene propiedades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, y paliativas.

Un medicamento es el estado final bajo el cual se presenta un fármaco para su uso práctico, para la consideración del máximo beneficio terapéutico para el individuo y minimizando los efectos secundarios indeseables.

### Presentaciones de los medicamentos

- Líquidas: solución, jarabe, infusiones, aerosoles, colirio, inyectables, emulsión, enema y gargarismos.
- Sólidas: polvos, granulados, tabletas, grageas, cápsula y píldoras.
- Semisólidas: suspensión, emulsión, pasta, crema, pomada, ungüento, geles, lociones, óvulos, jaleas y linimentos.
- Otras: nanosuspensión, dispositivos transdérmicos, inhaladores e implantes.

### Componentes de los medicamentos:

Los medicamentos se componen de dos elementos fundamentales:

MEDICAMENTO=FÁRMACO(principioactivo) +EXCIPIENTE.

FÁRMACO o principio activo: Sustancia que dota al medicamento de su capacidad para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad.

EXCIPIENTE: Ingrediente que se añade al fármaco para constituir el medicamento (darle su consistencia, forma y volumen) y para facilitar su administración y absorción, pero que es inactiva farmacológicamente hablando.

### 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 (analésico).

#### 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:

- **Vía oral:** El medicamento se ingiere por la boca y absorbe en el tracto digestivo. Es la forma de administración más habitual.
- **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.
- **Vía respiratoria:** El fármaco se administra en las vías respiratorias, en forma de aerosoles o nebulizadores.
- **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).
- **Vía rectal:** El fármaco es administrado por el recto. La presentación más habitual es el supositorio.
- **Vía vaginal:** Fármaco administrado en la vagina, generalmente en forma de óvulos o cremas.
- **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:**

- **Edad:** Los niños y las personas mayores presentan mayor sensibilidad los fármacos, por lo que se administran menores dosis.
- **Peso:** A mayor peso el efecto es menor, por lo que se puede requerir mayor dosis para alcanzar los efectos deseados.
- **Sexo:** Las características orgánicas de los hombres y las mujeres son distintas, por lo que puede haber diferencias en la acción de los fármacos.
- **Genética:** Diferentes factores genéticos pueden influir en la acción, metabolismo, sensibilidad, y eficacia de los fármacos.
- **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.
- **Condiciones del entorno:** Exceso de calor (por aumento de la vasodilatación) o frío (vasoconstricción<sup>9</sup> u otras circunstancias ambientales).
- **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:**

- Administrar el fármaco correcto, en la dosis estipulada y por la vía adecuada. Es

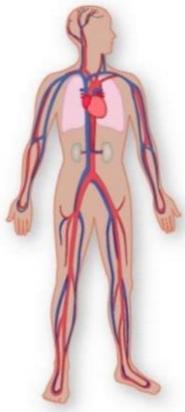
importante tomarse el tiempo necesario en comprobar el fármaco que hay que administrar, la pauta y la vía de administración. Ante la aparición de algún tipo de error, es necesario realizar la consulta inmediata a su médico o enfermera, para evitar posibles complicaciones.

- Horario de administración: no son casuales. 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.
- Educar al enfermo y su familia: sobre los efectos de los medicamentos que tiene pautados, el respeto a las pautas de administración, la constancia en su toma y sus acciones beneficiosas, y conocer los efectos secundarios para poder dar la voz de alarma ante su aparición.
- Conocer las posibles interacciones medicamentosas: Son múltiples las interacciones que se pueden dar entre fármacos, o entre fármacos y alimentos.
- 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).
- 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).
- Registrar todos los datos relacionados con la hora de la administración, el usuario, el fármaco y la dosis y las observaciones realizadas.

### 4.3. PRINCIPIOS ANATOMOFISIOLÓGICOS DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, RESPIRATORIO Y EXCRETOR. PATOLOGÍA RELACIONADA.

#### 4.3.1. SISTEMA CARDIOVASCULAR

##### ANATOMÍA



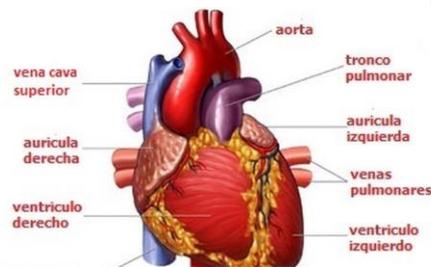
Las funciones del aparato circulatorio son:

- Transportar el oxígeno y los nutrientes a las células y recoger desechos metabólicos que serán eliminados por la orina y los pulmones.
- Regular la temperatura corporal.
- Transportar hormonas.
- Interviene en la defensa del organismo.

El aparato circulatorio consta del corazón y los vasos sanguíneos (arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas).

##### 1. Corazón

Corazón: órgano situado en el interior de la caja torácica. Se encuentra entre los dos pulmones desplazado hacia la izquierda. La función es bombear la sangre desde los ventrículos a las arterias y de aquí llevar la sangre a todas las partes del cuerpo. La sangre una vez utilizada regresa al corazón por las aurículas.



El interior del corazón es hueco y está dividido en cuatro cavidades. Dos aurículas y dos ventrículos.

El corazón se contrae y se relaja y a este ciclo se conoce como ciclo cardíaco y causa latidos.

El proceso consta de tres fases:

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

#### b. Vasos sanguíneos

Son unos conductos por los que circula la sangre. Pueden ser:

- **Arterias**: transportan la sangre desde los ventrículos a los diferentes tejidos del organismo.
- **Venas**: transportan la sangre desde los tejidos al corazón.
- **Capilares**: son tubos de calibre muy pequeño y permiten el intercambio de sustancias entre las células y la sangre.

Vasos importantes:

- Arteria pulmonar
- Arteria aorta
- Vena cava superior
- Vena cava inferior

### **c. 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).

### **A. PRINCIPALES PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES Insuficienciacardiaca**

El corazón deja de ser capaz de bombear la cantidad de sangre adecuada para cubrir las demandas de oxígeno.

#### 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.

#### **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 repitiéndose 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.

### **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 cardiaco 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,...

## **Hipertensión arterial**

Según la OMS se considera hipertensión cuando la presión arterial sistólica está igual o por encima de los 140 mm de mercurio y la diastólica igual o por encima de los 90 mm de mercurio.

### 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.

## **Arteriosclerosis**

Es un trastorno en el que existe un estrechamiento u obstrucción de las paredes de los vasos sanguíneos.

## **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.

## **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.

#### **Venas varicosas**

Son venas anormalmente dilatadas con válvulas poco eficaces, que se forman generalmente en las extremidades inferiores y parte inferior del tronco. El factor precipitante es simplemente un debilitamiento de la pared de la vena, puesto que la pared del vaso es débil, no soporta la presión normal y se dilata con la acumulación de sangre. Cuando el vaso se dilata las válvulas se ensanchan y pierden su eficacia. Esto provoca una incapacidad para soportar una columna de sangre y se produce todavía más estancamiento de la misma.

#### **4.3.1. APARATO 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.



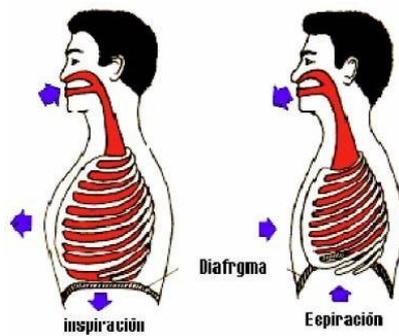
El aparato respiratorio está constituido por:

- **las vías respiratorias:** conducen el aire del exterior a los pulmones y viceversa. Son: fosas nasales, faringe, laringe, tráquea y bronquios.

- los pulmones: son los órganos responsables de la respiración.

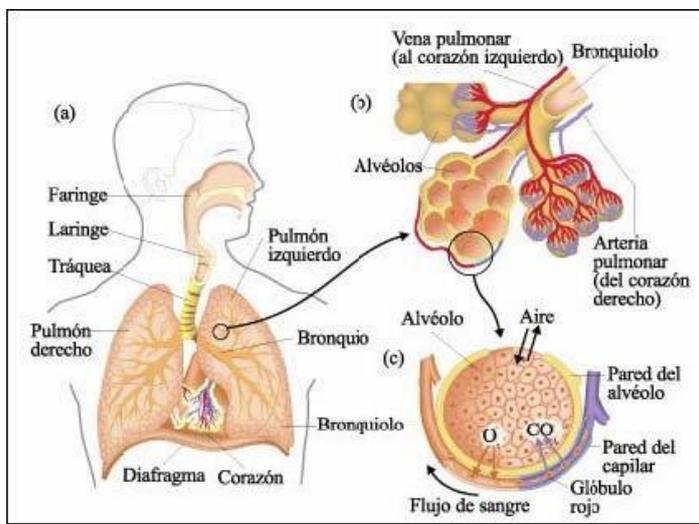
Ventilación pulmonar: es el proceso mediante el cual el aire entra y sale de los pulmones para mantener en el cuerpo las concentraciones adecuadas de oxígeno y dióxido de carbono. Consta de dos fases:

- 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.

