

MANUAL DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA

Visita nuestro curso

<https://curso-atencion-sociosanitaria.com>



!

q

01

INTERVENCIÓN EN LA ATENCIÓN HIGIÉNICO-ALIMENTARIA

1. REALIZACIÓN DE LA HIGIENE Y ASEO DE LA PERSONA DEPENDIENTE

- a) Principios anatomofisiológicos del órgano cutáneo.
- b) Aplicación de técnicas de aseo e higiene corporal.
- c) Baño en bañera o ducha.
- d) Baño en la cama.
- e) Baño de personas con Alzheimer.
- f) Higiene bucal.
- g) Limpieza de zonas de riesgo.
- h) Prevención y tratamiento de las úlceras por presión.
- i) Aplicación de cuidados al usuario incontinente y colostomizado.
- j) Prevención y control de infecciones. Procedimientos de aislamiento y prevención de enfermedades transmisibles.
- k) Asistencia al usuario para vestirse.
- l) Colaboración en los cuidados postmortem.

2. MANTENIMIENTO DEL ORDEN Y CONDICIONES HIGIÉNICAS DE LA HABITACIÓN DEL USUARIO.

- a) Disposición y limpieza de los efectos personales del usuario. Control de las condiciones ambientales.
- b) Técnicas de realización de camas.

3. ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y RECOGIDA DE ELIMINACIONES

- a) Evolución del metabolismo en el ciclo vital.
- b) Principios anatomofisiológicos: sistemas digestivo, urinario y endocrino.
- c) Comprobación de hojas de dietas.
- d) Dietas y menús. Tipos de dietas.
- e) Alimentación por vía oral.
- f) Ayudas técnicas para la ingesta.
- g) Técnicas de recogida de eliminaciones.
- h) Prevención de riesgos en la alimentación y la recogida de eliminaciones.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar, las actuaciones necesarias para mantener a los usuarios en condiciones de higiene personal adecuadas, aportando la ayuda que se precise en función de sus necesidades y del plan de intervención previamente establecido.

Colaborar en las actuaciones para mantener en orden y en las adecuadas condiciones higiénico-sanitarias la habitación del usuario.

Proporcionar y administrar los alimentos al usuario facilitando la ingesta en aquellos casos que así lo requieran.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ayudar al usuario en todas aquellas maniobras para el mantenimiento de una adecuada higiene y que no pueda ejecutar de forma autónoma.

- Vestir al usuario con la ayuda necesaria en cada caso, con ropa y calzado cómodo, adecuados a la temperatura y la época del año.

- Colaborar con el personal sanitario en la realización de los cuidados post-mortem, siguiendo los protocolos establecidos.

- Realizar el seguimiento de la situación higiénica del usuario, con especial atención a los pliegues corporales, cavidad bucal y otras zonas de especial riesgo.

- Colaborar en las actuaciones para la preparación e información al usuario para la administración de alimentos, en función de sus necesidades, siguiendo el plan de cuidados previamente establecidos.

1. REALIZACIÓN DE LA HIGIENE Y ASEO DE LA PERSONA DEPENDIENTE Y DE SU ENTORNO.

a) Principios anatómo-fisiológicos del órgano cutáneo.

La piel es el órgano de mayor extensión del cuerpo humano, ocupando aproximadamente una extensión de 2 m². Su espesor varía entre los 0,5 mm (la piel de los párpados) y los 4 mm (de la piel del talón). Es la cubierta exterior del organismo y constituye una barrera protectora que lo aísla del medio que le rodea. En los orificios naturales (nariz, boca, ojos, oídos, vagina y recto), la piel continúa en forma de membrana mucosa, tapizando dichas estructuras.

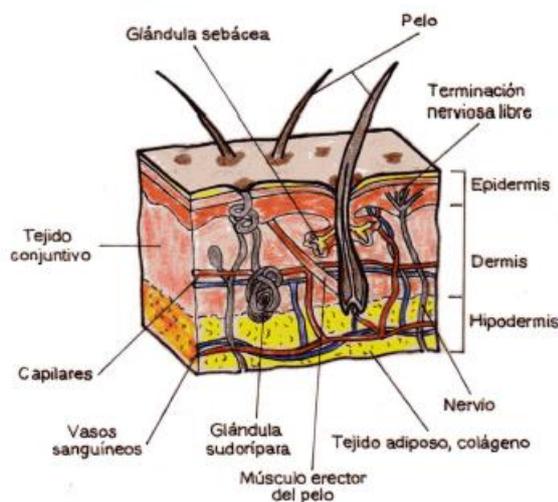
La piel está dividida en 3 estratos o capas que, desde el exterior al interior, son:

Epidermis: es la capa más externa. Está constituida por varios tipos de células epiteliales (destacando los queratinocitos, llenos de queratina, y los melanocitos, llenos de melanina). Carece de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas. Es más gruesa en la palma de la mano y la planta del pie.

Dermis: es una capa de tejido conjuntivo, situada bajo la epidermis. Es de mayor grosor que la epidermis y contiene vasos sanguíneos y linfáticos, terminaciones nerviosas, glándulas sebáceas y sudoríparas y folículos pilosos.

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

Hipodermis: llamada también tejido celular subcutáneo, es la capa más profunda de la piel. Está formada principalmente por tejido conjuntivo adiposo, atravesado por bandas de colágeno y elementos vasculonerviosos. El contenido graso de esta capa varía según el estado nutricional, pudiendo llegar a los 10 cm en algunas partes del cuerpo de sujetos obesos.



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

Las glándulas sudoríparas están distribuidas por toda la piel. Pueden ser:

Ecrinas - que producen sudor y sus conductos se abren al exterior mediante un poro

Apocrinas - que se localizan en axilas, mamas y región anogenital, produciendo un sudor más espeso de olor característico y cuyo conducto excretor se abre en un folículo piloso.

Las glándulas sebáceas se localizan en la proximidad de los pelos, utilizándolos como conductos excretores. Estas glándulas producen un sebo (compuesto por grasas y algunas proteínas), sustancia que contribuye a la flexibilidad e impermeabilidad de la piel.

Funciones de la piel.

La piel como cubierta exterior del cuerpo desempeña las siguientes funciones, siempre encaminadas a mantener la homeostasis (característica del organismo vivo para autorregular su equilibrio interno):

1. Protección. La piel constituye la primera barrera defensiva, protegiendo así al organismo frente a las agresiones mecánicas, físicas o químicas y evita el paso de microorganismos perjudiciales gracias a sustancias como la queratina y la secreción de sebo y sudor, que forman un manto ácido protector.

2. Regulación térmica. Los seres humanos mantienen una temperatura constante, a pesar de las importantes variaciones que se puedan registrar en la temperatura ambiental y la cantidad de calor que él mismo produce debido a ciertas reacciones biológicas que tienen lugar en el interior del organismo (digestión, ejercicio físico...). Así, debe adaptarse tanto a la variación de la temperatura externa como interna. Esta adaptación se realiza mediante la regulación de la temperatura de la superficie corporal, gracias a la actuación del centro regulador de la temperatura situado en el hipotálamo, que envía una señal nerviosa a los vasos sanguíneos cutáneos (para producir vasodilatación o vasoconstricción según el caso) y a las glándulas sudoríparas (productoras de sudor).

3. Sentido del tacto. Es el que permite al organismo percibir las cualidades de los objetos que lo rodean. Se localiza principalmente en la piel, órgano en el que se encuentran

distintas clases de receptores nerviosos encargados de transformar los estímulos externos en información susceptible de ser interpretada por el cerebro. Los principales receptores nerviosos son:

- Corpúsculos de Meissner: se encuentran en áreas sensibles como labios, yemas de los dedos, pezones, palmas de las manos y en zonas donde no hay vello. Nos permiten leer Braille o disfrutar de un beso, permiten reconocer la zona del cuerpo tocada e identificar la textura de los objetos.

- Células o discos de Merkel: actúan como receptores sensitivos de la presión. Se encuentran mayormente en las palmas de las manos y de los pies.

- Corpúsculos de Ruffini: son los receptores del calor y se hallan distribuidos en la dermis y la hipodermis.

- Corpúsculos de Krause: son los receptores del frío y se localizan en la superficie de la dermis, principalmente en la lengua y los órganos sexuales.

- Terminaciones nerviosas libres: se reparten por la mayor parte de la superficie corporal y están especializadas en la recepción del dolor.

4. Secreción de sudor. Contribuye a la regulación térmica y de sebo, con cualidades antifúngicas y antibacterianas; además, aporta flexibilidad al pelo.

5. Absorción. La piel no es totalmente impermeable (algunas sustancias liposolubles o solubles en grasas pueden atravesarla); por eso, se utiliza como vía de administración de medicamentos.

6. Recepción. La piel contiene receptores nerviosos que aportan información al cerebro. Recibe y transmite sensaciones de dolor, temperatura, contacto, presión, etc.

7. Síntesis. La epidermis y la hipodermis sintetizan sustancias como melanina, queratina, caroteno y vitamina D a partir de la luz ultravioleta.

8. Excreción. La piel elimina productos de desecho a través del sudor.

b) Aplicación de técnicas de aseo e higiene corporal

La higiene es una necesidad básica, es decir, que debe ser satisfecha para que el individuo pueda conseguir un completo estado de bienestar físico, mental y social. Uno de los cuidados más importantes que se presta al paciente es el que se refiere a su higiene personal.

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

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

Sin una correcta higiene personal, es más posible que aparezcan procesos patológicos que pueden agravarse debido a una mayor vulnerabilidad y menor resistencia del organismo.

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

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

Dentro de estas prácticas de aseo, encontramos el baño que, además de su valor en cuanto a limpieza, también proporciona otros beneficios, como estimular la circulación sanguínea, provocar un estado de bienestar en la persona, refrescar y relajar, a la vez que ayuda a mejorar la autoestima del individuo.

- Valorar las propiedades físicas de la piel (color, temperatura, textura...).
- Conservar la integridad de la piel y prevenir problemas potenciales como las úlceras por presión (UPP).
- Determinar su grado de autonomía.
- Proporcionar bienestar y comodidad.

- Mejorar la autoestima y autoimagen del paciente.

NORMAS GENERALES a contemplar para la realización del ASEO e HIGIENE CORPORAL⁶

- El **momento del aseo** debe ser aprovechado por el profesional para, además de realizar las tareas previstas, lograr los siguientes objetivos:
 - Fomentar la **comunicación** con el paciente.
 - **Observar** cualquier signo que pueda ser indicativo de un problema de salud.
 - Estimular la **circulación**.
 - Valorar las propiedades físicas de la **piel** (color, temperatura, textura...).
 - Conservar la integridad de la piel y **prevenir** problemas potenciales como las úlceras por presión (UPP).
 - Determinar su grado de **autonomía**.
 - Proporcionar **bienestar** y **comodidad**.
 - Mejorar la **autoestima** y **autoimagen** del paciente.
- **Antes de iniciar el proceso**, se tendrán en cuenta los siguientes factores:
 1. Grado de dependencia del paciente, según diversas escalas utilizadas en el proceso de valoración. Nos orientará sobre la participación que el paciente podrá tener en el procedimiento.
 2. Estado emocional y mental del paciente.
 3. Hábitos y preferencias personales: temperatura del agua, tipo de jabón, horario...
 4. Patologías del paciente, para prevenir posibles complicaciones durante la realización del procedimiento.
 5. Explicar de forma clara al paciente el procedimiento a realizar y pedir su colaboración en todo lo posible para favorecer su independencia.
 6. Aprovechar el momento del aseo para realizar masajes suaves en las zonas sometidas a presión, mejorando así el riego sanguíneo. En ningún caso se masajearán zonas donde ya se haya iniciado una úlcera por presión (UPP).

NORMAS GENERALES para contemplar la realización del ASEO e HIGIENE CORPORAL

- Prestar especial cuidado a las vías y sondajes si el paciente los tuviere, evitando tracciones bruscas y previniendo desconexiones.
- Mantener una temperatura ambiente adecuada en la habitación durante la realización de la higiene, entre 22 y 24º C, evitando las corrientes de aire.
- Comprobar la temperatura del agua antes de comenzar el aseo. Salvo indicación contraria, estará entre 37 y 40º C.
- Utilizar jabón suave con pH neutro (pH de la piel ácido, aproximadamente de 5.5) que no irrite la piel.

- En el caso de la higiene al paciente encamado, evitar que éste esté totalmente desnudo durante el procedimiento, debiéndosele mantener cubierto con toalla, sabana o camisón.
- No mojar la cama innecesariamente. Escurrir bien la esponja y, si es necesario, colocar una toalla bajo el paciente.
- Realizar la higiene tantas veces como sea necesario durante el día, como mínimo una vez por la mañana, junto al cambio de sábanas.

c) Baño en bañera o ducha.

Este tipo de higiene está indicada en aquellos pacientes que pueden levantarse y cuyo nivel de autonomía es alto. Gracias a ella contribuimos a mantener y estimular la independencia del paciente, así como a reforzar un hábito de autocuidado saludable.

En muchos casos, es útil contar con baños asistidos. Debemos cuidar las medidas de seguridad y proporcionar los apoyos materiales necesarios.

La ducha tiene un efecto estimulante, mientras que el baño, es más relajante.

Procedimiento de ASEO: BAÑO en la DUCHA y BAÑO en la BAÑERA.

Material necesario:

- Aceite de almendras, vaselina líquida o similar.
- Jabón líquido NEUTRO.
- Esponja o manopla.
- Guantes de un solo uso no estériles.
- Toallas.
- Bolsa para residuos.
- Papel higiénico.
- Ropa del paciente.
- Artículos de higiene corporal (peine o cepillo, desodorante, agua de colonia...).
- Registros de Enfermería.

Baño en la ducha. Procedimiento.

- ✓ Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.
- ✓ Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.

- ✓ La ayuda que el profesional deberá prestar dependerá en todos los casos del grado de dependencia del paciente.
- ✓ Preparar el equipo necesario, colocándolo a nuestro alcance o al del paciente, según el grado en que éste vaya a participar.
- ✓ Ayudar al paciente a sentarse en un asiento de ducha (si lo precisa) y preparar el agua de la ducha a la temperatura adecuada.
- ✓ Ayudar al paciente a secarse, supervisando que no queda humedad en las zonas de la piel de mayor riesgo.

El profesional NUNCA dejará solos en el baño a pacientes que padezcan demencia (Alzheimer).

d) Baño en la cama.

Este tipo de higiene está indicada en aquellos pacientes que, conservando o no la movilidad, deben permanecer encamados. Es conveniente que esta técnica se realice entre dos profesionales, para aumentar la seguridad del paciente y disminuir el tiempo empleado. Hay que realizar el aseo diario tantas veces como lo precise el paciente. La higiene del paciente no tiene sólo como finalidad proporcionar al individuo el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y comodidad, sino también, prevenir alteraciones de la piel (estimulando la circulación sanguínea) e infecciones.

Procedimiento de ASEO: BAÑO con el PACIENTE ENCAMADO.

Material necesario:

- Aceite de almendras, vaselina líquida o similar.
- Jabón líquido NEUTRO.
- Esponja o manopla.
- Guantes de un solo uso no estériles.
- Dos toallas, preferiblemente, una grande y otra de lavabo.
- Palanganas con agua caliente (entre 38º y 40º C).
- Cuña/botella.

Procedimiento de ASEO: BAÑO con el PACIENTE ENCAMADO.

- Bolsa para residuos.
- Papel higiénico.
- Ropa del paciente.
- Ropa de cama.
- Artículos de higiene corporal (peine o cepillo, desodorante, agua de colonia...).
- Registros de Enfermería.

Procedimiento.

- ✓ Ofrecer la cuña/botella al paciente antes de comenzar la higiene.
- ✓ Retirar la ropa que cubre la cama y colocar una toalla encima del paciente.
- ✓ Desnudar al paciente, que estará en decúbito supino (si no hay contraindicaciones), y colocar la ropa sucia en la bolsa habilitada para tal efecto sin hacer movimientos bruscos.
- ✓ La secuencia concreta de lavado será siempre enjabonar una zona y aclarar y secar bien antes de comenzar con otra zona, insistiendo en los pliegues cutáneos (axilas, ingles, bajo las mamas, entre los dedos, etc.).

El lavado se hará en el siguiente orden:

- Afeitado: si puede, lo realizará el propio paciente. Si no, se llamará al peluquero o lo realizará el profesional (siempre que esté capacitado).
- El lavado se realizará de arriba hacia abajo y de limpio a sucio; por regla general, el orden será: ojos; cara y orejas; cuello y hombros; brazos y manos; axilas; tórax y mamas; abdomen; piernas y pies; espalda; nalgas; y por último, región genital.
- En todas las zonas, excepto en los ojos y la cara, se empleará jabón.
- Sólo se dejará expuesta la zona que se esté lavando, manteniéndose las otras cubiertas.
- Si el aseo se realiza entre dos personas, una enjabona y enjuaga y la otra seca.
- Cambiar el agua las veces que sea necesario, sobre todo, antes de lavar la zona genital.
- Después de lavar y secar la parte frontal del paciente, procederemos a colocar al paciente en decúbito lateral para la higiene adecuada de la espalda y la región glútea.

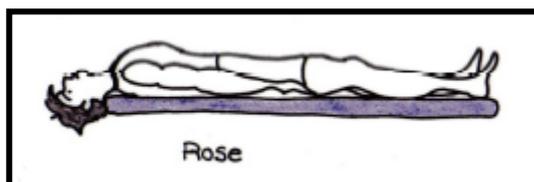
Este momento es adecuado para realizar masajes en las zonas de presión y aplicar crema hidratante.

- Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino para proceder al lavado de la zona genital, insistiendo en el secado de los pliegues cutáneos.
- En los varones, lavar genitales externos, testículos y pene; se bajará el prepucio y se lavará el glande, se secará y se cubrirá nuevamente.
- En las mujeres, lavar los labios externos y el meato urinario, siempre de arriba hacia abajo.

Procedimiento de ASEO: lavado de la CABEZA con el PACIENTE ENCAMADO.

Material necesario:

- Champú y crema suavizante.
- Guantes de un solo uso no estériles.
- Toallas.
- Palangana y jarras con agua caliente (entre 38º y 40ºC).
- Empapador.
- Silla.
- Algodón.
- Secador de mano.
- Bolsa para residuos.
- Artículos de higiene corporal (peine o cepillo, agua de colonia...).
- Registros de Enfermería.



MUY IMPORTANTE:

El lavado del cabello se realizará ANTES del lavado del cuerpo.

e) Baño de personas con Alzheimer.

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

1. Planear el baño a una hora que el paciente se encuentre tranquilo y hacer de esta hora una rutina.
2. Preparar todo el material antes de comenzar el aseo.

3. Ser amable y respetuoso con el paciente, para transmitirle confianza.
4. Explicarle el procedimiento con paciencia y repetirle aquellos puntos que le produzcan mayor ansiedad.
5. Reducir el miedo del paciente haciendo uso de ayudas tales como asiento en la ducha, barras para el agarre o alfombras antideslizantes.
6. NUNCA dejar a la persona sola en el baño. Mantenernos vigilantes y prestarle toda la ayuda que necesite.

f) Higiene bucal.

La higiene bucal tiene como objetivos mantener una limpieza apropiada en la cavidad oral; evitar caries, sequedad, malos olores, o grietas en lengua y labios; y prevenir la aparición de infecciones.

Se deberá estimular al paciente a que la realice él mismo. Según el nivel de dependencia, vamos a diferenciar tres grados de intervención del profesional en este proceso: en paciente consciente, en paciente inconsciente y en paciente usuario de dentadura postiza.

Procedimiento de ASEO: HIGIENE BUCAL.

Material necesario:

- Vaso con agua.
- Guantes de un solo uso no estériles.
- Toalla.
- Cepillo de dientes, dentífrico y colutorio.
- Palangana.
- Antiséptico bucal.
- Depresor y gasas estériles.
- Bálsamo labial hidratante.
- Bolsa para residuos.
- Registros de Enfermería.

Procedimiento de ASEO: HIGIENE BUCAL.

Si el paciente está consciente, pero no es capaz de realizar la higiene bucal por sí mismo:

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

Si el paciente está inconsciente:

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

Si el paciente utiliza dentadura postiza:

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

g) Limpieza de zonas de riesgo.

Procedimiento de ASEO: LAVADO de OJOS.

Material necesario:

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

- Registros de Enfermería.

Procedimiento.

- ✓ Humedecer una gasa con solución salina y limpiar desde el lagrimal al ángulo externo de cada ojo, hasta que quede limpio de secreciones. Utilizar una gasa distinta para cada ojo.
- ✓ Durante este proceso el paciente permanecerá con los ojos cerrados.
- ✓ Cargar dos jeringas con 10 cc. de suero fisiológico (una para cada ojo) o utilizar solución salina en monodosis.
- ✓ Mantener la cabeza ladeada en relación con el ojo que vamos a lavar.
- ✓ Abrir los párpados del paciente con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra aplicar suero fisiológico desde el lagrimal a su zona externa, utilizando una jeringa para cada ojo y evitando tocar los párpados o la córnea.
- ✓ Secar con una gasa estéril cada ojo.

MUY IMPORTANTE:

Si el paciente está inconsciente, mantendremos sus ojos siempre cerrados para favorecer el nivel adecuado de humedad de la córnea y dejar los ojos tapados con gasas impregnadas en suero fisiológico, que serán cambiadas cada dos horas.

h) Prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

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

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

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

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

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

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

La humedad y el tiempo son también factores a tener en cuenta, ya que la maceración acelera el grado de ulceración.

Las úlceras constituyen un serio problema, ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro en la calidad de vida del paciente. Sus causas pueden ser generalmente detectadas con antelación, pudiendo aplicarse medidas preventivas que eviten su aparición, ya que una vez generadas, suelen ser de manejo complicado y evolución tórpida (torpe o lenta). La aparición de úlceras por presión es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales sanitarios, de ahí que una buena praxis sea la mejor medida preventiva.

MEDIDAS PREVENTIVAS de la aparición de ÚLCERAS POR PRESION (UPP)

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

- ✓ Valorar de forma periódica la piel para evitar el riesgo de aparición de úlceras por presión.
- ✓ Utilizar jabón neutro en la higiene diaria del paciente.
- ✓ Poner especial atención en los pliegues cutáneos y en los espacios interdigitales, a la hora de aclarar y secar al paciente.

- ✓ No utilizar pomadas ni polvos.
- ✓ Mantener siempre una buena hidratación de la piel.
- ✓ En las zonas de riesgo, siempre que no existan heridas, realizar masajes muy suaves con crema hidratante o aceites.
- ✓ Respecto a la ropa de cama, mantener las sábanas siempre limpias, secas y sin arrugas. Utilizar colchones antiescaras si existe la posibilidad.
- ✓ Realizar cambios posturales frecuentes (cada 3-4 horas).
- ✓ Colocar almohadillado en prominencias o salientes óseos con riesgo de fricción (patucos, etc.) En las zonas de presión, pueden colocarse apósitos preventivos.
- ✓ Vigilar sondas, vías, drenajes, evitando la presión constante sobre una zona determinada.
- ✓ Levantar al paciente de la cama y colocarlo en el sillón o silla de ruedas adoptando posturas adecuadas para prevenir el cizallamiento, si no está contraindicado.
- ✓ En cuanto a la alimentación: dieta hiperproteica, rica en vitamina C y aporte abundante de líquidos.
- ✓ La prevención de las úlceras por presión ha de pasar siempre por la elaboración de un plan de cuidados individualizado en el que se contemplará la reducción o eliminación de factores que puedan favorecer la aparición de éstas.

El riesgo de un paciente de sufrir UPP se puede valorar con diversas escalas (una de las más utilizadas es la Escala de Norton) a su ingreso en el centro, siendo imprescindible una reevaluación periódica.

Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
Bueno 4	Alerta 4	Ambulante 4	Total 4	Ninguna 4
Mediano 3	Apático 3	Camina con ayuda 3	Disminuida 3	Ocasional 3
Pobre 2	Confusión 2	Sentado 2	Muy limitada 2	Urinaria o fecal 2
Muy malo 1	Estupor y coma 1	Encamado 1	Inmóvil 1	Urinaria + fecal 1

Su puntuación oscila entre 5 y 20, clasificándose el nivel de riesgo:

- Puntuación de 5 a 11: riesgo muy alto.
- Puntuación de 12 a 14: riesgo evidente.
- Puntuación > 14: mínimo riesgo/no riesgo.

Para elaborar un plan de cuidados, también es necesario conocer el grado de afectación cutánea o tisular -relativo a los tejidos del organismo-. Para ello, las úlceras por presión (UPP) se clasifican en estadios, según las estructuras y tejidos que afecten. De entre las clasificaciones existentes, elegiremos la realizada por la GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas), que establece 4 estadios en la evolución de la úlcera, que son:

- **Grado I:** piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviar ésta. Afecta a la epidermis. El paciente comienza a sentir dolor.
- **Grado II:** piel con pérdida de solución de continuidad, vesículas y flictenas. Afecta a la epidermis y dermis superficial. No suelen tener bordes bien definidos ni son muy exudativas. Son dolorosas.
- **Grado III:** pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel, llegando hasta incluso la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico. El dolor comienza a disminuir.

- **Grado IV:** pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, huesos o estructuras de sostén. Presenta lesiones con cavernas o trayectos sinuosos, dejando en ocasiones ver las estructuras óseas. El paciente no siente dolor.

NORMAS BÁSICAS para la atención a TODAS las úlceras por presión (UPP).

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

NORMAS GENERALES para la LIMPIEZA de las ÚLCERAS por PRESIÓN (UPP).

- Limpiar la lesión cada vez que se haga la cura (bajo prescripción médica, una vez al día o cada varios días, si se utilizan apósitos con tratamiento específico), se manche o se desprenda el apósito.
- Utilizar suero fisiológico como norma, con irrigación suave que favorezca el arrastre de microorganismos y desechos.
- No utilizar soluciones antisépticas, ya que enlentecen la regeneración celular y la mayoría son citotóxicos (agentes o sustancias tóxicas para la célula, que suprimen sus funciones o le provocan la muerte).

Figura 2. Decúbito supino: talones, sacro, codos, omóplato y occipucio



Figura 3. Decúbito lateral: maléolos, rodillas, trocánter, cresta ilíaca, hombro y oreja

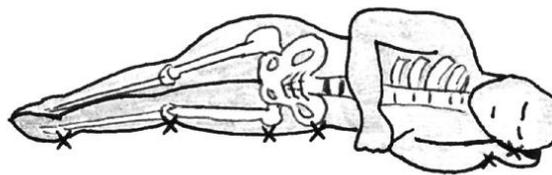


Figura 4. Decúbito prono: dedos, rodillas, cresta ilíaca, hombro, esternón y nariz



TRATAMIENTO de las ÚLCERAS por PRESIÓN (UPP).

- Estadío I. Aceite hiperoxigenado. Apósito hidrocoloide extrafino. No masajear la zona enrojecida.
- Estadío II. Apósito hidrocoloide absorbente. Si existe cavidad: apósito hidrocoloide absorbente y pasta hidrocoloide. Si existe tejido necrótico: desbridar.
- Estadíos III y IV. Apósito hidrocoloide absorbente y pasta hidrocoloide (rellenar 3/4 partes de la cavidad). Retirar por completo toda la pasta hidrocoloide de las curas anteriores. Si el exudado es muy abundante, colocar un apósito de hidrofibra/alginato y un apósito hidrocoloide absorbente. Si existe tejido necrótico: desbridar.

TRATAMIENTO de las ÚLCERAS por PRESIÓN (UPP).

Desbridamiento

El desbridamiento es la extirpación de tejido muerto de la úlcera.

Puede ser de dos tipos:

- Mecánico o quirúrgico, que se realiza con ayuda de unas pinzas y tijeras o bisturí, liberando la herida de materia muerta siempre desde la zona central hacia fuera;
- Químico, con pomadas desbridantes (iruxol)

Apósitos

Elegir el apósito adecuado para la UPP en estos procedimientos reviste gran importancia, ya que desempeñará la triple función de ser el medio de administración del tratamiento que vamos a aplicar (gel, pomada antibiótica, desbridante o cicatrizante adecuada para el tratamiento eficaz de la UPP), y ayudar al almohadillado de la zona y a mantendrá aislada.

El apósito deberá elegirse según el estado en que se encuentre la UPP. Características adecuadas del apósito:

- ✓ Biocompatible.
- ✓ Protege la herida de agresiones externas.
- ✓ Mantiene el lecho de la herida continuamente húmedo y la piel circundante seca.
- ✓ Elimina y controla los exudados mediante la absorción.
- ✓ Se adapta a la zona de la lesión y es de fácil colocación y retirada.

TÉCNICA de CURA de una ÚLCERA por PRESIÓN (UPP).

Material necesario:

- Carro de curas con el siguiente material: suero fisiológico, gasas y compresas estériles, apósitos estériles no transparentes, desbridantes (cremas a base de colágeno), pasta hidrogel, set de cura estéril con pinzas y tijeras, bisturí, esparadrapo hipoalérgico, ... También, aceite hiperoxigenado, apósitos de carbón activado, apósitos de hidrofibra, apósitos hidrocoloides absorbentes de varios tamaños, apósitos hidrocoloides extrafinos de varios tamaños, pasta hidrocoloide y suero fisiológico para lavar.
- Campo estéril (pañó estéril de papel o tela).
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.



- Bolsa para residuos.
- Registros de Enfermería.

Los cambios posturales deben ajustarse a una planificación, la cual vendrá establecida en el plan individualizado de cuidados del paciente, y determinada por las necesidades concretas de éste.

Independientemente de lo anterior, los cambios deberán ser realizados, por norma general, cada 2-3 horas (en periodos de sedestación, posición Fowler o semi-Fowler) evitando el arrastre, comprobando las zonas de presión, eliminando el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, evitando arrugas o pliegues en la ropa y facilitando la comodidad y alineación del paciente.

En aquellos casos en los que el paciente pueda realizar los cambios por sí mismo, se debe promover que los ejecute de forma continua. En caso de que por sí mismo no pudiera llevarlos a cabo, el profesional deberá ayudarle o hacerlos por él.

Como parte del protocolo para la prevención de la aparición de las UPP y de otras consecuencias negativas que se dan en el paciente encamado, las posiciones corporales se complementan con la utilización de medidas correctoras, como almohadas, sábanas, toallas enrolladas, cojines, ... que tienen como finalidad aliviar la presión de las zonas en riesgo y favorecer la alineación y comodidad del paciente.

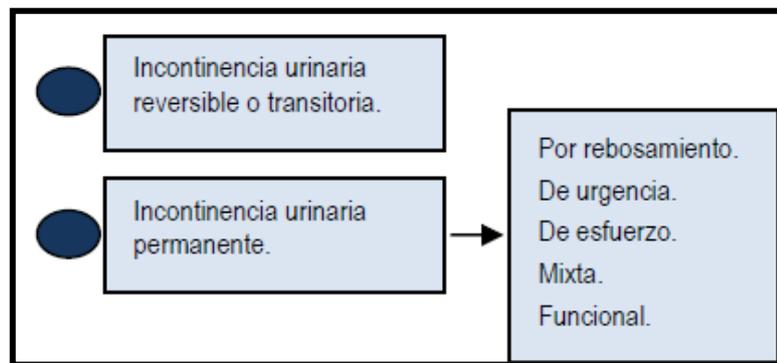
i) Aplicación de cuidados al usuario incontinente y colostomizado.

➤ Cuidados al usuario con incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria es la incapacidad del paciente para controlar voluntariamente la salida de la orina al exterior, pudiendo ésta producirse en un momento y lugar no adecuados. Sus causas pueden ser diferentes, según el tipo de incontinencia de que se trate.

Tipos de incontinencia urinaria (IU).

Podemos clasificar la incontinencia urinaria en 2 grandes grupos:



Incontinencia urinaria reversible o transitoria.

Tiene una evolución de menos de 4 semanas.

Sus causas más frecuentes son: consumo de determinados fármacos, infecciones urinarias, impactación fecal y endocrinopatías, entre otras. Suele solucionarse al desaparecer el trastorno causante.

Incontinencia urinaria permanente (también, crónica o establecida). Existen 5 tipos:

- IU de urgencia o vejiga hiperactiva. Se produce como consecuencia de contracciones involuntarias de la musculatura de la vejiga que provocan un deseo súbito e intenso de orinar que no puede ser suprimido y conduce a la pérdida involuntaria de orina. Suele tener su origen en alteraciones neurológicas y del sistema nervioso: Parkinson, esclerosis múltiple, Alzheimer, ACV, a enfermedades urológicas como la cistitis (inflamación de la vejiga, acompañada o no de infección, que cursa generalmente con dolor o escozor al orinar), la infección urinaria o hiperplasia de próstata.
- IU de esfuerzo. Es más frecuente en la mujer y se da por un debilitamiento en el esfínter de la uretra (normalmente, causado por partos, falta de hormonas durante la menopausia, prolapso genital...), En este caso, la pérdida involuntaria de orina se produce como consecuencia de un esfuerzo que genera un aumento de la presión intrabdominal, como levantar peso, estornudar, reír, ...
- IU mixta. La padecen pacientes que presentan incontinencia de urgencia y de esfuerzo.

- IU por rebosamiento. El volumen de orina en la vejiga supera la capacidad contráctil de la uretra, por lo que se produce un vaciamiento por rebosamiento. Es más frecuente en hombres que en mujeres y más durante la noche. Se suele dar en lesiones medulares, en hiperplasia de próstata (el agrandamiento no canceroso de la glándula prostática), en estenosis uretrales (estrechamiento de la uretra), fármacos y neuropatía diabética (afectación de los nervios periféricos en pacientes diabéticos), etc.

- IU funcional. Se da como consecuencia de la imposibilidad de acudir al baño por limitaciones funcionales como, por ejemplo, paciente encamado, servicios inaccesibles, ...

MUY IMPORTANTE

La incontinencia constituye un problema tanto higiénico, como social y psicológico para la persona que lo sufre, pudiendo llegar a suponer una limitación de su actividad y relación. El paciente con incontinencia urinaria suele sentirse desplazado y avergonzado; en muchos casos, oculta el problema a sus familiares e, incluso, a su médico; y frecuentemente ven muy afectada su calidad de vida.

Atención al paciente con incontinencia urinaria según su grado de dependencia.

- Ejercicios de Kegel, consistentes en la realización de contracciones repetidas de los músculos de suelo pélvico para aumentar el tono de éstos. Se realizarán entre 25 y 30 contracciones por sesión y entre 3 y 4 sesiones diarias.

- Micciones programadas cada dos horas, con el fin de lograr un condicionamiento y evitar las pérdidas. Se utiliza en casos de mayor discapacidad.

- Los pacientes encamados o con grados de dependencia severa suelen ser portadores de colectores de orina (dispositivos de goma, similares a los preservativos, de fácil colocación, que van conectados a una bolsa de orina) o sondajes vesicales y, como mínimo, necesitan la utilización de pañales o empapadores.

Atención al paciente con sonda vesical.

La sonda vesical es un dispositivo flexible que se coloca dentro de la uretra del paciente para conectar la vejiga con el exterior y permitir, así, la salida de la orina. Puede ser permanente o temporal. Se suele colocar por alguna de las siguientes causas:

- Obstrucción que impide la salida de la orina y que se debe a un estrechamiento de la uretra por alguna patología (fibrosis, hipertrofia prostática, ...).
- En procesos postoperatorios.
- Para realizar una recogida estéril de muestra de orina.
- Para medición de diuresis.
- Realización de lavados vesicales.
- Para evitar complicaciones de la incontinencia urinaria: infección de UPP, etc.



El sondaje vesical es un importante factor predisponente para la infección del tracto urinario (ITU).

CUIDADOS ESPECIALES al paciente con SONDAJE VESICAL

- Lavarse bien las manos y colocarse guantes antes de cualquier manipulación en área genital, sonda o bolsa colectora.
- Vaciar la bolsa periódicamente (si dispone de grifo) o cambiarla cuando sea necesario.
- Explicar al paciente que la bolsa debe permanecer siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar el retroceso de la orina, aumentando así las posibilidades de una infección de orina.
- Fijar el tubo de drenaje de la bolsa a la pierna del paciente permitiendo una movilidad adecuada.
- Evitar acodamientos u obstrucciones en el sistema.
- Realizar la higiene de la zona genital cada 12 horas y de forma meticulosa, tanto en el aseo general como en el parcial.
- Lavar la sonda periódicamente para mantenerla permeable.
- Evitar desconexiones innecesarias de la sonda a la bolsa colectora (aumenta el riesgo de infección).

- Estar atentos a cualquier signo de infección urinaria: orina con sedimento, hematuria, dolor suprapúbico, fiebre, escalofríos... En caso de que alguno de estos síntomas aparezca, se debe comentar al médico.

➤ Cuidados al usuario con incontinencia fecal.

La incontinencia fecal es la pérdida de control de la expulsión al exterior de gases o heces. Puede ser ocasional o permanente.

La capacidad de retener las heces y mantener la continencia exige de una función normal del recto, ano y sistema nervioso. Además, la persona debe tener capacidad física y psicológica para reconocer y responder de forma apropiada a la urgencia de defecar.

La función intestinal está controlada por:

1. La presión del esfínter anal. El esfínter anal se contrae para evitar que la materia fecal salga del recto. Su funcionamiento es primordial para conseguir la continencia.
2. La capacidad de almacenamiento rectal. Es la capacidad del recto para estirarse y mantener la materia fecal en su interior por un tiempo después de que el individuo se dé cuenta de su llenado.
3. La sensación de llenado intestinal. Le indica a la persona que hay materia fecal en el recto.

Tipos de incontinencia fecal (IF).

Existen varios tipos de IF:

- IF por rebosamiento. Se produce tras la desaparición de un obstáculo que antes estaba presente y que impedía la evacuación (p.e. un fecaloma); o bien, por fuga de heces alrededor de ese obstáculo. El uso excesivo de laxantes también puede producir este trastorno.
- IF neurógena. Su origen está en alteraciones del sistema nervioso central (p.e. accidentes vasculares, Parkinson...) que pueden incluso conducir a una incapacidad del paciente para percibir el llenado de su intestino.
- IF por sobrecarga del esfínter, llegando a perder el control sobre él, como consecuencia de procesos diarreicos, enfermedad inflamatoria intestinal, ...

- IF por alteración anorrectal. Suele darse tras practicar cirugía anorrectal, obstétrica o prostática; o como consecuencia de un traumatismo pélvico, ...
- IF funcional. Se da como consecuencia de la incapacidad física de llegar al cuarto de baño a tiempo por problemas de movilidad, obstáculos físicos insalvables para el paciente, ...

MUY IMPORTANTE

Al igual que la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal provoca problemas de tipo higiénico, social y psicológico al paciente con graves consecuencias en sus relaciones y una considerable merma en su calidad de vida.

➤ Cuidados al usuario colostomizado.

La ostomía es un procedimiento quirúrgico consistente en la realización de una incisión en el abdomen para abrir un orificio llamado estoma por el que podrán salir al exterior heces u orina o para la administración de nutrición enteral.

Se llevan a cabo por la existencia de una masa y obstrucción o para corregir un problema anatómico.

Según el sitio de la ostomía, distinguimos:

- Ileostomía, si se lleva a cabo para poder evacuar el contenido del íleon;
- Nefrostomía, para evacuar el contenido de la pelvis renal;
- Vesicostomía, para evacuar el contenido de la vejiga urinaria;
- Ureterostomía, el contenido del uréter;
- Colostomía, cuando el estoma sirve para evacuar el contenido del colon.

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

Los cuidados del estoma van dirigidos a:

- Regular el vaciamiento intestinal de gas, moco y heces para que la vida del paciente sea lo más normal posible. Es necesario enseñar al paciente a habituarse a un horario y a unas medidas dietéticas.
- Evitar el olor: se utilizan bolsas de alta capacidad con filtros.