Intercambio de gases: es el proceso mediante el cual una parte del oxígeno que ha llegado a los alvéolos atraviesa las capas finas y pasa a los glóbulos rojos de la sangre y el



dióxido de carbono que ha llegado con la sangre a los pulmones para ser expulsado al aire.

## **A. PRINCIPALES PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS**

### **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. EPOC.**

El EPOC se refiere a enfermedades que provocan obstrucción del flujo aéreo e incluyen: asma, bronquitis crónica y enfisema pulmonar.

#### **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.

#### **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.

### **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 asmamixto.

### **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.

### **Tuberculosis**

Está causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. Cuando una persona con tuberculosis habla, tose, estornuda o canta, caen al suelo gotitas diminutas. Las más pequeñas se evaporan dejando los núcleos de goitas que permanecen suspendidos en el aire indefinidamente y son transportados por las corrientes de aire. Cuando un individuo sin exposición previa a la enfermedad inhala un número suficiente de estos bacilos se produce la infección tuberculosa. La reacción del organismo depende de la susceptibilidad del individuo, del tamaño de la dosis y de la virulencia de los bacilos.

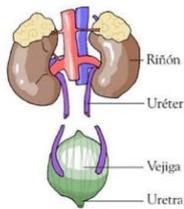
### **Bronquitis aguda**

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.

### **Gripe**

Se trata de una enfermedad respiratoria aguda producida por un virus.

#### 4.3.1. APARATO EXCRETOR



Es el aparato encargado de eliminar los residuos tóxicos que generan las células del cuerpo humano.

Está formado por:

- **Riñones:** son los órganos encargados de producir orina.
- **Uréteres:** son los conductos que salen de los riñones y llevan la orina hasta la vejiga.
- **Vejiga:** es un órgano hueco preparado para almacenar la orina
- **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).

#### A. PRINCIPALES PATOLOGÍAS NEFROLÓGICAS

##### 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. La enfermedad que mejor reproduce las manifestaciones de este síndrome es la glomerulonefritis postestreptocócica.

##### Incontinencia urinaria

Consiste en la pérdida involuntaria de orina por la uretra, que condiciona un problema higiénico y/o social y que se puede demostrar objetivamente. El 35% de mujeres y el 15% de hombres mayores de 60 años tienen incontinencia urinaria variable.

Podemos encontrar diversos tipos atendiendo a los factores que la originan:

- Incontinencia de esfuerzo, estrés o tensión.
- Síndrome de urgencia-incontinencia.
- Incontinencia urinaria por rebosamiento o paradójica.
- Incontinencia urinaria de causa neurológica.

### **Pielonefritis**

Es una infección del tracto urinario superior que cursa con fiebre, dolor en fosa lumbar, disuria leve o moderada, piuria y cilindros leucocitarios.

### **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.

### **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, disuria, vómitos, etc. Otras formas de presentación son la litiasis o cristaluria asintomática, la hematuria y la infección urinaria.

### **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.

Las constantes vitales son:

- **Temperatura:**

La temperatura corporal normal de los seres humanos varía entre los 36,5- 37,5°C. En general se habla de:

- **Hipotermia:** cuando es inferior a 36°.
- **Febrícula:** cuando es de 37,1-37,9°C
- **Fiebre o hipertermia.** Si es igual o superior a 38°C.

Se puede clasificar en temperatura rectal, oral o bucal y axilar según la zona en la que se determine.

- **Pulso:**

La frecuencia cardíaca es el número de latidos del corazón por unidad de tiempo. Entendemos por pulso la onda pulsátil de la sangre producida por la contracción del corazón y que se aprecia al presionar la arteria contra una superficie ósea. Por tanto, podemos conocer la frecuencia cardíaca en función del número de pulsaciones en un minuto. Los términos más usados son:

- **Frecuencia normal:** entre 60 y 80 ppm.
- **Bradicardia:** frecuencia cardíaca por debajo de 60 ppm.
- **Taquicardia:** frecuencia cardíaca por encima de 100 ppm.

- **Tensión Arterial:**

La presión arterial es la presión que ejerce la sangre sobre la pared de las arterias. Las cifras normales en un adulto de la tensión arterial sistólica (o máxima, que coincide con la sístole del corazón o contracción cardiaca) varían entre 120-140 mmHg, mientras que para la diastólica (o mínima, que coincide con la diástole o relajación del corazón) oscilan entre 70-90 mm Hg. Con la edad ambas cifras tienden a subir, sin ser considerado como patológico, pudiéndose encontrar en personas mayores cifras del tipo de 160/90 mm Hg. Cuando las cifras son normales se denomina normotensión, si están por encima de los valores normales se denomina hipertensión, y si están por debajo, hipotensión.

- **Frecuencia respiratoria:**

Se define como las veces que se respira por unidad de tiempo, normalmente respiraciones por minuto. En condiciones de reposo suele alcanzar unos valores de entre 12 y 18 respiraciones por minuto.

#### **4.5. TÉCNICAS DE PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA ORAL, TÓPICA Y RECTAL.**

En el punto 4.2. se han tratado ya las diferentes preparaciones de los medicamentos (líquidas, semisólidas, sólidas y otras).

Las vías de administración de medicamentos más comunes en el hogar son la oral, tópica y rectal.

- **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.

- **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.

- **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.**

##### **4.6.1. AEROSOLTERAPIA**

Tratamiento médico que se administra por vía respiratoria a través de aerosoles o nebulizadores cuyo objeto es abrir los bronquios mediante la inhalación de un broncodilatador o fluidificar o deshacer secreciones espesas con mucolítico o suero fisiológico. También se utiliza esta técnica para administrar antiinflamatorios cuando las paredes bronquiales están inflamadas.

Los materiales necesarios para la aerosolterapia son:

- toma de oxígeno (central de oxígeno o bombona y caudalímetro)
- equipo nebulizador (mascarilla y alargador),

- guantes, gasas y suero fisiológico.

#### Protocolo para realizar un tratamiento de aerosolterapia

1. Preparar el material necesario, lavarse las manos y ponerse guantes,
2. Explicar al usuario qué se le va a hacer,
3. Comprobar que la mascarilla y el sistema están perfectamente limpios,
4. Preparar la medicación introduciéndola en el vaso del nebulizador y diluyéndola en suero fisiológico.
5. Ajustar la mascarilla a la cara del paciente, conectar la alargadera directamente a la toma de oxígeno, abrir el caudalímetro y ajustar el flujo de oxígeno a la dosis indicada.
6. Comprobar que el vapor blanquecino del aerosol sale correctamente por los laterales de la mascarilla y que el paciente está respirando correctamente, así como vigilar la tolerancia del paciente al tratamiento.

#### 4.6.1 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

- Prohibir fumar, así como el manejo de llamas, cerca de la instalación y del usuario.
- Colocar las botellas siempre verticalmente y sobre un portabotellas.
- Comprobar la presión del oxígeno en las balas (bombonas) y tomas de la habitación.
- Comprobar que el frasco humidificador contiene agua destilada hasta la señal indicada.
- Controlar que no existan fugas en las tomas de la habitación.
- Controlar la temperatura de la habitación (si es elevada puede aumentar la presión).
- Al instalarlo comprobar que la concentración de oxígeno, humedad u flujo son adecuados a lo prescrito.
- Comprobar la instalación a menudo. Comprobar que el usuario se coloca en posición de Fowler (si no tiene contraindicación), ya que es la posición ideal.
- Comprobar el estado de la piel del usuario.
- Humedecer la cavidad oral del usuario para evitar desecaciones.
- Comprobar el estado de las fosas nasales.

- Administrar líquidos según prescripción médica.

#### 4.6. TÉCNICAS DE APLICACIÓN DE FRÍO Y CALOR.

El frío y el calor son elementos físicos que, sin ser medicamentos, tienen propiedades terapéuticas. La fisioterapia utiliza estos agentes físicos. Se habla de termoterapia cuando la aplicación es de calor, y crioterapia cuando lo que se aplica es frío. Otros tratamientos que utiliza son la hidroterapia (agua), electroterapia (electricidad, masoterapia (masaje), etc. En condiciones normales debe existir la orden de un médico para proceder a la aplicación de calor/frío.

A tener en cuenta:

- Los métodos frío-calor se aplican en sesiones cortas varias veces al día.
- El hielo NO debe aplicarse directamente en la zona afectada, ni la fuente de calor puede estar a temperatura extrema, ya que en ambos casos se produciría quemadura.

##### 4.6.1. APLICACIÓN DE FRÍO

**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:

- Anestésico local: disminuye el dolor al amortiguar la sensibilidad al tacto y al dolor.
- Antiinflamatorio: al disminuir el flujo de sangre a la zona disminuye también el proceso inflamatorio ya iniciado, sobre todo si es de reciente aparición.
- Antihemorrágico: Al disminuir el flujo de sangre a la zona.
- 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.