- Mantener la piel limpia y sin excoiaciones (heridas y rozaduras). Se realiza la limpieza con agua tibia y jabón suave, eliminando todo el jabón previamente al secado de la zona, sin friccionar, con compresas o toallas, antes de proceder a la colocación de la bolsa de ostomía.
- Una buena higiene y mantenimiento de la zona del estoma previene infecciones, evita complicaciones posteriores y proporciona comodidad al paciente.
- El dispositivo de ostomía puede ser de una sola pieza (bolsa con anillo adhesivo en una sola pieza); o de dos piezas (el más frecuente), formadas por un anillo protector del estoma, que es adhesivo, y una bolsa que se fija a este anillo a través de un disco.

j) Prevención y control de infecciones. Procedimientos de aislamiento y prevención de enfermedades transmisibles.

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

Debemos realizar nuestro trabajo siempre de una forma correcta y tomando las medidas higiénicas necesarias y las precauciones indicadas en cada caso concreto, siguiendo los protocolos y procedimientos establecidos en cada centro.

Debemos prestar especial atención en evitar las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, es decir, aquellas contraídas en centros o instituciones por un paciente ingresado por una razón distinta de esa infección. Estas infecciones pueden presentarse en pacientes internados en centros sanitarios, en los cuales ésta no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso; así como las infecciones contraídas en el hospital y que se manifiestan después del alta hospitalaria. Las infecciones contraídas por los trabajadores del centro, durante su ejercicio profesional también son consideradas infecciones nosocomiales.

En el medio hospitalario y en instituciones sanitarias, las infecciones urinarias, las infecciones de heridas quirúrgicas y las neumonías representan el 80% de las infecciones nosocomiales.

La prevención de infecciones nosocomiales exige un programa integrado y vigilado que incluye los siguientes elementos clave:

- Limitar la transmisión de microorganismos entre los pacientes por atención directa. Para ello, se realizarán técnicas apropiadas de lavado de manos, uso de guantes y asepsia, estrategias de aislamiento, limpieza, desinfección y esterilización de la ropa.
- Controlar los riesgos ambientales de infección (limpieza del entorno y medidas de desinfección y esterilización del equipo utilizado).
- Proteger al paciente con el uso apropiado de antibióticos, profilácticos, alimentación y vacunación.
- Reducir al mínimo los procedimientos invasivos (punciones y sondajes) para limitar el riesgo de infecciones endógenas (causadas por microorganismos pertenecientes al propio paciente).
- Vigilar las infecciones e identificar y controlar los brotes.
- Prevenir la infección de los miembros del personal.
- Mejorar las técnicas de atención por parte del profesional, con una educación continua.

Así, las **normas generales de actuación** para prevenir las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles son:

- Normas de higiene básicas para el personal sanitario, familiares y pacientes. La principal es el lavado de manos.
- Normas en instrumentación. Los procesos invasivos deben realizarse con la máxima asepsia, es decir, con procedimientos o acciones encaminados a impedir la llegada de microorganismos patógenos.
- Medidas de aislamiento. Los aislamientos son barreras físicas que se interponen entre la fuente de infección (paciente infectado) y el sujeto susceptible (otros pacientes, familiares o personal sanitario) para disminuir la posibilidad de transmisión. Así, tienen como fin prevenir que los pacientes infectados transmitan microorganismos patógenos al resto de personas; también, proteger a los pacientes inmunodeprimidos y con alto riesgo de contraer una infección.

Según la CDC (Centres for Disease Control / Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) hay dos tipos de precauciones de aislamiento:

1. Primer nivel - Precauciones estándar. Son precauciones generalizadas para todos los pacientes ingresados en centros sanitarios, independientemente de su diagnóstico o su presunto estado de infección.
2. Segundo nivel - Precauciones basadas en la vía de transmisión. Las principales vías son:
 - Infección transmitida por el aire: La infección suele ocurrir por vía respiratoria y el agente está presente en aerosol (partículas menores a 5 micromilímetros de diámetro).
 - Infección por gotitas: Las gotitas de mayor tamaño (mayores a 5 micromilímetros) transmiten el agente infeccioso.
 - Infección por contacto directo o indirecto: La infección ocurre por contacto directo entre el foco y el receptor o indirectamente por objetos contaminados.

PRECAUCIONES para el AISLAMIENTO

1. Precauciones Estándar - Para el cuidado de todos los pacientes.
 - Lavado higiénico de manos.
 - Utilización de guantes no estériles.
 - Mascarillas y gafas protectoras (si se necesitan, dependiendo de la actividad a realizar), para evitar contacto de salpicaduras con ojos o mucosas.
 - Bata.
 - Control ambiental, según protocolo de limpieza y desinfección del centro para suelos, baños, etc.
 - Material utilizado, bajo protocolo de manipulación, limpieza, desinfección y esterilización del centro.
 - Ropa utilizada, según protocolo de manipulación, transporte y procesado de limpieza del centro.
 - La limpieza de la vajilla (se realizará siempre en la cocina).

2) Precauciones basadas en la vía de transmisión (Se aplicarán además del estándar)

2.1. Aérea. Para pacientes con sarampión, tuberculosis y varicela entre otros.

- Las mascarillas utilizadas serán con filtro para impedir el paso de micropartículas.

- El material contaminado se recogerá siguiendo el protocolo del centro. Si es desechable, se eliminará como residuo infeccioso según protocolo. Si es no desechable, se esterilizará según protocolo del centro.

- Las muestras de laboratorio se colocarán en recipientes dedicados a este fin.

- La ropa no se debe airear. Se quedará en el interior de la habitación en contenedores dedicados para tal fin hasta su recogida, siempre según protocolo.

2.2. Por gotas. Para pacientes con algunos tipos de meningitis, neumonía, gripe o rubéola.

- Utilización de mascarilla quirúrgica (sin filtro).

- El material contaminado se recogerá siguiendo el protocolo del centro.

- Las muestras de laboratorio recogidas se colocarán en recipientes dedicados a este fin.

- La ropa no se debe airear. Se quedará en el interior de la habitación en contenedores dedicados

para tal fin hasta su recogida siempre según protocolo.

2.3. Por contacto. Para pacientes con infecciones por microorganismos multirresistentes (digestivas, respiratorias y de heridas) y ciertas infecciones cutáneas (herpes, impétigo y pediculosis).

- Lavado antiséptico asistencial.

Utilizado antes y después de realizar técnicas invasivas (punciones, extracción de analíticas, sondajes, curas, etc.) con el paciente, después del contacto con excreciones, secreciones sangre y en el manejo de pacientes inmunodeprimidos.

- La única diferencia con el lavado de manos higiénico es que se emplea jabón antiséptico (clorhexidina y povidona jabonosas).

- Lavado quirúrgico.

Está indicado en la realización de técnicas quirúrgicas o instrumentales específicas para destruir las bacterias que viven en profundidad en la piel y que se eliminan tras minutos de enérgico cepillado.

k) Asistencia al usuario para vestirse.

Para poder desarrollar su rol social y protegerse del entorno físico, potencialmente agresivo, las personas necesitan vestirse. La valoración de esta necesidad está íntimamente ligada, además de a su situación particular, al entorno climático donde se encuentren y a aspectos socio-culturales, como costumbres y tradiciones.

Siempre que sea posible, en nuestra práctica profesional intentaremos tener en cuenta las elecciones o preferencias del individuo en relación con su indumentaria, ya que esto es esencial para mantener su autoestima, su dignidad y, sobre todo, el deseo de vestirse.

Una persona se considera dependiente cuando:

- Presenta limitaciones del área motora (fuerza, tono y amplitud de movimientos) que le impiden vestirse y desvestirse de forma autónoma (colocarse el pantalón o la camisa, abotonarse, subir la cremallera, atarse los cordones, etc.).
- Utiliza ropa o calzado no adecuado a sus necesidades cuando es él mismo quien se encarga de elegir su indumentaria y ponérsela (ropa de calle para hacer ejercicio, ropa demasiado ajustada para su estructura corporal, etc.).
- Muestra desinterés por el estado de su vestimenta y ésta aparece descuidada (ropa o calzado viejo, sucio o con mal olor, etc.).
- Se comporta con apatía ante la acción de vestirse y desvestirse. Muestra negación o desinterés por la vestimenta; se desviste continuamente; o expresa frustración e incomodidad con referencia a la satisfacción de esta necesidad.

Ofrecer las ayudas necesarias, tratando siempre de mantener o devolver al usuario la mayor autonomía posible. Es importante no suplir la totalidad de una tarea, sólo se debe proporcionar ayuda puntual que facilite al individuo la continuidad de ésta.

l) Colaboración en los cuidados post-mortem.

La situación agónica puede definirse como el periodo que antecede a la muerte, siendo una característica principal el gran impacto emocional que provoca sobre la familia, el enfermo y el equipo terapéutico.

La percepción de una muerte inminente aumenta la angustia de la familia, lo que puede provocar reacciones de pánico, ira o angustia, entre otras.

En instituciones sanitarias donde se encuentran pacientes dependientes pluripatológicos (con múltiples patologías) es muy frecuente que la muerte acontezca después de un periodo de deterioro físico y mental continuo y progresivo y con aumento de la debilidad e insuficiencia funcional de los órganos vitales, que suelen producir un estado de obnubilación y somnolencia. Sin embargo, esto no es siempre así.

La muerte también puede ocurrir de forma súbita por una complicación aguda de alguna enfermedad previa, siendo aún más difícil su aceptación por parte del entorno del paciente.

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

- Disminución progresiva de la consciencia. Algunos pacientes permanecen despiertos, aunque la mayoría entran en una sedación progresiva que conduce al coma.
- Aumento de la debilidad y pérdida del tono muscular.
- Alteración de las constantes vitales, con alteración de la temperatura corporal.
- Respiración superficial o agónica, con aparición de estertores (sonidos audibles, roncós, producidos por acúmulo de secreciones u otros líquidos en la garganta en relación con la respiración).
- Afectación de los sentidos.
- Podemos considerar la muerte o éxitus como el cese de todas las funciones vitales, con indicios normalmente seguros como inmovilidad, frialdad de la piel, atonía muscular, falta de reflejos, pupilas totalmente dilatadas y no reactivas, parada cardiorrespiratoria y ausencia de actividad cerebral.
- Sin embargo, legalmente no se considerará que una persona ha fallecido hasta que un médico no firme su certificado de defunción.

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

Los objetivos que se deben cumplir con la realización de los cuidados post-mortem y amortajamiento son:

- Garantizar la dignidad del fallecido. Se velará por su intimidad, impidiendo su exposición a personas ajenas mediante cortinas o biombos. Contactar con la familia si no están presentes en el momento del fallecimiento.
- Ayudar a la familia a afrontar la muerte de su ser querido, reduciendo su ansiedad y proporcionando la información y el ambiente adecuados.
- Tener en cuenta los deseos previos del paciente y escuchar los expresados por la familia, según su cultura, tradiciones o religión que profesen. Asegurar la ayuda espiritual necesaria, si éste fuese su deseo.
- Respetar las manifestaciones de duelo y favorecer la expresión de sentimientos por parte de los allegados.
- Conceder a la familia el tiempo que necesiten para permanecer con el fallecido, manifestar sus emociones y despedirse.

PREPARACIÓN del CADÁVER para su TRASLADO AL DEPÓSITO

Material necesario:

- Mortaja o sudario.
 - Vendas y esparadrapo.
 - Palangana con agua.
 - Jabón y esponja (o esponja jabonosa).
 - Toalla.
 - Material de curas.
 - Algodón.
 - Bolígrafo y etiqueta para identificar el cadáver.
 - Guantes.
- Colocar el cuerpo en decúbito supino con la cama en posición horizontal.
 - Retirar los objetos de valor para entregarlos posteriormente a la familia.
 - En su caso, retirar catéteres, sondas, drenajes, o cualquier otro dispositivo que tuviese colocado el paciente.
 - Realizar la higiene completa del cadáver: limpiarle las secreciones, afeitarse (si fuese necesario) y peinarle.
 - Acercar el material de curas y ayudar al profesional sanitario a taponar todas las salidas de sangre o secreciones y todos los orificios naturales.

- Alinear el cuerpo, estirando las extremidades inferiores y las superiores a lo largo del cuerpo.
- Cerrarle los ojos presionando levemente los párpados superiores.
- En su caso, colocarle la dentadura postiza.
- Cerrarle la boca y sujetarle la mandíbula con un vendaje alrededor de la cabeza.

Realizar la mortaja:

- ✓ Colocar el cuerpo en decúbito lateral y retirar la sábana sucia.
- ✓ Colocar una nueva sábana, a modo de rombo, y recolocar el cadáver centrado en decúbito supino.
- ✓ Doblar el pico superior de la sábana, a modo de toca, sobre la frente del cadáver, asegurando el dobléz con esparadrapos de tela.
- ✓ Envolver el tórax, el abdomen y, por último, las extremidades inferiores. Asegurarlo con esparadrapos.
- ✓ Colocar una etiqueta de identificación sobre el tórax donde consten el nombre, apellidos, fecha y hora de fallecimiento, unidad y habitación de procedencia.
- ✓ Antes de trasladar el cuerpo al depósito, los profesionales deben asegurarse de que las otras habitaciones están cerradas y los pasillos vacíos.
- ✓ Notificar el fallecimiento a los servicios de la institución que corresponda (farmacia, cocina, administración, etc.).
- ✓ Recoger y reordenar el cuarto. Avisar al servicio de limpieza.

2. MANTENIMIENTO DEL ORDEN Y CONDICIONES HIGIÉNICAS DE LA HABITACIÓN DEL USUARIO.

La habitación es el lugar donde el paciente estará de forma permanente, al igual que sus objetos personales y pertenencias.

Además, será donde se encuentren los recursos materiales que más relacionan con su privacidad, tales como cuñas, botellas para micción o la cama. Respecto a estas últimas, algunas de características singulares y adaptadas a las distintas patologías que sufre el paciente. Dado que éste puede llegar a precisar un encamamiento prolongado, es normal y frecuente que consideren su habitación y su cama como algo personal. Es por todo ello que

debemos procurar que la habitación del paciente sea lo más agradable y cómoda posible, y que mantenga unos niveles de limpieza adecuados.

a) Disposición y limpieza de los efectos personales del usuario.

Cada unidad contará con, al menos, el siguiente material:

- 1 Cama con barandilla.
- 1 colchón (preferentemente, antiescaras y articulado).
- Accesorios para la cama: almohada, sábanas, colcha y otra lencería; mantas según necesidades climatológicas e individuales.
- Mesa de cama graduable móvil con retenedor en ruedas.
- 1 sillón ergonómico con apoyabrazos.
- 1 armario de longitud (medidas mínimas, 80 x200x 55).
- Tomas de TV, teléfono.
- Elementos auxiliares para objetos personales.
- 1 Punto de iluminación para lectura y 1 general del dormitorio.
- Ropa del paciente (propia o de la institución).
- Mesita de noche.
- Material para alimentación: vaso y cubiertos (pueden ser desechables o reutilizables).
- Material para eliminación: cuña o botella.
- Material de higiene (personal o de la institución): peine, jabón y toallas.
- Timbre e interfono.
- Toma de oxígeno y de vacío (necesaria para conectar un aspirador, que requiere estar conectado a vacío para funcionar).

Cada paciente podrá contar con sus objetos personales (de aseo, ropa, zapatillas, etc.), que permanecerán ordenados en la mesita o armario. El material necesario para llevar a cabo los cuidados y administrar la medicación, será transportado a la habitación por el personal sanitario y retirado tras su utilización. La mayor parte de éste será desechable; y el que no lo sea (reutilizable), deberá ser limpiado y esterilizado si fuese necesario, según protocolo del centro.

El mobiliario deberá ser de colores claros, lavable y de fácil desplazamiento.

La habitación debe ser lo suficientemente amplia como para que quepa todo el mobiliario con holgura y estar ordenada de manera que la limpieza sea fácil.

Control de las condiciones ambientales

Florence Nightingale (1820-1910) enfermera inglesa, madre de la enfermería moderna y considerada la fundadora de las escuelas de enfermeras profesionales, fue la creadora de un modelo de enfermería basado en la acción del medio ambiente sobre los individuos. El objetivo de su modelo era conservar la energía vital del paciente gracias a la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocándolos en la mejor situación posible para que ésta actúe sobre ellos. Creía que un entorno saludable era fundamental para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería y estableció cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz.

En resumen, unas buenas condiciones higiénico-ambientales para evitar la enfermedad.

Es importante que la habitación del paciente tenga unas condiciones higiénicas adecuadas que la hagan más cómoda y segura. Deberá ser espaciosa, tranquila, aireada, soleada, limpia y ordenada.

Luminosidad.

La iluminación más adecuada es la solar, ya que tiene propiedades curativas, desinfectantes, térmicas, etc.

Para tener una buena iluminación la habitación debe contar con una ventana amplia que ocupe la cuarta parte de la superficie del suelo de la habitación.

Por la noche, debe permanecer encendida una luz testigo o piloto para que la habitación no quede totalmente a oscuras y se pueda visitar al paciente por la noche sin despertarlo.

Temperatura.

Se debe intentar que la habitación permanezca a una temperatura ambiental entre 20º y 22º C que se regulará de manera centralizada, con termostatos en cada habitación o bien por

radiadores o climatizadores. Con todo ello, conseguiremos adecuar la temperatura a la época estacional, lograr una determinada humedad, etc.

Ventilación.

Es muy importante que la habitación esté bien aireada, con el objetivo de renovar el aire viciado y los malos olores.

El sistema más rápido, efectivo y barato es abrir las ventanas de la habitación durante cortos períodos de tiempo varias veces al día. Si no es posible que el paciente abandone la habitación durante ese tiempo, le cubriremos bien con ropa de abrigo (p.e. manta) para evitar que se enfríe.

Ruido.

La habitación debe ser un lugar libre de ruidos donde el paciente pueda hallar tranquilidad y descanso.

Los ruidos pueden provocar irritabilidad, especialmente en pacientes con fiebre, cirugías recientes o alteraciones nerviosas.

En este sentido, también debe ser controlado el régimen de visitas en cuanto a horarios, volumen al hablar,...

La utilización de aparatos de radio y televisión será posible sólo con volumen muy bajo a partir de determinadas horas.

b) Técnicas de realización de camas

Reposar en una cama conlleva una serie de beneficios para el paciente: favorece el sueño, alivia el dolor y permite el descanso del organismo, lo que lleva a una más pronta recuperación.

Las camas deben ajustarse a las siguientes características generales:

- Estar equipadas para que el paciente ahorre energía, ya que muchas de ellas están mecanizadas.

- Estar constituidas de forma que el personal que atiende a los pacientes pueda llegar fácilmente a ellas y manejarlas para ajustarlas a sus necesidades.

- Los colchones serán generalmente duros para facilitar un buen apoyo corporal. A veces, constarán de muelles laterales para evitar que el paciente se deslice sobre los bordes.

- Se moverán fácil y suavemente gracias a un sistema de ruedas y contarán con un sistema de frenado para que también puedan permanecer fijas al suelo.
- Sus dimensiones serán de, al menos, 80-90 cm de ancho, 180-200 cm de largo y 70 cm de alto. Actualmente, la mayoría son regulables en altura.
- Una vez instalada en la habitación, la cama debe ser accesible desde los tres lados, nunca estará situada bajo una ventana ni junto a una puerta y no habrá ninguna fuente de luz frente a ella.
- Desde la posición de acostado sobre ella, el paciente podrá acceder fácilmente a los intercomunicadores.

Tipos de camas y actuación ante las mismas.

A la hora de la realización y preparación de las camas debemos distinguir entre:

Cama abierta: esta cama está designada a un paciente que se encuentra ingresado o que está por ingresar en breve.

Distinguimos a su vez dos tipos:

- Cama abierta ocupada: el paciente permanece en ella sin poder levantarse.
- Cama abierta desocupada: el paciente está ingresado en ella, pero puede levantarse.

Cama cerrada: la cama no está asignada a ningún paciente, por lo que permanece tapada con la colcha.

Cama quirúrgica (de anestesia o de recuperación): está preparada para la recepción de un paciente que ha sido sometido a intervención quirúrgica o está bajo anestesia. La ropa de cama se encuentra doblada a los pies, sin almohada (para evitar aspiraciones en caso de vómitos secundarios a la anestesia) y con una entremetida o empapadera a nivel de la cabecera.

En los centros sanitarios podemos encontrar gran diversidad de camas, siendo la articulada la más común y utilizada. En algunos centros especializados (unidades de quemados, de lesionados medulares o politraumatizados graves), encontraremos además otras de características específicas relacionadas con la patología de cada paciente. Así podremos encontrar:

- Cama articulada: Es la más utilizada en las instituciones sanitarias y se denomina cama mecánica articulada. El somier se divide en varios segmentos móviles (cabeza, zona pélvica y extremidades inferiores), que se accionan mediante una manivela o un mando eléctrico. Está provista de un sistema de ruedas móviles y un sistema de frenado. El colchón suele ser de varias piezas (en relación con los segmentos de la cama articulada) y va recubierto de una funda impermeable para protegerlo de las eliminaciones y la higiene del paciente principalmente.
- Cama ortopédica o de Judet: Está indicada para pacientes que sufren fracturas o parálisis de las extremidades. Posee un marco (de Balkan) que sujeta varillas situadas por encima de la cama donde van sujetas las poleas y el resto del equipo de tracción, el cual tiene como finalidad la reeducación y movilización de las extremidades.
- Camillas: Son camas ligeras indicadas para exploraciones o transporte del paciente. Pueden ser rígidas o con cabecera articulada.

Ropa de cama: tipos, complementos, climatología.

La ropa de cama o lencería siempre teniendo en cuenta la climatología y las necesidades de cada paciente, es la siguiente:

- Colchón con o sin funda impermeable: hoy en día podemos encontrar una amplia variedad de colchones en el mercado adaptados a las características de cada paciente (de muelles, de latex, antiescaras, de agua, etc.). Actualmente, muchos podemos encontrarlos con funda impermeable incorporada, para evitar que traspase la humedad.
- Sábana bajera: es la sábana colocada cubriendo el colchón. Todas las sábanas deben ser sustituidas cuando estén sucias o mojadas y tras la higiene diaria de personas encamadas, utilizando las distintas técnicas de realización de camas.
- Hule: su posición en la cama es entre la sábana bajera y la entremetida. Su finalidad es la de protección de posibles pérdidas. Suele ser de material plástico, lo que disminuye la comodidad del paciente. Puede ser sustituido por empapaderas.

- Entremetida: es una sábana de dimensiones inferiores a la bajera, colocada sobre el hule en la zona pélvica del paciente. Su finalidad es de protección y de ayuda a la movilización del paciente hacia la cabecera de la cama.
- Empapadera: dispositivo rectangular de celulosa absorbente, parecido a los pañales, que se coloca a modo de entremetida y por encima de ésta. A veces es necesaria su colocación con o sin pañal (cuando prevemos que puede rebosar el pañal, para realización de técnicas, por alergia al pañal o cuando éste es demasiado pequeño).
- Sábana superior o encimera: se coloca cubriendo al paciente; debe ser de algodón y tacto suave.
- Manta: deben ser de lana, ya que es el material más caliente y ligero. Serán de color claro y no estarán en contacto con la piel del enfermo.
- Colcha o cobertor: se coloca cubriendo la cama, por encima de la manta (si la hubiera) y suele ser de colores claros.
- Almohada y funda: la almohada ayuda a la comodidad y a adoptar diferentes posturas al paciente. Se le coloca una funda de tela que será cambiada, como mínimo, una vez al día; y siempre que esté sucia.

También es importante el conocimiento de una serie de accesorios de la cama que ayudarán en las tareas profesionales, como son:

- ✓ Barandillas de seguridad: están sujetas a los laterales de la cama e impiden la caída del enfermo con disminución del nivel de consciencia o estado de agitación. Actualmente, la mayoría de las camas poseen un mecanismo que permite la bajada de las barandillas sin necesidad de quitarlas.
- ✓ Soporte o pie de suero: en algunas camas existen orificios en la cabecera para la colocación del soporte de sueros, que es un palo alargado con enganches donde quedan colgados los botes de suero. Normalmente, el soporte suele ser un accesorio totalmente independiente de la cama, con ruedas para su movilización y regulables en altura.

- ✓ Marco de Balkan o barra de tracción: accesorio de las camas ortopédicas que facilita la incorporación del paciente con fracturas en miembros inferiores.
- ✓ Arco de protección: se utiliza para evitar el roce del paciente con las sábanas. Se coloca bajo la sábana encimera, descansando la ropa sobre el mencionado arco.
- ✓ Soporte para las bolsas de orina: accesorio metálico o de plástico que ayuda a colgar las bolsas de orina de los laterales de la cama.

Posiciones de la cama.

Determinados pacientes encamados se ven obligados a permanecer las 24 horas del día en la cama, realizándose todos los cuidados en ella (alimentación, higiene, eliminación, etc.). Por tanto, la posición del enfermo reviste gran importancia, debiendo en todo momento estar ajustada a cada necesidad concreta.

- Posición normal del enfermo: es casi horizontal, con la cabeza ligeramente elevada por la almohada. El paciente se encuentra generalmente acostado en la cama y en posición de descanso. En pacientes con determinadas patologías, como cardíacas o respiratorias, es posible que debamos subirle más la cabecera, ya que no toleran bien el decúbito (posición de Fowler o semi-Fowler).
- Posición de sentado o de Fowler: el paciente permanece sentado, con el cabecero de la cama a 45º, ayudándonos de una almohada en la espalda para mantener la posición. Las piernas se colocan en semiflexión, con la posibilidad de una almohada bajo las rodillas y la colocación de un tope almohadillado en los pies.

Esta posición se utiliza habitualmente durante la alimentación, la administración de medicamentos, como cambio postural y para favorecer la respiración, la circulación y la relajación de los músculos abdominales.

Protocolos de actuación para camas cerradas y ocupadas.

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

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

- La ropa de cama sucia no debe agitarse nunca, ya que podríamos dispersar al aire infinidad de gérmenes.
- La ropa no debe dejarse en el suelo, por el mismo motivo; se colocará en la bolsa o carro destinados para tal efecto.
- No debemos poner en contacto la ropa sucia con nuestro uniforme ni con la ropa limpia, para evitar contaminarla de gérmenes.
- La ropa de pacientes en aislamiento deberá ser introducida en bolsas independientes y ser tratada como material específico.
- El carro de ropa limpia permanecerá en el pasillo; NUNCA entrará en la habitación. Sólo introduciremos en la habitación la lencería que vayamos a utilizar para la realización de la cama.

REALIZACIÓN de la CAMA ABIERTA DESOCUPADA

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

Lavarse las manos y colocarse los guantes.

Traer a la habitación toda la ropa necesaria para la realización de la cama, así como la bolsa de la ropa sucia.

Colocar la cama en posición horizontal.

Retirar la ropa de la cama, si la hubiese, desde la colcha a la sábana bajera, doblándola sobre sí misma e intentando no airearla y la colocaremos en la bolsa de la ropa sucia.

Estirar bien la funda del colchón antes de proceder a la realización de la cama.

Colocar la sábana bajera, bien estirada, con las esquinas en forma de mitra; esto es, haciendo un dobléz en forma triangular que se realiza siguiendo los siguientes pasos:



- a) remeter bien los lados de la sábana a lo largo de toda la línea de la cama;
 - b) en la esquina, levantar el borde superior de manera que se forme un triángulo.
 - c) remeter la parte inferior;
 - d) dejar caer la parte superior y remeterla.
- Colocar el hule en la zona media de la cama, a la altura que corresponde a la zona pélvica del paciente, de forma transversal, con los bordes remetidos bajo el colchón.
 - Disponer la entremetida justo encima del hule y remeter los bordes bajo el colchón.
 - Poner a continuación la sábana encimera. Los bordes deben sobresalir tanto de la cabecera como de los pies de la cama. Se remete la parte inferior bajo el colchón en forma de mitra.
 - Colocar la manta dejando unos 15 cm sobresaliendo por el cabecero. Remeter la parte inferior bajo el colchón en forma de mitra.
 - Colocar la colcha según el mismo procedimiento utilizado para la manta.
 - Doblar la sábana encimera por su parte superior sobre la manta y la colcha formando un embozo.
 - Abrir la cama para facilitar la utilización de la cama por parte del paciente. Para ello doblar el embozo desde el centro hacia un lado, en forma de pico; o hacia los pies de la cama en varias veces, en forma de abanico o fuelle.
 - Poner la funda a la almohada y colocarla en el cabecero de la cama.
 - Retirar la bolsa de la ropa sucia.

REALIZACIÓN de la CAMA ABIERTA OCUPADA

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Traer a la habitación toda la ropa necesaria para la realización de la cama, así como la bolsa de la ropa sucia.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Cerrar puertas y ventanas si estuviesen abiertas.
- Preservar la intimidad del paciente utilizando cortinas o biombos si fuese necesario.
- Colocar la cama lo más horizontal posible, siempre que esto no resulte molesto para el paciente o que exista contraindicación del médico.
- Retirar la colcha y la manta, doblándolas hacia la zona central, sin airearlas.
- Aflojar la sábana encimera y colocarla cubriendo al paciente para evitar que esté desnudo durante el procedimiento.

- Colocar al paciente en decúbito lateral⁵⁰.
- Enrollar la sábana bajera, el hule y la entremetida, en su caso, en forma longitudinal y en paralelo hacia el centro de la cama bajo la espalda del paciente.
- Colocar la sábana bajera limpia cubriendo con una mitad la zona libre de la cama y con la otra mitad remetida bajo la espalda del paciente.
- Disponer el hule y la entremetida en la zona central de la cama, sobre la sábana bajera que estamos colocando y en la misma posición que ésta.
- Girar al paciente hacia el otro decúbito lateral, retirando la ropa sucia y colocándola en la bolsa correspondiente.
- Estirar la ropa limpia que se encuentra remetida bajo el paciente; por orden, serán la sábana bajera, el hule y la entremetida.
- Remeter la ropa bajo el colchón con las esquinas en forma de mitra.
- Retirar la sábana encimera y colocar una limpia, dejando holgura en los pies para evitar incomodidades y utilizando el dobléz en forma de mitra.
- Colocar la manta y la colcha, siguiendo el procedimiento que explicamos en el apartado inmediatamente anterior a éste, y hacer el embozo.
- Cambiar la funda de la almohada.
- Retirar la bolsa de la ropa sucia.

3. ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y RECOGIDA DE ELIMINACIONES.

a) Evolución del metabolismo en el ciclo vital.

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

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

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

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

La nutrición se define como el conjunto de procesos involuntarios e inconscientes que el organismo realiza para incorporar, transformar y absorber las sustancias contenidas en los alimentos, las cuales son transportadas a los tejidos para ser utilizadas por éstos.

La alimentación, sin embargo, es un proceso consciente y voluntario que el individuo realiza para conseguir, preparar e ingerir los alimentos.

Los alimentos son todas las sustancias o productos aptos para el consumo humano capaces de aportar las sustancias necesarias para la vida.

Los nutrientes son las sustancias que integran los distintos alimentos, que el organismo incorpora a través de éstos y que son esenciales. Se agrupan de la siguiente forma:

- Macronutrientes: son los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas.
- Micronutrientes: son las sales minerales, las vitaminas y el agua.

Puesto que la alimentación es un acto voluntario y consciente, es susceptible de ser influenciada por la educación, las costumbres sociales o la tendencia religiosa. La nutrición, al ser una acción inconsciente e involuntaria, no es educable, sino que depende totalmente de la alimentación.

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

Nutrientes esenciales para el ser humano.

Los nutrientes esenciales se clasifican en cinco grupos:

- **Proteínas (animales y vegetales).**

Son las sustancias de mayor valor biológico y de ellas depende que el organismo pueda realizar su actividad.

Se componen de carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno y, en muchos casos, azufre y pueden ser origen vegetal o animal.

Para utilizarlas, el organismo descompone las proteínas animales y vegetales en otros compuestos denominados aminoácidos, los cuales son de enorme importancia para generar y regenerar tejidos.

En la mayoría de las dietas se aconseja combinar proteínas de origen animal y vegetal en dosis diarias de **0,8g/Kg** de peso para un adulto saludable.

Su función primordial es producir tejido corporal y sintetizar enzimas, hormonas y otras sustancias complejas. Así, intervienen en el crecimiento y el mantenimiento celular y son responsables de la contracción muscular.

Son proteínas las enzimas, las hormonas (p.e., la insulina), algunos componentes de la sangre, como la hemoglobina, los anticuerpos, etc.

- **Hidratos de carbono.**

Son el principal aporte energético del organismo. Se componen de carbono, hidrógeno y oxígeno.

En el organismo, o bien son metabolizados inmediatamente (produciendo energía y liberando dióxido de carbono y agua), o bien son almacenados en forma de glucógeno en el hígado y músculos para su posterior utilización como fuente de energía.

Entre los hidratos de carbono más importantes encontramos la glucosa, la fructosa y el almidón.

- **Grasas.**

Son sustancias alimenticias de gran valor energético, ya que producen 9 kcal por gramo (más del doble que los hidratos de carbono). Son almacenadas por el organismo para ser utilizadas en caso de reducción del aporte de hidratos de carbono.

Su componente básico son los ácidos grasos, en los que están presentes el carbono, el hidrógeno, y el oxígeno, aunque combinados de forma totalmente distinta a como lo están en los hidratos de carbono, por lo que tienen propiedades completamente diferentes.

Los ácidos grasos pueden ser saturados, parcialmente insaturados y polisaturados.

El consumo excesivo de grasas está asociado a la obesidad, enfermedades de corazón y vesícula biliar, colesterol y algunos tipos de cáncer.

- **Vitaminas.**

Compuestos orgánicos que se encuentran en los vegetales. Aunque el organismo las necesita en cantidades pequeñas, su presencia es indispensable para realizar el metabolismo, donde actúan como sustancias reguladoras.

Su ausencia en el organismo conllevaría que muchas de las reacciones implicadas en el metabolismo no podrían llevarse a cabo, por lo que fracasaría el proceso de nutrición.

También participan en la formación de hormonas, células sanguíneas, sustancias químicas del sistema nervioso y material genético.

Cada vitamina tiene una acción fisiológica distinta en el organismo.

En general, el cuerpo humano no puede sintetizarlas, por lo que es necesario incorporarlas a través de la alimentación.

- **Minerales.**

Los minerales son compuestos inorgánicos indispensables para el organismo, aunque sólo se necesitan en cantidades mínimas, como las vitaminas.

Participan en la construcción y reconstrucción de tejidos, y en procesos enzimáticos. Así, el calcio es fundamental para el desarrollo y mantenimiento del tejido óseo (su crecimiento y rigidez); el hierro, para la formación de hemoglobina; el yodo, para la formación de las hormonas secretadas por la glándula tiroides, etc. Los minerales también participan en procesos como la contracción muscular o la coagulación de la sangre y en reacciones nerviosas.

- **Agua.**

El nutriente de mayor importancia para la supervivencia es el agua, siendo el componente fundamental del organismo, donde supone la mitad del peso en el individuo adulto. El ser humano necesita asimilar agua de forma habitual, ya sea de forma externa (a través de las bebidas que ingerimos) o de forma interna (sintetizada durante la combustión de los nutrientes energéticos). Su presencia es imprescindible en la sangre y las células, entre otros, y la supervivencia de un ser humano sin este compuesto no podría prolongarse más de unos días (sin comida, podría llegar a unas semanas).

Proporción y funcionalidad de los nutrientes. La pirámide de los alimentos.

La proporción en que se encuentran las sustancias nutritivas esenciales en los alimentos es muy variable y no todas están presentes en un mismo alimento; así, las verduras, por ejemplo, carecen de grasas, pero son ricas en vitaminas y minerales.

Desde el punto de vista funcional, los alimentos se agrupan en:

a) Alimentos energéticos: son aquellos en los que en su composición predominan sustancias que van a ser utilizadas por el organismo para producir energía (grasas e hidratos de carbono), tales como azúcar, pan, aceite, patatas, etc.

b) Alimentos plásticos o formadores: su composición principal son las proteínas y el calcio. Están destinados a la formación y renovación de los tejidos y son las carnes, pescados y productos lácteos.

c) Alimentos reguladores: participan en la regulación de las reacciones metabólicas del organismo. Son los alimentos ricos en minerales, vitaminas y algunos aminoácidos, tales como, frutas y verduras.

Los grupos de alimentos son:

- 1º Grupo. Leche y derivados.
- 2º Grupo. Carnes, pescados y huevos.
- 3º Grupo. Tubérculos, legumbres y frutos secos.
- 4º Grupo. Verduras y hortalizas.
- 5º Grupo. Frutas.
- 6º Grupo. Cereales y derivados.
- 7º Grupo. Grasas, aceites y mantequillas.



Cambios en la persona mayor.

En las personas mayores en general, se produce una disminución de la tasa metabólica basal y de la actividad física, lo que hace que también disminuyan sus necesidades energéticas. No obstante, debemos tener muy presente que la persona mayor pertenece a un grupo poblacional considerado como grupo de riesgo de sufrir malnutrición.

Esto se debe a diferentes factores como, por ejemplo, las modificaciones fisiológicas que se registran en el sistema gastrointestinal como consecuencia del proceso de envejecimiento; o los factores psicológicos y sociales que dificultan que mantenga un hábito alimenticio adecuado y evite una dieta desequilibrada, tanto por exceso como por defecto, que les lleve a la malnutrición.

Algunas de las modificaciones fisiológicas que se presentan en la persona mayor son:

- ✓ Producción de saliva insuficiente (xerostomía), lo que dificulta la deglución. Procuraremos aportarles alimentos blandos y húmedos, evitando los secos y empalagosos.
- ✓ Alteración en el sentido del gusto y el olfato, lo que provoca pérdida de apetito e interés por los alimentos.
- ✓ Falta de piezas dentales. Si la dentadura está deteriorada o faltan piezas se debe administrar una dieta blanda siempre teniendo presente que ésta NO DEBE SUPONER, en ningún caso, una disminución del aporte nutricional en la ingesta.
- ✓ Pérdida de peso y de masa muscular y ósea.
- ✓ Aumento de masa grasa.
- ✓ Disminución del agua corporal por reducirse la sensación de sed y, por tanto, de la ingesta de líquidos; y también por retener los riñones menos cantidad de agua.
- ✓ Enfermedades crónicas (hipercolesterolemias, hiperuricemias, nefropatías e hipertensión arterial) que hacen necesaria la limitación de la ingesta de ciertos alimentos.
- ✓ Interacciones farmacológicas de ciertos medicamentos con procesos como la absorción, metabolismo y excreción de alimentos.
- ✓ Afecciones crónicas del aparato digestivo, como son:
 - Disminución de las secreciones digestivas (hipofunción secretora digestiva); afecta a la actividad enzimática en las glándulas salivales, gástricas, pancreáticas y del intestino.
 - Disminución de la absorción intestinal (del hierro, de la vitamina B12 y del calcio).

- Estreñimiento por disminución del peristaltismo intestinal, menor producción de moco intestinal, falta de ejercicio físico... Puede conllevar molestias intensas, dolor abdominal e incluso fobia a la ingesta.
- Trastorno en el metabolismo de los hidratos de carbono de absorción rápida, lo que conlleva una resistencia a la utilización de glucosa.
- Dificultad para la preparación de los alimentos por limitaciones sensoriales (visual o auditiva) y funcionales (merma de la autonomía para su propio abastecimiento y autocuidado).

Entre los factores psicosociales que afectan a la nutrición de la persona mayor, encontramos los siguientes:

- Conocimiento inadecuado de los principios fundamentales de la nutrición, lo que conlleva la mala selección de los alimentos.
- Discapacidades cognitivas que provocan problemas para la obtención y preparación de la comida y su ingesta y para mantener un adecuado hábito alimenticio.
- Aislamiento y soledad, que conlleva problemas de autoestima y despreocupación por su alimentación y autocuidado.
- Recursos económicos limitados para la obtención de los alimentos.
- Cultura gastronómica y hábitos previos inadecuados.
- Ingreso en residencias, hospitales u otros centros similares: en ellos, los ancianos están sometidos a dietas monótonas y poco atractivas, lo que da lugar a que éstos no estén bien nutridos y a que se nieguen a comer.