#### 4.6.2. APLICACIÓN DE CALOR

**El 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:

- Antiinflamatorio: sobre zonas inflamadas. Por ello, se emplea para tensiones musculares fuertes como algunas contracturas
- Favorece la cicatrización y reparación de los tejidos al aumentar el aporte de oxígeno y nutrientes.
- Analgésico: El calor aplicado localmente disminuye la sensibilidad al dolor.

Además de estos efectos locales, el calor tiene efectos generales sobre el organismo, provocando sudoración, sedación y relajación muscular.

#### 4.8. RIESGOS DE LOS FÁRMACOS

Los riesgos de los medicamentos son:

- Las interacciones medicamentosas: es la modificación en la acción del principio activo del medicamento al coincidir dentro del organismo con otras sustancias. El médico debe pautar la dosis y el intervalo horario adecuado para la administración de cada fármaco.
- Las sobredosis: consiste en el exceso de administración de la dosis habitual prescrita de un fármaco por el médico, generando toxicidad en el organismo. Las consecuencias de la sobredosis pueden ser leves, moderadas, graves o muy graves, dependiendo del tipo de medicamento, de la cantidad y de la vía de

entrada.

- Las alergias e intolerancias; es un mecanismo complejo a través del cual el organismo se defiende de una sustancia que considera nociva liberando otras que pretenden atacarla. En algunos es indispensable suspender el tratamiento. Las personas con alergia deben indicarlo al personal sanitario.
- Las reacciones adversas: o efectos secundarios deben aparecer detallados en el prospecto del propio fármaco.
- El incumplimiento del tratamiento pautado por un médico es una de las primeras causas de muerte relacionadas con la medicación y un riesgo que aumenta considerablemente la demanda de atención sanitaria.
- La automedicación. consiste en la administración de fármacos sin prescripción médica. Tanto los medicamentos que se dispensan con receta médica como los que se pueden adquirir libremente sin prescripción, presentan riesgos y beneficios.

#### **4.9. CONSTITUCIÓN Y MANTENIMIENTO DE BOTIQUINES**

Los medicamentos cumplen una función básica en el cuidado de la salud. Para preservar su eficacia y su seguridad, deben conservarse y eliminarse adecuadamente.

El botiquín es el recipiente (mueble, caja, etc.) en el que se guardan o transportan material de cura y medicamentos, de manera que se encuentren disponibles y ordenados para ser localizados rápidamente en caso de necesidad. 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.

##### **4.8.1. RECOMENDACIONES GENERALES**

Aspectos a considerar para que un botiquín contenga todo lo necesario:

- Se debe tener en cuenta el tipo de usuarios al que va destinado.
- La época del año en que va a ser utilizado.
- Los padecimientos más comunes en la familia (cefaleas, diarreas, ...).
- 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.
- El botiquín debe estar en un lugar fresco y seco.
- El botiquín no tendrá cerradura para facilitar el acceso.
- Los envases de la medicación deben permanecer bien cerrados.
- El material dentro del botiquín estará ordenado y etiquetado.
- 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.
- Los medicamentos se deben desechar en contenedores (SIGRE) a tal efecto en las farmacias.

#### 4.8.2. ELEMENTOS ESENCIALES

De manera general, el botiquín doméstico deberá incluir material básico, material de curas y medicamentos. Además de la medicación prescrita por el médico.

Los elementos esenciales de un botiquín de primeros auxilios se pueden clasificar así:

- **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.
- **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.

- Instrumental y elementos adicionales: guantes desechables, pinzas, tijeras, termómetro, pañuelos desechables, cuchillas de afeitarse, bolsas de plástico, vasos desechables, lista de teléfonos de emergencias y manual o folleto de Primeros Auxilios.
- Medicamentos: el botiquín contendrá principalmente analgésicos, antitérmicos y antiinflamatorios. Normalmente contienen ácido acetilsalicílico, ibuprofeno o paracetamol. Ej.: aspirina, nolutil, gelocatil, termalgin, ibuprofeno, espidifen neobrufen, fastúm (pomada).....

#### 4.8.3. OTRAS RECOMENDACIONES

- Debe estar fuera del alcance de los niños.
- Debe estar perfectamente ordenado para encontrar todo lo antes posible.
- Debe ubicarse en un sitio fresco, seco, limpio y preservado de la luz, para que no se altere su contenido, especialmente los medicamentos. Al contrario de lo que se cree, la cocina y el baño no son los lugares adecuados, porque en ellos se producen cambios bruscos de humedad y temperatura.
- No se deben almacenar medicamentos innecesariamente.
- Los medicamentos deben estar claramente identificados. Para ello es necesario que se guarden con su envase y prospecto.
- Durante el verano hay que extremar el cuidado por las altas temperaturas.
- Puede ser útil incluir una etiqueta con teléfonos de emergencia de utilidad: centros de salud, ambulancias, Instituto Nacional de toxicología, etc.

## TEMA 1. MOVILIDAD DE LA PERSONA DEPENDIENTE

### 1.1. PRINCIPIOS ANATOMOFIOLÓGICOS DE SOSTÉN Y MOVIMIENTO DEL CUERPO HUMANO

El cuerpo humano se compone de distintos órganos que pueden ser agrupados en sistemas según su similitud o función. Uno de ellos es el sistema osteomuscular, que se compone de huesos, músculos y articulaciones.

Cualquier alteración de las partes que lo componen puede crear graves alteraciones al afectar a la capacidad de sostén y movimiento de la persona. El problema más frecuente es el de las inmovilizaciones de miembros.

El profesional debe conocer la estructura del aparato locomotor para poder cumplir de forma correcta su función.

El esqueleto humano es:

- **SOSTÉN** mecánico del cuerpo y de sus partes blandas, funcionando como un almacén que mantiene la morfología, a la vez que PROTEGE las vísceras y permite la realización de diversas posturas como la bipedestación.
- **SOPORTE DINÁMICO**, permite el movimiento en sus diversas formas actuando como palancas y puntos de anclaje para los músculos.
- **ALMACEN METABÓLICO**, moderando la relación de sales de calcio y fosfatos,
- **CONTENEDOR DE MEDULA ÓSEA.**

### 1.2. APARATO LOCOMOTOR

El sistema esquelético-muscular está formado por la unión de los huesos, las articulaciones y los músculos. Son huesos unidos por articulaciones, puestos en movimiento por los músculos al contraerse, gracias a los nervios y a los vasos.

El esqueleto humano es una estructura flexible y, a la vez, lo suficientemente firme

para mantener el cuerpo en su característica posición erecta. Lo integran más de doscientos huesos.

Alrededor de los huesos se encuentran los músculos esqueléticos situados en varias capas. Su capacidad de contracción permite el movimiento corporal de forma voluntaria al estar controlados por fibras nerviosas motoras procedentes del sistema nervioso central.

Las articulaciones son estructuras encargadas de unir los huesos y cartílagos entre sí, dando estabilidad a nuestro cuerpo y permitiendo su movilidad.

### **1.1.2. SISTEMA ÓSEO**

#### **A. Conceptos generales**

La Osteología es una rama de la anatomía descriptiva que trata del estudio científico del sistema óseo en general y de los huesos que lo conforman en particular. El hueso es un tejido de sostén altamente especializado, que se caracteriza por su rigidez y dureza.

Los huesos están formados por una variedad especializada de tejido conjuntivo que se caracteriza por ser vivo, mineralizado, vascularizado y constantemente cambiante, recubiertos por una membrana llamada Periostio. En ciertas zonas, está asociado al tejido cartilaginoso (variedad de tejido conjuntivo de consistencia semidura). Igualmente se caracteriza por su dureza, su elasticidad, su capacidad regenerativa y sus mecanismos de crecimiento: el tejido óseo.

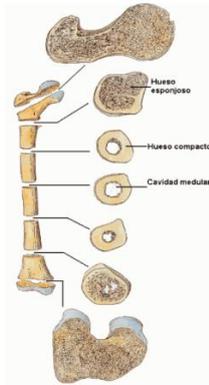
Se conocen dos clases de tejido óseo, uno denso denominado hueso compacto y otro que forma una malla de trabéculas en la cual se aprecian espacios intercomunicantes y que se denomina hueso esponjoso o trabecular. El hueso compacto está siempre situado exteriormente, rodeando al hueso esponjoso y su cantidad relativa y arquitectura varían de un hueso a otro dependiendo de su forma, posición y función.

Excepto en las superficies articulares recubiertas de cartílago todos los huesos del cuerpo están recubiertos por una membrana denominada periostio que se adhiere íntimamente al hueso, ricamente vascularizada e innervada.

#### **B. Tejido óseo**

##### **a. El tejido óseo, a nivel microscópico**

##### **Composición**



Está compuesto por células óseas, sustancia intercelular, vasos sanguíneos y nervios.

### Células óseas

Las células óseas son de tres tipos:

- **OSTEOCITOS**, son las células óseas maduras.
- **OSTEOBLASTOS**, son las células óseas formadoras de hueso.
- **OSTEOCLASTOS**, son las células óseas encargadas de la

destrucción ósea.