ALIMENTOS RECOMENDADOS Y CANTIDADES PARA UNA ADECUADA DIETA EN LA PERSONA MAYOR		
ALIMENTO	PREPARACIÓN	APORTE
Carnes.	<ul style="list-style-type: none"> - Preferiblemente, carnes magras cocinadas a la plancha. - También, en forma que sea fácil la masticación (albóndigas, filete ruso, tiras de pechuga de pollo,...) 	Al menos, 3-4 veces por semana.
Pescados.	<ul style="list-style-type: none"> - Preferiblemente, cocidos, a la plancha o al vapor. - Se recomienda tener mucho cuidado con las espinas; si es necesario, se le ofrecerá el pescado ya sin ellas pues los accidentes con las mismas son muy frecuentes. 	Entre 3 y 4 raciones a la semana.
Huevos.	<ul style="list-style-type: none"> - Preferiblemente, cocidos, pasados por agua y en tortilla (si es posible, se evitarán fritos). 	Un máximo de tres a la semana. Si se trata sólo de la clara, se puede aumentar un poco esta cantidad.
Lácteos.	<ul style="list-style-type: none"> - Leche descremada, yogures descremados, queso fresco... 	Entre 2 y 3 raciones diarias.
Frutas.	<ul style="list-style-type: none"> - Se consumirán maduras, bien lavadas y peladas. - También, en forma de zumo, compota, macedonia... 	Son recomendables 2-3 raciones diarias.
Legumbres.	<ul style="list-style-type: none"> - Si es preciso, se ofrecerán en forma de purés combinado con verduras. 	Entre 2 y 3 veces a la semana.
Cereales y patatas.	<ul style="list-style-type: none"> - Pan, arroz y pasta: deben prepararse y presentarse siempre con la textura adecuada para facilitar su masticación. 	
Verduras y hortalizas.	<ul style="list-style-type: none"> - Cocidas o al vapor. - En forma de purés o cremas solas o acompañadas de otros alimentos. - En ensaladas cortadas en pequeños trozos. Se procurará añadir zanahoria, tomate, remolacha, palmito y maíz. - Si no es posible suministrarlas así, se hará en forma de zumo fresco colado. 	Dos veces al día.
Aceite.	<ul style="list-style-type: none"> - Se procurará que sea de oliva. - Se deben evitar las frituras. Si éstas se consumen, se deben dejar en reposo en papel absorbente tras sacarlas del aceite. 	
Agua.		Se recomienda una ingesta de 20-45 ml/Kg de peso.
Bollería.		Se intentará que su consumo sea excepcional.
Alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> - Si no existe contraindicación médica, se permitirá un poco de vino o cerveza diario. - Se evitarán licores de alta graduación. 	

b) Principios anatomo-fisiológicos de los sistemas digestivo, urinario y endocrino. Patologías relacionadas.

Sistema digestivo.

El sistema digestivo está constituido por un tubo de unos 10 -12 m de longitud y un conjunto de estructuras llamadas glándulas anejas cuya labor principal consiste en la transformación de los alimentos que ingerimos en sustancias más simples fácilmente utilizables por el organismo.

Sus funciones básicas se pueden resumir en:

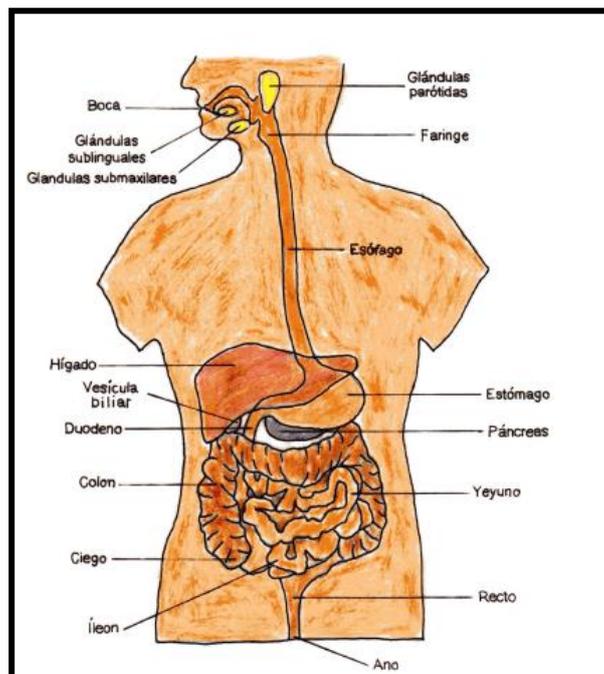
- Ingesta y trituración de los alimentos.
- Transporte.
- Digestión.
- Absorción intestinal.
- Eliminación de los residuos.

Longitudinalmente, está compuesto por varias porciones diferenciadas que se extiende de la boca, que es el orificio de entrada, hasta el ano, orificio terminal o de salida. Dichos fragmentos son:

- Boca.
- Faringe.
- Esófago (25cm)
- Estómago.
- Intestino delgado (5m)
- Intestino grueso (1,5m)

Las glándulas anejas son:

- Hígado.
- Páncreas.
- Vesícula biliar.



Faringe.

Es una cavidad músculo-membranosa que se encuentra en la parte posterior de la boca y que comunica con la cavidad nasal, el oído medio, la laringe y el esófago.

Esófago.

Es un tubo de unos 25 cm de longitud que comunica la faringe con el estómago. Atraviesa el diafragma y se sitúa entre la tráquea y la columna vertebral. Su función principal es conducir los alimentos hacia el estómago.

Estómago.

Es un órgano hueco en forma de J que mide aproximadamente 25 cm de longitud. Podemos diferenciar dos orificios o válvulas, denominadas cardias y píloro, que sirven de límite con el esófago y el intestino delgado, respectivamente.

Está recubierto por una mucosa donde encontramos las glándulas encargadas de segregar el jugo gástrico. Sus funciones son de mezcla y digestión de los alimentos y absorción de algunas sustancias.

Intestino delgado.

Es una estructura tubular que, en condiciones normales, llega a medir entre 6 y 7 m de longitud. Se encuentra situado en la cavidad abdominal, donde permanece enrollado ocupando la mayor parte de ésta. Consta de tres partes: duodeno, yeyuno e íleon.

Está recubierto de una capa mucosa formada por una serie de pliegues tapizados por las vellosidades intestinales, que contienen vasos sanguíneos e incrementan la superficie de absorción intestinal de nutrientes.

Sus funciones principales son acabar el proceso de digestión de los alimentos y absorber las sustancias finales de dicho proceso.

Intestino grueso.

Estructura de 1,5 a 2 m de longitud que se extiende desde la válvula ileocecal (que cierra la abertura del intestino delgado) hasta el ano. Consta de 3 porciones: ciego, colon y recto. El ciego forma un fondo de saco del que parte el apéndice vermiforme.

El colon, a su vez, se divide en tres partes: colon ascendente, colon transversal y colon descendente. El colon descendente da paso al recto, última porción del intestino grueso, que se comunica con el exterior a través del ano.

Sus funciones son la absorción de agua y la eliminación de los productos de desecho a través del esfínter anal.

Hígado y vesícula biliar.

El hígado es la víscera más voluminosa del organismo, con un peso aproximado de 1500 g que se sitúa en la parte superior derecha de la cavidad abdominal.

Sus funciones principales son:

- Secretora: producción de la bilis y evacuación de la misma al intestino delgado.
- Metabólica: participación directa en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas procedentes de la absorción intestinal de los alimentos digeridos.
- De desintoxicación: capacidad de transformación de sustancias perjudiciales o tóxicas para el organismo en inocuas.
- De depósito: almacén de sustancias de alto poder energético.

La vesícula biliar es un saco en forma de pera situada en la cara inferior del hígado que actúa como reservorio, almacenando y concentrando la bilis producida por el hígado y manteniéndola dispuesta para su evaluación al duodeno en el momento necesario.

Páncreas.

Es una glándula alargada de unos 100 g de peso y 20 cm de longitud situada transversalmente en la parte posterior de la cavidad abdominal.

Desempeña dos funciones diferenciadas:

- De carácter exocrino, segregando el jugo pancreático que se libera al duodeno e interviene en la digestión de los alimentos.
- De carácter endocrino, segregando hormonas (insulina y el glucagón), que se vierten directamente a la sangre.

Patologías más frecuentes del sistema digestivo y sus glándulas anejas.

- Faringitis: inflamación de la mucosa faríngea debida generalmente a procesos infecciosos. Sus síntomas suelen ser tos, dolor de garganta, dificultad para tragar o fiebre.

- **Esofagitis:** inflamación de la pared esofágica. Sus síntomas pueden ser dolor retroesternal (detrás del esternón) más acusado durante la ingesta, acidez, dificultad para tragar la comida, etc.
- **Gastritis:** inflamación de la mucosa gástrica pudiendo producir síntomas como dolor de estómago, vómitos, pérdida de apetito, etc.
- **Úlcera péptica:** heridas o lesiones en la mucosa gástrica o duodenal que cursan con dolor abdominal y hemorragias digestivas que pueden llegar a ser mortales para el paciente.
- **Mala absorción:** absorción defectuosa de los principios inmediatos debido a distintas causas que dan lugar a síntomas como diarrea, pérdida de apetito, disminución de peso e intolerancia a alimentos.
- **Apendicitis:** inflamación aguda del apéndice vermicular. Los síntomas suelen iniciarse de forma brusca y se caracterizan por dolor abdominal, vómitos y fiebre.
- **Diverticulosis:** herniaciones de la mucosa intestinal a través de zonas débiles de la pared intestinal. Cursa con dolor abdominal, ardores o estreñimiento.
- **Hepatitis:** enfermedad inflamatoria secundaria a infecciones víricas que afecta al hígado. Dependiendo del virus que cause la enfermedad, cursa con distintos síntomas, como son ictericia (tinte amarillento de la piel), pérdida de apetito, fiebre, etc.
- **Cirrosis hepática:** enfermedad crónica del hígado caracterizada por la muerte progresiva de tejido hepático con la aparición de “cicatrices”, lo que dificulta la realización de sus funciones. Su causa suele estar ligada al consumo excesivo de alcohol. Cursa con cansancio, pérdida de apetito, dolor abdominal, fiebre, ictericia y ascitis (acumulación de líquido en la cavidad abdominal).
- **Colecistitis:** inflamación de la vesícula biliar. Los síntomas pueden ser fiebre, vómitos, ictericia, etc.

- Litiasis biliar: es la formación de cálculos o piedras en la vesícula biliar. Cursa con dolor abdominal (más acusado tras la ingesta), náuseas y vómitos.
- Pancreatitis: inflamación del páncreas debida a problemas de las vías biliares, enfermedades infecciosas, etc. Cursa con dolor abdominal, vómitos, ictericia, fiebre y distensión o inflamación abdominal.

Sistema urinario.

El sistema urinario es el conjunto de órganos que participan en la formación y evacuación de la orina, que es un líquido transparente y de color amarillo resultado del proceso de filtración de la sangre realizado en los riñones. Es también conocido como sistema excretor, ya que su función principal es eliminar los residuos tóxicos que producen las células de nuestro organismo, a lo que denominamos excreción.

Las funciones del sistema urinario se resumen en:

- Filtrar la sangre para eliminar los productos de desecho del organismo y, como consecuencia, la formación de orina en el riñón.
- Secretar sustancias como la eritropoyetina (necesaria en la producción de los glóbulos rojos), la renina (que participa en la regulación de la tensión arterial) o la forma activa de la vitamina D (que estimula la absorción de calcio a nivel intestinal); todas ellas son segregadas por el riñón.
- Mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos; y también el equilibrio ácido-base (mantener el pH de la sangre dentro de los valores normales: entre 7,35 y 7,45). Cuando algún trastorno altera estos equilibrios, el riñón responde eliminando más o menos agua, sal, e hidrogeniones (iones de hidrógeno).
- Transportar la orina, gracias a los uréteres.
- Almacenar la orina en la vejiga.
- Eliminar la orina a través de la uretra.

El sistema urinario está constituido por dos riñones, dos uréteres, una vejiga y una uretra.

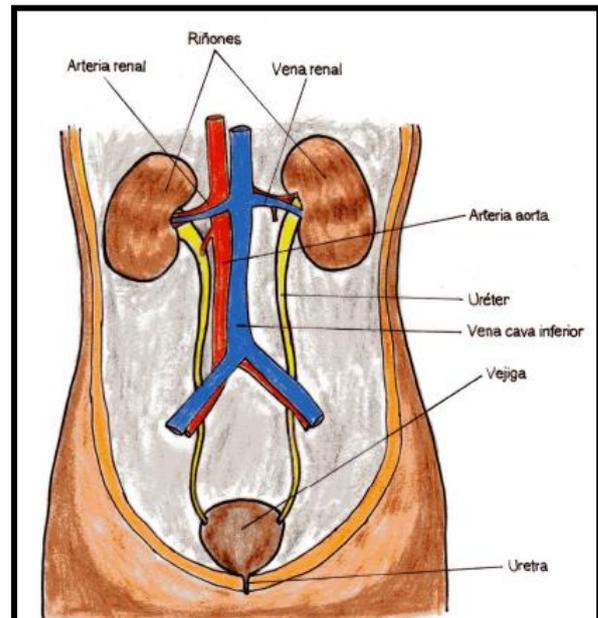
Desde el punto de vista anatomofisiológico, existen ligeras diferencias en este sistema entre en el hombre y la mujer: en el hombre, la uretra es algo más larga y es, al mismo tiempo, vía urinaria y genital; en la mujer, la uretra es un conducto exclusivamente urinario.

Riñones.

Los riñones son dos órganos macizos en forma de habichuela situados a ambos lados de la columna vertebral en la región dorsolumbar. En su borde interno se aprecia una hendidura central denominada hilio, por donde discurren los vasos sanguíneos, los vasos linfáticos y los nervios.

Macroscópicamente, en el riñón distinguimos tres partes:

- La pelvis renal: una expansión en forma de embudo situada a continuación del uréter que penetra en el interior del riñón mediante unas prolongaciones llamadas cálices renales.
- La médula: zona interna del riñón.
- La corteza o zona cortical: la parte exterior.



El conjunto de glomérulo (formado por una redcilla de capilares que reciben sangre, la filtran y la eliminan), cápsula de Bowman (que recoge la orina filtrada en el glomérulo) y túbulo renal (formado por túbulo contorneado proximal, asa de Henle, túbulo contorneado distal y túbulo colector) constituye la nefrona, unidad funcional básica del riñón. Se estima que el riñón humano contiene alrededor de 1 millón de nefronas. La mayor parte de ellas se encuentran situadas en la zona cortical. Sólo el asa de Henle y los túbulos colectores se encuentran en la zona medular.

La orina formada en el glomérulo se recoge en los túbulos colectores, que van confluyendo entre sí a distintos niveles haciéndose de mayor calibre a medida que se adentran

en la zona medular, finalizando en grandes conductos que desembocan directamente en los cálices renales en la pelvis renal.

Uréteres.

Son dos conductos de unos 25 cm de longitud que se extienden desde la pelvis renal (en los riñones) hasta la vejiga. Su función es la de transportar la orina.

Vejiga.

Es un órgano hueco y musculoso revestido interiormente de mucosa. Situado en la cavidad pélvica, puede llegar a contener hasta 800 cc de orina.

Uretra.

Es un tubo corto que comunica la vejiga con el meato urinario, que es el orificio por el cual sale la orina al exterior gracias a la relajación, de carácter voluntario, del esfínter uretral externo.

La cantidad normal de orina eliminada en 24 horas es de 1,4 litros aproximadamente, aunque puede variar en función de la descompensación del equilibrio entre los ingresos (ingesta) y las pérdidas de líquido (orina, sudor y vómitos).

Patologías más frecuentes del sistema urinario.

- Insuficiencia renal: trastorno que consiste en que el riñón no es capaz de eliminar los residuos metabólicos, que se acumulan en los líquidos corporales; ni tampoco de realizar sus funciones reguladoras, alterando las funciones endocrinas y metabólicas. Puede ser aguda o crónica.

Cuando la situación es irreversible, pueden llegar a ser necesarias medidas como la realización de diálisis o el trasplante renal. Los síntomas iniciales pueden ser cefalea, estado confusional, pérdida de apetito, sed y aumento en la cantidad de orina, llegando a producirse también edemas, hipertensión e insuficiencia cardíaca.

- Pielonefritis: infección bacteriana del riñón. Cursa con fiebre, vómitos, disuria (molestias al orinar), dolor lumbar.

- Cistitis abdominal: inflamación de la vejiga causada generalmente por infección de microorganismos procedentes del exterior que penetran por la uretra. Sus síntomas suelen ser disuria, urgencia urinaria, sensación constante de querer orinar y, a veces, hematuria (sangre en orina).
- Litiasis renal: es la formación de cálculos o piedras en el riñón (formaciones sólidas de sedimentos minerales). Cursa con dolor lumbar irradiado a genitales de carácter intenso, vómitos, disuria y hematuria.

Sistema endocrino.

El sistema endocrino es uno de los sistemas principales que tiene el organismo para comunicar, controlar y coordinar su propio funcionamiento, contribuyendo a mantener la homeostasis; es decir, su equilibrio interno.

El sistema endocrino está formado por todos aquellos órganos, distribuidos por todo el cuerpo, que se encargan de producir y segregar sustancias hacia al torrente sanguíneo, las cuales se denominan hormonas.

Las hormonas son sustancias químicas que se segregan en las glándulas endocrinas y se distribuyen por todos los órganos y tejidos del cuerpo por medio del torrente sanguíneo. Las principales glándulas endocrinas son la pituitaria, la glándula pineal, el timo, la tiroides, las glándulas suprarrenales y el páncreas. También segregan hormonas los testículos, en los hombres; y los ovarios, en las mujeres.

Estructura del sistema endocrino.

Los órganos principales del sistema endocrino son:

- Hipotálamo. - Hipófisis.
- Tiroides. - Paratiroides.
- Páncreas. - Glándulas suprarrenales.
- Gónadas (testículos y ovarios).

Hipotálamo.

En el hipotálamo es una parte del cerebro donde se coordinan el sistema nervioso y el sistema endocrino.

Se le conoce como “glándula principal”, ya que segrega hormonas que regulan el funcionamiento de varias glándulas endocrinas, haciendo que éstas, a su vez, liberen o no sus hormonas. Entre ellas, destaca el caso de la hipófisis, cuya secreción glandular puede ser activada o inhibida por el hipotálamo.

Las hormonas del hipotálamo también controlan funciones como:

- La temperatura corporal. - El hambre.
- Los estados de ánimo. - La sed.
- La apetencia sexual (libido). - El sueño.

Hipófisis.

Es una glándula endocrina en forma de pera situada en una formación ósea denominada “silla turca”, localizada debajo del cerebro. También se la conoce como glándula pituitaria.

La hipófisis, que segrega hormonas que controlan a la mayoría de las glándulas endocrinas del organismo, es controlada, a su vez, por el hipotálamo.

Está constituida por dos partes: adenohipófisis o parte anterior; y neurohipófisis o parte posterior, que se une al hipotálamo por el tallo pituitario.

La adenohipófisis produce una serie de hormonas:

- TSH (tirotropina), que estimula el tiroides.
- ACTH (corticotropina), estimula a la corteza suprarrenal.
- FSH (foliculoestimulina), estimulación del folículo ovárico.
- LH (luteína), responsable de la ovulación.
- STH (somatotropina), estimulación del crecimiento.
- MSH (melanotropina), estimulación de melanocitos y producción de melanina.
- Prolactina, responsable de la secreción láctea.

La neurohipófisis, reservorio de hormonas sintetizadas en el hipotálamo, segrega:

- ADH, hormona antidiurética o vasopresina, que actúa en el riñón favoreciendo la reabsorción de sodio y agua.
- Oxitocina: actúa durante el parto, estimulando las contracciones; y durante la lactancia, en la producción de leche.

Tiroides.

Es una glándula en forma de mariposa situada por debajo del cartílago tiroides, en la parte frontal del cuello. Segrega tres hormonas con efectos fundamentales en el metabolismo: la tiroxina (T4), la triyodotironina (T3) y la tirocalcitonina, que influyen en la maduración y desarrollo de los tejidos; en la producción de energía y calor; en el metabolismo de nutrientes; en las funciones mentales; y en las funciones cardíaca, respiratoria, sexual y reproductiva.

Paratiroides.

Son dos pares de glándulas que se encuentran en la cara posterior de la glándula tiroidea. Sintetizan la parathormona, cuya función consiste en regular los niveles sanguíneos de calcio y fósforo.

Páncreas.

Es un órgano situado en la parte posterior de la cavidad abdominal que tiene funciones exocrinas (producción de jugo pancreático) y endocrinas (producción de las hormonas insulina y glucagón).

Como glándula endocrina, es una de las más grandes, ayudando al cuerpo a mantener niveles adecuados de glucosa en sangre.

La insulina actúa sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Determina la captación rápida, el almacenamiento (almacena la glucosa en el hígado en forma de glucógeno) y la utilización de glucosa por casi todos los tejidos del organismo; también favorece la formación de proteína y el almacenamiento de grasas.

El glucagón, con función opuesta a la insulina, aumenta de forma transitoria los niveles de glucosa en sangre gracias a las reservas existentes en el hígado en forma de glucógeno.

Glándulas suprarrenales.

Son dos pequeñas glándulas situadas en la parte superior de ambos riñones. Cada una de ellas está constituida por dos partes diferenciadas: médula suprarrenal, que segrega adrenalina y noradrenalina (relacionadas con el sistema nervioso simpático); y corteza

suprarrenal, que segrega un grupo de hormonas llamadas corticosteroides (cortisol, corticosterona y aldosterona).

Las secreciones suprarrenales regulan el equilibrio de agua y sal del organismo, influyen sobre la tensión arterial, la adaptación a situaciones de estrés, el sistema inmunológico y el metabolismo de los hidratos de carbono y las proteínas. Además, las glándulas suprarrenales también producen pequeñas cantidades de hormonas masculinas y femeninas.

Gónadas o glándulas sexuales (ovarios y testículos).

Las gónadas femeninas u ovarios son dos estructuras en forma de almendra situadas a ambos lados del útero. Como glándulas segregan las siguientes hormonas:

FSH (foliculoestimulante): estimula el crecimiento y maduración del folículo ovárico, que es un pequeño saco o bolsa que se encuentra en el ovario y que en su interior alberga el óvulo hasta que éste madura y es finalmente liberado en el momento de la ovulación.

LH (luteinizante): estimula el crecimiento del folículo ovárico necesario para la ovulación y la producción de estrógenos.

Estrógenos: responsables del desarrollo de los órganos reproductores y de las características sexuales secundarias (distribución de grasa, crecimiento de mamas, vello púbico y axilar).

Progesterona: colabora en el proceso de gestación o embarazo.

Testosterona: desarrollo del vello y estimulación de la libido. Las gónadas masculinas o testículos son dos estructuras ovoideas (en forma de huevo) que se encuentran suspendidas en el escroto. Como glándulas, segregan las siguientes hormonas:

FSH: estimula la formación de espermatozoides.

LH: estimula la secreción de testosterona.

Testosterona: estimula el desarrollo del aparato sexual masculino y de los caracteres sexuales secundarios (tono de voz, vello púbico, distribución de grasas).

Patologías del sistema endocrino.

- Diabetes mellitus: en las personas diabéticas, el páncreas produce poca o ninguna insulina; o bien, las células no responden a ella.
- Enanismo y gigantismo: se producen por el déficit y el exceso, respectivamente, durante la etapa de desarrollo del individuo, de la hormona de crecimiento segregada por la hipófisis.
- Hiper e hipotiroidismo: producidos por hiper e hipofunción de la glándula tiroidea.
- Hirsutismo: crecimiento excesivo de vello en mujeres siguiendo un patrón masculino de distribución, producido por un exceso en la secreción de andrógenos (testosterona).
- Enfermedad de Addison: disminución de la secreción de hormonas por daño de la corteza suprarrenal que se caracteriza por cansancio, tensión arterial baja, adelgazamiento y pigmentación excesiva de la piel.

c) Comprobación de hojas de dietas.

Denominamos dieta al conjunto de hábitos y comportamientos alimenticios y nutricionales que una persona toma como estilo de vida. Ésta puede verse influenciada por factores tales como la edad, cultura, clima, factores socio-económicos, religión, etc. La dieta es una herramienta que puede aplicarse a personas sanas o enfermas, con fines educativos, preventivos o terapéuticos, sobre individuos o colectivos.

Toda dieta debe cumplir las cuatro leyes fundamentales de la alimentación:

- ✓ Completa. Debe aportar todos los nutrientes que requiere el organismo en cantidad suficiente.
- ✓ Equilibrada. Debe guardar una relación adecuada entre los diferentes nutrientes (hidratos de carbono - 50-55%; grasas - 30-35%; proteínas- 15%).
- ✓ Variada. Debe contener tan diversos alimentos como sea posible.
- ✓ Adecuada en calidad y cantidad. Debe ser proporcionada según las características individuales (por ejemplo, edad, sexo, actividad física,...) haciendo posible que quien la realiza se mantenga dentro de los límites de peso adecuados.

En la realización de nuestro trabajo diario, a la hora de la alimentación, deberemos tener en cuenta las siguientes generalidades:

Todos los pacientes ingresados tendrán adjudicada una dieta diaria en relación a sus necesidades individuales, previa valoración facultativa.

d) Dietas y menús.

A continuación, presentamos las dietas más utilizadas según las necesidades individuales de cada usuario.

Tipos de dietas.

- Dieta absoluta: es la ausencia de dieta (ni líquidos ni sólidos) hasta nueva prescripción médica. Suele estar indicada antes y después de intervenciones quirúrgicas, de realización de determinadas pruebas y en patologías abdominales concretas.
- Dieta normal o basal: suele ser una dieta general, en la que la persona puede comer de todo. Suele aportar entre 2500 y 3000 kcal diarias. Suministra todos los nutrientes esenciales en proporción equilibrada (50-55% de hidratos carbono, 30-35% de grasas y 15% de proteínas). Está indicada en todas las personas que no requieran un régimen especial debido a ninguna patología.
- Dieta líquida: se basa en la ingesta de líquidos exclusivamente (agua, té, zumo, caldo...). Suele estar indicada en personas con dificultad para masticar o deglutir, durante procesos gastrointestinales (como vómitos o diarrea) o bien como paso siguiente tras una dieta absoluta.
- Dieta blanda: su consistencia es blanda, de fácil digestión y, generalmente, bien tolerada. Aporta los alimentos semi-sólidos o triturados, tales como puré, sopas, arroz, pescado hervido, jamón cocido, flanes, yogurt, etc. Es una dieta aconsejada para pacientes con dificultad para masticar o deglutir, en infecciones gastrointestinales, como siguiente paso tras la dieta líquida o en personas que no toleran la dieta normal.
- Dieta astringente: es una dieta pobre en fibras, siendo la base de la alimentación los cereales y sus derivados, evitando los condimentos estimulantes y la celulosa presente en

hortalizas, frutas y verduras. Está indicada en procesos diarreicos y ciertas patologías gastrointestinales.

- Dieta laxante o rica en fibras: los alimentos más utilizados son vegetales, como el salvado, alcachofas, habas, espinacas, judías verdes, acelgas, etc. Debe suministrar al menos 6g/día de fibra cruda. Está indicada en pacientes con estreñimiento, diverticulosis de colon, y ayuda en la prevención del cáncer de colon, la obesidad y la diabetes.
- Dieta hipercalórica: es una dieta basada en un alto aporte calórico, alrededor de 3500 Kcal. La mayor parte del aporte calórico corresponderá a los hidratos de carbono y se tomarán alimentos guisados, en salsa, aumentando también el consumo de grasas. Es una dieta indicada en pacientes con malnutrición, gasto energético excesivo o mala absorción de nutrientes.
- Dieta hipocalórica: se fundamenta en un bajo aporte calórico, entre 1000 y 2000 Kcal. Los alimentos se preparan de forma sencilla, evitando salsas, guisos y fritos. En este tipo de dieta es conveniente un aporte de vitaminas y minerales. Es la dieta idónea en pacientes con obesidad.
- Dieta hiposódica: se basa en la reducción del sodio, ingerido principalmente como condimento y también presente en buena cantidad en ciertos alimentos como las aceitunas, los embutidos, los quesos, el marisco, etc. Es la dieta aconsejada en pacientes con hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca o renal.
- Dieta diabética: restringe ciertos hidratos de carbono (almidones) y suprime otros (glucosa y sacarosa), siendo habitualmente de 2000 Kcal aproximadamente (el aporte calórico corresponde al normal de una dieta equilibrada, variando el reparto de calorías según los grupos de alimentos). Es habitual unir a la dieta diabética una hipocalórica si nos encontramos ante un paciente diabético y obeso. Debemos evitar en la dieta habitual la bollería, los dulces y las grasas, y reducir el consumo de pastas, arroces, pan y patatas. Se recomiendan 5 comidas ligeras en vez de 3 copiosas, junto con la realización de ejercicio físico suave.

- Dieta sin gluten: carece de gluten (mezcla de dos proteínas: glutenina y gliadina), que se encuentra principalmente en el trigo y otros cereales (centeno, avena, cebada...), eliminando por tanto alimentos como las pastas, el pan, la bollería, las galletas, etc. Está indicada en pacientes intolerantes o alérgicos al gluten, denominados celíacos.
- Dieta pobre en grasa y colesterol: limitada en grasas (evita los fritos, las carnes grasas, quesos curados, yema de huevo, mantequillas y natas), contiene gran cantidad de hidratos de carbono y alimentos de fácil digestión. Está aconsejada en pacientes con enfermedades de la vesícula biliar, páncreas y exceso de colesterol.
- Dieta hiperproteica: es una dieta con aporte proteico superior al normal (0,8g/Kg de peso) basada en carnes, pescados, huevos y productos lácteos. Es la aconsejada en pacientes con cirrosis hepática, grandes desnutriciones, grandes quemados, así como en distintas etapas de la vida, aún en ausencia de enfermedad, como la infancia, el embarazo y la lactancia.
- Dieta hipoproteica: supone un aporte reducido de proteínas y se basa en los hidratos de carbono y las grasas como principal fuente de energía. Debe ser completada con un aporte adicional de vitaminas. Está indicada en pacientes con insuficiencia renal, hepática o trastornos del metabolismo de los aminoácidos.

e) Alimentación por vía oral.

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

Así, y dependiendo del caso, la alimentación del paciente se podrá llevar a cabo por tres vías diferentes:

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

- Alimentación parenteral: a través de un catéter endovenoso (por vía intravenosa) mediante una alimentación preparada exclusivamente para esta vía.

Apoyo a la ingesta: cubiertos, platos y vasos especiales.

Actualmente existen en el mercado algunos dispositivos de ayuda que facilitan la necesidad básica de alimentación en usuarios con ciertas limitaciones. Algunos de ellos son:

- Mesas movibles y ajustables en altura.
- Barreras para platos.
- Ventosas adosadas.
- Utensilios de mango largo.
- Cubiertos con mangos giratorios o de fácil manipulación.
- Cubiertos o vasos lastrados (con peso adicional).
- Vasos con asas o boquillas especiales.
- Platos profundos o con ranuras para evitar que se derrame el contenido.
- Soportes antideslizantes.
- Pajitas rígidas y flexibles, desechables y reutilizables.

f) Ayudas técnicas para la ingesta.

La nutrición enteral consiste en la administración de los alimentos necesarios para conseguir un soporte nutricional adecuado por vía digestiva, ya que el paciente no es capaz de ingerirlos por vía oral debido a alguna patología (oncológica o cancerígena, neurológica, o gastrointestinal).

Para su administración es necesario el uso de dispositivos de ayuda llamados sondas, con cuya utilización se suprimen las etapas bucal y esofágica de la digestión.

La nutrición enteral proporciona una serie de ventajas frente a la parenteral (por vía intravenosa):

- ✓ Es más fisiológica.
- ✓ Más fácil de preparar, administrar y controlar.
- ✓ Presenta menor número de complicaciones y de menor gravedad.
- ✓ Es menos costosa.

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

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

Las sondas son tubos de diámetro pequeño y material plástico más o menos flexible que permiten el paso de la nutrición enteral sin dificultad.



Estos dispositivos son colocados por un Diplomado en Enfermería a través de uno de los orificios nasales y llegan hasta el estómago pasando por el esófago.

Quedan fijados mediante esparadrapo a la nariz y pueden permanecer un tiempo prolongado (desde 15 días a 6 meses, dependiendo del material).

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

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

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

1) La infusión continua a través de bomba infusora, que es el aparato que regula la cantidad y velocidad de líquido a infundir. Tiene como desventaja que el paciente está casi todo el día conectado a la nutrición enteral.

2) La infusión intermitente, también a través de bomba infusora. Es útil en muchos casos. Se basa en la infusión a una velocidad mayor durante períodos de unos 30 minutos, administrando 4 ó 5 tomas al día.

3) Administración por bolos a través de jeringa y de forma manual. La alimentación puede ser una dieta líquida o triturada y suele coincidir con las horas de alimentación del centro.

Procedimiento para REDUCIR el RIESGO de BRONCOASPIRACIÓN en pacientes con problemas NEUROLÓGICOS

- Para evitar la broncoaspiración durante la alimentación oral en pacientes con problemas neurológicos, de semiinconsciencia o deglutorios, debemos tener en cuenta los siguientes consejos.
- Preguntar al paciente si presenta dificultades para tragar.
- Evitar la ingesta de líquidos. Utilizar espesantes o gelatinas, o aconsejar el cambio de dieta a una de consistencia blanda.
- Ofrecer alimentos blandos en pequeñas cantidades, asegurándonos que ha tragado antes de ofrecer alimentos de nuevo. Inspeccionar la boca en caso necesario.
- Si el paciente padece alguna hemiplejia o hemiparesia, explicarle que debe masticar con el lado no afectado.
- Valorar la aparición de signos de dificultad como disnea (dificultad para respirar), tos o sialorrea (aumento de salivación).

- Tras la ingesta, mantener al paciente incorporado en posición Fowler durante un espacio de tiempo para evitar el reflujo.

ALIMENTACIÓN por SONDA NASOGÁSTRICA (SNG) o GASTROSTOMÍA de forma MANUAL

Material necesario:

- Guantes no estériles.
- Tapón de SNG.
- Un vaso con agua.
- Toalla.
- Servilletas.
- Jeringa de 50 cc.
- Alimentación (triturada o preparado comercial).
- Registros de Enfermería.

Procedimiento

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

- Mantener al paciente en posición Fowler durante 1 h. después de la administración para evitar reflujos de contenido gástrico.
- Recoger el material y reorganizar la habitación.
- Registrar en la historia del paciente las observaciones pertinentes.

g) Técnicas de recogida de eliminaciones.

En nuestra práctica diaria encontraremos pacientes encamados o con determinado grado de dependencia en la movilización que, sin presentar problemas de incontinencia, no serán capaces de utilizar el cuarto de baño a la hora de orinar o defecar (usuarios habituales del pañal) y mantendrán la sensación de llenado.

En estos pacientes, utilizaremos dispositivos de ayuda para la eliminación, como son la cuña y la botella; éstos promueven una cierta independencia y ayudan a mantener el control de esfínteres por parte del paciente.

Para la micción y recogida de orina en el caso de los hombres, se indica el orinal tipo botella; para la micción y la defecación en ambos sexos, se utiliza el orinal tipo cuña.

UTILIZACIÓN del ORINAL tipo BOTELLA

Material necesario:

- Orinal tipo botella.
- Empapador.
- Papel higiénico.
- Guantes.
- Material de aseo: palangana, agua y jabón, esponja y toalla.
- Registros de Enfermería.



Procedimiento.

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Preparar el material necesario en la habitación del paciente y preservar su intimidad.
- Informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar.

- Colocar al paciente en una posición adecuada (preferiblemente, sentado o en decúbito supino).
- Poner un empapador bajo su región glútea si prevemos que puede mancharse la cama o sillón.
- Proporcionar la botella al paciente. En caso de que necesite ayuda, colocaremos la botella entre las piernas del paciente e introduciremos el pene.
- Retirar la botella al finalizar la micción.
- En su caso, recoger la muestra para análisis, realizar la medición de la diuresis y apartarla para su posterior eliminación y limpieza.
- Ayudar al paciente en la higiene genital y de manos, con papel higiénico y material de aseo.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material y reorganizar la habitación.
- Registrar en su historia las observaciones pertinentes (diuresis, características de la orina...).

UTILIZACIÓN del ORINAL tipo CUÑA

Material necesario:

- Orinal tipo cuña.
- Empapador.
- Papel higiénico.
- Guantes.
- Material de aseo: palangana, agua y jabón, esponja y toalla.
- Registros de Enfermería.



Procedimiento.

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Preparar el material necesario en la habitación del paciente y preservar su intimidad.
- Informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar.

En paciente con movilidad

- Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera de la cama elevada.

- Retirar la ropa de la cama que cubre al paciente.
- Pedir al paciente que flexione las rodillas, apoye los pies en la cama y eleve la región glútea.
- Colocar una empapadera bajo el paciente como prevención (para evitar cambiar la ropa de la cama si ésta se mancha).

En paciente sin movilidad

- Colocar la cama en posición horizontal con el paciente en decúbito supino.
- Retirar la ropa de la cama que cubre al paciente.
- Posicionar al paciente en decúbito lateral.
- Colocar una empapador bajo el paciente.
- Introducir la cuña, de forma centrada y con la parte menos gruesa dirigida hacia la espalda, bajo la zona glútea.
- Girar al paciente y colocarlo de nuevo en decúbito supino sobre la cuña.
- Comprobar que la cuña se encuentra centrada y bien colocada en la zona glútea.
- Cubrir al paciente con la sábana superior y proporcionarle intimidad.
- Proporcionar al paciente papel higiénico.

En los ámbos casos

- Una vez que el paciente haya finalizado, retirar la cuña de manera inversa a cómo la colocamos, asegurándonos de no volcar el contenido sobre la cama.
- Apartar la cuña para su posterior vaciado y limpieza.
- Cambiar la empapador o la ropa de cama si fuese preciso.
- En su caso, recoger muestras para análisis.
- Ayudar al paciente en la higiene genital y de manos, con papel higiénico y material de aseo.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material y reorganizar la habitación.
- Registrar en la historia del paciente las observaciones pertinentes.

RECOGIDA de MUESTRAS con fines TERAPÉUTICOS

Material necesario:

- Orinal tipo cuña o tipo botella.
- Empapador.
- Papel higiénico.
- Guantes.
- Impreso de solicitud para el análisis.
- Etiquetas con los datos del paciente o, en su defecto, rotulador indeleble.
- Bote estéril para recoger la muestra.
- Material de aseo: palangana, agua y jabón, esponja y toalla.
- Registros de Enfermería.

Procedimiento.

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Preparar el material necesario en la habitación del paciente y preservar su intimidad.
- Informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar.
- Colocar la cuña o botella al paciente.
- En el caso de que la muestra a recoger sea de orina, desechar la primera parte de la micción para que se lave la uretra por arrastre.
- En el caso de que la muestra sea de heces, utilizar un depresor (palo de madera habitualmente utilizado por el médico para la exploración de la faringe) para el traslado de la muestra al recipiente adecuado.
- Colocar el bote recogida de muestras de forma que sea fácil introducir en él la muestra.
- Tapar el bote e identificarlo correctamente con las etiquetas del paciente o un rotulador indeleble, en su defecto.
- Ayudar al paciente en la higiene genital y de manos, con papel higiénico y material de aseo.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Recoger los materiales y ordenar la habitación.
- Quitarnos los guantes y lavarnos las manos.
- Cursar la analítica bien identificada junto con la petición a laboratorio.
- Anotar el procedimiento en el registro.
- Si el paciente puede realizar la recogida por sí mismo, se le explicará el procedimiento que debe llevar a cabo, recordándole que debe desechar la primera parte de la micción.

- Si el paciente es portador de sonda vesical, la muestra se recogerá a través de su extremo distal, desconectando momentáneamente la sonda de la bolsa colectora.

h) Prevención de riesgos en la alimentación y la recogida de eliminaciones.

Los riesgos más frecuentes derivados del contacto y manipulación de fluidos biológicos, son las enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis, neumonía, gastroenteritis...).