### Sustancia intercelular

La sustancia intercelular está constituida por:

- **MATRIZ ORGÁNICA**, con fibras de colágeno y proteínas, formada por los osteoblastos y dispuesta en forma de capas superpuestas llamadas laminillas óseas.
- **MATRIZ INORGÁNICA**, con sales minerales, principalmente de fósforo y calcio o carbonatos, que se depositan en la matriz orgánica confiriendo la dureza.

### Tipos de tejido óseo

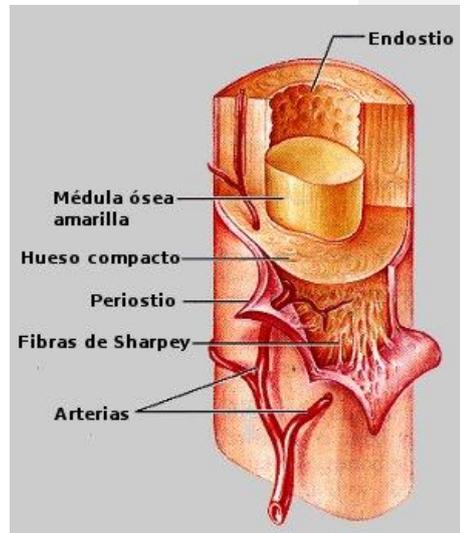
Hay dos variedades de tejido óseo, según se dispongan las laminillas óseas:

- **TEJIDO ÓSEO COMPACTO**, en el que las laminillas se disponen de forma concéntrica y apretada constituyendo la unidad estructural del hueso (osteona o Sistemas de Havers) dejando un canal central por el que pasan los vasos sanguíneos y pequeñas lagunas, llenas de osteocitos con canaliculos comunicado entre sí.
- **TEJIDO ÓSEO ESPONJOSO**, en el que las laminillas se disponen como hojas planas que forman una red de trabéculas. En los huecos de esta red se encuentra una variedad de tejido conjuntivo llamado médula ósea que puede ser de dos tipos: médula ósea amarilla, rica en grasa y médula ósea roja, rica en vasos sanguíneos y células-madre, encargadas de formar las células sanguíneas (realizan la función de Hematopoyesis).

## Estructura

Si se hace un corte longitudinal en el hueso largo podemos observar las siguientes estructuras:

- El periostio o membrana fina conjuntiva que recubre todo el hueso.
- El tejido compacto, que parte desde los extremos o epífisis y se engruesa en el centro o diáfisis.
- El tejido esponjoso, que se ubica en la epífisis y constituye la médula ósea.
- El canal medular, que se encuentra ocupado por la médula ósea. En la médula ósea roja se encuentran los eritoblastos, de los cuales se originan los eritrocitos o glóbulos rojos, por tanto, esta estructura constituye el principal órgano hematopoyético.



## b. El tejido óseo, a nivel macroscópico

Se denomina **HUESO** y, según su forma se clasifica en cuatro tipos:

- **HUESOS LARGOS**, son aquellos en los que predomina la longitud sobre la anchura y el grosor, es decir, su dimensión longitudinal. Este tipo de huesos se encuentra en las extremidades superiores e inferiores. Distinguimos tres partes:

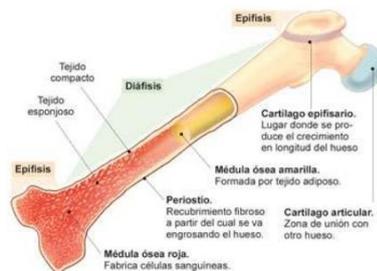
✚ **EPÍFISIS**, los dos extremos, distal y proximal, del

hueso. Suelen ser anchas y voluminosas para facilitar la articulación. Está constituida por tejido óseo esponjoso y cartilago articular.

✚ **DIÁFISIS**, cuerpo o parte central, presenta aspecto tubular. Está formada por tejido óseo compacto con una cavidad central llena de médula ósea, tapizada por el endostio.

✚ **METÁFISIS**, zona de separación entre las anteriores. Su importancia radica porque es donde se produce el crecimiento longitudinal del hueso. Está formada por tejido óseo esponjoso y una placa de tejido cartilaginoso.

## Partes de un hueso largo

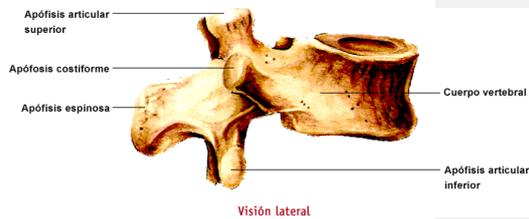


epifisario. Este cartílago crece longitudinalmente a la vez que se va osificando y transformando en tejido óseo. Cuando deje de multiplicarse parará el crecimiento longitudinal del hueso.

**EJEMPLOS:** húmero, cúbito, radio, clavícula, fémur, tibia, peroné, metatarso...

En el centro de los huesos largos existe una cavidad, llamada tuétano, compuesta de médula ósea amarilla, constituida por grasa.

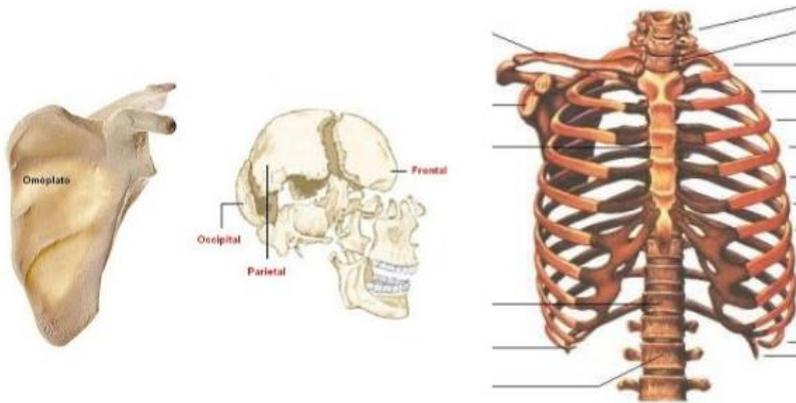
- **HUESOS CORTOS**, son aquellos en los que no predomina ninguna de las tres dimensiones, tienen una forma más o menos cúbica, presentan por tanto tres dimensiones análogas. A éste tipo de huesos pertenecen los carpos y tarsos. Además, se establecen dos subclasificaciones:



- ✚ **Huesos Sesamoideos**, un tipo de hueso corto que es encontrado en relación a un tendón, con la función de mejorar la mecánica articular. El ejemplo más claro es la rótula.

- ✚ **Huesos Supernumerarios**, tipo de hueso corto que no se encuentran en todas las personas.

- **HUESOS PLANOS**, dos de sus dimensiones predominan sobre la tercera: son aquellos en los que predomina la longitud y la anchura sobre el grosor. Este tipo de huesos se encuentra formando cavidades en el cuerpo, como los huesos del cráneo, de la caja torácica, entre otros.



EJEMPLOS (distintos huesos del cráneo, ilíacos, escápulas, esternón...).

- **HUESOS IRREGULARES**, comprenden cualquier elemento óseo no fácilmente clasificado en los grupos anteriores y debido a su forma no se sitúan en los grupos anteriores. A éste tipo de huesos pertenecen las vértebras. Dentro de esta clasificación se encuentran los huesos neumáticos, que poseen cavidades llenas de aire denominadas senos. Los huesos que forman la cara tienen esta característica.

EJEMPLOS: Vértebras, maxilar.

#### Huesos irregulares



### C. Fisiología ósea

#### a. Funciones

Las funciones básicas del sistema esquelético son:

- Sostén o soporte, es un armazón donde se apoyan y fijan las demás partes del cuerpo, pero especialmente los ligamentos, tendones y músculos.
- Protección de los órganos vitales: los huesos del cráneo por ejemplo constituyen una excelente protección para el encéfalo; la columna vertebral y las costillas protegen al corazón y los pulmones; las cavidades orbitarias protegen a los ojos; el hueso temporal aloja al oído, y la columna vertebral protege la médula espinal.
- Movimiento Los huesos son elementos pasivos del movimiento, pero en combinación con los músculos y el sistema nervioso permiten el desplazamiento.
- Hematopoyesis la médula roja forma las células sanguíneas.
- Reservorio de sales minerales: Ca, P.

#### b. Otras funciones

Hay que destacar también:

##### Formación y reabsorción del hueso

La osteogénesis (formación ósea) se produce por la acción continuada de los osteoblastos que sintetizan fibras de colágena y matriz ósea que posteriormente se mineraliza (osificación).

Simultáneamente se producen mecanismos de destrucción del hueso (reabsorción ósea) por la acción de los osteoclastos que digieren partículas óseas.

Durante la mayor parte de la vida se produce un equilibrio entre estos dos procesos, manteniéndose la forma y longitud del hueso, excepto en la infancia y la adolescencia donde predominan los procesos de osteogénesis.

##### Metabolismo del calcio y del fósforo

En el equilibrio de estas sustancias intervienen las siguientes hormonas y vitaminas.

- La **Parathormona** aumentan la concentración de calcio en el plasma (porción líquida de la sangre).
- La **Tirocalcitonina** actúa como antagonista de la anterior.
- La **Vitamina D**, actúa aumentando la absorción de calcio y fosfato en el intestino,

acelerando el proceso de osificación.

#### D. Características y funciones generales

La unión de todos los huesos forma el esqueleto, el cual consta de 206 huesos aproximadamente.

Se pueden clasificar, según su distribución en el organismo, de varias formas:

**Axial.** El esqueleto axial es aquél que forma el eje principal del cuerpo

- ✚ Eje central, formado por el cráneo y la columna medial.
- ✚ Cavidad torácica, formada por el esternón delante y las costillas a los lados.

**Apendicular.** El esqueleto apendicular es aquél que se encuentra anexo al esqueleto axial, formado por:

- ✚ Dos cinturas: la escapular y la pélvica
- ✚ Extremidades: los miembros superiores fijados al tórax mediante la cintura escapular y los miembros inferiores fijados al tronco mediante la cintura pélvica

El miembro superior está formado por 4 segmentos, que son desde la raíz del miembro hasta su extremo libre:

- **Hombro:** formado por dos huesos, la clavícula y el omóplato
- **Brazo:** formado por un solo hueso, el húmero.
- **Antebrazo:** formado por dos huesos, el cubito y el radio.
- **Mano:** comprende 27 huesos distribuidos en tres grupos.
- Los huesos del **carpo**.
- Los huesos del **metacarpo**.
- Los huesos de los **dedos**.

El miembro inferior o pelviano comprende, lo mismo que el miembro superior, 4 segmentos que desde la raíz del miembro hasta su extremo libre son:

- **Cadera:** formada por los dos huesos coxales, el sacro y el coxis
- **Muslo:** constituido por un solo hueso, el fémur.

- **Pierna:** comprende tres huesos, la tibia, el peroné y la rótula.
- **Pie:** comprende 26 huesos dispuestos en tres grupos.
- Los huesos del **tarso**.
- Los huesos de **metatarso**.
- Los huesos de los **dedos**.

Cinturas: Son aquellas zonas donde se une el esqueleto axial al apendicular. Se distinguen la cintura escapular, que une las extremidades superiores, y la cintura pelviana, que une las extremidades inferiores.

### 1.3. APARATO LOCOMOTOR. LAS ARTICULACIONES

La unión entre dos o más huesos constituye las articulaciones. Posibilitando desplazamiento y manteniendo la estabilidad adecuada. En función del tipo de movimiento que se produzca, se pueden distinguir tres tipos de articulaciones:

- **Sinartrosis** o de articulaciones sin movimiento. Es la unión entre huesos que no implica ningún tipo de movilidad, como ocurre con los huesos del cráneo.
- **Anfiartrosis**. Es el tipo de articulación que permite algo de movimiento, pero muy limitado, como ocurre con las vértebras.
- **Diartrrosis** o articulaciones sinoviales. Son aquellas que permiten gran variedad de movimientos, por ejemplo, el codo o la rodilla.

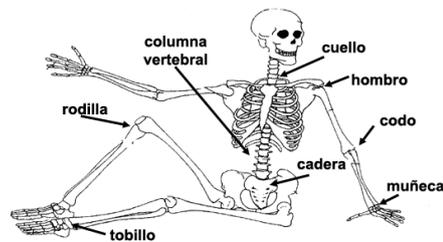
#### Partes de una articulación:

- **Superficies articulares:** son los extremos óseos recubiertos por un cartílago articular.
- **Ligamentos articulares:**
  - o Líquido articular o líquido sinovial: sirve de amortiguación a la articulación.
  - o Cápsula articular: sujeta la articulación.
  - o Meniscos: pueden estar presentes o no.

No todas las articulaciones permiten igual movilidad y en función de qué tipo de

movimientos permiten (desplazamientos laterales, anterior, posterior, rotación etc.) se denominan de diferente manera:

Así, las articulaciones entre los huesos del cráneo permiten nulo movimiento a diferencia de la articulación de la cadera.



### 1.2.3. SISTEMA MUSCULAR

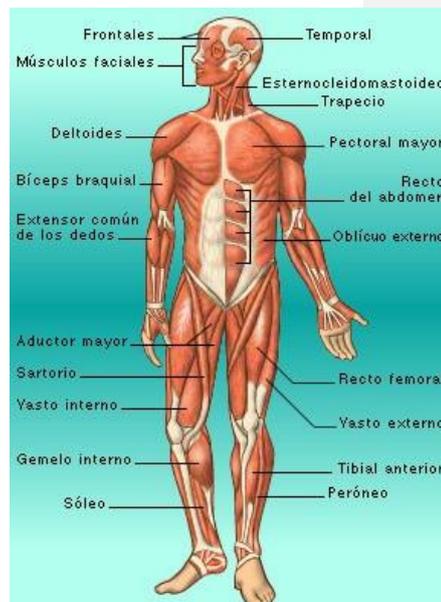
Es el conjunto de los más de 650 músculos del cuerpo y el 42% del peso corporal total en un adulto sano y joven, cuya función primordial es generar movimiento, ya sea voluntario o involuntario -músculos esqueléticos y viscerales, respectivamente.

El sistema muscular permite que el esqueleto se mueva, mantenga su estabilidad y la forma del cuerpo. En los vertebrados se controla a través del sistema nervioso, aunque algunos músculos (tales como el cardíaco) pueden funcionar en forma autónoma.

Aproximadamente el 40% del cuerpo humano está formado por músculos, vale decir que, por cada kg de peso total, 400 g corresponden a tejido muscular.

El sistema muscular es responsable de:

- **Locomoción:** efectuar el desplazamiento de la sangre y el movimiento de las extremidades.
- **Actividad motora de los órganos internos:** el sistema muscular es el encargado de hacer que todos nuestros órganos desempeñen sus funciones, ayudando a otros sistemas como por ejemplo al sistema cardiovascular.
- **Información del estado fisiológico:** por ejemplo, un cólico renal provoca contracciones fuertes del músculo liso generando un fuerte dolor, signo del propio



cólico.

- **Mímica:** el conjunto de las acciones faciales, también conocidas como gestos, que sirven para expresar lo que sentimos y percibimos.
- **Estabilidad:** los músculos conjuntamente con los huesos permiten al cuerpo mantenerse estable, mientras permanece en estado de actividad.
- **Postura:** el control de las posiciones que realiza el cuerpo en estado de reposo.
- **Producción de calor:** al producir contracciones musculares se origina energía calórica.
- **Forma:** los músculos y tendones dan el aspecto típico del cuerpo.
- **Protección:** el sistema muscular sirve como protección para el buen funcionamiento del sistema digestivo como para los órganos vitales.

#### 1.4. PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DEL APARATO LOCOMOTOR.

##### A. HUESOS:

**Osteoporosis:** es la atrofia, localizada o generalizada, del esqueleto óseo. Puede ser de origen primario (causa desconocida) o secundaria (enfermedades metabólicas) y se produce por un desequilibrio entre la destrucción y la formación del hueso.

**Fractura ósea:** consiste en la pérdida de continuidad de la superficie del hueso. Se produce normalmente como consecuencia de un traumatismo directo.

**Osteoesclerosis:** es la alteración opuesta a la osteoporosis, que consiste en un aumento de la trabeculación y engrosamiento de las estructuras óseas, debido a la formación, reestructuración o necrosis ósea.

**Osteomielitis:** es la inflamación del hueso debida a una infección, generalmente de tipo bacteriano, que puede llegar hasta el hueso por diseminación hemática, por traumatismos o por extensión de las zonas contiguas.

**Osteomalacia:** se caracteriza por la disminución de la cantidad de calcio en los huesos, pero que conserva su masa esquelética normal. También se le denomina raquitismo del adulto.

**Enfermedad del Paget u osteopatía deformante:** es una alteración crónica y progresiva de los huesos, que se caracteriza por presentar una destrucción total y patológica de su estructura, debida a un déficit en su mineralización.

**Neoplasias:** tumoraciones que afectan a los huesos y que pueden ser de carácter benigno o maligno.

**Lumbalgia:** consiste en el dolor agudo o crónico en la espalda. El tratamiento consiste en reposo, calor local seco, analgésicos y en algunos casos bajo prescripción médica antiinflamatorios. Un ejemplo es la lumbociática que se produce cuando una vértebra lumbar comprime el nervio ciático y el dolor se irradia hacia las extremidades inferiores.

## **B. ARTICULACIONES**

**Artritis:** inflamación de la articulación y deriva de múltiples causas como traumatismos, infecciones o enfermedades propias de las articulaciones producidas por desgaste como la artrosis.

**Hernia discal:** es una patología de las vértebras de la columna vertebral que consiste en la deslocalización del disco intervertebral.

**Artrosis:** se caracteriza por el desgaste del cartílago que hay entre las articulaciones y por la inflamación. El desgaste se produce generalmente por la edad. Es más frecuente en los ancianos.