Las principales fuentes de riesgo biológico en la actividad sanitaria suelen ser:

- Los pacientes y los materiales biológicos procedentes de los mismos.
- Los equipos e instrumentación contaminados.
- Los residuos generales.
- Las diversas instalaciones del hospital, en las que pueden existir reservorios de agentes biológicos, como las instalaciones de aire acondicionado.

Las vías de infección por contacto con dichos agentes pueden ser: parenteral (por contacto con la sangre a través de la piel), aérea (por inhalación), dérmica (por contacto de la piel con líquidos biológicos) y digestiva (asociada a malos hábitos higiénicos).

Las principales medidas preventivas indicadas para evitar el riesgo biológico son las siguientes:

Precauciones universales: debemos tomar siempre una serie de precauciones generales (lavado de manos y colocación de guantes) para evitar el contacto con fluidos biológicos considerados potencialmente infecciosos. Esto se debe hacer con independencia del paciente de que se trate.

Las normas de higiene personal a contemplar son:

- Cubrir heridas y lesiones que puedan estar en contacto con agentes infecciosos antes de iniciar nuestra actividad laboral.
- Lavar las manos al comenzar y al terminar cada jornada de trabajo, así como antes y después de realizar cualquier técnica que implique el contacto directo con pacientes o material infeccioso.
- No comer, beber ni fumar en el área de trabajo.

Elementos de protección de barrera: los trabajadores deben utilizar de manera adecuada los elementos de protección de barrera siempre que exista la posibilidad de entrar en contacto directo con sangre o fluidos corporales. Este contacto puede producirse de forma directa o indirecta (esto es, por manipulación de instrumental o muestras extraídas para fines diagnósticos). Dentro de los elementos de protección de barrera podemos distinguir:

- Guantes: obligatorios cuando el trabajador presente heridas o lesiones y tenga que manejar sangre o fluidos, entrar en contacto con piel no intacta, manejar objetos o superficies contaminadas y realizar técnicas invasivas.
- Mascarillas y protección ocular: se emplearán cuando, en la realización de la tarea, sea posible la producción de salpicaduras de sangre o fluidos corporales que afecten a los ojos, nariz o boca.
- Batas: deberían utilizarse cuando preveamos que la sangre o los fluidos pueden afectar a nuestro vestuario.

Cuidado con los objetos cortantes o punzantes: se deben evitar lesiones producidas por pinchazos o cortes con material sanitario. Para ello:

- Tomar precauciones en la utilización de material cortante y punzante.
- El personal sanitario que utilice objetos cortantes y punzantes, se responsabilizará de su limpieza o eliminación.



- Los objetos cortantes y punzantes deberán ser depositados en contenedores apropiados, de bioriesgo, con tapa de seguridad. No encapsular las agujas.
- Desinfección y esterilización correcta del instrumental y las superficies.

NORMAS GENERALES de PREVENCIÓN de RIESGOS para el PERSONAL SANITARIO

- Vacunarse de hepatitis B al iniciar el trabajo en cualquier centro sanitario.
- Lavarse las manos antes y después del contacto con pacientes o con material potencialmente contaminado.
- Evitar la formación de heridas en el trabajo, sobre todo, con material contaminado.
- Disminuir el contacto de heridas con material biológico utilizando barreras (apósitos, guantes...).
- Utilizar recipientes herméticos e irrompibles para la obtención de muestras analíticas.
- Usar correctamente el material sanitario y los contenedores de eliminación de residuos.
- Limpiar adecuadamente, siguiendo el protocolo del centro, las superficies manchadas de sangre o fluidos corporales.
- Limpiar, desinfectar y esterilizar el material contaminado de material biológico.
- Hacer uso correcto de elementos de barrera (guantes, mascarilla, bata,...), principalmente en aislamientos.
- Explicar las normas generales y de aislamiento a los pacientes y sus familiares para evitar las infecciones nosocomiales.

02

INTERVENCIÓN EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

1. Reconocimiento de las necesidades especiales de las personas dependientes

- a. Situaciones especiales: usuarios sin familia, familias desestructuradas.
- b. Observación y registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades de atención física.
- c. Aplicación de técnicas e instrumentos de observación en función del usuario y sus características
- d. Tipos de ayudas técnicas y tecnológicas para la vida cotidiana

2. Participación en la atención sanitaria para personas dependientes en el ámbito sociosanitario

- a. Anatomofisiología y patologías más frecuentes
- b. Participación en la toma de constantes vitales
- c. Participación en la administración de medicación: vías oral, tópica y rectal
- d. Medicación en el caso de personas con diabetes
- e. Colaboración en la aplicación de técnicas de aerosolterapia y oxigenoterapia
- f. Colaboración en la aplicación de tratamientos locales y métodos de frío-calor
- g. Uso de materiales para la medicación
- h. Riesgos de los medicamentos.
- i. Prevención de riesgos laborales en las tareas sanitarias

3. Colaboración en la movilización, traslado y deambulación de los usuarios

- a. Principios anatomofisiológicos de sostén y movimiento del cuerpo humano
- b. Patología más frecuente. Biomecánica de las articulaciones

- c. Principios anatomofisiológicos del sistema nervioso.
- d. Posiciones anatómicas
- e. Técnicas de movilización, traslado y deambulaci3n
- f. Prevenci3n de riesgos laborales en las tareas de deambulaci3n, traslado y movilizaci3n.

4. Prestaci3n de primeros auxilios en situaciones de urgencia

Reconocimiento de las situaciones de riesgo: protocolos y normas sobre cu3ndo intervenir. Avisos a las profesionales responsables

- T3cnicas de actuaci3n urgente en caso de:

- Intoxicaciones.
- Ingesti3n de cuerpos extraños, atragantamiento.
- Traumatismos. Vendajes e inmovilizaciones.
- Reanimaci3n cardiopulmonar.
- Hemorragias externas.
- Quemaduras.
- Congelaciones.
- Descargas el3ctricas.
- Picaduras y mordeduras.

- Mantenimiento de botiquines.

5. Cumplimiento de las normas de limpieza de materiales e instrumentos sanitarios

- a. Aplicaci3n de operaciones de limpieza de materiales sanitarios.
- b. Proceso de desinfecci3n. M3todos y materiales.
- c. Proceso de esterilizaci3n. M3todos y materiales.
- d. Prevenci3n de infecciones.
- e. Eliminaci3n de residuos sanitarios.
- f. Prevenci3n de riesgos laborales en las tareas de limpieza de material sanitario

1. OBJETIVO GENERAL.

Desarrollar actuaciones dirigidas a la intervención en atención sociosanitaria a las personas dependientes y centradas en la exploración y observación del usuario, la toma de constantes vitales y administración de medicamentos, la preparación del usuario para su deambulaci3n, movilizaci3n o traslado.

Efectuar actuaciones de acompa1amiento, vigilancia y apoyo al usuario en la realizaci3n de actividades para facilitar el mantenimiento y mejora de sus capacidades f3sicas y motoras.

Conocer los procedimientos que se pondr3n en pr3ctica para la transmisi3n al equipo interdisciplinar de las posibles incidencias ocurridas.

Conocer las t3cnicas de limpieza, desinfecci3n y esterilizaci3n del material, as3 como de las establecidas para la eliminaci3n de residuos sanitarios y los criterios a tener en cuenta para su puesta en pr3ctica respetando las normas de prevenci3n de riesgos laborales.

Contemplar en todos los casos e intervenciones en el 3mbito de la atenci3n sociosanitaria a las personas dependientes, los criterios de seguridad y prevenci3n de riesgos que tienen como objeto tanto al residente como al profesional.

2. OBJETIVOS ESPEC3FICOS.

- Colaborar con el personal de la instituci3n en las actuaciones que faciliten la exploraci3n y observaci3n del usuario, en los procedimientos para la toma de constantes vitales, en la administraci3n de medicamentos por las diferentes v3as y en la preparaci3n e informaci3n del paciente con antelaci3n a la puesta en pr3ctica de estas actuaciones.
- Colaborar con el personal de la instituci3n en la transmisi3n de h3bitos higi3nicos saludables al usuario y suplir a 3ste en aquellas maniobras de car3cter f3sico que no pueda ejecutar de forma aut3noma.
- Colaborar con el personal de la instituci3n en la preparaci3n del usuario para su traslado, movilizaci3n o deambulaci3n, contemplando todas las normas de seguridad y para la prevenci3n de riesgos relativas tanto al paciente como al profesional.
- Acompa1ar al usuario en la realizaci3n de actividades para facilitar el mantenimiento y mejora de las capacidades f3sicas y motoras, siguiendo el plan personal especificado en cada caso.

- Conocer las técnicas de actuación ante situaciones de urgencia.
- Llevar a cabo de forma correcta técnicas de limpieza, desinfección y esterilización de material sanitario, así como la eliminación de residuos, teniendo siempre en cuenta las medidas a tomar para prevenir riesgos laborales.

1. RECONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES ESPECIALES DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES.

El propio texto constitucional, en sus artículos 49 y 50, se refiere a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos. Si en 1978 los elementos fundamentales de ese modelo de Estado del bienestar se centraban, para todo ciudadano, en la protección sanitaria y de la Seguridad Social, el desarrollo social del país desde entonces ha venido a situar a un nivel de importancia fundamental a los servicios sociales, desarrollados fundamentalmente por las Comunidades Autónomas, con colaboración especial del sector servicios, como cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención a las situaciones de dependencia.

La necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva al Estado a intervenir en este ámbito con la regulación contenida en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

El Sistema configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, al que se reconoce como beneficiario, su participación en el Sistema.

a) Situaciones especiales: usuarios sin familia, familias desestructuradas.

A la hora de detectar las necesidades especiales de las personas dependientes nos podemos encontrar usuarios que no tengan familia o cuya familia se halla en una situación especial como, por ejemplo:

- Situaciones de graves carencias económicas.

- Situaciones de abandono familiar.
- Situaciones de malos tratos o violencia.
- Situaciones en las que los miembros de la familia consumen sustancias adictivas (drogas, alcohol, etc.).
- Situaciones de dependencia familiar.
- Situaciones en las que existen problemas de relación familiar.

En estos casos son los servicios sociales quienes toman cartas en el asunto en dos niveles Primer y Segundo Nivel.

- El Primer Nivel son los Servicios Sociales Generales o comunitarios. A través de ellos, los ciudadanos acceden al sistema de Servicios Sociales. Van dirigidos a toda la población y son los encargados de orientar hacia el recurso adecuado o derivarlo al segundo nivel de atención.

Son proporcionados a través de ayuntamientos, lo conforman los servicios sociales de atención primaria y atienden a las necesidades sociales básicas de los ciudadanos y desarrollan programas de prevención para colectivos en situación de desigualdad, necesidad, o riesgo de exclusión social. Cuentan con estos servicios todos los municipios y su objetivo es toda la población en su conjunto.

- El Segundo Nivel son los Servicios Sociales Especializados. Se ocupan de personas cuya situación, tras haber sido valorada por los servicios de primer nivel, requieren una intervención más específica.

b) Observación y registro de la evolución funcional y el desarrollo de actividades de atención física.

La evaluación de un paciente se puede realizar desde dos enfoques:

- Por profesionales de la sanidad (personal del servicio de enfermería, médicos, psicólogos,...),
- Por profesionales del ámbito social (trabajadores sociales, cuidadores...); Además ella, se suelen tener en cuenta también valoraciones provenientes de los familiares a cargo de la persona dependiente o, incluso, del propio interesado. De esta forma, los aspectos a evaluar podrán atender a diferentes ámbitos, como el biopsicosanitario o el referido al entorno del individuo.

Para llevar a cabo esta evaluación y seguimiento de las personas dependientes, los métodos que con mayor frecuencia se usan para la recogida de información son:

1. la observación directa;
2. la entrevista al propio usuario, a familiares o a cuidadores;
3. formularios de autovaloración (cuestionarios, escalas...).

c) Aplicación de técnicas e instrumentos de observación en función del usuario y sus características

El método de observación directa es, sin duda, el más fiable para la valoración de la dependencia. En este apartado nos centraremos en él y en los instrumentos en que se apoya, tales como las escalas de valoración, que vendrán definidas en función del usuario y sus características.

Beneficios de la Valoración Geriátrica Integral.

- Mayor precisión diagnóstica.
- Reducción de la mortalidad.
- Mejoría del estado funcional.
- Utilización correcta de recursos.
- Disminución de institucionalización.
- Disminución de hospitalización.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE ANCIANO

Cuando nos dispongamos a efectuar la valoración clínico-orgánica de estos pacientes, deberemos tener en cuenta la especial forma de presentación de la enfermedad en el paciente geriátrico, que se caracteriza por:

- Pluripatología
- Presentación atípica, sintomatología larvada
- Frecuentes complicaciones clínicas
- Tendencia a la cronicidad e incapacidad
- Presentación frecuente, como pérdida de capacidad funcional
- Polifarmacia
- Mayor dificultad diagnóstica
- Frecuente tendencia hacia la gravedad y muerte

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

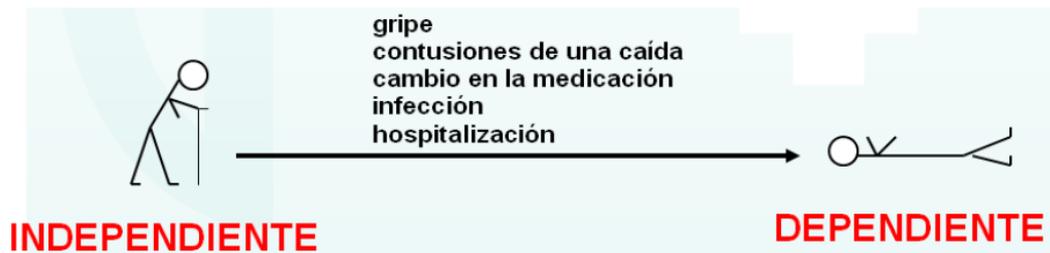
La valoración de la capacidad funcional se encuentra incluida dentro del concepto más genérico de Evaluación Geriátrica (EG), entendiendo esta como aquel proceso diagnóstico

multidimensional e interdisciplinar, dirigido a las capacidades funcionales, médicas y psicosociales de un anciano, en orden a desarrollar un plan de tratamiento y de seguimiento. Por lo tanto, va mas allá del examen médico de rutina en su énfasis en los aspectos funcionales y en la calidad de vida, en su exhaustividad, en la utilización de instrumentos estandarizados de medida y en la utilización de equipos multidisciplinares.

La discapacidad sería la situación en la que no es posible realizar sin dificultad determinadas acciones cotidianas. Estas acciones, socialmente determinadas, se pueden subdividir a su vez en.

- actividades avanzadas (AAVD), necesarias para una vida socialmente satisfactoria,
- actividades instrumentales (AIVD), necesarias para vivir de manera independiente y
- actividades básicas (ABVD) imprescindibles para sobrevivir.

La evaluación de AAVD son a priori unas de las más interesantes por cuanto su abandono puede suponer el inicio del declive funcional. Sin embargo, tienen el grave inconveniente de que están muy influenciadas por cuestiones culturales, hábitos de vida y niveles económicos.



Existe una gran variedad de instrumentos de valoración de las funciones cognitivas muy útiles porque, por ejemplo, en el caso concreto del deterioro mental, entre el 72% y el 80% de los casos de déficit (sobre todo leves) a este nivel, pueden pasar desapercibidos si no se emplea algún sistema de detección.

Cuando el diagnóstico es temprano y la intervención es más eficaz.

Instrumentos o escalas para la valoración mental

Disponemos de dos niveles de evaluación cognitiva según su extensión y dificultad:

Las escalas de mayor brevedad son:

- Cuestionario Portátil Corto del Estado Mental (SPMSQ) de Pfeiffer (1975). El más utilizado en nuestro medio por su brevedad y facilidad de ejecución.
- Test del Dibujo del Reloj de Shulman y Cols para déficits visoespaciales y constructivos.

- Mini Examen Cognositivo (MEC) o Mini examen cognositivo de Lobo, es una de las escalas cognitivas más conocidas y de uso más extendido para valorar la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y de fijación, la atención y el cálculo, la producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad visuoespacial.

- el Test del Informador.
- la Escala de Blessed.

La frecuencia de la depresión en el anciano es variable según el contexto en el que nos encontremos, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. Se ha demostrado que la depresión se asocia a una mayor morbi-mortalidad, actúa negativamente sobre la situación funcional, nutricional y social del anciano.

Las escalas utilizadas en la valoración de la función afectiva son eficaces como instrumentos de detección de la depresión y de evaluación del tratamiento, de todas ellas la más utilizada es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage.

d) Tipos de ayudas técnicas y tecnológicas para la vida cotidiana.

Existen trituradores que se accionan con una o dos manos en función de las capacidades manipulativas de cada persona.

Podemos encontrar algunos modelos que tienen la función de cortar y triturar en un solo dispositivo.

-Dosificador de pastillas

-Cajita con tapa corredera que tiene distintas divisiones para organizar los medicamentos por días y horas en que han de tomarse. En algunos de ellos las divisiones son móviles, adaptándose a diferentes dosis y tamaños.



Existen infinidad de modelos en el mercado, ya sean para organizar la medicación de un día o para toda la semana. Cuando el número de pastillas que se toma diariamente no es elevado, también existe algún modelo que puede utilizarse para organizar la medicación de todo un mes.

Estos dispensadores pueden ser preparados por el paciente o por una tercera persona. Reducen los problemas de olvidos o la duplicidad en las tomas. Son útiles para cualquier persona, pero están especialmente indicados para aquellos que tienen problemas de atención o memoria y tienen o quieren ser autónomos en esta tarea.

Algunos modelos incluyen alarma avisadora para recordar las tomas.

AYUDAS TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN Y EL OCIO

-Atriles para la lectura

Permiten colocar los libros o revistas en el campo de visión de una persona que está tumbada, sentada o inclinada hacia atrás.



También pueden adaptarse con mangos



Estos dispositivos pueden ser útiles para personas con dificultades muy importantes de movilidad en sus extremidades superiores.

-Bolígrafos adaptados

-Bolígrafos con diferentes formas, pesos y texturas para la mano derecha, izquierda o dedo. Permiten escribir o dibujar a personas con limitación de movimientos, temblores o disminución de la fuerza en los miembros superiores.

También pueden adaptarse con mangos. Ayudas ópticas para la lectura

2. PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA PARA PERSONAS DEPENDIENTES EN EL ÁMBITO SOCIO SANITARIO

a) Anatomofisiología y patologías más frecuentes del sistema cardiovascular y respiratorio.

El Corazón. Es un músculo fibroso de contracción involuntaria llamado miocardio, cuya misión principal es mantener la circulación sanguínea.

El miocardio está protegido por 2 capas endocardio y el pericardio. El pericardio es también una doble capa (pericardio parietal y visceral o epicardio) y entre ambas queda la cavidad pericárdica que contiene el líquido pericárdico.

Cuando el miocardio se contrae se habla de sístole y cuando se relaja de diástole, por lo tanto, la sístole como la diástole pueden ser auriculares o ventriculares.

El volumen de sangre que impulsa el corazón cada minuto se llama *gasto cardiaco* y depende entre otros factores del volumen de sangre que eyecta en cada sístole, *volumen sistólico*, y del ritmo en que lo hace, *frecuencia cardiaca*.

Durante los períodos de reposo el corazón tiene aproximadamente 70 pulsaciones por minuto en un individuo adulto del sexo masculino, y en este mismo intervalo bombea aproximadamente cinco litros de sangre. El estímulo que mantiene este ritmo es completamente autorregulado.

Cada gota de sangre contiene aproximadamente unos 5 millones de glóbulos rojos, de 5.000 a 10.000 glóbulos blancos y alrededor de 250.000 plaquetas.

Los vasos sanguíneos (arterias, capilares y venas) son conductos musculares elásticos que distribuyen y recogen la sangre de todos los rincones del cuerpo. Se denominan arterias a aquellos vasos sanguíneos que llevan la sangre, ya sea rica o pobre en oxígeno, desde el corazón hasta los órganos corporales.

LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

Insuficiencia cardíaca.

Es la incapacidad del corazón para impulsar la sangre, a través del sistema arterial o venoso, para cubrir las necesidades de la circulación periférica. Puede deberse a problemas mecánico-hemodinámicos (por valvulopatías), a trastornos graves del ritmo cardíaco o a una insuficiencia del miocardio.

Angina de pecho o Angor.

Es una insuficiencia coronaria aguda asociada a una isquemia (disminución del riego sanguíneo en una zona concreta del organismo) del miocardio. Produce dolor torácico de carácter opresivo que puede irradiarse a hombros, brazos, cuello o epigastrio.

El dolor suele comenzar con el ejercicio y cesar con el reposo. Cada uno de los episodios puede dejar pequeñas necrosis que, con el transcurso del tiempo, pueden desencadenar un infarto de miocardio.

Infarto agudo de miocardio (IAM).

Es una necrosis (muerte de las células que conforman un tejido) del miocardio debida a una disminución total o parcial del aporte sanguíneo a las células cardíacas. Cursa con dolor torácico similar a la angina, pero que no mejora con el reposo. Si la necrosis es muy extensa, puede provocar una parada cardíaca irreversible.

Hipertensión arterial (HTA).

Es el aumento crónico de la presión arterial por encima de los valores normales (140/90 mmHg). Puede ser primaria, cuando influyen factores como la herencia y la obesidad; o secundaria, cuando va asociada a otro tipo de patología o alteración crónica.

Cursa con cefalea, vértigo, palpitaciones, dificultad respiratoria y, a veces, epistaxis (hemorragias que se originan en las fosas nasales).

Arterioesclerosis.

Enfermedad arterial causada por una alteración de la capa íntima de la pared arterial que se caracteriza por el endurecimiento, pérdida de elasticidad y estrechamiento de la luz arterial.

Cursa con agotamiento, somnolencia, vértigo y lentitud en los movimientos, así como síntomas en la región afectada como palidez, problemas en la cicatrización de las heridas y úlceras.



Trombosis venosa.

Es la oclusión de la luz venosa por la formación de coágulos. Afecta sobre todo a miembros inferiores. Si el trombo (coágulo de sangre dentro de un vaso sanguíneo) se origina a partir de una inflamación de la pared vascular, hablamos de tromboflebitis. Cursa con dolor en la zona, aumento del calor local y eritema (inflamación de la piel que aparece acompañada de manchas rojas). Si afecta a venas profundas, puede provocar una embolia pulmonar.

APARATO RESPIRATORIO

Proporciona el oxígeno que el cuerpo necesita y elimina el dióxido de carbono o gas carbónico que se produce en todas las células.

Las fosas nasales están conectadas con los senos paranasales o cavidades sinusales, unos espacios huecos del interior de algunos huesos de la cabeza que contribuyen a que el aire inspirado se caliente y humedezca. La inflamación de estos senos se conoce como sinusitis.

La función del aparato respiratorio consiste en tomar O₂ del aire y desprender el CO₂ que se produce en las células. La respiración será el proceso involuntario y automático, en que se extrae el oxígeno del aire inspirado y se expulsan los gases de desecho con el aire espirado.

El aire se inhala por la nariz, donde se calienta y humedece. Las fosas nasales están conectadas con los senos paranasales que contribuyen a que el aire inspirado se caliente y humedezca.

Después el aire pasa a la faringe, sigue por la laringe y penetra en la tráquea. A la mitad de la altura del pecho, la tráquea se divide en dos bronquios que se dividen de nuevo, una y otra vez, en bronquios secundarios, terciarios y, finalmente, en unos 250.000 bronquiolos. Al final de los bronquiolos se agrupan en racimos de alvéolos, pequeños sacos de aire, donde se realiza el intercambio de gases con la sangre. Los pulmones contienen aproximadamente 300 millones de alvéolos, que desplegados ocuparían una superficie de 70 metros cuadrados, unas 40 veces la extensión de la piel.

El proceso se da en tres fases:

1. Intercambio en los pulmones.
2. El transporte de gases (se da gracias al sistema circulatorio)
3. El uso del O₂ por parte de las células y en consecuencia la producción de CO₂., esto es el metabolismo.

Respiramos unas 17 veces por minuto y cada vez introducimos en la respiración normal medio litro de aire. El número de inspiraciones depende del ejercicio, de la edad etc. la

capacidad pulmonar de una persona es de cinco litros. A la cantidad de aire que se pueda renovar en una inspiración forzada se llama capacidad vital; suele ser de 3,5 litros.

PATOLÓGICAS DEL APARATO RESPIRATORIO

Las patologías más frecuentes del sistema respiratorio, desde las fosas nasales a los pulmones son:

Rinitis: es la inflamación superficial de la mucosa que produce una secreción mucopurulenta (con moco y pus) causada por agentes infecciosos o alérgicos. Cursa con malestar, cefalea, estornudos, material de apariencia mucosa que sale de la nariz (rinorrea) y obstrucción nasal.

Sinusitis: es la inflamación de la mucosa de los senos paranasales (espacios llenos de aire situados alrededor de la frente, las mejillas y los ojos y que están recubiertos de membrana mucosa) produciendo supuración de las cavidades con aparición de cefalea intensa.

Bronquitis: es la inflamación de la mucosa bronquial, normalmente precedida de cuadros inflamatorios de vías respiratorias altas (rinitis, faringitis y laringitis).

Sus causas desencadenantes más frecuentes son los agentes infecciosos, fumar, el clima y la exposición al polvo. Su sintomatología es tos productiva (con secreciones), dificultad y ruidos respiratorios.

Neumonía: es una inflamación aguda o crónica de los pulmones. Se desencadena por la acción de gérmenes como el neumococo, el estafilococo o el estreptococo. Cursa con fiebre, tos productiva (con secreciones) y expectoración, disnea, taquipnea y dolor torácico.

b) Participación en la toma de constantes vitales.

La tríada constituida por el pulso, la frecuencia respiratoria y la presión arterial, junto con la temperatura, suelen considerarse el indicador basal del estado de salud del paciente, razón por la cual se les conoce como Signos Vitales.

LA FRECUENCIA CARDÍACA (FC) O PULSO

La FC es el resultado de la contracción del ventrículo izquierdo y la consiguiente expulsión de un volumen adecuado de sangre hacia la aorta central, fenómeno que da lugar a la transmisión de la onda pulsátil hacia todas las arterias periféricas.

Los valores normales son entre 60 y 100 pulsaciones por minuto. Sin embargo, la frecuencia de la FC tiende a disminuir desde el nacimiento hasta la edad avanzada.

- Valores *normales*: 60 y 100 pulsaciones por minuto. Sin embargo, la FC tiende a disminuir desde el nacimiento hasta la edad avanzada.

- Valores anormales, por debajo o por encima de este rango

- Taquicardia* (> 100). Aparece en fiebre, anemia y bajo gasto cardíaco.

- Bradycardia*: (< 60)

Al explorar el ritmo de la FC debemos observar:

- si es normal se llama *regular*.

- si es irregular se habla de *arritmia*. En este caso hemos de identificar si es completamente irregular, si la irregularidad sigue un patrón que se repite o si irrumpe ocasionalmente un ritmo de base regular.

Cada pulso se debe palpar de forma individual, valorando la frecuencia, el ritmo y la amplitud del mismo.

- Pulso carotideo

- pulso braquial

TENSION ARTERIAL (TA) O PRESIÓN ARTERIAL

Es la fuerza creada por la contracción del ventrículo izquierdo, mantenida por la elasticidad de las arterias y regulada por la resistencia de los vasos periféricos al flujo de sangre. En resumen; la presión arterial representa la presión de la sangre dentro de las arterias.



Esfingomanómetro aneroide



Esfingomanómetro digital



Esfingomanómetro de mercurio

Habitualmente se registra con un esfigmomanómetro que expresa las cifras en resultados numéricos.

Las alteraciones de la TA que podemos encontrar son:

- *Hipertensión*: aumento de la TA por encima de los límites normales; es decir, TA sistólica mayor de 140 mmHg y TA diastólica mayor de 90 mmHg.

- *Hipotensión*: disminución de la TA por debajo de los límites normales (TA sistólica menor de 120 mmHg y TA diastólica menor de 60 mmHg).

En condiciones normales la tensión arterial (TA) debe medirse con el paciente lo más relajado posible, es decir, al final de la exploración física. La TA suele medirse con el método del manguito y el estetoscopio.

TEMPERATURA CORPORAL

La determinación de la temperatura corporal proporciona con frecuencia una indicación valiosa en cuanto a la gravedad de la patología. La temperatura normal del cuerpo de una persona varía dependiendo de su género, su actividad reciente, el consumo de alimentos y líquidos, la hora del día y, en las mujeres, de la fase del ciclo menstrual en la que se encuentren.



La temperatura corporal normal, 36°C y 37 °C (sumar 1°C si se toma oral o rectal).

Si los valores quedan fuera de este rango hablamos de:

- *Febrícula* caracterizado por fiebre moderada entre 37° y 38°, ligada a la existencia de estados órgano lesionales o de naturaleza infecciosa de larga duración.
- *Fiebre* cuando la temperatura asciende por encima de 38°C.
- *Hipertermia* es el aumento súbito e intenso de la temperatura corporal por encima de los 40°.
- *Hipotermia* cuando baja de 35°C

Para medir la temperatura corporal utilizamos el termómetro. Puede ser de diferentes tipos: de mercurio, electrónico, por infrarrojos, etc., siendo el primero uno de los más fiables, aunque, por ser de los que más contaminación ambiental generan, y por ser el mercurio un metal tóxico, actualmente están prohibida su venta y están siendo retirados del mercado.

FRECUENCIA RESPIRATORIA (FR)

Cuando se cuenta la FR, conviene que la persona no se dé cuenta. Para esto se simula estar tomando el pulso, pero en realidad se está observando la respiración.

El examinador observa los movimientos respiratorios sin pretender intervenir en su ritmo, si una persona sabe que se están contando sus respiraciones, generalmente le es difícil mantener la función normal. También en este caso se puede contar el número de movimientos durante medio minuto y luego multiplicar por dos.

Se cuentan las inspiraciones o las espiraciones, pero no los dos movimientos.

El número de respiraciones normales de un adulto sano oscila entre 12 y 18 rpm (respiraciones por minuto) y se denomina respiración *eupnéica* (o normal).

Cuando se mide la respiración de un paciente se debe valorar:

Algunas de las principales alteraciones de la respiración son:

o *Apnea*: ausencia o cese de la respiración; puede ser transitoria o definitiva.

o *Taquipnea*: frecuencia respiratoria mayor de 24 rpm.

o *Bradipnea*: frecuencia respiratoria menor de 10 rpm.

o *Disnea*: dificultad respiratoria del paciente; puede ser objetiva, por falta de oxígeno; o subjetiva, por sensación de asfixia del paciente.

o *Hiperpnea*: aumento de la profundidad de la respiración

o *Ortopnea*: incapacidad para respirar en posición horizontal; también llamada disnea de decúbito.

c) **Participación en la administración de medicación: vías oral, tópica y rectal.**

Según el Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, publicado en el BOE nº 267 del miércoles 7 noviembre 2007, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente define el concepto de medicamento.

Medicamento es:

“toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos, o que pueda usarse, o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico”.

Los medicamentos presentan dos componentes: el principio activo y el excipiente.

Según este mismo Real Decreto se entiende por:

- Principio activo: toda materia, cualquiera que sea su origen (humano, animal, vegetal, químico o de otro tipo) a la que se atribuye una actividad apropiada para constituir un medicamento.

- Excipiente: aquella materia que, incluida en las formas galénicas, se añade a los principios activos o a sus asociaciones para servirles de vehículo, posibilitar su preparación y

estabilidad, modificar sus propiedades organolépticas o determinar las propiedades fisicoquímicas del medicamento y su biodisponibilidad.

Se entiende por vía de administración de un fármaco al camino que se elige para hacer llegar ese fármaco hasta su punto final de destino: la diana celular. Dicho de otra forma, la forma elegida de incorporar un fármaco al organismo.

Las vías más habituales son:

- Vía digestiva
 - Vía oral
 - Vía sublingual
 - Vía gastroentérica
 - Vía rectal
- Vía parenteral
- Vía respiratoria
- Vía tópica

Antes de administrar el fármaco asegurarse de la regla de los cinco correctos:

1. Fármaco correcto: comprobar como mínimo dos veces el medicamento y antes de administrarlo.

2. Dosis correcta: comprobar siempre la dosis pautada con la que se está preparando.

3. Vía de administración correcta.

4. Hora correcta.

5. Paciente correcto: verificar que es el paciente adecuado por medio de preguntas o a través de documentos identificativos.

- Comprobar que el paciente no es alérgico a la medicación.
- Administrar únicamente las medicaciones preparadas personalmente.
- Desechar la medicación mal identificada, caducada, con cambios en su aspecto, color o que esté precipitada.
- Rechazar la medicación abierta, comprimidos partidos y no devolver al envase la medicación manipulada.
- Permanecer con el paciente mientras toma la medicación.
- Volver a comprobar la medicación prescrita si el paciente tiene dudas sobre el tratamiento que se le va a aplicar.

VÍA ORAL

El fármaco llega al organismo habitualmente después de la deglución. Una vez en el estómago, se somete a las características de los jugos del mismo, lo que hace que la absorción sea difícil. Cuando llega al intestino delgado cambia el medio y se favorece bastante la absorción.

Las formas farmacológicas más habituales para esta vía de administración son: gotas, jarabes, suspensiones, comprimidos, cápsulas, píldoras, tabletas, colutorios, etc.

Procedimiento de administración de un medicamento por vía oral.

- Comprobar que hemos realizado los pasos previos a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente que va a tomar la medicación.
- Lavar las manos y colocar guantes si es necesario.
- Colocar al paciente en sedestación o con la cabecera suficientemente elevada (en posición Fowler o semi-Fowler).
- Facilitar agua o zumo de frutas al paciente junto con el medicamento.
- Permanecer al lado del paciente hasta que ingiera la medicación para descartar cualquier eventualidad o accidente (caída de la medicación, atragantamiento, etc.)
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración y quien lo ha administrado.

VIA RECTAL

Las formas de administración rectal se utilizan para conseguir efectos locales. También se utilizan cuando existen dificultades para la administración por otras vías. El fármaco se introduce en el organismo directamente (supositorios) o con la ayuda de algún mecanismo (enema, sonda rectal,...).

Su principal inconveniente es que la absorción es muy errática, debido a la presencia de materia fecal que dificulta el contacto del fármaco con la mucosa.

Las formas farmacológicas más habituales son: supositorios, enemas, pomadas rectales, etc.

Procedimiento de administración de un medicamento por vía rectal

- Comprobar que hemos realizado los pasos previos a la administración de un fármaco a un paciente.

- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y colocar guantes.
- Posicionar al paciente en decúbito lateral izquierdo, de forma que se encuentre cómodo.
- Separar con una mano los glúteos y administrar la medicación con la otra mano, atravesando el esfínter anal.
- Cuando el medicamento sea un enema, es posible que sea necesaria la utilización de un lubricante antes de la introducción en el recto del dispositivo de aplicación.
- Pedir al paciente que mantenga la posición, con las nalgas oprimidas y que aguante el deseo de defecar durante unos minutos.
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración.

VÍA TÓPICA

La vía tópica utiliza la piel y las mucosas para la administración de fármaco. Así pues, esto incluye la mucosa conjuntival, oral y urogenital. La característica de esta vía es que se busca fundamentalmente el efecto a nivel local, no interesando la absorción de los principios activos.

Por vía tópica administramos: baños, lociones, pomadas o ungüentos, geles, champús, colirios, gotas óticas y nasales, apósitos, parches transdérmicos, etc.

Procedimiento de administración de un medicamento por vía cutánea

- Comprobar que hemos realizado los pasos previos a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y poner guantes si es necesario.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Descubrir la zona de aplicación, retirando accesorios, ropa, apósitos, si existiesen.
- Si es necesario, limpiar la zona previamente.
- Aplicar el medicamento, ayudándonos si fuese preciso de gasas o algodón.
- Colocar apósito si fuese necesario.

Procedimiento de administración de un medicamento por vía oftálmica (colirio)

- Comprobar que hemos realizado los pasos previos a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y poner guantes si es necesario
- Para dar el colirio se inclinara la cabeza hacia atrás hacia el lado del ojo afectado.
- Antes de aplicar el colirio se deberá de levantar un poco el párpado para que no halla perdida de medicamento.
- Se deberá de no tocar el ojo con los dedos para que no se disemine la infección.
- Si se ha dado bien la primera gota no aplicar otra para que se difunda bien.
- Tras la aplicación mantener el ojo cerrado unos 2 minutos para que penetre mejor.
- Se deberá de esperar al menos 5 minutos.
- Colocar apósito si fuese necesario.
- Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración

Procedimiento de administración de un medicamento por vía oftálmica (pomada)

- Comprobar que hemos realizado los pasos previos a la administración de un fármaco a un paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Lavar las manos y poner guantes si es necesario
- No tocar nada con el extremo del tubo abierto.
- Inclinara un poco la cabeza del paciente hacia atrás.
- Sostener el tubo con una mano y tirar hacia abajo el párpado inferior con la otra mano, para hacer un “saco”.
- Acercar el extremo del tubo lo más próximo posible al “saco”
- Aplicar la cantidad de pomada prescrita.
- Cerrar el ojo durante dos minutos.
- Quitar el exceso de pomada con una gasa estéril.
- Limpiar el extremo del tubo con una gasa estéril.
- Colocar apósito si fuese necesario.

d) Medicación en el caso de personas con diabetes.

DIABETES MELLITUS

Nuestros cuerpos transforman los alimentos que consumimos en glucosa. Esta glucosa viaja a través del torrente sanguíneo para “dar combustible” o alimentar a las células. Nuestros cuerpos también producen una hormona llamada insulina la cual ayuda al cuerpo a usar la glucosa como energía. En las personas que sufren de diabetes, sus cuerpos no pueden producir insulina, no la utilizan en forma adecuada o presentan ambas situaciones. Esto quiere decir que tienen mucha glucosa (azúcar) en la sangre.

Tipos de diabetes

La Organización Mundial de la Salud reconoce tres formas de diabetes mellitus:

- **Tipo I**, caracterizada por. Se presenta mayoritariamente durante la infancia y la juventud, y se caracteriza por la nula producción de insulina. Pero puede aparecer en cualquier década, incluso en mayores de 70 años.

- **Tipo II**, consecuencia de dos factores: por un lado mala producción por parte del páncreas de insulina y por otro una mala utilización de la glucosa por parte de las células, predominando uno u otro según los casos. Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida.

- Diabetes gestacional la que se da durante el embarazo.

Los síntomas principales de la diabetes mellitus son:

- Poliuria (emisión excesiva de orina),
- Polifagia (aumento anormal de la necesidad de comer)
- Polidipsia (incremento de la sed),
- Pérdida de peso sin razón aparente.
- Sentirse cansados o decaídos
- Visión borrosa.
- Contraer infecciones de la piel o tener una cicatrización o curación lenta de cortaduras o moretones.
- A menudo, las personas con diabetes tipo II tienen pocos síntomas o ninguno.

Consecuencias de la hiperglucemia:

La hiperglucemia se da cuando hay altos niveles de glucosa en la sangre y por el contrario la hipoglucemia cuando caen.

Con el tiempo, los altos niveles de glucosa sangre pueden dañarle los ojos, los riñones y los nervios. También pueden causar enfermedad cardíaca, accidentes cerebrovasculares (ACV) y hasta la necesidad de quitar toda una extremidad o parte de ella (amputación).

Consecuencias de la hipoglucemia

La hipoglucemia es leve y puede ser tratada fácilmente al comer o beber algo con carbohidratos como pan, frutas, papas o leche. Pero si la hipoglucemia no es tratada puede causar pérdida del conocimiento.

A pesar de que la hipoglucemia puede ocurrir en forma repentina, generalmente se puede tratar rápidamente haciendo que el nivel de glucosa en la sangre regrese a la normalidad.

Manejo de la diabetes

Hay cosas que usted puede hacer para asumir el control de la diabetes.