**Gota:** inflamación de las articulaciones debido a los depósitos de ácido úrico en forma de cristales dentro de la articulación.

**Esguince:** consiste en la distensión o estiramiento de un ligamento que cuando es muy grave puede llegar a romperse total o parcialmente. Es una patología dolorosa que origina inflamación e impotencia funcional.

## **C. MÚSCULOS**

**Distrofias:** se caracterizan por un debilitamiento progresivo de los músculos sin que exista lesión aparente de la médula espinal.

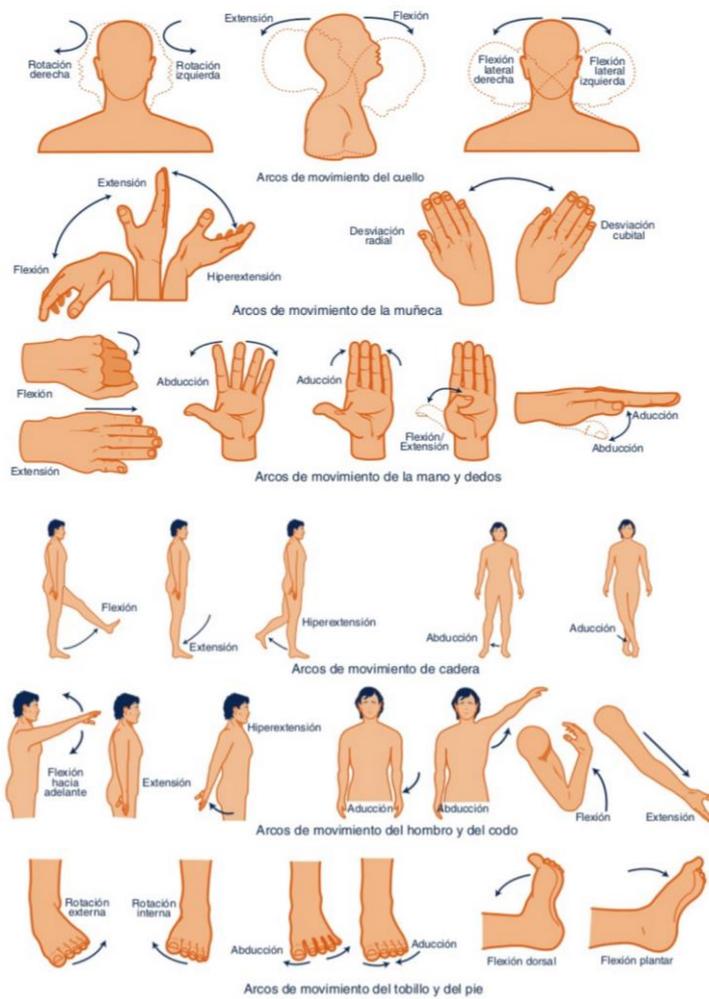
**Miopatías metabólicas:** son trastornos musculares desencadenados por alteración en la utilización por el músculo de los azúcares y las grasas como fuente de energía. Producen un cuadro agudo de dolor muscular que se acompaña de debilidad y pueden dar lugar a la aparición de calambres.

#### **1.4. BIOMECÁNICA DE LAS ARTICULACIONES.**

Las superficies de contacto entre dos huesos próximos se denominan articulaciones. El concepto de la palabra biomecánica (combinación de las palabras biología y mecánica) tiene que ver con los principios y métodos de la mecánica aplicados al estudio de la estructura y función de sistemas biológicos. Cada articulación está especializada en determinadas funciones, que pueden ir desde una ausencia total de movilidad, siendo su función principal el cierre mecánico de una cavidad (función protectora), o bien provista de una gran movilidad y actuar de palanca ósea (la rodilla).

La biomecánica analiza las funciones articulares, musculares y fuerzas externas que actúan sobre el cuerpo e integra las leyes de la mecánica en los movimientos humanos. Las investigaciones en este ámbito, se realizan en movimientos que el individuo desempeña durante la vida diaria, en los lugares de trabajo y en la actividad física como la marcha o las diferentes especialidades deportivas.

Las aplicaciones de las investigaciones del movimiento del cuerpo humano son dirigidas, entre otras, a la comprensión y depuración de las técnicas deportivas, y al estudio de la marcha normal y patológica (ocasionada por diferentes patologías tanto neurológicas como músculo-esqueléticas) con fines diagnósticos y de rehabilitación. Las partes del cuerpo humano se consideran estructuras o cuerpos rígidos para facilitar el estudio del movimiento.



Los movimientos se miden en tres dimensiones con relación a los planos anatómicos estándar: sagital, frontal y transversal. Anidados a esta referencia, se usan sistemas de ejes cartesianos (x, y, z). Los sistemas modernos de análisis del movimiento en 3 dimensiones (3D)

con plataformas de fuerza ofrecen la posibilidad de obtener datos objetivos cinemáticos (movimientos) y, lo que es de sumo interés, cinéticos (momentos de fuerza y potencias) de todas las articulaciones.

Estos datos son de gran utilidad para describir mecanismos íntimos que subyacen en las alteraciones de la marcha y en las articulaciones relacionadas. En efecto, disponer de información sobre las fuerzas que se generan en cada momento en las diferentes articulaciones permite establecer de una manera precisa qué papel tienen los elementos activos (músculos con sus hiperactividades y debilidades) y pasivos (tendones, huesos, ligamentos, cápsulas articulares y músculos con relación a acortamientos o laxitudes) en las alteraciones de la marcha y otras patologías articulares.

## **TEMA 2. EMPLEO DE TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN, TRASLADO Y DEAMBULACIÓN.**

### **2.1. POSICIONES ANATÓMICAS**

Los cambios frecuentes de postura en los usuarios encamados tienen como finalidad:

- Evitar la aparición de isquemia en los llamados puntos de presión, debido a la acción de la gravedad y al propio peso.
- Evitar que la ropa que cubre la cama roce la piel y llegue a producir lesiones.
- Prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Proporcionar comodidad al usuario.

Para ellos debemos cuidar:

- Que las sábanas estén bien limpias, secas y estiradas.
- Las zonas de mayor presión corporal estén protegidas.
- Las piernas estén estiradas y los pies formen ángulo recto con el plano de la cama.

Utilizaremos para los cambios posturales los siguientes materiales:

- Almohadas y cojines.
- Férulas.
- Ropa limpia para cambiar la cama.
- Protectores de protuberancias si fueran necesarios.

#### LAS POSICIONES BÁSICAS

Las posiciones básicas que adopta el paciente en la cama son:

- Posición de decúbito supino, o dorsal o posición anatómica
- Posición de decúbito lateral izquierdo o derecho
- Posición de decúbito prono

Posición de decúbito supino (boca arriba). Es la posición que se emplea con mayor frecuencia.



Decúbito supino o dorsal

Posición de decúbito lateral (derecho o izquierdo) Se utiliza en los siguientes casos:

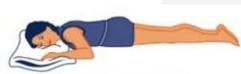


Decúbito lateral izquierdo

- Cambios posturales
- Higiene corporal
- Descanso
- Cambio de ropa de cama con paciente encamado

Posición de decúbito prono- boca abajo Se utiliza en los siguientes casos:

- En pacientes con cirugía dorsal



Decúbito prono o ventral

- Para realizar masajes en la espalda
- Para cambios posturales

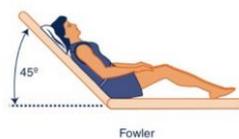
### LAS POSICIONES ESPECIALES

Según las circunstancias el paciente puede adoptar otras posturas durante su permanencia en la cama.

Estas posturas son:

- Posición Fowler
- Posición ginecológica
- Posición de litotomía dorsal
- Posición genupectoral
- Posición de Sims
- Posición de Trendelenburg
- Posición de Antitrendelenburg
- Posición de Roser

#### Posición de Fowler



#### Posición ginecológica

El paciente se encuentra en decúbito supino, las rodillas separadas y flexionadas y los pies apoyados sobre la cama.

Se utiliza principalmente en:

- El lavado de genitales en la mujer
- El sondaje vesical en la mujer
- El examen de la pelvis



- La exploración de las mujeres embarazadas

### Posición genupectoral

Esta posición es adecuada para exploraciones rectales.



**Posición de Sims** (posición lateral de seguridad) Esta posición es recomendable en:

- Pacientes inconscientes
- En la colocación de sondas rectales En la administración de enemas
- En exámenes rectales



### Posición de Antitrendelenburg

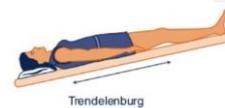
Está indicada en pacientes con problemas respiratorios, hernia de hiato, etc.