- *Planear las comidas* y comer en forma correcta son partes fundamentales del control de los niveles de glucosa en la sangre, la presión arterial y el colesterol. Para planear las comidas y comer en forma correcta se necesita entender la forma en que los diferentes alimentos afectan a los niveles de glucosa. Un buen plan de comidas tendrá en cuenta los alimentos que a le gustan y los que no le gustan al paciente, las metas para el control de peso y la actividad física diaria. Los profesionales sociosanitarios debéis ayudarle a crear un plan de comidas personalizado.

- La *actividad física* es muy importante en la lucha contra la diabetes. Tomar parte en un programa regular de entrenamiento físico puede mejorar los niveles de glucosa en la sangre de las personas mayores con diabetes. Los profesionales sociosanitarios debéis ayudarle a planear un programa de actividad física adecuado para él.

- El *cuidado de los pies* es muy importante para los diabéticos, pues la enfermedad puede disminuir la irrigación de sangre a las extremidades y disminuir la sensación en los pies. Los diabéticos deben inspeccionar sus pies todos los días para ver si tienen algún enrojecimiento o área caliente. Se debe informar inmediatamente al médico o podiatra cualquier presencia de heridas, ampollas, grietas en la piel, infecciones o callosidades.

- El *cuidado de la piel* es muy importante porque los diabéticos pueden sufrir más lesiones o infecciones y por ello deben proteger su piel manteniéndola limpia, usando lociones hidratantes para la piel.

CONTROLES DE GLUCEMIA CAPILAR

Realizar la glucemia capilar proporciona información sobre el nivel de azúcar en la sangre (glucemia). Al introducir una muestra de sangre en la tira reactiva.

Las tiras de autoanálisis de glucemia capilar son productos sanitarios de un solo uso, que permiten realizar de forma sencilla y fiable la determinación de glucemia en una gota de sangre habitualmente capilar a personas con diabetes Mellitus, por sí mismas o por sus familiares, y en su propio domicilio sin alterar su vida normal.



Existen tiras comerciales de diversos tipos, tamaños y características según el método de medición que utilicen. Deben utilizarse conjuntamente con otros utensilios para poder realizar la determinación de glucemia: dispositivos de punción de un solo uso y aparatos medidores llamados glucómetros.

El uso de tiras reactivas para autocontrol de glucemia está dirigido a los diabéticos.

Sus necesidades de uso dependerán fundamentalmente del tipo de diabetes y de su tratamiento.

El objetivo del autoanálisis de glucemia es mejorar el control metabólico: la persona diabética debe aprender a relacionar los cambios diarios del nivel de glucosa en sangre con la ingesta, el ejercicio físico y el tratamiento farmacológico, ya sea con insulina o con hipoglucemiantes orales.

Para realizar esta técnica se necesita:

- Un aparato de medición (glucómetro).
- Lancetas para poder pinchar el dedo.
- Tiras reactivas adecuadas para el medidor.
- Algodón o pañuelos de papel.
- Libreta de control para poder anotar los resultados.

Procedimiento:

1. Lávese las manos con agua caliente y jabón. No es necesario utilizar alcohol.

2. Ponerse guantes desechables
3. Explicarle a la persona usuaria qué se le va a hacer y solicitar su colaboración
4. Escoger la parte lateral de la yema de los dedos para pinchar y evitar la pulpa del dedo, que es más sensible al dolor.
5. Poner de manera adecuada la gota de sangre en la tira reactiva.
6. Anotar el resultado en la libreta de control de la diabetes.

Las libretas de control son un registro útil para anotar las glucemias, así como la medicación ingerida o inyectada, y las posibles incidencias.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la Diabetes tiene como objetivo, hacer lo que el organismo debe realizar normalmente, o sea, mantener el apropiado balance de insulina y glucosa en la sangre. La Diabetes es controlada manteniendo los niveles de glucosa en la sangre, tan cerca de los rangos normales (70-110 mg./dl) como sea posible a cualquier hora del día (tanto en ayunas, como después de las comidas).

Los elementos básicos del control de la Diabetes son:

1. Medicación:
 - a. Insulina
 - b. Medicamentos orales
2. Régimen nutricional.
3. Plan de ejercicios.
4. Educación diabetológica.

Tratamiento con insulina.

Las personas diabéticas Tipo I no producen insulina, por lo que van a necesitar inyectársela diariamente. También los diabéticos Tipo II pueden necesitar este tratamiento en los casos en que no es posible regularles la glucemia con los antidiabéticos orales (ADO).

Según su rapidez de acción y la duración de su efecto, las insulinas pueden ser:

- Ultrarrápida: el inicio de su acción se produce entre los 5 y los 10 minutos después de la inyección y finaliza 2-3 horas después 48.
- Rápida: comienzo de acción a los 15-30 minutos tras la inyección y tiene una duración de 6-8 horas.

La vía habitual de administración de la insulina es la subcutánea. Las zonas de inyección utilizadas son los brazos, el abdomen o los muslos.

Su dosis y hora de administración será indicada por el médico a cargo del paciente.

e) Colaboración en la aplicación de técnicas de aerosolterapia y oxigenoterapia.

OXIGENOTERAPIA

La oxigenoterapia consiste en la administración al paciente de la adecuada concentración de oxígeno, a través de diversos dispositivos, de forma que se logre un satisfactorio intercambio gaseoso. Su finalidad es aumentar la concentración de O₂ en la sangre y los tejidos, disminuyendo el esfuerzo respiratorio y cardíaco.

La oxigenoterapia está indicada en todas aquellas situaciones que cursan con disnea, cianosis o cualquier otro síntoma indicativo de insuficiencia respiratoria.

Para administrar oxígeno se necesita:

1. Fuente de oxígeno (bombona o botella individual de O₂ o toma centralizada de O₂).
2. Manómetro de presión o manorreductor (mide la presión de oxígeno en las bombonas de O₂).
3. Caudalímetro: regula la salida de O₂ medida en litros por minuto.
4. Humidificador: recipiente con agua estéril que humidifica el gas disminuyendo los efectos irritantes del oxígeno en las vías respiratorias y evitando que se resequen las mucosas.
5. Existen una serie de dispositivos que se emplean para proporcionar O₂ cuando el paciente tiene autonomía para respirar por sí mismo y que añadimos a las partes del sistema explicados justo arriba.

Estos son:

- Gafas nasales.
- Mascarilla (facial y para traqueostomía) de varios tipos, según la concentración de O₂ deseada.

Veamos el procedimiento de administración de O₂ a través de las gafas nasales y de la mascarilla facial.

A. Gafas nasales

Es un tubo de plástico hueco que se desdobra y que consta de dos pequeñas cánulas con orificios que se adaptan a las narinas (orificios nasales). Dicho tubo desdoblado rodea la cabeza del paciente por encima de las orejas y se conecta a la fuente de O₂.

Las gafas nasales son un dispositivo considerado de bajo flujo (1-4 l/min, que dan lugar a concentraciones teóricas de O₂ del 24-35%) con el que no podemos conocer la verdadera concentración de O₂ del aire inspirado por el paciente, ya que ésta no sólo depende del flujo de oxígeno que estamos suministrando (los litros por minuto) sino también del volumen y de la frecuencia respiratoria que tenga el individuo en ese momento.

Para poder usar las gafas nasales es necesario que el paciente respire por la nariz.

MASCARILLA FACIAL.

Son dispositivos de plástico suave y transparente que cubren la boca, la nariz y el mentón del paciente.

Poseen, en general, los siguientes elementos:

- Perforaciones laterales por las que sale el aire espirado.
- Cinta elástica que permite ajustar la mascarilla a la cara.
- Tira metálica en su parte superior para una correcta adaptación a la nariz del paciente.

- Alargadera (tubo hueco de plástico) que conecta la mascarilla a la fuente de O₂.

Existen diferentes mascarillas faciales con las que pueden administrarse concentraciones de O₂ que oscilan entre 24% y 100%. El médico será el encargado de elegir el tipo de mascarilla y concentración de O₂ a administrar.

Como inconveniente fundamental, debemos destacar que dificultan al paciente la expectoración y la deglución (comer).

Existe un tipo de mascarilla muy utilizada que permite obtener concentraciones del O₂ inspirado de forma exacta, independientemente del patrón respiratorio del paciente. Es la mascarilla tipo Venturi, que está especialmente indicada en enfermos con insuficiencia respiratoria aguda grave.

Mientras que la mascarilla simple es considerada de bajo flujo, la mascarilla tipo Venturi es el dispositivo más representativo de los sistemas de alto flujo. Tiene las mismas características que una mascarilla simple y su colocación es similar, pero dispone en su parte inferior de un dispositivo regulable que permite elegir la concentración de oxígeno a

administrar en cada momento, siempre en relación con el flujo (si la concentración deseada es más alta, también debe aumentar el flujo; es decir, los litros por minuto).

AEROSOLTERAPIA.

La aerosolterapia es la administración de fármacos por vía inhalatoria. Los fármacos que se administran por este procedimiento están normalmente indicados para afecciones respiratorias (asma, sinusitis,), ofreciendo este procedimiento la ventaja de que el medicamento se administra directamente en su lugar de acción, lo que permite el empleo de dosis menores (disminuyendo también los efectos secundarios generalizados) y proporciona una respuesta terapéutica más rápida.

Esta técnica puede realizarse a través de:

- Inhaladores presurizados (precargados y multidosis): en este caso, si el paciente sabe y puede realizarse él mismo la administración de su propia medicación.

- Mascarilla de nebulización.

f) Colaboración en la aplicación de tratamientos locales y métodos frío-calor.

TERMOTERAPIA

La termoterapia es una disciplina que se engloba dentro de la fisioterapia, y se define como el arte y la ciencia del tratamiento mediante el calor de enfermedades y lesiones.

El calor terapéutico puede ser aplicado por radiación, conducción o convección utilizando para ello diversos métodos, desde radiación infrarroja hasta aplicaciones de parafina y puede ser aplicado a nivel superficial o a niveles de tejidos profundos.

Dentro de estos agentes térmicos encontramos:

- Arena caliente
- Envolturas calientes, son tratamientos domésticos, son frazadas calentadas con plancha u hornos artesanales. Pierden rápido el calor y no se les puede medir la temperatura.
- Almohadillas eléctricas. Tienen una potencia entre 10 y 50 watts. Medios conductivos semisólidos y líquidos

CRIOTERAPIA

La crioterapia es la aplicación de frío sobre la piel, lo que produce una destrucción local de tejido de forma eficaz y controlada con efectos terapéuticos. Consiste en aplicar al cuerpo

de cualquier sustancia que le reste calor al organismo, bajando de esta forma la temperatura de los tejidos para lograr un ejercicio terapéutico.

Efectos fisiológicos de la crioterapia:

- Baja la temperatura corporal.
- Modera el metabolismo.
- Efectos inflamatorios: aumento o disminución.
- Efectos circulatorios.
- Disminuye el dolor y el espasmo muscular.
- Aumenta la consistencia de los tejidos.
- Aerosoles; Gases como el metano o cloruro de etilo que tienen una aplicación

puntual, lo que hace de él una buena técnica. Hay que tener cuidado porque explotan fácilmente.

- Chorro de gas frío; Es nitrógeno líquido a 2 atmósferas de presión y -172° .
- Baños de agua fría.

1. Totales: sumergir el cuerpo durante 15' a 20-22°.

2. Parciales: introducir la parte lesionada en hielo picado durante 20' a 16°, o aplicaciones intermitentes: meter y sacar durante 1' a 10°.

- Masaje con hielo; Para disminuir el dolor: aplicaciones lentas de 5/10 minutos sobre la zona. La primera sensación que produce es frío, luego quemazón y finalmente analgesia.

Métodos de aplicación de frío seco

- Compresas frías.
- Bolsas de hielo: se colocan en la parte lesionada durante 10 - 15 minutos con una

toalla encima para aumentar su eficacia.

- Cold-packs: bolsas desechables rellenas de una sustancia que mantienen muy bien la temperatura y que deben utilizarse según las instrucciones del fabricante (algunos de estos "packs" alcanzan la temperatura gracias a una reacción química endotérmica).

g) Uso de materiales para la medicación.

En el mercado existen una serie de ayudas técnicas que facilitan la administración de los medicamentos, tales como dispensadores automáticos; cajas o bandejas; pastilleros diarios, semanales o mensuales con diferentes compartimentos; alarmas para avisar de la hora en que debe tomarse el medicamento, etc.

En instituciones sanitarias es cada vez más habitual la existencia de un carro de medicación que consta de una serie de bandejas o cajones individuales, destinados cada uno a un paciente concreto, lo que facilita el reparto de fármacos y los protege de la contaminación. Si no se dispone de este método, puede emplearse una bandeja o batea en la que personal cualificado coloca los fármacos ordenados por habitación, paciente y horario, según las hojas de tratamiento, donde quedan registradas las prescripciones médicas.

En ciertos centros, el servicio de farmacia se encarga de preparar la medicación en recipientes unidos (con la dosis exacta que debe administrarse al paciente a la hora prescrita) debidamente identificados y personalizados, reduciéndose de esta forma los errores en la preparación de la medicación de cada paciente, facilitando el trabajo de los sanitarios y disminuyendo considerablemente el tiempo dedicado a dicha tarea.

A la hora de administrar la medicación es posible que necesitemos material accesorio fungible que haga la tarea más fácil tanto al paciente como a los profesionales, tales como cucharas, vasos, jeringas, dispensador de gotas, etc.

h) Riesgos de los medicamentos.

Los medicamentos son sustancias o preparados cuya administración va a producir un efecto terapéutico y beneficioso ya sea aliviando, curando o previniendo enfermedades.

Así, podemos encontrar los siguientes tipos de medicamentos:

-Medicamentos que curan: algunos medicamentos pueden curar las enfermedades, como los antibióticos, al destruir los microorganismos patógenos que causan las infecciones.

-Medicamentos que alivian: la mayoría de los medicamentos no curan, sino que alivian las molestias de una enfermedad, como el dolor o la fiebre, siendo finalmente el propio sistema inmunitario el que vence la enfermedad.

-Medicamentos que controlan: controlan enfermedades crónicas, de manera que permiten al paciente llevar una vida casi normal, pero no curan la enfermedad. Es el caso de las personas diabéticas.

-Medicamentos que previenen: las vacunas son medicamentos que previenen muchas enfermedades al preparar las defensas del organismo.

Siempre que utilicemos un medicamento, debemos tener bien claro:

- Para qué lo vamos a usar (indicaciones).
- Cómo lo vamos a usar (dosis y vía de administración).

-Cuál es el efecto que va a producir en el paciente (efectos secundarios; por ejemplo, subir la tensión, disminuir la glucosa en sangre, etc.).

Debemos saber que las situaciones o condiciones en las cuales un medicamento NO debe ser utilizado por ningún motivo son denominadas contraindicaciones.

Tendremos en cuenta cuando se administran medicamentos a un paciente, que además de los efectos beneficiosos, también podemos encontrar efectos indeseables o adversos que pueden ser desde muy leves y casi imperceptibles, hasta muy graves, tanto como para causar la muerte. Los efectos indeseables son de muchos tipos, pero podemos agruparlos en61:

1. Efectos secundarios: son acciones o efectos de los medicamentos diferentes al fin terapéutico para el que fueron creados. Son nocivos, no intencionados y no deseados. Pueden ser efectos sistémicos o generales (dolor de cabeza, vómitos, dolores articulares,...) o reacciones locales (irritación en la zona de punción tras la administración de un medicamento,...). Siempre se debe advertir al paciente sobre las reacciones más frecuentes y dar los consejos pertinentes.

i) Prevención de riesgos laborales en las tareas sanitarias.

Los riesgos se clasifican como:

- Riesgos asociados a agentes mecánicos: cortes, caídas, golpes, manipulación de cargas, etc.
- Riesgos asociados a agentes químicos: gases anestésicos, gases esterilizantes, compuestos citostáticos (para tratamientos anticancerígenos), desinfectantes, etc.
- Riesgos asociados a agentes físicos: radiaciones, ruidos, calor o frío ambiental, ...
- Riesgos asociados a agentes biológicos: enfermedades infecciosas por contacto con pacientes, equipos, instrumental, residuos, etc.
- Riesgos asociados a aspectos ergonómicos y psicosociales: por esfuerzo físico excesivo, sobrecarga y estrés laboral.

Medidas preventivas generales

- Correcta vacunación frente a enfermedades infecciosas como hepatitis B, gripe, varicela, etc.

- Utilizar el equipo de protección adecuado a cada situación: guantes, mascarillas, batas, protector ocular, calzado de seguridad biológica, protecciones radiológicas, etc.

- Extremar la higiene personal, sobre todo ser escrupulosos con el lavado de manos tras la realización de cualquier procedimiento con un paciente, también, tras tocar objetos que pudieran estar contaminados.

- No comer ni fumar estando en contacto con agentes infecciosos.

- Utilizar vestuario y calzado aparte para el trabajo y lavarlo siempre en caliente para su desinfección.

Prevención de riesgos asociados a agentes mecánicos

- Desechar el material cortante en los contenedores adecuados, rígidos e identificados. Nunca cogerlos con la mano.

- Utilizar calzado cerrado y antideslizante.

- Si se realiza trasvase de sustancias a otro recipiente, el envase con el nuevo contenido debe ser adecuadamente identificado y etiquetado. Debemos asegurarnos que la capacidad del contenedor es suficiente para albergar el líquido y evitar derrames.

- No comer, beber ni fumar en las áreas de manipulación de productos químicos.

- No oler ni probar las sustancias químicas.

- Utilizar armarios de seguridad para almacenar productos agresivos.

- En la utilización de gases, mantener una aireación adecuada, revisar los sistemas de eliminación y vigilar el sistema de control ambiental.

Prevención de riesgos asociados a agentes biológicos

- Cumplir las normas de higiene personal, según el protocolo del centro.

- Aprender a reconocer las propias reacciones al estrés.

- Ser realista respecto a las condiciones y objetivos del trabajo: mejorar todo aquello que sea posible sin angustiarse por aquello que no está dentro de nuestras posibilidades cambiar.

3. COLABORACIÓN EN LA MOVILIZACIÓN, TRASLADO Y DEAMBULACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS

Gran parte de las personas dependientes suelen tener disminuidas sus capacidades debido a enfermedades, a procesos degenerativos o su avanzada edad, por lo que pueden necesitar ayuda para su movilización, traslado o deambulación. De esta forma, requieren de asistencia por parte de sus cuidadores para realizar movimientos (incluso los más imprescindibles), los cuales deben ser ejecutados siguiendo las normas establecidas para evitar daños, disminuir riesgos y favorecer la comodidad.

a) Principios anatomofisiológicos de sostén y movimiento del cuerpo humano.

Gracias a la coordinación entre los 206 huesos y 650 músculos mantenemos la postura y realizamos múltiples acciones.

La mayoría de los músculos del cuerpo están unidos a los huesos que actúan como palancas para permitir el movimiento de las partes blandas del cuerpo.

Los huesos se unen entre sí mediante ligamentos y a los músculos mediante los tendones. Principales funciones del aparato locomotor

- Función de soporte: armazón móvil, en el se asientan el resto de los órganos.
- Función locomotora: los huesos que actúan como palancas para permitir el movimiento gracias a la fuerza ejercida por los músculos. Las articulaciones nos hacen las veces de bisagras.
- Función de protección: estructura ósea protege los órganos vitales delicados como cerebro, corazón, pulmones
- Función hematopoyética: la médula roja de los huesos produce los glóbulos rojos sanguíneos
- Función de reserva: los huesos también son reservorio de minerales como calcio y fosfato y en los músculos se acumula algo de glucosa.

b) Patología más frecuente. Biomecánica de las articulaciones.

SISTEMA MUSCULAR

La característica principal de los músculos es la capacidad de contracción para producir movimiento bajo control nervioso.

Se clasifican en:

- Músculo esquelético o estriado, es el que relacionamos con el movimiento. Es de contracción voluntaria

- Músculos lisos como la musculatura de la pared estomacal o la de la pared intestinal. Son de contracción involuntaria.

- Flexores y extensores: acercan o separan, respectivamente, dos partes de un miembro.

- Abductores y aductores: alejan o acercan partes móviles hacia un eje central.

- Rotadores: hacen girar un hueso alrededor de un eje longitudinal. La pronación y la supinación constituyen dos formas especiales de rotación. La pronación es la rotación conjunta del antebrazo y la mano, quedando las palmas de las manos mirando hacia atrás y la supinación es el contrario.

- Elevadores o depresores: levantan o bajan una parte del cuerpo.

- Esfínteres y dilatadores: cierran o abren un orificio corporal.

SISTEMA ARTICULAR

Las articulaciones son zonas de unión entre los huesos o cartílagos del esqueleto.

Se dividen en tres grandes grupos:

1. Articulaciones sinoviales permiten realizar una amplia gama de movimientos, y a su vez se dividen en:

- Bisagra: Permiten efectuar movimientos que nos permiten inclinarnos y erguirnos. Ej. el codo, la rodilla, los nudillos.

- Deslizantes: Movimientos en prácticamente todas las direcciones. Ej.: huesos de la columna, muñeca, tarso.

- Pivotantes: Son tipos especiales de articulaciones en bisagra, y se caracterizan por girar en torno un eje. Ej. articulación del cuello y la base del craneal.

- Esféricas: Tienen forma de bola y se caracterizan por un movimiento libre, y en cualquier dirección. Ej.: Cadera, Hombro.

2. Fibrosas

Estas articulaciones no tienen sinovial y los huesos están unidos por un tejido resistente y fibroso que les permite muy o poco movimiento. El ejemplo clásico es el sacro.

3. Cartilagosas

Este Tipo de articulaciones no se forman entre hueso y hueso sino entre cartílago y hueso quedando entonces limitadas a movimientos muy pobres. Por ejemplo, entre las costillas y el esternón.

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DEL APARATO LOCOMOTOR

Osteoporosis

La osteoporosis consiste en la descalcificación de los huesos que provoca que éstos se vuelvan porosos y por tanto más frágiles y susceptibles a las fracturas.

Fractura ósea:

Consiste en la pérdida de continuidad de la superficie del hueso. Se produce normalmente como consecuencia de un traumatismo directo.

Pueden ser: abiertas (sale el hueso con herida) o cerradas. También puede ser simples cuando se rompe una parte del hueso o múltiple cuando se rompe más de una parte o más de un hueso.

Lumbalgia

Es 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.

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.

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. Un desgaste muy típico es el de la cadera o el de las cervicales.

Artritis

Es la inflamación de la articulación y deriva de múltiples causas como traumatismos, infecciones o enfermedades propias de las articulaciones producidas por desgaste como la artrosis.

c) Principios anatomofisiológicos del sistema nervioso.

El Sistema Nervioso (SN) es, junto con el Sistema Endocrino, el rector y coordinador de todas las actividades conscientes e inconscientes del organismo.

Está formado por el sistema nervioso central o SNC (encéfalo y médula espinal) y los nervios (el conjunto de nervios es el SNP o sistema nervioso periférico).

El sistema nervioso central realiza las más altas funciones, ya que atiende y satisface las necesidades vitales y da respuesta a los estímulos. Ejecuta tres acciones esenciales, que son:

1. la detección de estímulos
2. la transmisión de informaciones y
3. la coordinación general.

El Cerebro es el órgano clave de todo este proceso. Sus diferentes estructuras rigen la sensibilidad, los movimientos, la inteligencia y el funcionamiento de los órganos. Su capa más externa, la corteza cerebral, procesa la información recibida, la coteja con la información almacenada y la transforma en material utilizable, real y consciente.

Las Neuronas son las unidades funcionales del sistema nervioso. Son células especializadas en transmitir por ellas los impulsos nerviosos.

El encéfalo: Es la masa nerviosa contenida dentro del cráneo.

Está envuelta por las meninges, que son tres membranas llamadas: duramadre, piamadre y aracnoides.

El encéfalo consta de tres partes más voluminosas: cerebro, cerebelo y bulbo raquídeo, y otras más pequeñas: el diencéfalo, con el hipotálamo (en conexión con la hipófisis del Sistema Endocrino) y el mesencéfalo con los tubérculos cuadrigéminos.

El cerebro:

Es la parte más importante, está formado por la sustancia gris (por fuera) y la sustancia blanca (por dentro). Su superficie no es lisa, sino que tienes unas arrugas o salientes llamadas circunvoluciones; y unos surcos denominados cisuras, las más notables son llamados las cisuras de Silvio y de Rolando. Está dividido incompletamente por una hendidura en dos partes, llamados hemisferios cerebrales. En los hemisferios se distinguen zonas denominadas lóbulos, que llevan el nombre del hueso en que se encuentran en contacto (frontal, parietal...).

Pesa unos 1.200gr Dentro de sus principales funciones están las de controlar y regular el funcionamiento de los demás centros nerviosos, también en el se reciben las sensaciones y se elaboran las respuestas conscientes a dichas situaciones. Es el órgano de las facultades intelectuales: atención, memoria, inteligencia ... etc.

El cerebelo:

Esta situado detrás del cerebro y es más pequeño (120 gr.); tiene forma de una mariposa con las alas extendidas. Consta de tres partes: Dos hemisferios cerebelosos y el vérmix o cuerpo vermiforme. Por fuera tiene sustancia gris y en el interior sustancia blanca, esta presenta una forma arborescente por lo que se llama el árbol de la vida. Coordina los movimientos de los músculos al caminar y realizar otras actividades motoras.



El cerebelo procesa la información procedente de otras áreas del cerebro, de la médula espinal y de los receptores sensoriales.

PATOLOGIAS DEL SISTEMA NERVIOSO

Enfermedad de Parkinson

Es una enfermedad crónica degenerativa en la que se produce la destrucción de unas células situadas en la sustancia negra.

Alzheimer

Es una enfermedad neurodegenerativa, que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.

Accidente cerebrovascular (ACV)

Es una afectación cerebral focal no convulsiva de 24 horas de evolución con lesión visible por TAC craneal o RMN cerebral (definición de la OMS).

Vértigo

El vértigo es una sensación subjetiva de rotación o desplazamiento del propio cuerpo o del entorno sin que éste exista realmente (ilusión de movimiento).

Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño se clasifican en trastornos derivados de la cantidad de sueño, en calidad del sueño y en la secuencia del sueño.

Cefaleas

Se denomina cefalea al dolor o malestar que se localiza en cualquier parte de la cabeza. Lo ha sufrido hasta el 90% de la población en alguna ocasión y es el motivo de consulta neurológico más frecuente.

Esclerosis múltiple

Es una enfermedad que cursa con desmielinización (pérdida de mielina) del sistema nervioso central. Esta pérdida de mielina se distribuye en forma de placas.

d) Posiciones anatómicas

Es importante conocer las posiciones en que debe colocarse al paciente según las distintas situaciones, así como los procedimientos para colaborar en la realización de los cambios posturales y otros movimientos de un paciente encamado.

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado, que forman parte de la enfermería preventiva. La selección y realización de la planificación de estos cambios deben estar en función de las necesidades del paciente.

Las posiciones anatómicas se emplean para facilitar la exploración del paciente, su tratamiento, la prevención de lesiones resultado de la escasa o nula movilidad, así como la comodidad y bienestar del paciente encamado. La colocación apropiada en la cama, los cambios posturales y los ejercicios de movilización, son medidas que ayudan a alterar las áreas de presión, evitando la aparición de contracturas y deformidades, de úlceras de decúbito⁷², etc.

Entre las posiciones corporales, las de uso más frecuente para realizar cambios posturales, facilitar exploraciones e intervenciones quirúrgicas, son:

- Posición de decúbito supino o dorsal. El paciente está tumbado sobre la espalda, en plano recto y paralelo al suelo, con los brazos y piernas extendidos próximos al cuerpo. Se emplea en exploraciones, post-operatorios, estancias en cama y como parte de planes de

cambios posturales. Se pueden colocar almohadas que aumenten la alineación y comodidad del paciente, principalmente bajo la cabeza, bajo las rodillas o los talones, en la zona lumbar, etc.

- Posición de decúbito lateral. El paciente está tumbado sobre un lateral de su cuerpo, en plano recto y paralelo, con la espalda alineada y los brazos flexionados cercanos a la cabeza. La pierna más cercana a la cama está en extensión o ligeramente flexionada; y la otra, flexionada en cadera y rodilla. Se emplea en administración de enemas, exploraciones, higiene, estancias en cama y dentro de planes de cambios posturales. Para favorecer la comodidad del paciente, se pueden colocar almohadas bajo la cabeza, bajo la pierna flexionada, detrás de la espalda, etc.

- Posición de decúbito prono o ventral. El paciente está tumbado sobre el abdomen, en plano recto y paralelo al suelo, con las piernas extendidas y la cabeza girada hacia un lado. Los brazos pueden estar extendidos paralelos al cuerpo o flexionados a ambos lados de la cabeza. Se emplea tras ciertas intervenciones quirúrgicas, exploraciones, estancias en cama y dentro de planes de cambios posturales. Podemos colocar almohadas bajo la cabeza o bajo los tobillos.

- Posición de Fowler o semi-Fowler. El paciente permanece semisentado sobre una superficie paralela al suelo, con las rodillas ligeramente flexionadas y el respaldo en un ángulo de 45°. En Fowler alto, la cabecera se coloca a 90°; y en semi-Fowler, en ángulo de 30°.

Son lesiones de la piel que se producen como consecuencia de mantener el peso del propio cuerpo sobre una zona concreta de la piel, de forma que se impide la irrigación sanguínea correcta de los tejidos afectados y, en consecuencia, la necrosis de los mismos. Aparecen con frecuencia en pacientes que se encuentran encamados o en sillas de ruedas. Las zonas de la piel que presentan mayor riesgo de aparición de estas úlceras son las que coinciden con las prominencias óseas, como los codos, los hombros, los tobillos,...

e) Técnicas de movilización, traslado y deambulación:

Las movilizaciones forman parte de las acciones terapéuticas en el campo de la recuperación, así como de las acciones preventivas de las úlceras por presión.

Cualquier tipo de movilización será ejecutada bajo las siguientes premisas:

- Lentamente, con el fin de que el paciente se adapte al movimiento y para evitar toda respuesta refleja a un estiramiento demasiado rápido.

- De forma lógica y progresiva, respetando los planos fisiológicos de movimientos de cada articulación. Al inicio del tratamiento se realizarán de forma repetida, suave, comprensible e indolora.

- Siguiendo los principios de la mecánica corporal

Las movilizaciones podrán ser pasivas o activas. Hablamos de movilizaciones pasivas cuando se trata de la movilización de una o más articulaciones, mediante fuerzas externas al paciente y activas cuando la movilización la realiza el propio paciente voluntariamente.

Preparación para el traslado.

Para realizar de forma adecuada un traslado o movilización es necesario realizar ciertas acciones previas que nos faciliten el trabajo:

- Llevar ropa adecuada para la acción que vamos a realizar; es decir, ropa que facilite los movimientos y que nos sirvan con protección en función del estado del paciente.

- Utilizar un calzado con suela antideslizante.

- Contar con los recursos humanos necesarios, no efectuar solos el traslado si no estamos seguros de poder.

LA SUJECIÓN TERAPEÚTICA

Hay ocasiones en las que en lugar de movilizar al paciente debemos de realizar justo lo contrario, tratar de que no se mueva, son las sujeciones terapéuticas.

La sujeción mecánica terapéutica consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc.



En esta era de preocupación por los derechos humanos y las libertades civiles, las sujeciones mecánicas o el aislamiento deben aplicarse con suma discreción y las máximas garantías de seguridad.

Indicaciones de la sujeción mecánica terapéutica

1. Conducta violenta de un paciente que resulte peligrosa para él mismo o para los demás.

2. Agitación no controlable con medicamentos.

3. Representan una amenaza para su integridad física debidas a la negación del paciente a descansar, beber, dormir.

4. En situaciones de riesgo que no puede ser controlado de ninguna otra manera. La contención puede ser temporal (para recibir la medicación, por ejemplo) o durante largos periodos, si no se pueden administrar los fármacos o no le hacen el efecto esperado y continúan siendo peligrosos.

5. A nivel psicodinámico, estos pacientes incluso pueden recibir con satisfacción el control de sus impulsos, pero deben estar indicados terapéuticamente.

El equipo de sujeción (segufix) consta de distintos elementos:

1. Cinturón ancho abdominal.
2. Arnés hombros tórax.
3. Muñequeras y tobilleras
4. Botones y llaves magnéticas.
5. Tiras para cambios posturales



Técnica de sujeción mecánica

- Explicarle al paciente por que se le va a sujetar.
- Para sujetar a un paciente deberían estar un mínimo de cuatro personas.
- Un miembro del equipo siempre debería estar visible para el paciente, y su cometido será tranquilizarle durante la sujeción. De esta manera se ayuda al paciente a aliviar su temor al desamparo, impotencia y pérdida de control.

• Deberían sujetarse con las piernas extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por los tobillos bien a las tiras del segufix o al travesero de la cama.

• Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por las muñecas, a las tiras del segufix o al travesero de la cama.



• El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa

especial (más ancha) diseñada para ese efecto. Cuidado que no esté floja, porque podría deslizarse por ella y ahorcarse, ni tampoco excesivamente fuerte, que le dificulte la respiración.

• La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa por el antebrazo, así como recibir líquidos o alimento.

- Para evitar tromboembolismos sobre todo en ancianos debe liberarse una extremidad de las cuatro cada 30 minutos.

f) Prevención de riesgos laborales en las tareas de deambulaci3n, traslado y movilizaci3n

Los riesgos laborales en las tareas del cuidador sobre deambulaci3n, traslado y movilizaci3n de usuarios dependientes son sobretodo:

- El sobreesfuerzo muscular: puede ser debido a posturas incorrectas, a sobrecarga en el trabajo debido a falta de recursos humanos, ausencia de productos de apoyo....teniendo consecuencias para la salud. Ej. Lumbalgias, contracturas, esguinces.....

- La fatiga

Por ello, los profesionales deben tener en cuenta una serie de medidas de prevenci3n de riesgos laborales en las tareas de deambulaci3n, traslado y movilizaci3n:

- Formaci3n adecuada y conocimiento de los principios de mec3nica corporal.
- Estudio de la t3cnica correcta antes de llevarla a cabo.
- Disponibilidad y correcta utilizaci3n de los productos de apoyo.
- Espacio f3sico del entorno de trabajo lo m3s ergon3mico posible.
- Realizaci3n de pausas y descansos entre las distintas tareas.
- Adecuaci3n de turnos de trabajo rotatorios que permitan al cuidador un adecuado descanso en su tiempo libre.
- Utilizaci3n de fajas lumbares en casos puntuales o bajo indicaci3n m3dica.
- Solicitud de ayuda siempre que sea necesario.

4. PRESTACI3N DE PRIMEROS AUXILIOS EN SITUACIONES DE URGENCIA.

a) Reconocimiento de las situaciones de riesgo: protocolos y normas sobre cu3ndo intervenir. Avisos a las profesionales responsables.

Existen unas siglas en cuanto al orden de actuaci3n en todo accidente PAS, que significan: Protecci3n, Avisar y Socorrer

LA PROTECCI3N sobre el lugar de los hechos y protegernos a nosotros (Autoprotecci3n). La persona que socorre no debe poner en peligro su vida, su salud o su integridad f3sica.

AVISAR eficazmente al servicio competente (el n3mero de emergencias es el 112)

SOCORRER solo en si sabemos con seguridad c3mo actuar.

En cualquier caso seguiremos estas normas generales:

- No dar nada de beber ni de comer al paciente y mucho menos si está inconsciente. Sólo en caso de deshidratación y estando conscientes se puede dar a beber alguna sustancia isotónica.

- No movilizarlos si no es imprescindible. Si hay que hacerlo no se moverá el eje cabeza-cuello-tronco.

- No administrar ningún tipo de fármaco ni ningún remedios casero. La mayoría de las veces lo que se consigue es agravar las lesiones.

- Guarda serenidad tranquilidad, nunca correr ni gritar.

- Llama a emergencias tantas veces como sea necesario.

- Mantener contacto (mediante una mano y la propia voz) con el paciente es fundamental.

- Todas las pérdidas de conocimiento son situaciones GRAVES.

- Nunca se provoca el vómito en las personas (sólo en caso de haber ingerido muchos medicamentos hace poco tiempo).

- Si no se sabe cómo ayudar limitarse a tranquilizar al paciente y avisar al servicio competente.

Conviene realizar una valoración del estado del paciente recopilando datos sobre:

VALORACIÓN INICIAL

Consciencia:

Se trata de valorar el nivel de consciencia o inconsciencia de la víctima. Para ello, el cuidador se acercará al individuo y se le pregunta en voz alta y clara: « ¿Qué le pasa?», « ¿Me oye?», « ¿Se encuentra bien?» Si éste no responde, es necesario estimularlo, tocándolo o pellizcándolo levemente para advertir si realiza algún gesto, mueve la cabeza o emite algún sonido. Si aún estimulándolo no reacciona, quiere decir que el individuo está inconsciente.

Respiración:

Se debe utilizar la vista, observando cómo se eleva el tórax, el oído escuchando como sale y entra el aire y el tacto percibiendo la salida de aire con el dorso de la mano (VOS, ver, oír, sentir). En el caso de que la víctima no respire, hay que proceder de inmediato a la apertura de la vía respiratoria para comprobar si existe algún cuerpo extraño en la boca o para permitir la entrada de aire.

Pulso:

Para localizar el pulso en una situación de urgencia, se debe buscar el pulso central. Se toma el pulso con los dos dedos y nunca con el pulgar, ya que este tiene pulso propio lo que podría conducirnos a error.

VALORACIÓN SECUNDARIA

Su objetivo es buscar otro tipo de lesiones, que a pesar de ser importantes no comprometen la vida de la víctima de una forma directa. Se lleva a cabo mediante una exploración detallada por sectores tras asegurar las constantes vitales (cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades)

Ante situaciones muy graves como es el caso de la parada cardiorrespiratoria, es de gran valor conocer lo que se denomina CADENA DE SUPERVIVENCIA.



Con este término, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) define “las acciones que conectan a la víctima de un paro cardíaco súbito con su supervivencia” e incluye la siguiente secuencia.

1. Rápida identificación de la situación de urgencia y petición de ayuda a los servicios de emergencia.
2. Rápida aplicación de técnicas de resucitación cardiopulmonar (RCP).
3. Desfibrilación. Ya es bastante normal en instituciones y empresas contar con un Desfibrilador Externo Semi-Automático (DESA) que reconoce el ritmo cardíaco del paciente y puede realizar la desfibrilación en caso necesario.
4. Soporte Vital Avanzado (SVA) y tratamiento posterior a la resucitación.

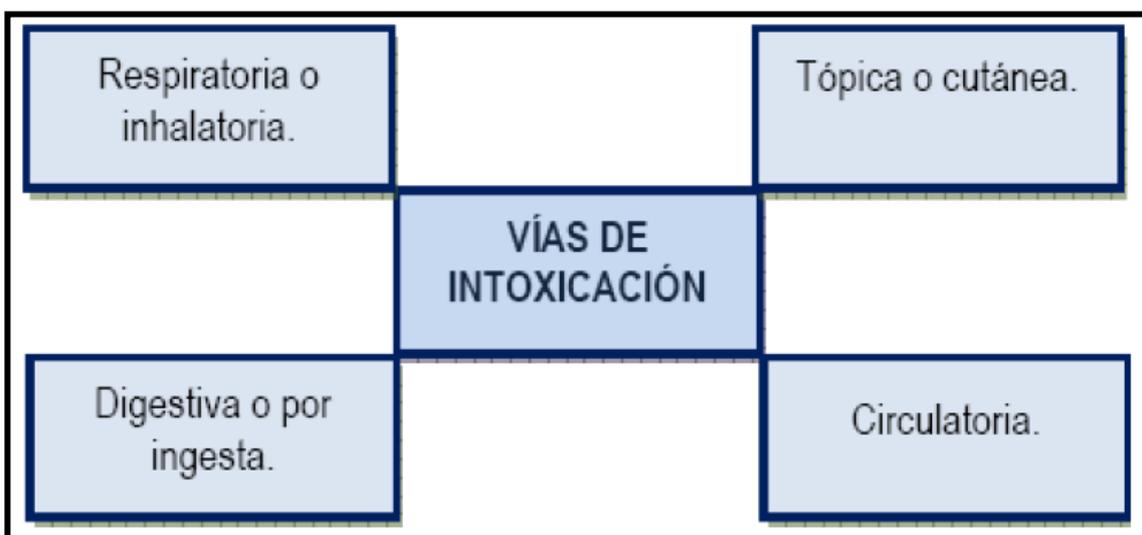
b) Técnicas de actuación urgente en caso de:

Intoxicaciones.