### Posición de Trendelenburg

Se utiliza en:

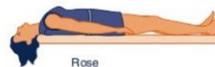
- Tratamiento quirúrgico de los órganos pelvianos
- Antelipotimias
- Situaciones que requieran un buen aporte sanguíneo cerebral



### Posición de Roser

Se utiliza en los siguientes casos:

- Lavado de pelo del paciente encamado
- En determinadas intervenciones quirúrgicas



## **2.2. TÉCNICAS Y AYUDAS TÉCNICAS PARA LA DEAMBULACIÓN, TRASLADO Y MOVILIZACIÓN EN PERSONAS DEPENDIENTES**

La inmovilidad deteriora de manera significativa la calidad de vida de las personas dependientes, especialmente de los adultos mayores. No podemos considerar normal o inevitable que los dependientes con el paso de los años, acaben inmovilizados. En términos generales, debemos diferenciar entre dos tipos:

Y Una inmovilidad relativa, en la que el usuario lleva una vida sedentaria, pero es capaz de moverse en menor o mayor independencia.

Y Una inmovilidad absoluta que implica el encadenamiento crónico, estando muy limitada la variabilidad postural.

### **¿Qué causas pueden ocasionar inmovilización?**

- La causa principal es el encamamiento tras enfermedades agudas y sobre todo tras hospitalizaciones.
- Enfermedades reumatológicas, por el dolor y la deformidad articular.
- Accidente cerebrovascular (ictus o infarto cerebral.)
- Enfermedad de Parkinson y otras demencias en fases avanzadas.
- Neuropatías periféricas, sobre todo en diabéticos.
- Enfermedades cardíacas y respiratorias que van limitando progresivamente la resistencia al ejercicio.
- Mala nutrición.
- Trastornos de la marcha, vértigo posicional, síndrome postcaída.
- Exceso de peso.
- Falta de motivación o estados depresivos.

- Apoyo social insuficiente o falta de información sobre cómo debe reiniciarse la movilización y qué ayudas técnicas son necesarias.
- Muchos fármacos aceleran la inmovilidad por sus efectos secundarios como la hipotensión ortostática o deterioro del nivel de consciencia.
- Problemas en los pies: callosidades, trastornos de las uñas y deformidades que causan dolor y alteración de la marcha.
- Muchos dependientes alargan voluntariamente las horas de sueño aumentando el riesgo de acabar encamado.
- Existen múltiples técnicas de movilización que requieren tener en cuenta unas Normas generales para la movilización
- Separar los pies, uno al lado del objeto y otro detrás; girar el pie más próximo en la dirección hacia la que nos desplazamos.
- A partir de la posición de agachados (posición de sentados), mantener la espalda derecha (que no siempre es vertical);
- Una espalda derecha hace que la espina dorsal, los músculos y los órganos abdominales estén en alineamiento correcto;
- Se minimiza la compresión intestinal que causa hernias;
- Cuello y cabeza deben seguir la alineación de la espalda;
- Dedos y manos han de extenderse por el objeto para ser levantados con la palma. Los dedos solos, tienen poca potencia;
- Acercarse al objeto, brazos y codos al lado del cuerpo. Si los brazos están extendidos, pierden mucha de su fuerza. El peso del cuerpo está concentrado sobre los pies. Comenzar el levantamiento con un empuje del pie trasero;

Las ayudas técnicas son cualquier objeto, equipo o producto utilizado para aumentar, mantener o mejorar las habilidades de las personas con discapacidad, de tal forma que promueven la independencia en todos los aspectos de la vida diaria de la persona. Reconocen las desigualdades en las que se encuentran las personas con discapacidad, por lo que procuran compensar o equiparar oportunidades. Debido a la naturaleza dinámica de las personas, pueden variar en el transcurso de la vida de la persona y según el entorno.

Para el desplazamiento y la movilización tenemos entre otras:

- **Muletas** con codo: No siempre dan sensación de seguridad
- **Bastón:** se colocará en el brazo contrario de la pierna afectada, aumentando la sustentación. Se deben usar ligeramente adelantado y paralelo al cuerpo. Tienen la puntera de goma con fin antideslizante. La altura del bastón debe ser la que consiga que la mano esté a la altura de las caderas con el codo ligeramente doblado y los hombros al mismo nivel.
- **Trípode y bastones de cuatro patas:** Son más estables y se indican en personas de mayor inestabilidad.
- **Andadores:** Pueden ser sin ruedas o con ellas. Requieren tener fuerza en las dos manos y acercarse a ellos pues si no aumenta el riesgo a caídas. Están indicados en fases agudas e inestabilidad elevada. La altura habitual es de unos 80 cm y los codos deben estar un poco doblados con las patas traseras del andador a la altura de los pies del usuario.



- **Silla de ruedas:** Diseñadas para permitir el desplazamiento de aquellas personas con problemas de locomoción o movilidad reducida, debido a una lesión, enfermedad física (paraplejía, tetraplejía, etc.) o psicológica.

Tipos:



- **Electrica**

- **Manual**
- **Grúa:** Se utilizan para realizar las transferencias de los pacientes cuando el nivel de dependencia es muy alto, hay diversos tipos.



### 2.3. TÉCNICAS PARA EL POSICIONAMIENTO EN CAMA.

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado. Para realizar estos cambios se deben seguir unas normas generales tales como:

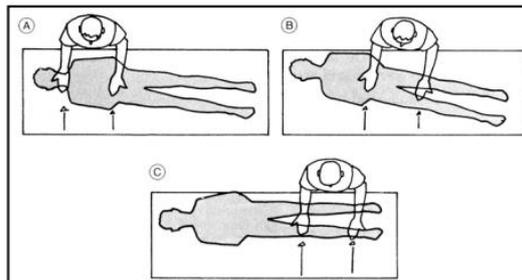
- Preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquellos elementos que puedan entorpecernos.
- Procurar realizar el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (muslos y piernas).
- Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor, y la columna vertebral debe estar erguida.
- Es preferible deslizar y empujar, que levantar.
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

#### Incorporar al usuario:

- Indique al usuario 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.
- 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.
- 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.
- 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.)
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.



#### Movimiento del usuario a la orilla de la

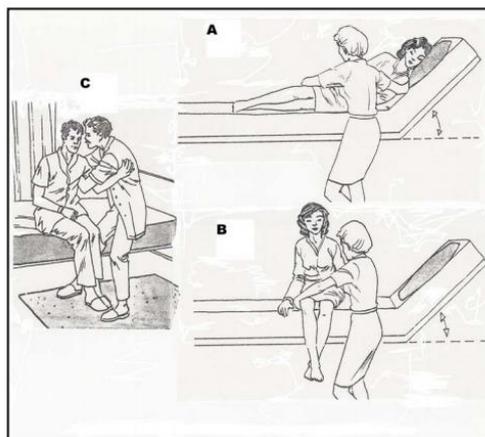


**cama:**

- Frenaremos la cama (si dispone de cama articulada) y la colocaremos en posición horizontal (sin angulación) retiraremos las almohadas y destaparemos al usuario.
- 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.
- 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.
- Una vez trabado con ambos brazos, tiraremos simultánea y suavemente del usuario hacia la orilla de la cama.
- 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:**

- 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, sujetandolapiernadistal.)
- 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.



**Enseñanza al usuario a sentarse en la cama solo sin ayuda:**

- Los usuarios que por procesos agudos se pueden sentar solos, sin necesidad de asistencia, deberán recibir la [educación](#) correcta por nuestra parte. El profesional debe indicarle que realice los siguientes pasos:
- Rodar hacia un lado y levantar la pierna más alejada sobre la otra.
- Agarrar el borde del colchón con el brazo inferior y empujar con el puño del brazo superior dentro del colchón.
- Empujar con los brazos mientras se deslizan los talones y las piernas sobre el borde del colchón.
- Mantener la posición de sentado empujando con ambos puños dentro del colchón por detrás y a los lados de las nalgas.

#### Subir al usuario hacia lacama:

- Si el usuario coopera, le retiraremos la almohada con cuidado.
- 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.
- 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.
- 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.
- Le colocamos la almohada y arreglamos la ropa de la cama.



- 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 cerca no 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, 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 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.

El conocimiento de las diversas técnicas de movilización y transferencias, así como el uso adecuado de las ayudas técnicas y el conocimiento de las existentes en el mercado facilitará el uso de las mismas.

Con respecto a las recomendaciones y cuidados específicos del usuario con problemas de movilidad, señalaremos cuatro fundamentales:

- actividad y capacidad funcional
- cuidado de la piel
- la alimentación
- la eliminación

### Actividad y Capacidad funcional:

- **Actividades físicas:** 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 siempre que no exista contraindicación médica, siendo fundamental implicar al usuario y a la familia en los procesos de recuperación.

- **Actividad mental:** el usuario 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.
- **Cuidados de la piel:** especial cuidado en usuarios encamados por estar expuestos a importantes problemas como escaras o infecciones.
- **Nutrición:** Las personas con movilidad reducida pueden sentir poca sed y se deshidratan con facilidad. Si es posible, con el usuario sentado debe administrarse en pequeñas cantidades cada vez, la cantidad diaria debe fluctuar entre 1'5 y 2 litros, incluyendo el líquido de las comidas. Puede restringirse después de cenar para disminuir la orina durante la noche. Si se alimenta por la boca es importante la buena presentación y el sabor, la administración debe ir precedida y seguida de aseo oral y de las manos y siempre que sea posible, el usuario debe estar sentado.
- **Eliminación:** El usuario 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 defaque 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.**

El cuidado y la ayuda pueden generar en ocasiones una mayor dependencia. Es necesario mejorar el ambiente físico y social para disminuir esta situación.