Llamamos intoxicación a la reacción que se produce en el organismo ante la entrada de cualquier producto o sustancia tóxica (veneno) que causa lesión o enfermedad y, en ocasiones, la muerte.

Un producto tóxico es cualquier sustancia sólida, líquida o gaseosa que en una concentración determinada puede dañar a los seres vivos. El grado de toxicidad varía según la edad, sexo, estado nutricional, vías de penetración y concentración del tóxico. Las intoxicaciones o envenenamientos pueden presentarse por:

- Dosis excesivas de medicamentos o drogas.
- Ingesta de venenos.
- Utilización inadecuada de insecticidas, derivados del petróleo, pinturas o productos de limpieza.
- Por inhalación de gases tóxicos.
- Consumo de alimentos en fase de descomposición o de productos caducados.
- Ingestión de bebidas alcohólicas.



La intoxicación se puede producir por cuatro vías:

Los signos y síntomas de intoxicación varían según la naturaleza y concentración del tóxico, la edad, el sexo, la sensibilidad de la víctima y la vía de penetración. Las señales pueden ser:

- Cambios en el estado de consciencia: delirio, convulsiones, pérdida de conocimiento
- Dificultad para respirar y cianosis
- Vómito y/o diarrea.
- Quemaduras alrededor de la boca, la lengua o la piel si el tóxico ingerido es un cáustico (como la lejía o un limpiador de tuberías).
- Mal aliento por la ingestión de sustancias minerales.
- Pupilas dilatadas (o midriáticas) o contraídas (o mióticas).

- Dolor de estómago.
- Trastornos de la visión (visión doble o manchas en la visión).
- Lesiones en la piel y prurito o picor.

PROCEDIMIENTO: ACTUACIÓN ANTE INTOXICACIÓN POR VÍA RESPIRATORIA

- Si es posible, cerrar la fuente que produjo la intoxicación.
- Retirar a la víctima el agente causal.
- Abrir ventanas y puertas para airear el recinto.
- Quitar la ropa impregnada de gas y cubrir al paciente con una manta.
- Evitar encender cerillas o accionar el interruptor de la luz.
- Vigilar los signos vitales (shock)
- Ante Parada Cardio Respiratoria (PCR), realizar maniobras de RCP.
- Trasladar al paciente al servicio de urgencias.

PROCEDIMIENTO: ACTUACIÓN ANTE INTOXICACIÓN POR VÍA TÓPICA

- Ponerse guantes y evitar que la propia piel entre en contacto con la ropa de la víctima, porque podría intoxicarse también.
- Colocar a la víctima aún vestida debajo del chorro de agua, para eliminar la sustancia tóxica.
- Retirar la ropa mojada y continuar bañando al paciente con abundante agua y jabón.
- Si hay lesión, se debe tratar como una quemadura.

PROCEDIMIENTO: ACTUACIÓN ANTE INTOXICACIÓN POR INGESTA

- Inducir al vómito únicamente en caso de ingestión de alcohol metílico o etílico y alimentos en descomposición, siempre y cuando el paciente no tenga alteraciones de consciencia y conozcamos con seguridad el agente ingerido.
- Si se conoce el agente causante y se realiza una llamada al centro de toxicología, probablemente se den indicaciones concretas sobre algún alimento cuya ingesta sea beneficiosa y pautas a seguir.
- Vigilar los signos vitales. Si hubiese PCR, realizar maniobras de RCP.
- Si la víctima presenta algún vómito, intentar recogerlo para que pueda ser analizado.
- Trasladar la víctima a un centro asistencial.

PROCEDIMIENTO: ACTUACIÓN ANTE INTOXICACIÓN POR VÍA CIRCULATORIA

- Vigilar los signos vitales y dar atención a las manifestaciones que se presenten.
- Remitir al paciente a un servicio de urgencias lo antes posible.

NORMAS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN DE INTOXICACIONES.

- Los productos químicos se guardarán en sitios que tengan una buena ventilación, fuera del alcance de personas no capacitadas para su manejo y debidamente rotulados.
- No colocar productos químicos en envases diferentes al de su envase original.
- No poner productos tóxicos en botellas de bebidas, ya que pueden dar lugar a confusión.
- Los medicamentos deben guardarse en un botiquín para su control y nunca en la mesita de noche.
- Leer bien las etiquetas y prospectos de los productos antes de su uso. Seguir las indicaciones citadas en los mismos.
- Cuidar el consumo de productos alimenticios y medicamentos caducados o en mal estado.
- Lavarse bien las manos después de la utilización de productos químicos. Ingestión de cuerpos extraños, atragantamiento.

ACTITUD ANTE UN ATRAGANTAMIENTO

Para intentar resolver esta grave situación se deben realizar una serie de maniobras, cuyo objetivo es lograr la expulsión del cuerpo extraño, y que variarán según la víctima sea un lactante, un niño o un adulto, y según la obstrucción de la vía aérea sea completa o incompleta.

Ante esta situación, una de las personas que la presencié debe encargarse de avisar a los



servicios de emergencia, explicando claramente la naturaleza de lo ocurrido y la localización precisa del suceso, para poder organizar el traslado urgente del paciente al centro hospitalario más cercano en caso de ser necesario.

- **Obstrucción parcial:** El paciente presenta gran agitación, con una respiración más o menos dificultosa, con tos y/o estridor, y con tendencia refleja a llevarse las manos a la garganta. El paciente está habitualmente consciente, por lo que la persona que le auxilia debe animarle a toser. Si la dificultad respiratoria empeora o se deteriora el nivel de conciencia, se procederá como si la obstrucción fuese completa. Si el paciente permanece estable, pero no logra expulsar el cuerpo extraño con la tos, se le trasladará al hospital para su valoración y, en su caso, extracción instrumental del cuerpo aspirado.

- **Obstrucción completa:** El paciente con obstrucción completa no puede hablar ni toser y en poco tiempo pierde el conocimiento.

La obstrucción completa se reconoce por la resistencia a la ventilación artificial y la ausencia de movimientos de ascenso o descenso del tórax a cada intento de ventilación.

Es necesario actuar rápidamente. En primer lugar se debe inspeccionar la boca y la faringe, despejándola de cuerpos extraños mediante barrido con el dedo.

Seguidamente se realiza la maniobra de Heimlich; cuyo objetivo es aumentar la presión intratorácica mediante compresiones del abdomen o del tórax, para que se genere un flujo aéreo espiratorio capaz de expulsar el cuerpo extraño enclavado en la vía aérea.

La MANIOBRA DE HEIMLICH se realizará de modo diferente según el paciente esté consciente o inconsciente.

- **Paciente consciente:** Se realiza con el paciente sentado o de pie. El reanimador se sitúa por detrás del paciente, rodeando con sus brazos el abdomen de este; acto seguido cerrará una mano sobre la otra sobre el epigastrio del paciente, y realizará tres o cuatro compresiones de forma rápida y ascendente. En embarazadas y pacientes muy obesos, puede realizarse la maniobra de modo similar, pero comprimiendo sobre el tórax, a nivel del tercio inferior del esternón, por encima del apéndice xifoides, en la zona donde se realiza el masaje cardiaco.

- **Paciente inconsciente:** Se colocará al paciente en posición decubito supino (tendido boca arriba) sobre el suelo. Se inspeccionará la bucofaringe, despejándola de cuerpos extraños con el dedo. Seguidamente el reanimador se situará a horcajadas sobre los muslos del paciente. Colocará la cara palmar del puño sobre el epigastrio del paciente y cubrirá el puño

con la otra mano. Luego presionará de modo rápido y ascendente repetidamente hasta lograr la expulsión del cuerpo extraño.

Traumatismos. Vendajes e inmovilizaciones.

TRAUMATISMOS

Son las lesiones de los tejidos u órganos, producidas por un agente externo mediante una acción violenta. Se dividen en:

Traumatismos cerrados o contusiones.

1. *Esquimosis*. Es el “cardenal” o “moretón” en cuanto a lenguaje habitual y para su tratamiento no hay que hacer nada más que esperar, regresa espontáneamente y si hay dolor se administran analgésicos.

2. *Hematoma*. Consiste en el cúmulo de sangre en los tejidos. Los hematomas pequeños se reabsorben solos, cuando son más grandes y dan molestias, o hay peligro de que se infecten hay que efectuar una punción evacuadora del hematoma y un vendaje compresivo o sino, una vez formado el coágulo se hace un drenaje quirúrgico, para evacuar el hematoma.

Traumatismos abiertos o heridas. La piel presenta un corte

INMOVILIZACIONES

En todo caso de inmovilización es necesario evitar que el peso de la sábana, y en su caso la ropa de abrigo, apoye directamente sobre la zona lesionada. Se puede aislar ésta utilizando un «arco de protección», improvisándolo con una caja de cartón o la férula de Kramer

La inmovilización se puede realizar utilizando diferentes medios:

- Férulas hinchables que son las más recomendables para inmovilizar temporalmente las extremidades. No son adecuadas en lesiones cercanas al hombro o la cadera, pues no inmovilizan adecuadamente estas zonas.

- Férulas de aluminio maleables para dedos y antebrazo-mano, que deben recortarse y adaptarlas lo mejor posible a la zona lesionada.

- Partes del propio cuerpo



VENDAJES

Los vendajes sirven para mantener con seguridad un apósito sobre una herida o para ayudar a inmovilizar una zona. Debe estar bien sujeto, pero no tan apretado que impida la circulación. Vigile frecuentemente por si fuera necesario aflojar el vendaje.

Si se venda una zona recientemente lesionada, ésta se va a inflamar, produciendo el vendaje compresión. En ese caso, envolver el miembro lesionado con una capa de algodón y luego vendar.

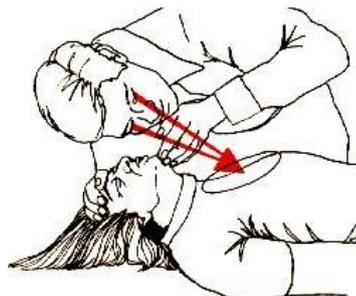
Nunca realizar vendajes con vendas húmedas.

Reanimación cardiopulmonar.

Se denomina resucitación al conjunto de maniobras que tratan de restablecer la respiración y los movimientos del corazón de una persona en la que accidental y recientemente se han suspendido ambas funciones.

Antes de tener que realizar la RCP (30 compresiones 2 insuflaciones) hay que valorar una posible PCR para lo que seguiremos el esquema de la página siguiente.

En este diagrama de flujo cuando indica comprobar la respiración hay que seguir el acrónimo VOS (ver, oír y sentir) con la siguiente postura:



El acrónimo PLS se refiere a la posición lateral de seguridad.

Cuando en el esquema indica que se debe realizar 30 compresiones y 2 insuflaciones se refiere a la RCP.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Debe ser:

- Urgentísima, antes de los 6' de ocurrida la supresión.
- No interrumpir ni durante el traslado.
- Mantenido durante el tiempo necesario, incluso horas.
- Eficaz. Ningún método puede compararse en eficacia con el boca a boca que ha desplazado totalmente a otros, razón por la cual será el único que describamos, ya que consideramos que es mejor conocer uno bien y eficaz, que muchos mal y poco eficaces.

En primer lugar debemos posicionar al paciente en posición de reanimación: tumbado boca arriba sin almohada y sobre una superficie dura. Si vomitara agua o alimentos, torcer la cabeza hacia un lado mientras devuelve.

ABRIR LA VÍA AÉREA realizando la maniobra frente-mentón: colocar una mano en la nuca, la otra en la frente; procurar elevar la de la nuca y empujar con la de la frente, con lo que habrá conseguido una buena extensión de la cabeza.

MASAJE CARDÍACO

La persona encargada se coloca de rodillas al lado de la víctima, aplicando la parte posterior de la palma de la mano sobre el esternón, cuatro o cinco centímetros por encima de la "boca del estómago". La palma de la otra mano se coloca sobre la de la primera.

Se ejerce una presión firme y vertical al ritmo de 60 u 80 veces por minuto (ayuda ir contando 1001, 1002, 1003... para marcar un buen ritmo).

RESPIRACION ARTIFICIAL (BOCA A BOCA)

Volver a abrir la vía aérea y sin sacar la mano de la nuca, que continuar haciendo presión hacia arriba, bajar la de la frente hacia la nariz y con dos dedos procurar ocluir la totalmente.

Hemorragias externas.

Una hemorragia es una salida o derrame de sangre fuera o dentro del organismo como consecuencia de la rotura accidental o espontánea de uno o varios vasos sanguíneos, esto es se da cuando hay extravasación de sangre.

Ante cualquier tipo de hemorragia se debe actuar de la siguiente forma:

- Tumbar al accidentado en posición horizontal con los miembros inferiores elevados.
- Buscar una hemorragia externa, a veces oculta por la ropa, deteniéndola mediante compresión o torniquete.

- Arrojar al accidentado y evitar cualquier movimiento.
- Avisar al DUE y/o médico.

1. Presión directa sobre la herida

Es la forma más eficaz de detener una hemorragia. En caso de una hemorragia intensa se puede utilizar cualquier paño



al alcance; si se puede elegir, se cogerán gasas estériles. Esta presión se debe mantener 10 minutos, haciéndolo directamente sobre el punto sangrante. Si continúa el sangrado, añadir más gasas sin retirar las anteriores ni cesar en la compresión.

2. Presión sobre la arteria

Esta técnica es difícil de realizar, pues exige un conocimiento de los puntos por donde pasan las arterias. Presenta la ventaja de que se impide el paso de la sangre a través de la arteria lesionada, pero no a través de otras arterias.

3. Torniquete

Se recurre a él cuando han fracasado las medidas anteriores y la hemorragia sigue siendo importante, o como primera medida sólo ante hemorragias muy profundas (por ejemplo, la amputación de una extremidad). Tiene el peligro de impedir el paso de sangre a todo el miembro, pudiendo producir gangrena o lesiones de nervios (parálisis) si el torniquete se mantiene más tiempo del que la extremidad puede soportar.

Cuando se realiza un torniquete es muy importante:

1. Anotar la hora en que se coloca.

2. Mantener fría la parte inferior del miembro en que se ha puesto el torniquete mediante hielo o bolsas frías, que no tocará directamente la piel, sino que se aislará mediante una venda o un paño

3. Aflojar el torniquete cada 15 minutos para que circule la sangre por el resto del miembro. Si continúa la hemorragia, volver a comprimir transcurridos 30 segundos..

En caso de epistaxis (sangre por la nariz), mantener la cabeza inclinada hacia delante, para comprobar que sigue sangrando. Apretar ambos orificios nasales, cerca del hueso de la nariz, unos 10 minutos.

Aplicar un paño frío sobre la nariz y frente. Si con esto es suficiente, no sonarse ni hurgarse en la nariz por lo menos durante 24 horas. Si la hemorragia no se detiene después de 30 minutos, intentar colocar una gasa estéril, recortada en forma de tira estrecha, en su interior, ayudándose con una pinza de disección para hacer compresión sobre el vaso que sangra.

Quemaduras.

Las quemaduras son lesiones producidas en la piel o mucosas por el calor, el frío, la electricidad o productos químicos corrosivos.

Para actuar sobre la persona usuaria quemada, primero hay que valorar la importancia de la quemadura, considerando:

1.- Extensión

Para cuantificar la superficie corporal afectada se utiliza la llamada «regla de los nueves o de Wallace», que consiste en dividir el cuerpo en regiones que representan múltiplos del 9% del total:

Como alternativa más sencilla y a veces más eficaz, se puede considerar que la palma de la mano del paciente representa el 1% de su superficie corporal.

2.- Profundidad

Dependiendo de la profundidad que alcance la lesión, se puede hablar de tres grados de quemaduras:

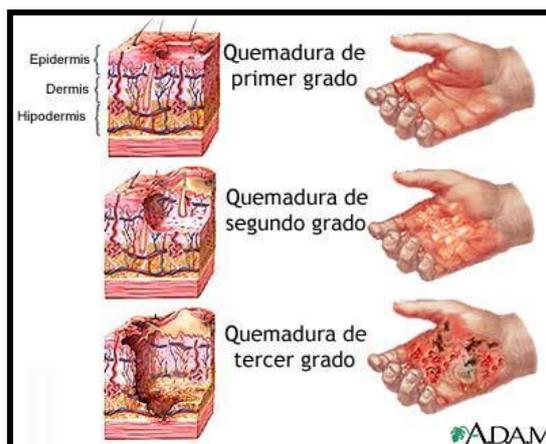
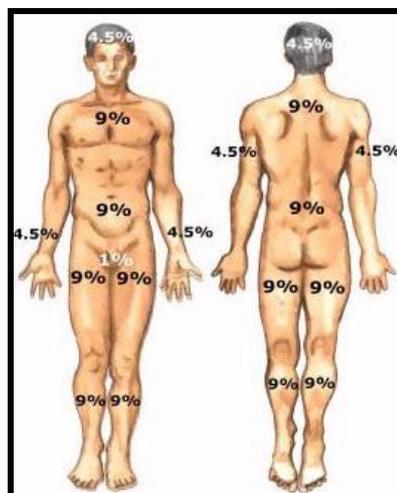
- 1er. grado: Se afecta sólo la capa superficial. Produce piel enrojecida y dolor, y no deja secuelas.
- 2.º grado: Se afecta la capa profunda. Aparecen ampollas con líquido claro y dolor intenso; suelen dejar cicatriz.
- 3er. grado: Hay destrucción de todas las capas de la piel. Provoca una lesión negra que no duele.

En una misma lesión suelen coexistir diferentes grados de profundidad.

CUIDADOS INMEDIATOS.

Los cuidados inmediatos del quemado obligan a: valorar la posible afectación de la vía aérea y, en su caso, mantener la ventilación y oxigenación; detener el proceso de la quemadura (apartar al paciente del agente quemante y lavar la quemadura con abundante agua); aliviar el dolor; reponer el líquido perdido (plasma); diagnosticar y tratar cualquier lesión añadida que amenace la vida del enfermo, y proteger contra la contaminación bacteriana.

TRATAMIENTO



Lo realizará la enfermera.

Desnudar la zona afectada: empapar la ropa con agua limpia o suero y desprenderla con cuidado para no producir desgarros, actuación en la que podéis colaborar.

Limpieza de la quemadura. Si es posible, la pequeña quemadura debe enfriarse de inmediato con agua fría, sobre todo la producida por una sustancia química (salvo contraindicación). Posteriormente debe curarse como otra herida. En estos casos no poner nada sobre la quemadura, salvo consejo médico.

Las ampollas de la quemadura deben recortarse cuidadosamente sólo si ya se han roto. Hay que retirar cuidadosamente los tejidos muertos o desgarrados presentes en la quemadura, utilizando pinzas y tijeras.

Una vez limpia, debe cubrirse con gasas grasas y un vendaje que no comprima, revisándolo posteriormente por si lo hiciera.

Reponer líquidos, ya que el organismo los pierde en gran cantidad por la quemadura. Si el paciente está consciente se le dará a beber suero oral a pequeños sorbos para evitar el vómito, o, en su defecto, se puede utilizar una mezcla compuesta por un litro de agua mineral (o agua hervida dejada enfriar), ½ cucharadita de sal, 1/2 cucharadita de bicarbonato, el zumo de 1-2 limones o naranjas, y 3-4 cucharadas soperas de azúcar. En el caso de que el individuo esté inconsciente y la quemadura sea grave habrá que inyectarle un suero intravenoso, según consejo médico

Calmar el dolor con un analgésico: Paracetamol o Metamizol

- Si la quemadura le impide respirar, abra la vía aérea inmediatamente
- Enfríe las áreas quemadas con agua fría durante unos minutos.
- Corte la ropa, pero no tire de ella si está pegada al cuerpo.
- Retire elementos que puedan comprimir: relojes, anillos...

- QUEMADURAS QUÍMICAS:

• Lave inmediatamente con agua la zona afectada durante un mínimo de 15-20 minutos

• Quítele la ropa, teniendo cuidado para que el producto químico no entre en contacto con zonas sanas

• En el ojo: lave el ojo durante 15-20 minutos con agua, desde dentro hacia afuera. Si están afectados los dos ojos, lávelos alternativamente cada 10 segundos.

CONGELACIONES

La congelación es el daño a la piel y los tejidos internos producidos por un frío extremo durante un tiempo prolongado. Suele afectar a zonas distales como manos, pies, orejas, etc. El efecto del frío no sólo produce efectos en la piel; también puede producir alteraciones en vasos, músculos, órganos, etc.

Una persona que presente congelación también puede presentar hipotermia. Esto último debe ser verificado y, si existe, tratarla en primer lugar.

A. Mecanismos de acción.

El frío, en un primer momento, provoca una vasoconstricción; es decir, hace que los vasos sanguíneos se contraigan dando lugar a una disminución de su calibre y, por tanto, del flujo sanguíneo que circula por dentro de ellos; esta vasoconstricción es una respuesta defensiva del organismo para disminuir la pérdida de calor.

A continuación, y como consecuencia de ello, se produce anoxia; esto es, falta de oxígeno en la sangre, lo que conduce a un enrojecimiento de la zona existiendo una vasodilatación. Así, los vasos sanguíneos se dilatan aumentando su calibre. Seguidamente, se produce la aparición de edemas (inflamación) y ampollas.

Clasificación de las congelaciones.

- 1er grado: palidez extrema sin dolor al principio. Más tarde, se produce una concentración de sangre en la parte afectada con sensación de pinchazos.

- 2º grado: la zona comienza a tomar un color amoratado, con aparición de ampollas o flictenas, sensación de tensión en la zona y dolor que aumenta con el calor. Tras secarse las ampollas, aparecen unas costras negras.

- 3er grado: se produce la muerte de los tejidos o necrosis; aparecen escaras (zonas negras bien delimitadas). En ocasiones, en este grado de congelación la amputación de la zona afectada será la única opción.

Procedimiento: ACTUACIÓN ante CONGELACIÓN

- Proteger a la víctima del frío, trasladarla a un lugar cálido y quitarle las prendas mojadas. Si sufre hipotermia, ésta debe ser tratada en primer lugar; y si el paciente está consciente, es recomendable ofrecerle bebidas calientes.

- Si se dispone de ayuda médica inmediata, envolver las zonas afectadas en compresas estériles (sin olvidar separar los dedos de las manos y los pies afectados) y trasladar al paciente a un servicio de urgencias para tratamiento definitivo.

- Si no se dispone de ayuda médica inmediata, se recomienda recalentar las zonas afectadas frotando suavemente con las manos, siempre en dirección al corazón.

Nunca se deben utilizar calefactores o chimeneas. Otra opción sería sumergir las zonas afectadas en agua, aumentando la temperatura poco a poco hasta llegar a los 37 ó 38º centígrados.

Procedimiento: ACTUACIÓN ante CONGELACIÓN

Durante el calentamiento puede presentarse ardor, hinchazón y cambios de color. El calentamiento es efectivo cuando la piel está suave y retorna la sensibilidad.

- Cubrir con gasas secas y limpias las áreas congeladas, separando los dedos de las manos y los pies afectados y envolverlas con algodón si se dispone de él.

- Elevar el miembro para evitar el edema.

- Mover las áreas descongeladas lo menos posible.

- La recongelación de las áreas descongeladas puede provocar daños más severos, por lo que, si no podemos garantizar que no se produzca, siempre es preferible demorar el proceso inicial de recalentamiento.

- Trasladar al paciente tumbado y cubierto con mantas a un servicio de urgencia.

DESCARGAS ELÉCTRICAS.

La corriente eléctrica, ya sea artificial o natural, ocasiona lesiones muy diversas que van desde quemaduras leves hasta traumatismos múltiples y la muerte por parada cardiorrespiratoria (PCR). El tratamiento de las quemaduras eléctricas es similar al de las quemaduras térmicas, ya que la corriente, al pasar por el cuerpo produce calor lesionando los tejidos.

LESIONES POR CORRIENTE ELÉCTRICA: TIPOS, CAUSAS Y SÍNTOMAS.

Tipos de lesiones por corriente eléctrica:

- PCR por el efecto eléctrico en el corazón.

- Destrucción de músculos, nervios, tejidos y órganos por la corriente al atravesar el cuerpo.

- Quemaduras térmicas por el contacto con la fuente eléctrica.

Causas más comunes de lesiones por corriente eléctrica:

- Contacto accidental con cables expuestos o artefactos eléctricos.
- Chispas de arcos eléctricos provenientes de líneas de alto voltaje.
- Relámpagos.
- Maquinarias o exposiciones ocupacionales.

Síntomas que provocan las lesiones por corriente eléctrica:

- Alteración del nivel de consciencia.
- Cefalea.
- Contracción o dolor muscular.
- Quemaduras.
- Fracturas óseas.
- Alteraciones en la deglución (al tragar), visión y audición.
- Extrasístoles.128
- Convulsiones.
- Dificultad respiratoria y PCR.

PROCEDIMIENTO: ACTUACIÓN ANTE QUEMADURA POR CORRIENTE ELÉCTRICA

- Si es posible, se debe cortar la corriente eléctrica o desconectar el cable de la corriente (apagar un aparato puede no interrumpir el flujo de electricidad).

- Si la corriente no se puede apagar, debe utilizarse un objeto no conductor (escoba, alfombra, ...) para alejar al paciente de la fuente de electricidad. Nunca se debe utilizar un objeto húmedo ni metálico, al igual que tampoco se debe intentar rescatar a una persona que se encuentre cerca de líneas de alto voltaje activas.

- Cuando el paciente se encuentre seguro, comprobar su estado de consciencia y, a continuación, la respiración y la circulación (mediante protocolo ABC). Si existe paro respiratorio o cardíaco, se deben comenzar las maniobras de RCP alertando primero a los servicios de emergencia.

- Si la persona tiene alguna quemadura, se le harán los primeros auxilios ya explicados en apartados anteriores.

- Es obligado permanecer con el paciente hasta la llegada de los servicios de emergencia.

- La lesión eléctrica con frecuencia puede estar asociada a explosiones o caídas, que pueden producir traumatismos adicionales. Las posibles fracturas y hemorragias deben ser tratadas conforme a lo explicado en los apartados anteriores.

PICADURAS Y MORDEDURAS

Las picaduras y mordeduras son consideradas lesiones superficiales que, inicialmente, afectan al tejido blando pero que, según sus características, su evolución y la respuesta orgánica de cada individuo, pueden comprometer todos los sistemas, incluso causar la muerte si la atención no es rápida y adecuada, especialmente en personas con reacciones alérgicas graves.

A. Picaduras.

Las picaduras suelen ser pequeñas heridas punzantes producidas principalmente por insectos, artrópodos o animales marinos que inyectan sustancias tóxicas que en un principio actúan localmente, pero que pueden causar reacción sistémica (reacción generalizada del organismo).

-Picaduras de insectos (abejas, avispas, hormigas, etc.). Suelen ser de carácter leve, a menos que sean múltiples, afecten a la cavidad oral o garganta o la persona sea hipersensible (alérgica a picaduras de insecto).

Como medida preventiva, aquellas personas que tengan alergias graves a las picaduras de insecto deben llevar consigo un botiquín de emergencia con epinefrina, inhaladores, antihistamínicos y corticoides; y comunicarlo al resto de personas que eventualmente le acompañen para que, en caso necesario, puedan administrárselo.

Síntomas:

Locales: dolor, inflamación en forma de ampolla blanca con elevación y enrojecimientos con prurito en el área de la picadura.

Generales: Prurito o picor generalizado, inflamación de labios y lengua, cefalea, malestar general, dolor de estómago, sudoración, dificultad para respirar y shock.

PROCEDIMIENTO: ACTUACIÓN ANTE PICADURAS DE INSECTOS

- Tranquilizar a la persona, tumbarla y mantenerla en reposo.

- Retirar el aguijón, raspando con cuidado en la misma dirección en la que entró, ayudándose con un objeto de borde recto (p.ej. una tarjeta de crédito). No se aconseja utilizar pinzas, ya que éstas pueden apretar el saco de veneno y aumentar la cantidad de tóxico liberado.

- Lavar bien el área con agua y jabón.

- Aplicar compresas de agua helada o fría sobre la zona para ayudar a disminuir la inflamación, el dolor y la absorción del veneno. No se debe aplicar barro, pues aunque alivia el dolor y el picor, puede infectar la herida.

- Si se dispone de un equipo de succión, podemos utilizarlo para absorber el veneno.

- En caso de que la picadura sea en el interior de la boca, es conveniente que la persona permanezca chupando hielo durante el traslado al servicio de urgencias.

- Si es necesario, y sólo bajo supervisión profesional, se puede administrar algún antihistamínico o pomada que reduzcan el prurito.

- Controlar los signos vitales hasta la llegada de los servicios de emergencia o traslado.

-Picadura de escorpión.

Síntomas: inflamación local y dolor intenso, necrosis¹³⁶ del área afectada, adormecimiento de la lengua, calambres, salivación excesiva o sialorrea, distensión gástrica, convulsiones, shock y PCR.

PROCEDIMIENTO: ACTUACIÓN ANTE PICADURA DE ESCORPIÓN

- Lavar la herida.

- Cubrir con compresas frías.

- No se deben aplicar torniquetes.

- Atender su estado general, signos vitales, shock, PCR,... hasta llegada de equipos de emergencia o traslado.

-Picadura de araña venenosa (viuda negra o tarántula). El individuo normalmente no siente la picadura. Algunas veces, pueden observarse dos puntos rojos en el lugar donde ésta ha sido realizada.

Síntomas. Dolor intenso; calambres en el miembro afectado que pueden irradiarse a los músculos de la espalda; rigidez abdominal; dificultad para respirar, vómitos; sudoración; shock; y PCR.

Procedimiento: ACTUACIÓN ante PICADURA de ARAÑA VENENOSA

- Lavar la herida.
- Cubrir con compresas frías.
- No se deben aplicar torniquetes.
- Atender su estado general, signos vitales, shock, PCR, ... hasta llegada de equipos de emergencia o traslado.

Muerte de las células de un tejido. Puede venir provocado por diferentes causas: insuficiente riego sanguíneo, exposición a radiaciones, ... Es un proceso muy grave e irreversible.

-Picadura de garrapata. Las garrapatas se adhieren bien a la piel o al cuero cabelludo. Transmiten microorganismos causantes de diversas enfermedades (fiebre maculosa, enfermedad de Lyme y tularemia), aumentando el riesgo cuanto más tiempo permanezca adherida.

Síntomas. Enrojecimiento de la piel (eritema), prurito local, calambres, parálisis y dificultad respiratoria.

PROCEDIMIENTO: ACTUACIÓN ANTE PICADURA DE GARRAPATA

- Echar aceite, glicerina o vaselina en el lugar donde se encuentra adherida la garrapata para facilitar que se desprenda de la piel. Sólo se retirará una vez se haya desprendido, ya que, si se rompe dentro de la piel, podría producir una infección. Se debe utilizar una pinza o cualquier material para retirarla.

- Lavar bien la zona con agua y jabón.
- Si se rompe dentro de la piel o si desarrolla erupción o signos de gripe (fiebre, dolores musculares), trasladar al paciente a un hospital a la mayor brevedad.
- Si no se ha podido extraer, trasladar a la persona a un centro asistencial.

-Lesiones originadas por animales marinos. Este tipo de lesiones raramente suelen revestir gravedad, si bien son muy dolorosas. Provocan una reacción local que variará según el agente que la haya producido.

Síntomas. Los síntomas varían según el tipo de animal. Veamos algunos casos:

- Medusa: intenso picor, con urticaria más o menos intensa.
- Erizo de mar: tienen púas que penetran profundamente en la piel, siendo su extracción laboriosa y difícil. Su picadura produce un eritema doloroso y ulceración que, en algunos casos, se acompaña de parálisis de labios, lengua y cara durante varias horas.
- Pulpo: sus mandíbulas segregan veneno al morder, produciendo dolor y amoratamiento.
- Araña de mar: poseen espinas venenosas en el lomo y la cabeza, que al ser pisadas provocan la lesión causando intenso dolor y picor.

PROCEDIMIENTO: ACTUACIÓN ANTE LESIONES DE ANIMALES MARINOS

- Sacar la púa o espina si la hubiese y su extracción fuese posible.
- No utilizar agua dulce ni frotar, ya que se pueden romper los sacos de veneno.
- Irrigar con agua salada fría para limpiar la herida.
- Introducir la extremidad en agua caliente, pues el calor desactiva el veneno y reduce el dolor.
- Vigilar el estado general del paciente.
- Trasladar al centro asistencial.

MORDEDURAS.

Las mordeduras son consideradas, generalmente, como heridas de tipo contuso o punzante que comprometen a la piel y se pueden acompañar de lesiones de estructuras musculares, nerviosas vasculares, etc. Son heridas ocasionadas por los dientes de un animal, reptil o por el hombre.

- Mordeduras de animales domésticos, salvajes y del hombre. Principalmente, presentan dos complicaciones:
 - La rabia: enfermedad mortal producida por un virus presente en la saliva del animal enfermo (perros, ratas y murciélagos).
 - El tétanos: infección bacteriana que se transmite por esporas que pueden estar casi en cualquier sitio.

Signos y síntomas. Heridas con desgarro de la piel más o menos importante dependiendo del animal que realice la mordedura; pueden ir acompañadas de hemorragia intensa, fracturas óseas, etc. Pueden provocar dolor, inflamación de la zona e incluso shock.

PROCEDIMIENTO: ACTUACIÓN ANTE MORDEDURAS DE ANIMALES DOMÉSTICOS, SALVAJE Y DEL HOMBRE.

- Limpieza meticulosa de la herida con agua y jabón.
- Cubrir la herida con apósito estéril.
- Control de la hemorragia si existiese.
- Traslado a centro de urgencias para cura y tratamiento definitivo (incluyendo vacunación).

Si el animal no es conocido, sería adecuado capturarlo y mantenerlo en observación veterinaria.

-Mordeduras de serpientes. Las huellas de la mordedura de una serpiente venenosa se caracterizan por la presencia de pequeños orificios sangrantes (a veces, uno sólo). La distancia entre los colmillos nos da idea de la profundidad a la que se encuentra el veneno. Las huellas de la mordedura de una serpiente no venenosa se caracterizan por una serie de puntos sangrantes en hileras paralelas y superficiales. No se presenta inflamación ni dolor.

Síntomas. Dolor intenso irradiado a toda la extremidad (que cede paulatinamente), inflamación local y progresiva de la zona, tumefacción o hinchazón de la piel y aumento de calor local. Se puede alterar el estado general con malestar, sudoración, cefalea, vómitos, etc.

PROCEDIMIENTO: ACTUACIÓN ANTE MORDEDURA DE SERPIENTE.

- Colocar al paciente en reposo evitando toda actividad, ya que ésta aumenta la absorción del veneno.
- Quitar anillos u objetos que puedan apretar.
- Lavar el área afectada con agua y jabón, sin friccionar.
- No colocar hielo ni hacer cortes en cruz sobre la mordedura. No aplicar torniquetes, ya que aumentan los síntomas locales y disminuyen la circulación.

- Si se dispone de equipo de succión para dichas mordeduras, se utilizará, siempre y cuando el paciente no vaya a recibir ayuda en los próximos 30 minutos.

- Si no se dispone de equipo de succión y no va a recibir ayuda temprana, se aconseja realizar punciones en el área de la mordedura con una aguja subcutánea estéril. La profundidad variará en función al tipo de lesión. Posteriormente se succiona el líquido y se repite la maniobra durante los primeros 30 minutos después de la mordedura. En su defecto, se puede realizar succión bucal sobre la mordedura colocando un plástico.

- Cubrir el área con apósito estéril.

- Aplicar vendaje compresivo ancho de zona distal a proximal, lo suficientemente fuerte para ocluir o comprimir las venas y vasos linfáticos, pero no la circulación arterial. No soltaremos el vendaje hasta conseguir atención médica.

- Vigilar los signos vitales y actuar en caso de shock o PCR.

- Trasladar al paciente a un centro hospitalario tan pronto como sea posible.

Botiquín

El botiquín debe estar situado en un lugar fresco, seco y oscuro en el que la temperatura no exceda de los 25º C.

Los medicamentos, además, deben almacenarse de tal modo que se puedan localizar de manera rápida; es decir, que fácilmente podamos identificar los siguientes datos:

- El principio activo. - El nombre comercial.
- La dosificación. - La vía de administración.
- La fecha de caducidad.

Cuando sea necesario, se colocarán etiquetas que nos indiquen la fecha de apertura, la de caducidad o las condiciones especiales de conservación que alguno de ellos pudiera requerir.

Los medicamentos termolábiles (se ven afectados por la temperatura), se colocarán en el frigorífico; y los fotosensibles (se ven afectados por la luz), se colocarán protegidos de la luz.

BOTIQUÍN EN UNA INSTITUCIÓN

El contenido del botiquín variará en función de las necesidades de las personas que frecuenten la institución y de la cualificación de sus trabajadores, debiendo tener, en todos los

casos, como mínimo, lo necesario para que personal no sanitario pueda realizar primeros auxilios. Por lo general debe contener:

BOTIQUÍN DE UNA INSTITUCIÓN SANITARIA		
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Guantes desechables. - Alcohol de 90°. - Antisépticos: yodopovidona y agua oxigenada. - Gasas y/o compresas estériles. - Algodón. - Esparadrapo. - Vendas de 5 cm. - Vendas de 10 cm. - Vendas elásticas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suero fisiológico (para lavado). - Cabestrillo. - Férulas de inmovilización. - Parches oculares. - Puntos de aproximación (para aproximar los bordes de las heridas). - Pinzas, tijeras, imperdibles. - Termómetro. - Placa de hielo instantánea. - Bicarbonato.
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Analgésicos. - Antitérmicos. - Antiinflamatorios. - Tul graso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pomada para quemaduras. - Antihistamínico en pomada. - Repelente de insectos. - Vaselina y crema hidratante.
Material específico	<ul style="list-style-type: none"> - Esfingomanómetro. - Fonendoscopio. - Ambú. - Catéteres para vías venosas periféricas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemas y sueros intravenosos. - Jeringas y agujas estériles. - Linterna. - Manta térmica.

5. CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE LIMPIEZA DE MATERIALES E INSTRUMENTOS SANITARIOS

La limpieza y la desinfección constituyen, junto con la esterilización, los elementos primarios y más eficaces para romper la cadena epidemiológica de la infección. La limpieza es el paso previo a cualquier otra medida higiénica, después tenemos la desinfección y por último la esterilización que es el proceso que logra:

Dependiendo del riesgo de infección los materiales son:

- Materiales considerados no críticos: Aquellos en contacto con piel intacta: camilla, termómetros, manguito de tensión arterial, ... Precisan desinfección de nivel bajo o intermedio.
- Materiales considerados semicríticos: Aquellos en contacto con piel no intactas o mucosas: ambú, laringoscopio, Precisan desinfección de alto nivel.
- Materiales considerados críticos: Aquellos en contacto con tejidos, cavidades estériles, o sistema vascular del paciente: instrumental quirúrgico, gasas, catéteres, Deben ser

vueltos a esterilizar en todos los casos, excepto instrumental de diagnóstico que admita desinfección de alto nivel según legislación vigente.

Por lo tanto solo efectuaremos operaciones de limpieza sin desinfectar ni esterilizar a aquellos materiales que no entrañan riesgo de infección.

Antes de pasar al análisis de estos procesos conviene aclarar algunos términos como:

Limpieza. Empleo de un procedimiento fisicoquímico encaminado a arrastrar cualquier material ajeno al objeto que se pretende limpiar.

Desinfección de bajo nivel. Empleo de un procedimiento químico con el que se pueden destruir la mayor parte de las formas vegetativas bacterianas, algunos virus y hongos, pero no el *Mycobacterium tuberculosis* ni las esporas bacterianas.

Desinfección de nivel intermedio. Empleo de un procedimiento químico con el que se consigue inactivar todas las formas bacterianas vegetativas, el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, así como la mayoría de los virus y hongos, pero que no asegura necesariamente la destrucción de esporas bacterianas.

Desinfección de alto nivel. Empleo de un procedimiento químico con el que se consigue destruir todos los microorganismos, excepto algunas esporas bacterianas.

La desinfección se realiza con:

- Desinfectantes. Sustancias químicas que destruyen los microorganismos y que se aplican sobre material inerte sin alterarlo de forma sensible. Son germicidas de mayor toxicidad y que se emplean sobre los objetos, ambiente y superficies inanimadas.
- Antisépticos. Sustancias químicas de aplicación tópica sobre tejidos vivos (piel intacta, mucosas, heridas, etc.), que destruye o inhibe los microorganismos sin afectar sensiblemente a los tejidos donde se aplica. Son los germicidas de baja toxicidad y que por lo tanto se pueden emplear sobre la piel y otros tipos de tejidos.

Esterilización. Empleo de un procedimiento fisicoquímico dirigido a destruir toda la flora microbiana, incluidas las esporas bacterianas, altamente resistentes.

Asepsia son los procedimientos o actuaciones dirigidas a impedir la llegada de microorganismos patógenos a un medio aséptico, es decir, se trata de prevenir la contaminación.

Antisepsia se entiende como el conjunto de acciones emprendidas con el objetivo de eliminar los microorganismos patógenos presentes en un medio. Se puede utilizar el término como descontaminación, en el sentido de que se trata de eliminar los numerosos

microorganismos que se encuentran en un determinado lugar, pero es diferente el concepto de antisepsia que el de esterilización. La limpieza, la desinfección y la esterilización son métodos antisépticos.

a) Aplicación de operaciones de limpieza de materiales sanitarios.

Conjunto de técnicas destinadas a la eliminación de cualquier sustancia orgánica e inorgánica, de la superficie del material. Se eliminan la suciedad visible de una superficie y los restos orgánicos: sangre, pus, secreciones, moco,...

Debe utilizarse agua y detergente.

Se consigue la reducción considerable del nº de gérmenes por arrastre.

En primer lugar hay que realizar descontaminación previa por inmersión en materiales altamente contaminados.

La limpieza puede ser: manual o mecánica.

LIMPIEZA MANUAL.

1. Enjuagado: con agua abundante corriente y fría para arrastrar restos de materia orgánica.

2. Enjabonado: con el detergente elegido para ablandar y disolver la suciedad.

3. Fricción: con cepillo de cerdas no metálicas para desprender la suciedad.

4. Aclarado: con agua desmineralizada para eliminar restos orgánicos y detergentes,

evitando manchas y corrosión. Preferiblemente si se tiene acceso con agua a presión.

5. Secado para evitar la formación de manchas y eliminar gotas de agua. Lo más eficaz es la pistola de aire a presión



LIMPIEZA MECÁNICA ELÉCTRICA

Se realiza en máquinas lavadoras similares a los lavavajillas caseros. Estas máquinas siguen los siguientes pasos:

1. El prelavado es una fase inicial para instrumental muy sucio.

2. lavado propiamente dicho, se realiza a 45° C para evitar la coagulación y fijación de proteínas en la superficie del material.

3. Aclarado a 75-90° C
4. Desinfección por calor dejando el material durante 10' a 90° C.
5. Secado final.

LIMPIEZA MECÁNICA POR ULTRASONIDOS.

Estos aparatos producen ondas sonoras de alta frecuencia que son convertidas en vibraciones mecánicas, estas al chocar con los materiales desprenden la suciedad adherida a ellos.

Su uso es limitado porque conlleva riesgos para el profesional ocasionados por la emisión de la radiofrecuencia y por el deterioro que produce en el material.

Se utiliza para instrumental delicado o sensible al impacto mecánico.

RECOMENDACIONES CON LA LIMPIEZA

- Lavar el instrumental lo antes posible.
- Dejar el material con las articulaciones abiertas.
- Usar agua desmineralizada; nunca suero fisiológico.
- Evitar el uso del Hipoclorito Sódico (lejía)
- Respetar las dosificaciones marcadas por el fabricante para cada detergente.
- En la actualidad se recomienda el uso de detergentes enzimáticos como el instrunet enzimático, que además posee acción como desinfectante
- Revisar la limpieza y buen estado del material realizando las pruebas pertinentes



b) Proceso de desinfección. Métodos y materiales.

La desinfección es el conjunto de técnicas destinadas a la eliminación de bacterias vegetativas, virus, hongos. No consiguen eliminar algunas esporas bacterianas. Existen diferentes métodos para la desinfección del material.

MÉTODOS FÍSICOS

Son el calor seco como el que utilizan las lavadoras (limpieza mecánica eléctrica), el calor húmedo, la luz ultravioleta y el flujo laminar.

MÉTODOS QUÍMICOS

Se utilizan sustancias químicas como agentes desinfectantes. El procedimiento es en todos el mismo sumergir en el desinfectante el material o extenderlo sobre él.

Son habituales el glutaraldehído, el formol o ácido peracético.

Cada vez es más frecuente el uso de fórmulas combinadas como detergentes y desinfectantes, por ejemplo Instrunet enzimático que hemos citado en el apartado anterior.

Los desinfectantes se clasifican en 3 grupos según su poder de acción:

1. Desinfectantes de bajo nivel.

La aplicación del producto químico que puede destruir la mayor parte de las formas vegetativas bacterianas, algunos virus y hongos, pero no al complejo *Mycobacterium tuberculosis*, ni las esporas bacterianas.

Se utiliza para materiales o superficies no críticos.

2. Desinfectantes de nivel intermedio.

La aplicación del producto químico que puede destruir todas las formas bacterianas vegetativas, el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, así como la mayoría de los virus y hongos, pero no se asegura la destrucción de esporas bacterianas.

Se utiliza para materiales o superficies semicríticos y no críticos.

3. Desinfectantes de alto nivel.

Con estos productos químicos se consigue destruir todos los microorganismos, excepto algunas esporas bacterianas.

Se utiliza para materiales o superficies críticos y semicríticos.

DESINFECTANTES MÁS UTILIZADOS.

Desinfectantes de superficies:

Compuestos clorados: las soluciones de Hipoclorito de sodio. Los compuestos de cloro son inactivados por proteínas y material orgánico y pueden ser corrosivos y relativamente inestables. La actividad es afectada por la temperatura, concentración, pH y la luz.

Formaldehído: usado en una solución de agua o alcohol (rebajado). El nivel de desinfección depende de la concentración, pero es efectivo contra bacterias, virus, hongos, mico bacterias y esporas. Las desventajas incluyen el ser irritante y potencialmente carcinogénico.

Fenoles: fueron uno de los primeros agentes usados como desinfectante en el ámbito sanitario. Relativamente insolubles en agua. Los residuos de fenol en materiales porosos pueden producir irritación en piel y mucosas.

Alcoholes: más comúnmente usados como antisépticos. Actúan rápidamente pero son inflamables y se evaporan.

Desinfectantes de alto nivel para materiales:

Glutaraldehído: alcanza alto nivel de desinfección, tiene una excelente compatibilidad con materiales y no es corrosivo para el instrumental. No es carcinogénico o teratogénico.

Peróxido de Hidrógeno (agua oxigenada): es una solución poderosa, esterilizante y desinfectante. Es más segura para el personal que el Glutaraldehído. La acción rápida alcanza la desinfección de alto nivel en 30 minutos y la esterilización en 6 horas a temperatura ambiente.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

La selección de un tipo particular de desinfectante se basa en:

- Nivel de desinfección requerido.
- Eficacia del producto seleccionado.
- Limitaciones del producto.
- Compatibilidad con los materiales que se desinfectarán.
- Los métodos de limpieza previos necesarios.
- El tiempo que se requiere para el proceso de desinfección.
- El riesgo potencial de toxicidad o sensibilidad del personal al agente.
- Las necesidades de medidas protectoras del personal.
- Las condiciones de almacenamiento del desinfectante.
- El costo efectividad.
- El entrenamiento del personal antes de usarlo.

c) Proceso de esterilización. Métodos y materiales.

La esterilización es el proceso que persigue la reducción de la carga biológica de un utensilio al menos a su millonésima parte.

Antes de pasar a la esterilización previamente dicha hay que LIMPIAR Y DESINFECTAR el material tras lo cual se procede al empaquetado para continuar el



proceso de esterilización.

Los métodos de esterilización son:

MÉTODOS FÍSICOS DE ESTERILIZACIÓN son aplicación directa de energía:

Vapor de agua, calor seco o radiaciones ionizantes.

El más utilizado en las instituciones sociosanitarias es el de vapor de agua, se utilizan unos aparatos llamados AUTOCLAVES.

Antes de introducir el material limpio y desinfectado en el autoclave hay que empaquetarlo para poder preservar la esterilidad finalizado el proceso Empaquetado del material.

Poseen variedad de programas según los materiales pero se mueven en rangos de: Temperaturas presiones tiempo de exposición 120-135 ° C; 3.2-2.2 Kg/cm² 30-60 minutos

No genera sustancias tóxicas, es un método rápido, eficaz y seguro.

Se utiliza para:

- Material metálico: instrumental de curas, contenedores,
- Material textil: gasas, vendas, ropa,...
- Material de vidrio: jeringas, pipetas, .
- Materiales plásticos y gomas termo resistentes (caucho, silicona,...).

Colocación de la carga en el autoclave

- El vapor debe contactar con todos los puntos.
- Cada tipo de material por separado.
- Paquetes lo más reducidos posible.
- No llenar en exceso.
- Paquetes en posición vertical.
- Colocar controles químicos en cada paquete.

Control de esterilización.

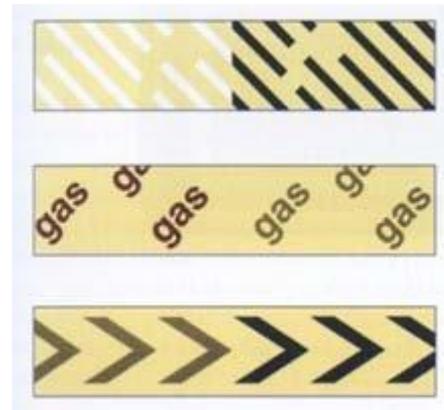
Controles físicos.

Son indicadores de propiedades físicas en que se encuentran el aparato, como termómetro, higrómetro, etc. Miden las condiciones ambientales dentro del sistema de esterilización.

Controles químicos.

Los controles químicos son dispositivos especiales impregnados de compuestos químicos sensibles al cumplimiento de los parámetros de esterilización (tiempo, presión y temperatura).

- Viran de color si se cumplen los parámetros físicos del autoclave.
- Deben ubicarse en la cámara, interior o exterior del paquete de material.
- Validar su “viraje” o cambio de color antes de usar el material.



Entre ellos tenemos:

- Control químico externo: en la superficie de cada paquete. (primero por la izquierda de la imagen inferior). En los paquetes va incorporado.
- Test de Bowie and Dick: detección de bolsas de aire. Debe realizarse al inicio del día o tras reparaciones o mal funcionamiento. (segundo por la izquierda de la imagen inferior). Al comenzar la jornada.
- Control químico interno: sueltos o incorporados en los envases (el tercero).

Controles biológicos: Indicadores de autocultivo y tiras de esporas

ALMACENAMIENTO POST-ESTERILIZACIÓN.

- Se recomienda almacenar en material en Estanterías abiertas (cestas de malla) para evitar la acumulación de polvo y suciedad.
- Deben mantener una distancia de seguridad: 20-25 cm del suelo y a 40-45 cm del techo.
- Algunos fabricantes recomiendan que el tiempo de caducidad según el tipo envoltura:
 - o Paquetes realizados por nosotros 2 meses
 - o Bolsas selladas 6 meses
 - o Cajas de instrumental 10 días.
- El Control de la caducidad en los contenedores se realiza con etiquetas autoadhesivas que identifiquen: nº autoclave, nº de lote, fecha de esterilización, fecha de caducidad.

- El material será considerado estéril mientras el embalaje se encuentre integro.

d) Prevención de infecciones.

El término infección se define como al proceso por medio del cual un agente patógeno invade un organismo, dentro del cual sobrevive y se multiplica desencadenando una enfermedad.

Se entiende por infección nosocomial o intrahospitalaria a la infección no presente, ni en periodo de incubación, en el momento del ingreso hospitalario del paciente.

Las infecciones nosocomiales se asocian a instrumentación, procedimientos invasivos, pacientes graves y con un sistema inmunológico que funciona por debajo de los índices de normalidad (inmunodeprimidos).

Las normas generales de actuación para la prevención de infecciones nosocomiales son:

- Normas de higiene para el personal sanitario. Son básicas y obligatorias para todos los profesionales. La principal es el lavado de manos.
- Normas en instrumentación. Todas las maniobras con capacidad contaminante deben restringirse al máximo. Cuando se tengan que realizar deben hacerse en condiciones de asepsia y manteniéndose el menor tiempo posible.
- Medidas de aislamiento. Para prevenir que los pacientes infectados transmitan microorganismos patógenos al resto de personas y proteger a los pacientes inmunodeprimidos y con alto riesgo de contraer una infección.

e) Eliminación de residuos sanitarios.

Se consideran residuos sanitarios todos los materiales e instrumentos empleados en la actividad sanitaria que deben desecharse.

Clasificación de residuos sanitarios

Una de las clasificaciones utilizadas para los residuos generados en las instituciones sanitarias es la siguiente:

Grupos I y II. Residuos sanitarios no peligrosos.

- Grupo I. Residuos generales asimilables a urbanos. Se generan en los centros sanitarios fuera de la actividad asistencial. Conforman este grupo residuos como alimentos, mobiliario e instrumental en desuso que no se adscriba a ningún otro grupo, productos de papelería, etc.. No requieren medidas especiales para su eliminación.
- Grupo II. Residuos sanitarios asimilables a urbanos. Producidos como consecuencia de la actividad asistencial o de investigación asociada y que no están incluidos en los Grupos III y IV.

Suelen ser residuos procedentes de la realización de curas, de análisis o pequeñas intervenciones quirúrgicas (gasas, vendajes, algodón, secreciones, sondas, sistemas de suero, tejidos manchados con fluidos corporales, mascarillas de nebulización, viales de medicación, etc.) siempre y cuando no hayan entrado en contacto con líquidos biológicos o pacientes que padezcan las enfermedades infecciosas transmisibles por agentes patógenos contenidos en los residuos sanitarios infecciosos (entre otras, cólera, difteria, meningitis, encefalitis, tífus, tuberculosis, lepra, antrax, fiebre, paratifoidea A, B y C, peste, rabia, sida, poliomielitis,...).

Se incluye en este grupo todo el material que habiendo estado contaminado, haya sido adecuadamente tratado (desinfectado o esterilizado) para su descontaminación; en estos residuos, el riesgo de contagio de alguna enfermedad quedaría limitado al interior de los centros sanitarios.

Grupos III, IV y V. Residuos sanitarios peligrosos.

- Grupo III. Residuos sanitarios peligrosos. **Grupo III.a.** Residuos peligrosos Sanitarios. Son producidos por actividades asistenciales o de investigación que conllevan algún riesgo potencial para los profesionales expuestos o para el medio ambiente.

Estos residuos requieren medidas de prevención en su gestión, manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación. Así, se depositarán en diferentes lugares según sus características.

Así, en contenedores de bioriesgo de color amarillo se desecharán los residuos cortantes o punzantes; en recipientes opacos, generalmente de polietileno de alta densidad, los residuos no traumáticos. Los contenedores podrán variar en forma y color en función del protocolo de cada centro.

Se clasifican, a su vez, en los siguientes:

- ✓ Infecciosos. Todos los que pueden transmitir enfermedades infecciosas transmisibles por agentes patógenos –enfermedades infectocontagiosas
 - ✓ Material punzante y cortante. Objetos cortantes o punzantes usados en la actividad sanitaria, independientemente de su origen (agujas, lancetas, pipetas, hojas de bisturí, cubreobjetos, tubos vidrio...)
 - ✓ Residuos microbiológicos. Cultivos y material contaminado de los laboratorios de microbiología, inmunología o experimentación (hemocultivos, caldos, instrumental contaminado, etc.).
 - ✓ Residuos infecciosos de animales de experimentación. Cadáveres, partes del cuerpo, otros restos anatómicos y cualquier otro material contaminado procedente de animales de experimentación que hayan estado inoculados con agentes infecciosos. Los residuos procedentes de animales de experimentación que no hayan sido infectados no han de ser clasificados como residuos peligrosos.
 - ✓ Vacunas vivas y atenuadas. Restos de vacunas o vacunas caducadas.
 - ✓ Sangre y hemoderivados.
 - ✓ Residuos anatómicos no identificables: placentas, piezas anatómicas, etc., que hayan estado inoculados con los agentes infecciosos
- Grupo III. Residuos sanitarios peligrosos. **Grupo III.b.** Residuos químicos y citostáticos. Los residuos químicos peligrosos son sustancias como aceites usados, residuos con metales tóxicos (como el mercurio), medicamentos caducados, reactivos de laboratorio, disolventes, líquidos de revelado de radiología y fotografía, entre otros.

Los residuos citostáticos son restos de medicamentos antineoplásicos (se utilizan en el tratamiento contra el cáncer) y el material de un solo uso que haya estado en contacto con dichos medicamentos (jeringas, mascarillas, guantes,...); también las excretas de los pacientes a los que se les ha administrado. Su peligrosidad reside en sus propiedades cancerígenas,

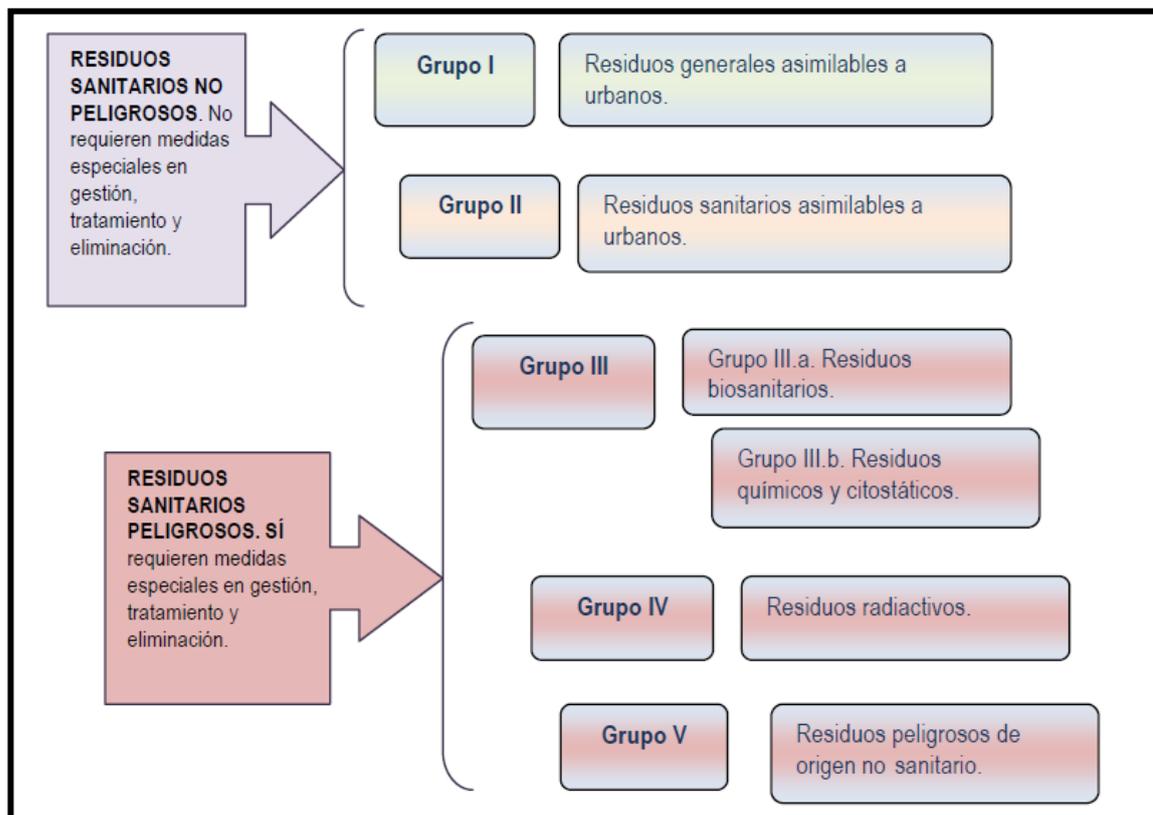
mutagénicas (producen mutaciones genéticas) y teratogénicas; de forma local, pueden producir efectos locales irritativos, vesicantes o alérgicos.

- Grupo IV. Residuos radiactivos. Residuos sólidos o líquidos radioactivos en sí mismos, que presenten contaminación por radioactividad o que emitan radiación. Se dividen en dos grupos:

a) Residuos radioactivos líquidos. Suspensiones o disoluciones de sustancias radioactivas. También, las excretas de pacientes en tratamiento con isótopos radiactivos.

a) Residuos radiactivos sólidos. Cápsulas de cobalto, cesio o iridio; también, otro material contaminado como jeringas, guantes, agujas, etc.

- Grupo V. Residuos peligrosos de origen no sanitario. Residuos calificados como peligrosos que se generan como resultado de actividades de soporte del centro. Por ejemplo, aceites lubricantes, pilas, filtros bactericidas,...



Contenedor para citostáticos

La gestión de los residuos es diferente según sea el tipo de residuo, el grupo al que pertenece etc



f) Prevención de riesgos laborales en las tareas de limpieza de material sanitario.

Para evitar o prevenir estos riesgos, el personal encargado de la limpieza de materiales e instrumentos sanitarios en una institución sociosanitaria debe cumplir una serie de normas básicas:

- Utilizar guantes desechables.
- Proceder al lavado de manos antiséptico tras cada manipulación del material sanitario, especialmente del material crítico y semicrítico.



- Emplear ropa de seguridad si es necesario (batas, calzas, gorros, gafas y mascarillas).
- Usar protección ocular en caso de riesgo de salpicaduras.
- Manipular cuidadosamente todo el material.
- Clasificar y separar el material punzante y cortante del resto.

- Disponer de suelos y calzado antideslizantes.
- Evitar la mezcla de detergentes y desinfectantes...
- Cumplir un reconocimiento médico anual por parte del servicio de medicina preventiva del centro o por el servicio de prevención de riesgos laborales.



- Seguir una adecuada vacunación.

03

ANIMACIÓN SOCIAL PARA PERSONAS DEPENDIENTES

1. Participación en la atención psicosocial de las personas dependientes.

- 1.1. Fomento de la adaptación a la institución de las personas dependientes.
- 1.2. Fomento de la relación social de las personas dependientes. Características.
- 1.3. Utilización del ambiente como factor favorecedor de la autonomía personal, comunicación y relación social.

2. Reconocimiento de las características psicológicas de las personas dependientes.

- 2.1. Conceptos fundamentales.
- 2.2. Discapacidades en las personas dependientes.

3. Acompañamiento de los usuarios.

- 3.1. Concepto de acompañamiento de las personas dependientes.
- 3.2. Áreas de intervención. Límites y deontología.
- 3.3. Funciones y papel del profesional en el acompañamiento.
- 3.4. Intervenciones más frecuentes.
- 3.5. Técnicas y actividades para favorecer la relación social.
- 3.6. Técnicas básicas de comunicación: individuales y grupales.
- 3.7. Acompañamiento profesional en actividad.

OBJETIVO GENERAL:

Reconocer las características y necesidades psicosociales de las personas en situación de dependencia, potenciando su red social y garantizándoles una atención sociosanitaria de calidad a través del acompañamiento personal y la aplicación de técnicas específicas para el desarrollo de sus habilidades sociales y su adaptación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Potenciar en los residentes los mecanismos individuales de adaptación al entorno, desarrollando técnicas de animación social y estrategias para mejorar sus habilidades sociales, de forma que logren manejarse de forma exitosa en las situaciones cotidianas.
- Colaborar en las tareas de acompañamiento personal que sean diseñadas desde el equipo interdisciplinar para favorecer la autonomía personal, la creación de nuevas relaciones y la integración de los usuarios en la vida comunitaria.
- Ayudar a los usuarios a comunicarse de forma habilidosa con otros compañeros y familiares para así mantener experiencias sociales satisfactorias y positivas.
- Garantizar la humanización de la atención sociosanitaria a partir de una relación profesional positiva bajo el respeto a los límites y a la deontología de los cuidadores profesionales.

1. PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES.

La dinámica de grupos y la animación sociocultural serán las estrategias elegidas para promover la participación social de los usuarios en el contexto de la unidad residencial y para motivar a las personas dependientes y dirigirles en la gestión y dirección de sus recursos propios.

Bajo este marco, las actividades a desarrollar con las personas de la institución social serán diseñadas para la atención a las necesidades fundamentales del mantenimiento de la autonomía motora, afectiva, cognitiva y social, de modo que asuman responsabilidades en el proceso de mantenerse activos e independientes.

1.1. Fomento de la adaptación a la institución de las personas dependientes.

- Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
- Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

El contexto físico y social del centro puede contribuir a que la persona sea más dependiente o autónoma. Asimismo, la calidad de las relaciones entre los residentes, o incluso entre los pacientes y el personal cuidador, facilita o dificulta la adaptación personal.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Una de las grandes diferencias entre la intervención de la beneficencia y la que se pretende en los actuales servicios sociales, es la de establecer un plan de caso; es decir, una intervención distinta para cada persona interna en este recurso social.

Debemos practicar la atención socio-sanitaria lejos de aquel paternalismo que envolvía las viejas instituciones, huyendo de la idea de colocar a la persona dependiente en un centro como la última salida y nada más.

Por el contrario, supone concebir la unidad residencial (residencia, unidad de estancia diurna, centro de día, etc.) como un contexto de desarrollo adecuado; el lugar desde donde la persona trabaja para fomentar su independencia. Y para conseguirlo ofrecemos servicios especializados de enfermería, atención médica, rehabilitación, atención psicosocial,... entre otros, con el objetivo de recuperar o, al menos, mantener por el mayor tiempo posible en el individuo un grado de desempeño autónomo en su vida cotidiana.

Con el propósito de atender las necesidades específicas relacionadas con los factores fisiológicos, se realizan adaptaciones para la movilidad funcional.

Con la intención de facilitar la adaptación de las personas que se encuentran en estado depresivo y atender, de forma paralela, las necesidades de interacción social, la institución planifica un programa de animación psicosocial que contempla:

- La creación de hábitos y rutinas que estimulan a los pacientes.
- La planificación de actividades que atienden las áreas de interés de los usuarios.
- La participación activa en distintas situaciones sociales (fiestas, excursiones, etc.)

FACTORES QUE FAVORECEN O DIFICULTAN LA ADAPTACIÓN A LA INSTITUCIÓN.

- El momento del proceso adaptativo.
 - Situación extraña.
 - Etapa de duelo.
 - Aislamiento social.

ASPECTOS COMO...	DIFICULTADES DERIVADAS	ACTUACIONES CONVENIENTES
SOLEDAD Y AISLAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de la comunicación. - Falta de habilidades sociales. - Escasez de participación ciudadana. - Insatisfacción permanente. - Reducción de deseos, expectativas e intereses. - Atención centrada en la enfermedad/incapacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participar en algún grupo o recurso de la comunidad (asociación vecinal, centro de ocio, iglesia, etc.). - Restaurar la identidad personal y respetar la libertad de los estilos de vida. - Favorecer las entradas y salidas del centro (ir a tiendas, dar un paseo, etc.).
ESCASEZ DE RELACIONES FAMILIARES O RELACIONES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Poco interés en el momento actual. - Recuerdo continuo y nostálgico de sus momentos del pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer los contactos familiares. - Recordar los momentos felices de su vida. - Asumir algún papel dentro de la institución (desempeñar alguna función, compartir un rol social, etc.). - Satisfacer la necesidad de divertirse.

- Las características comportamentales de la persona dependiente.
 - Carácter desobediente.
 - Rabietas.
 - Conciencia moral poco desarrollada.
 - Dificultades para desarrollar la confianza mutua y dejarse atender por otras personas.
 - Resistencia al contacto físico.
 - Respuestas agresivas dirigidas hacia sí mismo y hacia los demás.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Podemos encontrar dificultades en nuestras labores del quehacer diario cuando aparezcan severos problemas de conducta. Algunas personas pueden presentar conductas violentas o agresivas. En estos casos, otros usuarios del centro o el equipo de profesionales pueden verse expuestos a sufrir amenazas o agresiones.

Debemos ser cautelosos a la hora de interpretar las posibles causas evitando caer en las personalizaciones y en las atribuciones causales del tipo: *"Siempre a mí. Lo hace para fastidiarme"*. *"Comprende perfectamente, la lía sabiendo lo que hace"*. *"Estaba tranquila y todo marchaba estupendamente, ¿por qué tiene que fastidiarlo?"*

Resulta necesario desarrollar una cierta distancia emocional que nos permita alejarnos de caer en reacciones negativas hacia estas personas; de nada sirven las malas interpretaciones.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

La acomodación al entorno se verá facilitada si los profesionales se muestran como acompañantes cercanos, permanentes y disponibles en el proceso de ajuste al nuevo entorno, siendo un apoyo en sus labores cotidianas y contribuyendo a la adaptación de los usuarios, haciendo que se sientan integrados entre los demás compañeros.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

- La animación sociocultural (ASC).
- La dinámica de grupos.
 - Respecto al momento del ingreso.
 - Acerca de las relaciones familiares.
 - Para evitar los sentimientos de desarraigo y la pérdida de identidad como seres sociales.

1.2. Fomento de la relación social de las personas dependientes. Características.

HABILIDAD SOCIAL: Capacidad que tiene una persona para desenvolverse de forma exitosa en la interacción con otras personas y ajustarse en su medio social. Estas habilidades, que favorecen la adaptación del individuo a su entorno, son el resultado del aprendizaje continuo que se produce a lo largo de toda la historia vital y es producto de las experiencias y modelos de relaciones humanas en los que el individuo ha participado.

La conducta habilidosa está relacionada con la capacidad para expresar sentimientos, actitudes, deseos u opiniones, respetándose a sí mismo y considerando los derechos de los

demás; también, cuando se adapta a la situación social en el que el intercambio comunicativo se realiza.



Gráfico M4.UF1.1. Habilidades sociales.

HABILIDAD SOCIAL EXITOSA	COMPETENCIAS SOCIALES A DESARROLLAR HASTA SER INCLUIDAS EN SU REPERTORIO CONDUCTUAL
CONDUCTAS ALTERNATIVAS A LA AGRESIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> A.1. Pedir permiso. A.2. Compartir cosas, sensaciones y sentimientos. A.3. Ayudar a los demás. A.4. Aprender a negociar, a consensuar y a llegar a acuerdos. A.5. Recurrir al autocontrol en las situaciones difíciles. A.6. Defender nuestros derechos cuando los veamos amenazados. A.7. Responder a las bromas cuando proceda. A.8. Evitar las peleas dialécticas. A.9. Saber pedir disculpas.
GESTIÓN ADECUADA DE EMOCIONES	<ul style="list-style-type: none"> B.1. Conocer y expresar sentimientos propios y emociones. B.2. Comprender, valorar y respetar los sentimientos y emociones de los demás. B.3. Reaccionar pausadamente ante el enfado del interlocutor. B.4. Resolver las situaciones que provocan miedo.
RESPECTO HACIA LA OTRA PERSONA	<ul style="list-style-type: none"> C.1. Escuchar al otro. C.2. Amplificar la capacidad de comprender lo que está queriendo decir. C.3. Aprender a formular preguntas. C.4. Saber dar las gracias. C.5. Saber presentarnos a otros y presentar a los demás. C.6. Saber hacer un cumplido desde la honestidad y con afecto.

Tabla M4.UF1.2. Habilidades sociales que ayuda a mejorar la conducta.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Tres notas importantes:

- Los comentarios siempre estarán centrados sobre la conducta y no sobre la persona. Por ejemplo, diremos *“La forma en que te diriges a ella no es adecuada; el tono es demasiado alto y los gestos tan exaltados intimidan”*, en lugar de *“Has sido muy agresivo con ella”*.
- Primero proporcionaremos la información positiva y, posteriormente, la negativa. Es decir, cuando tengamos que decirle a un usuario que no lo está haciendo bien, destacaremos lo que sí consigue realizar adecuadamente, indicaremos la conducta concreta que debe modificar y le ofreceremos una alternativa - otra forma de hacer las cosas.
- Siempre que queramos ensayar un comportamiento nuevo o distinto al que viene realizando una persona lo ejecutaremos primero nosotros para que pueda observar el modelo desde fuera.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS RELACIONES SOCIALES.

- La competencia social de cada usuario es el resultado de la combinación existente entre sus características personales y los componentes situacionales.
- En el caso concreto de algunas de las personas institucionalizadas, aparecen indicadores como la inhibición, el retraimiento, etc., relacionados con las enfermedades que padecen.
- Como consecuencia de una pérdida física, psíquica o sensorial, las personas en situación de dependencia pueden encontrarse limitadas a la hora de comunicar con claridad sus opiniones, sentimientos y deseos, hasta el punto de manifestarse más vulnerables al sufrimiento físico y emocional.



Gráfico M4.UF1.2. Dificultades relacionales en personas institucionalizadas.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Es fundamental el trabajo para el desarrollo de habilidades sociales, especialmente en aquellos pacientes que han sufrido una ruptura importante en su trayectoria vital a causa de su enfermedad mental.

En la relación usuario - profesional debemos recordar:

- En el caso de pacientes esquizofrénicos (ver apartado 4.2.1.3. *Procesos cognitivos*) es importante que éstos se mantengan integrados en el grupo, pues tienden al aislamiento y a la incomunicación social.
- Con los pacientes deprimidos (ver apartado 4.2.1.5. *Emoción. Alteraciones*) será imprescindible mantener la calma y tener mucha paciencia. En su situación, no colaboran, no participan y nada les motiva ni les interesa, por lo que podemos correr el riesgo de sentirnos frustrados y desesperar.
- Los pacientes en estado maníaco (ver apartado 4.2.1.5. *Emoción. Alteraciones*) resultarán muy difíciles de tratar; se encontrarán en continua actividad, sin parar de hablar, tan agitados que deberemos cuidarnos de no acabar contagiados de su desasosiego interior.

TÉCNICAS PARA FAVORECER LA RELACIÓN SOCIAL.

- La metodología a emplear para favorecer las relaciones sociales ha de ser participativa, flexible, dinámica, ajustada a las demandas de los residentes y adaptada a las áreas de sus necesidades.
- Las actividades pueden ser desarrolladas dentro del centro o en el exterior, según su contenido y finalidad, siempre teniendo como meta la participación de los usuarios y que ellos mismos sean los protagonistas de las acciones programadas.



Gráfico M4.UF1.3. Estrategias para el aprendizaje de conductas más competentes.

COMPETENCIAS PERSONALES QUE SE VEN DESARROLLADAS	EFFECTOS POSITIVOS SECUNDARIOS AL TRABAJO GRUPAL
A. La capacidad de expresión de los participantes.	A.1. Generaliza el conocimiento y la adquisición de otros puntos de vista. A.2. Libera la comunicación de emociones, etc.
B. La empatía ⁷	B.1. Estimula el "ponerse en el lugar de otro". B.2. Ayuda a conocer los puntos de vista de los demás. B.3. Desarrolla el pensamiento divergente y crítico en los participantes.
C. Los cambios de actitudes.	C.1. Aumentan la motivación personal. C.2. Crean una atmósfera cooperativa. C.3. Consolidan el grupo.

Tabla M4.UF1.3. Competencias personales desarrolladas por el trabajo en grupo y sus efectos positivos.

COMPETENCIAS PERSONALES QUE SE VEN DESARROLLADAS	EFFECTOS POSITIVOS SECUNDARIOS AL TRABAJO GRUPAL
D. Las relaciones humanas.	D.1. Ofrecen una mayor calidad del contacto y mayor cantidad de intercambios. D.2. Promueven la solidaridad sin invadir la intimidad individual.
E. La satisfacción individual de las necesidades sociales.	E.1. Fomenta el sentido de pertenencia, el escuchar y sentirse escuchado, el respeto al otro y el compromiso, etc.
F. Las posibilidades de acción.	F.1. Facilitan una mayor competencia en las tareas. F.2. Incrementan los sentimientos de eficacia. F.3. Aumentan la productividad.

Tabla M4.UF1.4. Competencias personales desarrolladas por el trabajo en grupo y sus efectos positivos (Continuación)

ACTIVIDADES DE ACOMPAÑAMIENTO Y DE RELACIÓN SOCIAL, INDIVIDUAL Y GRUPAL.

- La institución social dispone de diferentes servicios de asistencia y acompañamiento para la población usuaria, ofreciendo así el apoyo que los residentes necesitan para intentar conservar su independencia.
- El acompañamiento a los usuarios debe ser considerado una responsabilidad de todo el personal que trabaja en la institución social.
- La animación social puede definirse como toda acción que ofrece a las personas dependientes las condiciones materiales y relacionales necesarias para que el individuo mantenga o recupere las capacidades de autonomía que posee.



Gráfico M4.UF1.4. Actividades de animación social y de acompañamiento individual y grupal.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Cuidado con el inadecuado sentido de "animar". Animar a una persona no significa que tenga que estar contenta ni divertida.

Pueden darse situaciones en las que intentando "animar" a un usuario que está llorando, y con la intención de que no sufra, caigamos en el error de decirle: "¡No pasa nada, mujer! No veas todo tan negro" o "¡No llores hombre! Sé fuerte que no es nada", "Tienes que ser y pórtate como un hombre", etc.

Recordemos que llorar es una manera de aliviar la pena; un mecanismo de ajuste para tolerar el dolor. No podemos evitar que los usuarios conecten con sentimientos dolorosos, pero sí podemos acompañarles en lo que están sintiendo; estar a su lado y recordar que las lágrimas son parte de lo que somos, de lo que sentimos, de lo que hemos vivido,...

- La terapia ocupacional sería, "el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego (ocio) para incrementar la función independiente, potenciar el desarrollo y prevenir la discapacidad.
- Puede incluir la adaptación de las tareas o del entorno para lograr la máxima independencia y potenciar la calidad de vida".

MEDIOS Y RECURSOS: APLICACIONES DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS.
RECURSOS DEL ENTORNO.

A. Internet como herramienta para la participación.

- Recurso cotidiano de entretenimiento, comunicación y relación social.
- Las nuevas tecnologías pueden ampliar los horizontes y las posibilidades de comunicación de aquellos que poseen limitaciones a la hora de expresar y mostrar opiniones



Gráfico M4.UF1.5. Ámbitos de apoyo de las herramientas tecnológicas

- El uso de la televisión u otros medios de comunicación.
- El ocio como recurso del bienestar.
- Recursos del entorno.

1.3. Utilización del ambiente como factor favorecedor de la autonomía personal, comunicación y relación social.

- Elementos espaciales y materiales: distribución y presentación.
- Decoración de espacios.
- *Diseño y elaboración de materiales.*

A modo de ejemplo...

Algunos ejemplos de materiales podrían ser:

- **Etiquetas** con ilustraciones para estructurar el ambiente de la residencia; por ejemplo, una imagen de un inodoro en la puerta del cuarto de baño junto a las letras WC.
- **Horarios** de las actividades diarias.
- **Calendarios** con imágenes y fechas señaladas.
- **Carteles** con dibujos de las actividades de tiempo libre.
- **Iconos y señales** con ayudas para explicar las normas de la institución (como una señal de "prohibido" para indicar "no pasar").
- **Cuadernos de tareas**, que consisten en una selección de imágenes con instrucciones concretas como ayuda para el manejo del grupo en los talleres o para el desarrollo de las actividades.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Los apoyos visuales están diseñados para obtener información a través del sentido de la vista y, de este modo, favorecer que los mensajes verbales que se escuchan sean recibidos, procesados y comprendidos con mayor facilidad.