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:

- 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. De este modo no se le da la oportunidad de demostrar su independencia en esta tarea y si este hecho ocurre con frecuencia, es posible que acabe perdiendo esa habilidad por desuso.
- 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 este caso ocurre lo mismo que en el anterior, en el que si bien los familiares "regañan" a los mayores con cariño y lo hacen por su bien, al mismo tiempo impiden que mantengan su grado de independencia.

- Es habitual que cuando la persona mayor se desenvuelve con autonomía en tareas como vestirse, recoger su habitación, etc. y no demanda ayuda de los demás, suele pasar desapercibida y se ignora su comportamiento autónomo. No se reconoce su esfuerzo. Es frecuente que las conductas que no tienen consecuencias positivas, como ese reconocimiento o elogio de los demás, dejen de realizarse.

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. De esta forma, se priva a la persona mayor de practicar comportamientos o actividades para las que está capacitado. Esta

limitación llevará a que esta capacidad se vaya perdiendo por falta de práctica. Este proceso provoca que las creencias iniciales de los cuidadores acerca de la incapacidad de los mayores para realizar alguna actividad acaben siendo realidades (la profecía que se autocumple).

Es necesario que la familia o la persona cuidadora tenga siempre en cuenta que cuidar significa ayudar sólo lo necesario.

### **TEMA 3. TOMA DE CONSTANTES VITALES.**

Las constantes vitales son parámetros corporales que varían cuando el organismo NO funciona correctamente.

Las constantes vitales son:

- Temperatura
- Pulso

- Tensión Arterial
- Frecuencia respiratoria

SIGNOS VITALES	VALORES PROMEDIOS	INSTRUMENTOS DE MEDIDA
<b>TEMPERATURA</b>		
<i>En axila o ingle</i>	36,5 – 37°C	
<i>En boca</i>	36,8 – 37,2 °C	<u>Termómetro</u> <i>(de vidrio, electrónico o de papel o plástico)</i>
<i>En recto</i>	37 – 37,7 °C	
<b>PULSO</b>	<i>70 – 80 latidos por minuto</i>	<u>Reloj con segundero</u>
<b>RESPIRACIÓN</b>	<i>15 – 20 por minuto</i>	<u>Reloj con segundero</u>
<b>TENSIÓN ARTERIAL</b>		
<i>Sistólica</i>	<i>Entre 120 – 140 milímetros de mercurio</i>	<u>Esfigmomanómetro</u> <i>(aneróide, de mercurio o electrónico)</i>
<i>Diastólica</i>	<i>Entre 70 – 85 milímetros de mercurio</i>	

### 3.1. TEMPERATURA

Es la cantidad de calor del organismo, se mide en grados centígrados y oscila entre 36 y 37º C.

La temperatura no es un valor constante, suele variar en función de:

- Actividad física
- Hora del día
- La edad
- Temperatura ambiental.....

Las alteraciones de la temperatura pueden ser:

- Disminución o hipotermia (temperatura inferior a 35º C)
- Hipertermia o fiebre (temperatura superior a 37º C). Esta puede ser:
  - **Febrícula** (menor de 38ºC)
  - **Fiebre ligera** (38–38,5ºC)
  - **Fiebre moderada** (38,5–39,5ºC)
  - **Fiebre alta** (39,5–40,5ºC)
  - **Fiebre muy alta** (temperatura superior a 40,5ºC)

Para medir la temperatura se utiliza el termómetro. La medición puede realizarse en:

- **Axila:** es la más cómoda, aunque la menos exacta.
- **Boca:** contraindicada en bebés y niños menores de 6 años; usuarios con patologías y cirugías orales o tienen dificultad para respirar por la nariz; usuarios inconscientes, usuarios que reciben oxígeno con mascarilla.

- **Recto:** Es la más exacta de las tres, aunque la más incómoda, está indicada en niños menores de 6 años y en los enfermos inconscientes o confusos. Siempre teniendo que cuenta que no padezcan trastornos rectales, o en las extremidades inferiores.

Tipos de termómetros:

- Mercurio de cristal (para temperatura axilar, rectal y bucal),
- Digital: Es el sustituto del termómetro de mercurio.
- Timpánico
- Electrónico
- Químicos desechables.



### 3.1. FRECUENCIA RESPIRATORIA

A la hora de analizar la respiración, además de la frecuencia podemos valorar:

- Tipo de respiración. Valoramos si es normal, abdominal o costo-diafragmática.
- Simetría. Valoramos si ambos lados se mueven simétricamente.
- Ritmo. En ausencia de patología, la inspiración es más corta que la expiración, en proporción 1:3.
- 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.

### 3.3. PRESIÓN 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:

- Sistólica: entre los 120 y 140 mm Hg y
- Diastólica entre los 70 y 90 mm Hg.

Para medir la TA se utiliza el esfigmomanómetro y el fonendoscopio.

Asegurar que el usuario se halla en reposo, realizar las mediciones siempre con el mismo esfigmomanómetro, el usuario debe estar sentado o tumbado.

1. Poner el brazo del usuario a la altura del corazón y que lo mantenga en reposo.
2. Poner el manguito sobre el brazo desnudo, justo por encima de la flexura del brazo.
3. Colocar la membrana del fonendo en la flexura del brazo, inmediatamente debajo del manguito.
4. Cerrar la válvula y bombear la pera hasta que se alcance una presión mayor de la posible esperada, 200 mm Hg aproximadamente.
5. Abrir la válvula, soltando lentamente el aire y escuchar atentamente.



- a. Cuando el latido sea audible, anote la presión, que es la TA máxima o sistólica que marca el manómetro. Seguir desinflando.
- b. Cuando el latido deja de oírse, anote de nuevo la presión, que es la TA mínima o diastólica.

### 3.4. FRECUENCIA CARDIACA

Refleja el bombeo de la sangre desde el corazón hasta las arterias. Las características del pulso son:

- **Frecuencia:** número de pulsaciones por minuto (60 y 80 ppm). Que depende de:
  - Edad
  - Ejercicio
  - Temperatura
  - Emociones
  
- **Ritmo:** es el tiempo de separación entre latidos. Puede ser:
  - Rítmicos o regulares
  - Arrítmicos o irregulares
  
- **Intensidad:** es la fuerza de la sangre en cada latido.

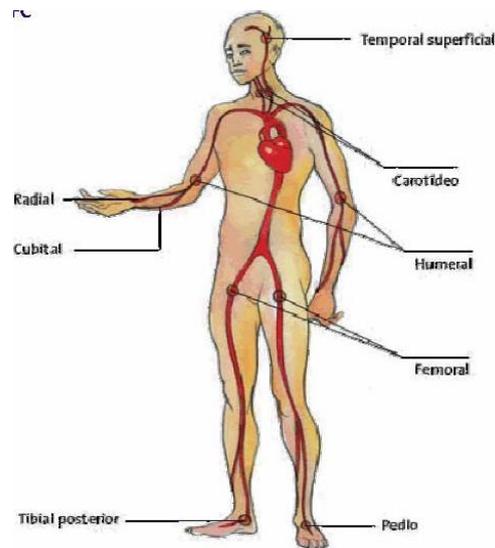
#### Alteraciones del pulso

- ✚ **Taquicardia:** valores superiores indican aumento de la frecuencia cardiaca
- ✚ **Bradicardia:** valores inferiores indican descenso de la frecuencia cardiaca
- ✚ **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 cardiaca, lo ideal es que el usuario 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 tal y como se ilustra en la siguiente imagen:



### 3.5. RECOGIDA DE LAS

MISMAS.

Una vez recogidas las diferentes constantes vitales deben quedar registradas en las gráficas que existan a tal efecto, haciendo constar los datos de filiación del usuario, así como la fecha y la hora de recogida de las mismas. El sistema de registro o gráficas están incluidos en la historia del paciente. Contiene por escrito actuaciones profesionales que comprenden tanto datos antiguos como actuales, permitiendo ver la evolución en la situación del paciente.

Los parámetros que se registran respecto a las constantes vitales son:

- ✚ **Temperatura.** Se registra en color rojo y se va poniendo en la graduación de la temperatura que se determina. Cuando se toma otra temperatura, los puntos se unen mediante una línea.
- ✚ **Tensión arterial.** Se registra de color verde; se puede marcar con flechas y se une una línea vertical.
- ✚ **Respiración.** Se registra en color negro y de la misma forma que la temperatura. Cuando hay varios se unan por una línea.
- ✚ **Pulso.** Se registra en color azul y se configura por la unión de las distintas determinaciones.

Entre otros datos que se pueden consignar en los registros clínicos con el propósito de ofrecer una información lo más detallada posible al equipo médico. Entre estos datos se encuentran:

-  Peso y talla
-  Deposiciones
-  Presión venosa central
-  Drenajes
-  Glucosa.