En general, estos materiales resultan ser estrategias muy efectivas en el abordaje de las dificultades comunicativas moderadas y severas, ya que su uso ofrece un código lingüístico de apoyo complementario a la información verbal. En particular, son instrumentos que facilitan la normalización para aquellas personas que presentan un diagnóstico de:

- Autismo⁹.
- Trastornos graves de la conducta.
- Déficit de atención con hiperactividad, deterioro cognitivo, etc.
- Dificultades del aprendizaje.
- Alteraciones del lenguaje.
- Retraso mental.
- Lesiones traumáticas cerebrales y patologías relacionadas.

- El diseño y la elaboración de materiales decorativos para la preparación de las celebraciones de fiestas anuales que rompen la monotonía son un medio de preservar la noción del tiempo, a pesar de las rutinas diarias y de la repetición horaria que caracteriza a la vida institucional.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA MOTIVACIÓN Y DEL APRENDIZAJE DE LAS PERSONAS ENFERMAS DEPENDIENTES.

- Imprescindible la observación de su comportamiento en distintas situaciones hasta conocer sus intereses personales, respetando siempre su individualidad.
- Tendremos en cuenta la voluntad propia, los valores, los objetivos y los principios



Gráfico M4.UF1.6. Categorías de motivos.

personales de cada uno.

- La desmotivación es un sentimiento de carácter opuesto a la motivación que puede surgir en la persona y que provoca desesperanza, angustia y falta de entusiasmo, disposición o energía ante el surgimiento de obstáculos que superar.
- El aprendizaje es el proceso por medio del cual los individuos adquieren o modifican sus conductas, entendiendo éstas en el más amplio sentido, el cual incluirá actitudes, conocimientos, procedimientos pensamientos o valores.

CARACTERÍSTICAS DE LA MOTIVACIÓN Y EL APRENDIZAJE EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

A tener en cuenta:

- En su comportamiento tienen dificultad de adaptación a situaciones nuevas, tendencia a evitar ciertas relaciones sociales y a mostrar aislamiento, apego por objetos y por conductas repetitivas como balanceo, manejo de manos, frases reiterativas, etc.
- El aprendizaje en estas personas es más lento y la capacidad de aplicación práctica de lo aprendido es menor, por lo que hay que motivar relacionando el modelo correcto con los conocimientos que ya poseen, de forma gradual, desde las tareas más fáciles a las más complejas y dividiéndolas en pasos pequeños y fáciles de lograr.

Algunas medidas de apoyo a la motivación y al aprendizaje:

- ✓ Se suelen obtener mejores resultados en la realización de trabajos reiterativos y repetitivos.
- ✓ Los objetivos deben estar a su alcance para que no se desmotiven y se han de explicar de forma simple y detallada las actividades a realizar comprobando que comprenden qué han de hacer y repasar los conceptos aprendidos.

CARACTERÍSTICAS DE LA MOTIVACIÓN Y EL APRENDIZAJE EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA O SENSORIAL

A tener en cuenta:

- Es muy importante el tipo de discapacidad por las limitaciones que puede provocar a niveles cognitivo, psicosocial o comunicativo. Debido a los trastornos asociados, la escasez de experiencias afectará al desarrollo cognitivo y a la capacidad de aprendizaje, sobre todo si la discapacidad es de nacimiento o adquirida en edades tempranas.
- Además, el desarrollo emocional, la autoestima y la motivación para adquirir nuevos aprendizajes pueden estar afectados y un entorno familiar sobreprotector puede aumentar su dependencia.

Algunas medidas de apoyo a la motivación y al aprendizaje:

- ✓ Facilitar información al usuario y a su familia sobre aspectos de su discapacidad, medidas de rehabilitación y reinserción, prevención de conductas de discriminación social y familiar, así como establecer una relación de ayuda con el usuario y sus familiares que les permita afrontar la situación con mejores perspectivas.
- ✓ Apoyar su integración educativa y profesional, su acceso a la cultura y a la información, facilitando su incorporación al sistema productivo-social y la supresión de barreras existentes en los recursos de su entorno.
- ✓ Facilitar su autonomía apoyándole en la realización de actividades de la vida diaria (ver apartado 4.2.2.5. Necesidades especiales de atención y apoyo integral), respetando sus deseos y elecciones sobre su estilo de vida, trabajo, etc., y favoreciendo la adquisición de nuevas experiencias de relaciones afectivas y sociales con personas fuera de su entorno.

CARACTERÍSTICAS DE LA MOTIVACIÓN Y EL APRENDIZAJE EN LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES

A tener en cuenta:

- ✓ En su comportamiento tienden al autoaislamiento y sufren situaciones de exclusión social, con falta de iniciativa y poca motivación ante actividades, resolviendo mal situaciones de estrés y situaciones problemáticas que vivieron ya antes.
- Son personas sensibles a las reacciones de los demás por lo que nuestra actuación debe mostrar una actitud comprensiva, de escucha y afecto, aclarando todos los malentendidos que puedan surgir, estimulándoles a realizar actividades, en la medida que su estado lo posibilite y evitando circunstancias en las que se desate su agresividad.

Algunas medidas de apoyo a la motivación y al aprendizaje:

- ✓ Hay que buscar que participen en programas de inserción (rehabilitación, psicoterapia, educación familiar, grupos de autoayuda, etc.) y que al mismo tiempo cumplan con el tratamiento de su enfermedad.

Algunas medidas de apoyo a la motivación y al aprendizaje:

- ✓ El acompañamiento, cuidado y apoyo que precisan estas personas requieren establecer una buena comunicación, motivar y facilitar estrategias de afrontamiento adecuadas.
- ✓ Lo más importante en este colectivo sería la humanización de la ayuda; es decir, la personalización del trato y prestar atención a sus necesidades psicoafectivas.

Tabla M4.UF1.8. Características de la motivación y el aprendizaje en las personas en situación de enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DE LA MOTIVACIÓN Y EL APRENDIZAJE EN LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD

A tener en cuenta:

- El malestar que puede acompañar a una situación de enfermedad más o menos grave, además de producir una dolencia somática (fisiológica), puede incluir también un malestar psicológico, pues genera una situación estresante por la percepción de amenaza que supone contra el bienestar del usuario y contra el desarrollo de su vida normal. Fisiológicamente genera la aparición de dolor, fatiga, debilidad, malestar, u otros síntomas, afectando psicológicamente a la motivación y a la capacidad de aprendizaje. En el ámbito psicosocial provoca alteraciones del estado de ánimo, ansiedad y trastornos de la conducta social, entre otras.
- La sensación de soledad que se puede padecer ante enfermedades graves, a pesar de la compañía de familiares y amigos, así como los temores e incertidumbres sobre el desarrollo de la enfermedad o sobre la situación en la que podrían quedar sus familiares en caso de muerte o invalidez, pueden generar gran ansiedad en la persona, cuyo éxito en su afrontamiento dependerá del tipo de enfermedad (aguda o crónica, dolorosa o no, incapacitante, terminal, etc.), de sus características personales (estado emocional, personalidad, creencias, capacidad de afrontamiento, etc.) y de los medios con que cuente para afrontarla (recursos económicos, profesionales e institucionales, familia, red de apoyo social, etc.).

CARACTERÍSTICAS DE LA MOTIVACIÓN Y EL APRENDIZAJE EN LAS PERSONAS MAYORES

A tener en cuenta:

- Las necesidades e intereses específicos de las personas mayores pueden abarcar los siguientes campos:
 - De necesidades básicas en alimentación, higiene, vivienda, seguridad física y emocional; y en la salud por enfermedades que con la edad encuentran menos resistencia del organismo.
 - De autoestima, porque la jubilación produce una pérdida de la ocupación laboral y un sentimiento de no ser “útiles”, así como un deterioro de la imagen social (la vejez está mal vista), falta de ocupación por el aumento de tiempo libre y reducción de la participación activa en actividades sociales, entre otras.
 - De autonomía, ya que la disminución de capacidades provoca su pérdida progresiva y la aparición de situaciones de dependencia.
 - De compañía, con problemas de soledad, pérdida (física o no) de familiares, reducción de la red social de contactos, entre otras.
- Además las personas mayores también pueden presentar otras necesidades añadidas por la evolución de su estado personal, tales como enfermedades crónicas, enfermedades mentales, discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, situación de personas sin hogar o transeúntes, entre otras.

- Desde el punto de vista social, se considera persona mayor de riesgo a aquella que cumple alguna de las características relacionadas con una situación de edad elevada (mayor de 75 años), con problemas económicos, que viva sola, con ausencia de familia próxima, recluida en su domicilio, que exista sospecha de malos tratos, con alta hospitalaria reciente, con una limitación física y/o encamada, con deterioro mental, o con riesgo de institucionalización de forma prematura o inadecuada, fundamentalmente.

Algunas medidas de apoyo a la motivación y al aprendizaje:

- ✓ Es necesario facilitar la realización de tareas y actividades que no puedan desarrollar por sí mismos, adecuando el entorno a sus necesidades mediante reparaciones, adaptaciones o ayudas técnicas que aumenten su seguridad personal.
- ✓ Conviene fomentar el desarrollo de hábitos saludables y conseguir cambios conductuales tendentes a mejorar su calidad de vida.

- ✓ Se debe buscar la mejora del equilibrio personal y familiar mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad, potenciando el desarrollo de actividades en el centro, en el entorno comunitario y de sus relaciones sociales.
- ✓ Es recomendable ayudar a que predominen actitudes y sentimientos positivos en la persona mayor.
- ✓ Para mejorar el aprendizaje, es recomendable establecer una relación de respeto y afecto, así como proporcionar un ambiente seguro y confortable. Su capacidad de atención y concentración empiezan a decaer a los treinta minutos, por lo que la utilización de refuerzos positivos incrementará su capacidad de aprendizaje. Si el conocimiento a adquirir es importante para la persona, lo aprenderá de manera más rápida. Habrá que utilizar la paciencia, ya que al necesitar más tiempo de reacción ante una nueva información, habrá que dividirla en pequeñas cantidades y durante periodos amplios.

CARACTERÍSTICAS DE LA MOTIVACIÓN Y EL APRENDIZAJE EN LAS PERSONAS MAYORES

Algunas medidas de apoyo a la motivación y al aprendizaje (Continuación):

- ✓ La motivación debería ir dirigida hacia la información y realización, de la forma más autónoma posible, de unos cuidados básicos relacionados con aspectos de su vida diaria, tales como:
 - Su actividad física: evitar el sedentarismo, aconsejar actividad física adecuada como andar, por ejemplo.
 - Su actividad social: evitar el aislamiento y la soledad, recobrar su actividad lúdica-recreativa y sus relaciones familiares y sociales, ayuda para superar crisis ante pérdidas, etc.
 - Su alimentación: importancia de una adecuada dieta, limitada en carbohidratos y grasas, rica en fibra, calcio, vitaminas, antioxidantes, proteínas y evitando hábitos tóxicos como el tabaco o el alcohol.
-
- Su higiene personal diaria: aseo, hidratar la piel, cuidar pelo y uñas, lavar manos antes y después de comer, lavar boca tras las comidas, etc.
 - La vestimenta: uso de ropa adecuada a las diferentes estaciones, un calzado adecuado que evite rozaduras y compresiones, cambios diarios de ropa interior, etc.
 - El ambiente: evitar corrientes y cambios bruscos de temperatura; precaución con estufas, braseros, chimeneas, etc.
 - Prevención de accidentes: peligros en la casa y riesgos de caídas, evitar tropiezos ordenando adecuadamente el entorno, etc.

2. RECONOCIMIENTO DE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN INSTITUCIONES.

2.1. Conceptos fundamentales.

- CICLO VITAL.
- El ciclo vital sería el conjunto de etapas generales por las que atraviesa una persona a lo largo de su existencia. En el caso de los seres humanos, éste evoluciona a través de una secuencia temporal relativamente previsible y que parece ser bastante universal. Así, hechos como la adquisición del lenguaje, la entrada en la pubertad, la menopausia, etc., son experimentados por la mayoría de los seres humanos y están relacionados con “el reloj biológico”.
- En las personas, influenciado por factores socioculturales.
- También, el desarrollo de acontecimientos vitales estresantes.
- Dificultades asociadas a una enfermedad invalidante. Si es sobrevenida, altera las perspectivas vitales.
- Vejez o ancianidad: crisis vital de desvalimiento.
- Periodo de pérdidas casi constante.
- Miedo a morir, a perder el cuidado de las personas que queremos...

Como profesionales debemos tener en cuenta...

El asumir nuevos roles, como el de abuelo, por ejemplo, puede suponer:

- Una pérdida: debido al cese de la actividad laboral (o jubilación); aparece el temor de quedar viudo; la pareja ya no sale tanto, riñe más, sienten que ya no les queda mucho por compartir, etc.
- Y una ganancia: debido a la oportunidad de realizar actividades que quedaron postergadas desde hace años; de mantener un contacto más libre con nietos, amigos y familiares; la posibilidad para transmitir la historia a las generaciones más jóvenes; de ser una fuente de conocimientos por la experiencia; etc.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Tener en cuenta el momento del ciclo vital en que se encuentran los residentes, las características de éste y la experiencia personal del individuo en etapas ya pasadas nos ayudará a comprender a los pacientes, contextualizar sus cuidados y, de este modo, singularizar la atención que necesitan.

- CONDUCTA.
- Atender conducta verbal y no verbal.
- Tipos probables de conducta:
 - Inquieta.
 - Agitada.
 - Desconfiada.
 - Agresiva.
 - Desinhibida.
 - Extraña.
 - Compulsiva.
 - Fóbica.
 - Apariencia física descuidada.

- | | | |
|----------------|----------------------------------|-------------------------------|
| - Atención. | - Planificación. | - Discriminación. |
| - Percepción. | - Resolución de problemas. | - Cálculo. |
| - Pensamiento. | - Reconocimiento de la realidad. | - Utilización de símbolos. |
| - Memoria. | - Reconocimiento espacial. | - Organización. |
| - Orientación. | - Creatividad. | - Seguimiento de directrices. |
| - Lenguaje. | - Lógica. | - Concentración. |
| - Imaginación. | - Lectura. | - Escritura. |

- PROCESOS COGNITIVOS.
- DEMENCIAS.
- Síndrome que conlleva un deterioro progresivo de las funciones cognitivas, tales como la memoria, el lenguaje y el pensamiento, la orientación, etc.
- Este deterioro tiene consecuencias en el comportamiento y en la personalidad del paciente y, por consiguiente, en su vida laboral y social.
 - Demencia tipo Alzheimer.
 - Demencia vascular.
 - Demencia debida a otras enfermedades médicas.
 - Demencia persistente inducida por sustancias.
 - Demencia debida a múltiples etiologías.
 - Demencia no especificada.

- ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.
- La enfermedad de Alzheimer o demencia tipo Alzheimer es el tipo de demencia más habitual, Ndándose en un número de casos que oscilan entre el 50% y 75% del total.
- La evolución de la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.

Problemas de memoria (amnesia) y en la atención

MEMORIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fijación de contenidos. 2. Recuerdo de imágenes y situaciones vividas, de información reciente y remota, etc. 3. Reconocimiento. 4. Capacidad de aprender nueva información.
ATENCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concentración: atención mantenida en el tiempo. 2. Fatiga. 3. Velocidad de procesamiento de la información.

Dificultades de lenguaje.

Afasia: incapacidad para expresarse por medio del lenguaje oral o escrito, o entender las palabras que se le dirigen.

1. Dificultades en el habla: errores en los tiempos verbales, no recordar palabras, problemas para construir frases complejas, etc.
2. Comprensión lectora: dificultades para entender lo que lee.
3. Expresión: el paciente apenas inicia una conversación de forma espontánea, comete errores y confunde las palabras, sustituye algunas palabras por otras que suenan de forma parecida, etc.

Dificultades en la orientación.

Desorientación.

1. Alopsíquica. Desorientación en el tiempo (fecha) y en el espacio (lugar).
2. Autopsíquica. El paciente no sabe quién es él mismo.

Alteraciones en la personalidad

Alteraciones psicológicas, desajustes emocionales y comportamentales.

- | | |
|--|--|
| 1. Agitación o irritabilidad. | 7. Desinterés hacia el ambiente exterior. |
| 2. Pobre control de impulsos. | 8. Alteraciones del apetito. |
| 3. Escasa tolerancia a la frustración. | 9. Desequilibrios del ciclo sueño- vigilia. |
| 4. Apatía. | 10. Conductas inapropiadas al contexto, como conductas desinhibidas o exhibicionistas, por ejemplo. |
| 5. Introversión. | 11. Alteraciones de tipo psicótico como los delirios y/o alucinaciones (generalmente son visuales y el paciente ve niños, animales o gente pequeña). |
| 6. Indiferencia respecto a otras personas. | |

Dificultades en la Motricidad

Apraxia: es el deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras.

1. Copia y dibujo.
2. Escritura: espontánea y dictada.
3. Ejecución espontánea de una tarea.
4. Imitación de una tarea que presentemos.
5. Actuación en tareas solicitadas por otra persona.
4. Reconocimiento táctil.

Dificultades en la percepción

Agnosia: es la dificultad de reconocimiento e identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta.

Las agnosias pueden ser visuales, auditivas, olfativas, etc., según la modalidad sensitiva de que se trate.

1. Prosopagnosia: no reconocimiento de caras.
2. Asterognosia o agnosia táctil: pérdida de la capacidad para reconocer las propiedades físicas de un objeto mediante el tacto.
3. Otros tipos de agnosias que implican el no reconocimiento de sonidos, melodías, ritmos, de personas, de objetos, colores, etc. por otra persona.

Fase Inicial. “Deterioro moderadamente grave” (1-2 primeros años).

- Limitaciones para adquirir información nueva y adaptarse a situaciones desconocidas.
- Olvidos ocasionales, dificultad para recuperar información de la memoria reciente.
- Pérdida de vocabulario.
- Confusiones espacio-temporales.
- Dificultad en actividades mecánicas.
- Agitación, nerviosismo, posibles cambios de personalidad.
- Pérdida de autoestima debido a que la persona es consciente de los fallos de memoria que manifiesta.
- Miedo al deterioro porque se encuentra torpe.
- Desinterés por las cosas, las personas y muestras de carácter deprimido.

Fase Intermedia. “Deterioro grave” (entre 3-5 años).

- El paciente olvida sucesos recientes y manifiesta importantes fallos de la memoria. Puede no acordarse de las intenciones futuras ni de las acciones que debe llevar a cabo (su *memoria prospectiva* está afectada); tampoco puede recuperar información almacenada de su pasado reciente (la *memoria retrospectiva* se encuentra alterada), sin embargo, puede contar anécdotas de su infancia o adolescencia.
- Se agudiza el síndrome cognitivo: Amnesio-Afaso-Apraxo-Agnósico. Es decir, el paciente ya no consigue establecer asociaciones ni llevar a cabo acciones que obedezcan a reglas lógicas del pensamiento. Apenas realiza actividades, aparecen dificultades en la lectoescritura y en la realización de cálculos aritméticos; ignora gran parte del léxico; se evidencia una seria alteración del lenguaje (responsable de las formas más avanzadas de las facultades mentales); y no comprende situaciones nuevas ni reconoce lugares, tiempos o caras familiares.
- El paciente no tiene conciencia de sus limitaciones cognitivas.
- Aparecen alteraciones psiquiátricas (delirios, alucinaciones, problemas conductuales, etc.).
- Cada vez camina más torpemente y no se vale por sí mismo para vestirse, comer, realizar desplazamientos, etc.
- Necesita una atención constante para las AVDB (ver apartado 4.2.2.5. *Necesidades especiales de atención y apoyo integral*).
- La afectividad es el lazo que le une a la vida.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

La aplicación de programas de entrenamiento cognitivo está indicada para aquellos pacientes que se encuentran en las primeras fases de esta enfermedad. En el proceso de una demencia, se diferencian tres niveles según su gravedad:

- **Leve:** La capacidad para vivir independiente permanece conservada, con higiene personal adecuada y capacidad de juicio relativamente intacta.
- **Moderada:** La capacidad de vivir independiente presenta dificultades y es necesaria una supervisión.
- **Severa:** Las AVDB (ver apartado 4.2.2.5. *Necesidades especiales de atención y apoyo integral*) están tan alteradas que el paciente necesita supervisión continua o ayuda.

Según la fase en que se encuentre la evolución de la demencia, el paciente necesitará apoyo profesional de distinta intensidad.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

El síntoma de pérdida de memoria pueden estar asociados a otras causas, además de a la demencia, tales como una discapacidad intelectual grave (como por ejemplo, en algunos casos de enfermedad mental crónica), en casos de lesiones cerebrales o como consecuencia de la ingestión de sustancias tóxicas (alcohol, inhalantes, etc.)

En cualquier caso, el personal cuidador de personas en situación de dependencia debe preguntar al equipo de rehabilitación cognitiva cuál es la mejor estrategia a seguir para relacionarse de forma exitosa con cada uno de los usuarios.

RECOMENDACIONES PARA LA MEJOR ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEMENCIA

En cuanto a las recomendaciones para la mejor atención al paciente con demencia, destacaremos las siguientes:

- Debemos intentar que el paciente se mantenga tan activo como sea posible. Intentaremos que continúe desarrollando tareas habituales y cotidianas, como ordenar su ropa y el resto de sus efectos personales; también, debemos procurar que siga practicando sus pasatiempos favoritos, especialmente si éstos implican el ejercicio de funciones cognitivas (como leer, escribir,...) o si conllevan la realización de actividad física (andar, nadar,...)
- En el ámbito de la comunicación interpersonal, debemos utilizar un lenguaje que, según el estadio en que se encuentre la enfermedad, permita que el paciente nos entienda cuando le hablamos; igualmente, debemos procurar prestarles la mayor atención y el tiempo necesario cuando él nos hable a nosotros para llegar a comprender lo que nos quiere decir.

Será de gran ayuda utilizar un lenguaje claro y poner en práctica todas aquellas estrategias que favorecen la efectividad de la comunicación; esto es, utilizar el lenguaje no verbal (miradas, sonrisas, gestos, posturas corporales,...) y evitar elementos que dificulten la comunicación (ruidos, ...)

- Mantener y fomentar las relaciones interpersonales del paciente y su participación en la vida de la residencia: intentar integrarle en las conversaciones, hacerle participe de las actividades rutinarias que estamos desarrollando,...
- Resultarán muy beneficiosas para el paciente las muestras de afecto que les dispensemos, a través de contacto físico, sonrisas, tono de voz amable, etc.
- Evitar las situaciones que le puedan producir confusión: cambiar las cosas de sitio, trasladarle a lugares desconocidos, cambiar horarios y rutinas,...
- Utilizar estrategias que faciliten la orientación espacial y temporal del enfermo, como ayudas visuales para indicar los diferentes espacios del centro, calendarios accesibles a la vista para favorecer su ubicación en el tiempo, saludarles por la mañana diciendo el día de la semana que es y la hora (por ejemplo, "Buenos días, Alfredo. Hoy es jueves y son las 9 de la mañana"),...

En este sentido, le resultará beneficioso que les recordemos situaciones agradables de su pasado y que las situemos en el espacio y en el tiempo; por ejemplo, "*Carmen, usted antes me contaba siempre cómo había conocido a su marido en el parque que estaba al lado de su casa; y que él entonces trabajaba en una fábrica; y que iban ustedes todos los sábados al bailar... Eso fue en el año 1942, ¿verdad, Carmen?*"

Tabla M4.UF1.11. Recomendaciones para la mejor atención al paciente con demencia

RECOMENDACIONES PARA LA MEJOR ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEMENCIA

- En **fases avanzadas** de la enfermedad, deberemos ser especialmente cuidadosos respecto a la seguridad física del paciente; prestaremos especial atención a objetos que pudieran causarles daño de forma accidental (resbalar, tropezar, quemarse,...) o que pudieran ser utilizados por él para autoinfligirse un daño (objetos punzantes, productos tóxicos,...)

También nos aseguraremos de que no haya riesgo de fuga del paciente; debemos tener en cuenta que si se marcha solo del centro muy probablemente no será capaz de regresar. En este sentido, si es necesario, utilizaremos mecanismos de identificación que faciliten su localización en caso de que se extravíe.

Estaremos especialmente atentos a la higiene del paciente y a su vestimenta; en estos momentos puede no recordar que debe ducharse, afeitarse, vestirse, etc. En este sentido, nos cercioraremos de que mantiene una higiene adecuada y de que la ropa que lleva es acorde a la estación del año en que estamos.

La nutrición e hidratación del paciente cobrarán en esta fase también una importancia fundamental. Deberemos estar atentos a las ingestas de alimentos y líquidos que realiza, ya que es posible que no recuerde que debe comer y beber, lo que podría poner en grave riesgo su salud por una posible desnutrición o deshidratación. Prestaremos también una atención especial a sus evacuaciones, intentando siempre evitar el estreñimiento.

Tabla M4.UF1.12. Recomendaciones para la mejor atención al paciente con demencia (Continuación)

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Respecto a las actitudes del cuidador, destacar que éste **EN NINGÚN CASO** debe mostrar al paciente enfado, desesperación o nerviosismo; tampoco debe nunca manifestar actitudes agresivas, como gritarle, reñirle o criticarle.

En todo momento, el cuidador será **RESPETUOSO** y **CORRECTO** en el trato con el paciente, siempre pondrá el mayor cuidado para preservar la **INTIMIDAD** y la **PRIVACIDAD** de éste y nunca perderá la calma (ver apartado 4.3.2. *Áreas de intervención. Límites y deontología*).

- TRASTORNO PARANOIDE.
 - El trastorno paranoide tiene carácter permanente y se caracteriza por mostrar el paciente síntomas como los siguientes:
 - Se muestra rencoroso, suspicaz y desconfiado.
 - Se siente perseguido, espiado o víctima de un complot que pretende destruirle, lastimarlo o engañarlo.
 - Interpreta los hechos cotidianos como parte integrante de actuaciones calculadas por otras personas para hacerle daño.
 - Duda injustificadamente de la fidelidad de sus amigos, compañeros o cónyuge.
- ESQUIZOFRENIA.

- La esquizofrenia se cataloga como trastorno psicótico perdurable en el tiempo; algunos de sus síntomas son:
 - Ideas delirantes.
 - Alucinaciones
 - Lenguaje desorganizado.
 - Comportamiento desorganizado.
 - Apatía.
 - Abulia.

- AUTISMO.
 - Trastorno de amplias implicaciones en todos los ámbitos de la vida de la persona que lo padece y de su familia. Suele manifestarse antes de los 3 años de edad y perdura durante toda la vida del paciente.
 - Lenguaje.
 - Interacción social.
 - Juego simbólico.

- MOTIVACIÓN.
 - La motivación vendrá siempre determinada por las necesidades que presente el individuo y las actuaciones que está dispuesto a llevar a cabo para lograr su satisfacción.

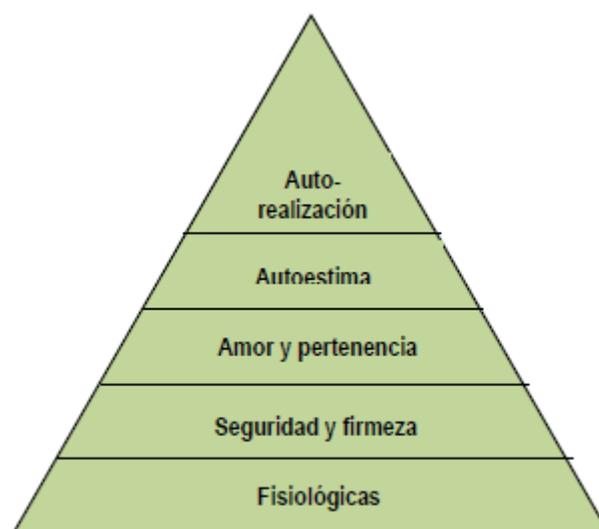


Gráfico M4.UF1.7. Pirámide de Maslow.

- EMOCIÓN.
- Las emociones son respuestas de nuestro organismo a estímulos externos (que recibimos del entorno) o internos, que conllevan reacciones corporales que se manifiestan en forma de sensaciones o impresiones subjetivas.
- Son de origen innato, aunque por lo general están influenciadas por la historia personal del individuo.
- EMOCIONES.
- Facilitan la supervivencia al favorecer el ajuste de las personas al medio en que vive a través de la expresión emocional.
- En la expresión corporal y en la gesticulación del rostro encontraremos diferencias individuales.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Observar la expresión facial de los usuarios del centro puede ayudarnos a reconocer qué emociones están sintiendo. Aprender a decodificar el lenguaje emotivo de cada usuario y reconocer el estado afectivo que presenta a través de la observación de las señales emocionales que transmite podrá ayudarnos a detectar la presencia de síntomas de depresión o ansiedad, de frecuente aparición en las personas institucionalizadas.

- TRASTORNOS EMOCIONALES.
- DSM-IV-TR.
- Origen de los trastornos afectivos.
- El trastorno depresivo se caracteriza mostrar el paciente un estado de ánimo decaído y desganado.
- Va asociado a estado de ansiedad permanente y a sentimientos de angustia.
- La ansiedad se manifiesta en una serie de respuestas que el sujeto emite ante situaciones de estrés o miedo o como reacción concreta a un evento puntual y tienen como fin preparar al organismo para defenderse de una situación de peligro o amenaza.
- Tipos:
 - Trastorno de angustia.
 - Fobias.
 - Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).
 - Trastorno por estrés postraumático.

INDICADORES DE ESTADO DEPRESIVO	INDICADORES DE ESTADO DE ANSIEDAD
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ánimo decaído. ✓ Pesimismo. ✓ Sentimiento de fracaso. ✓ Sentimientos de culpa y castigo. ✓ Autoacusaciones. ✓ Ideas suicidas. ✓ Tendencia al llanto. ✓ Irritabilidad. ✓ Aislamiento social. ✓ Indecisión. ✓ Alteraciones de la imagen corporal. ✓ Insomnio y estado de fatiga. ✓ Oscilación en el peso. ✓ Miedo a padecer enfermedades. ✓ Pérdida de la motivación. ✓ Sueño intranquilo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pesadillas. ✓ Anorexia (pérdida de apetito). ✓ Conductas de comer en exceso (hiperfagia). ✓ Palpitaciones. ✓ Dolor torácico. ✓ Sensación de falta de aire (ahogo). ✓ Dolores de cabeza (cefaleas tensionales). ✓ Mareos o visión borrosa. ✓ Mucosas secas. ✓ Sudoración excesiva. ✓ Náuseas y vómitos. ✓ Diarrea. ✓ Otros.

Tabla M4.UF1.13. Indicadores emocionales relacionados con el estado ansioso y con el estado depresivo.

- El trastorno bipolar se caracteriza presentar el paciente episodios maníacos (gran vitalidad, elevado nivel de actividad, exaltación) que se suceden con episodios depresivos, en los que aparecen tristeza, descenso de los niveles de actividad, etc.
- TRISTEZA PATOLÓGICA: La persona se siente especialmente hundida, muy afligida y apenada, sin interés por ocuparse en ninguna actividad; parece no sentirse atraída por el entorno, como si su único interés vital fuese su tristeza. Se muestra apagada, con tendencia al llanto, apenas habla y, cuando lo hace, su discurso es parco, breve y vago. Puede realizar referencias negativas contra sí misma y tener una opinión desesperanzadora de su futuro, además de poseer visiones pesimistas hacia otras personas. Por mucho que intentemos motivarla parece que hubiera perdido la capacidad de experimentar placer.
- ALEGRÍA PATOLÓGICA: La persona experimenta una energía y capacidad extremas. Su talante puede resultar omnipotente, con una autoestima sobreelevada y una alegría

exagerada que puede tornarse fácilmente en agresividad o ironía si se le contradice. Puede mostrarse eufórica hiperactiva, más habladora de lo habitual y con la sensación de que su pensamiento está acelerado. Su comportamiento social es a menudo desinhibido, pudiendo conducir a realizar grandes gastos económicos, imprudencias e indiscreciones sexuales, etc.

- **ANGUSTIA PATOLÓGICA:** La persona se siente muy tensa, inquieta, con la impresión de inseguridad y el temor de que va a sucederle algo. Atemorizada y alarmada de manera desagradable, puede experimentar corporalmente: opresión torácica, constricción de la garganta, debilidad en las piernas, dificultad respiratoria, palpitaciones, sensación de vértig, hormigueos, etc. En los cuadros más graves puede aparecer la sensación de pánico o crisis de angustia.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Es importante diferenciar entre la expresión normal de estas emociones y sentimientos de lo que sería la manifestación de un trastorno afectivo, el cual presentará siempre una mayor intensidad y será más difícil de controlar.

Ante la aparición de alguno o algunos de los síntomas descritos, es importante que informemos al resto del equipo, ya que se requerirá la realización de una evaluación psicológica del paciente.

- **ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO:**
 - Proceso natural.
 - Transformación y deterioro que van unidos a la maduración de nuestro organismo.
 - Capacidad de adaptación a esta nueva etapa del ciclo vital.
- **ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO:** Enfermedades crónicas asociadas a una limitación funcional y progresiva que va debilitando la fortaleza del organismo. En cierta medida, puede ser prevenido.
- **CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ:** Necesidades básicas cubiertas, con salud física y psicológica y disfrutando de una red de apoyo de amigos y familiares. El individuo debe mantenerse como sujeto activo.
- **CAMBIOS BIO-PSICO-SOCIALES.**

A. Cambios Bio.

Son las transformaciones que sufre el cuerpo y que pueden provocar modificaciones en los huesos, músculos y articulaciones como:

- problemas de corazón;
- anemia;
- descalcificación los huesos;
- obstrucción de vasos sanguíneos;
- pérdida de elasticidad en los pulmones;
- alteraciones del sueño;
- disminución de las defensas naturales del organismo;
- enlentecimiento de los movimientos;
- necesidad de usar gafas o audífonos;
- etc.

B. Cambios Psico.

Se refieren a los cambios en la personalidad y en el carácter y modificaciones en las capacidades cognitivas.

C. Cambios Sociales.

Son las modificaciones del rol individual (como persona independiente, como integrante de su grupo familiar, etc.) y en el rol en la comunidad (jubilación).

- INCIDENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA.



Gráfico M4.UF1.9. Factores de riesgo en el proceso de envejecimiento.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

En muchas ocasiones, el binomio fundamental para preservar la salud bio-psico-social se basará en la interacción de las variables edad y nivel de dependencia, teniendo presente que cada caso será particular.

En algunas personas mayores se apreciarán decrementos benignos propios de la edad, pero se mantendrán válidas para realizar las actividades cotidianas con normalidad; mientras, en otras, en este último tramo de la vida se verá considerablemente reducida su autonomía.

- EVOLUCIÓN DEL ENTORNO SOCIOAFECTIVO Y DE LA SEXUALIDAD DE LA PERSONA MAYOR.
 - Entorno socioafectivo.
 - Síndrome del nido vacío.
 - La jubilación implica modificaciones en las condiciones de la vida, trayendo consigo a la vez una ruptura de las relaciones sociales.
 - Pérdida del cónyuge.
 - Comienzan a desempeñar su papel de abuelos.
 - Desarraigo afectivo al ingresar en una institución.
 - La sexualidad en las personas mayores.
 - La sexualidad y la afectividad son necesidades básicas de las personas que deben ser atendidas a cualquier edad.
 - La capacidad de dar y recibir placer no se deteriora con el paso del tiempo, así como tampoco la fantasía, el grado de intimidad, el vínculo amoroso, la consideración afectiva y el deseo hacia la otra persona.
 - Estado de salud.
 - Las modificaciones físicas no tienen que suponer necesariamente el declive de la sexualidad en los mayores, sino un cambio en la cualidad de la misma.
 - Concepción sociocultural de lo afectivo-sexual.
 - Vivencia de la sexualidad y la forma de práctica que haya tenido una persona a lo largo de su vida.

- NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN Y APOYO INTEGRAL.

Auto-cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Higiene adecuada y aseo diario. ✓ Fomento de la identidad personal. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control de la medicación. ✓ Hábitos de vida sanos.
Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo adecuado del dinero. ✓ Uso independiente de transportes. ✓ Utilización salvable del tiempo libre. ✓ Autocontrol. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo de situaciones de estrés. ✓ Tolerancia en situación de frustración de intereses. ✓ Desarrollo de competencia social.
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomento de la red social. ✓ Adecuado manejo de situaciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contacto regular e interacciones positivas con la familia. ✓ Desarrollo de habilidades sociales.
Tiempo libre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación en su entorno más cercano. ✓ Uso constructivo del ocio. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de la capacidad para disfrutar. ✓ Desarrollo de motivación e intereses personales
Estimulación cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevención/rehabilitación de las dificultades de atención, percepción y concentración, etc. 	

- C

Como profesionales debemos tener en cuenta...

El diseño de todas las acciones terapéuticas estará dirigido, obviamente, hacia la atención de las necesidades más básicas y, con igual importancia, hacia otras necesidades complementarias.

El **apoyo integral** supone nuestra atención a las necesidades que presenta una persona dependiente en su vida diaria, entendiendo que precisarán nuestra intervención profesional en:

- Actividades BÁSICAS de la Vida Diaria (ABVD).
- Actividades INSTRUMENTALES de la Vida Diaria (AIVD).
- Actividades AVANZADAS de la Vida Diaria (AAVD).

- CALIDAD DE VIDA, APOYO Y AUTODETERMINACIÓN EN LA PERSONA MAYOR.

- Reconocimiento de que toda persona tiene derecho a la autodeterminación y a ser considerada de forma individual para que pueda llegar a ser autosuficiente.
- Planificar actividades con las que puedan participar en la comunidad, e incluso formar parte de grupos.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

En función de cada valoración individual, resultado de la evaluación de necesidades personales, planificaremos actividades, recursos y estrategias dirigidas hacia la promoción de la calidad de vida y bienestar de cada individuo.

- CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES EN ENFERMEDAD Y CONVALECENCIA.
- Personas vitalistas.
- Personas pesimistas.
- Personas con dificultades especiales.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Los ingredientes imprescindibles para realizar un buen trabajo y garantizar una atención socio-sanitaria de calidad son:

- La aceptación de la persona en su globalidad, entendiendo que es algo más que la suma de sus discapacidades o limitaciones.
- Empatía (o ponernos en su lugar). (Ver apartado 4.3.6. *Técnicas básicas de comunicación: individuales y grupales*).
- Honestidad respecto a las posibilidades de mejora, porque no todas las disfunciones son recuperables.
- Respeto ante posibles diferencias (ideológicas, personales, etc.).
- Flexibilidad, pues cada persona necesita y se merece un trato diferenciado.

2.2. Discapacidades en las personas dependientes.

- CONCEPTO DE DISCAPACIDAD:
- Minusvalía Vs Discapacidad.
 - El término discapacidad tendrá un carácter más genérico, que incluiría:
 - Deficiencias de función y deficiencias de estructuras.
 - Limitaciones en las actividades (llamadas antes discapacidades).
 - Limitaciones en la participación (llamadas antes minusvalías).
 - Toda discapacidad tiene su origen en una o varias deficiencias funcionales o estructurales; la deficiencia será cualquier anomalía de un órgano o de una función propia de ese órgano con resultado discapacitante.

- Grados de discapacidad:

NO hay deficiencia –	Ninguna. Ausencia de deficiencia o deficiencia insignificante.	0 -4%
- Deficiencia LIGERA –	Poca o escasa.	5-24%
- Deficiencia MODERADA –	Media o regular.	25-49%
- Deficiencia GRAVE –	Mucha o extrema.	50-95%
- Deficiencia COMPLETA –	Total.	96-100%

Como profesionales debemos tener en cuenta...

En ningún caso debemos referirnos a una persona como “discapacitada”, sino como una persona “con una discapacidad” específica. La atenderemos teniendo en cuenta sus circunstancias personales y sociales, considerando el tipo de discapacidad concreta que presenta y el estado de salud particular que manifiesta.

Desafortunadamente, la sociedad responde y se relaciona de forma distinta con personas que tienen una discapacidad si las alteraciones son visibles o invisibles o si las limitaciones son ligeras o graves.

Cuidémonos de considerar “dependientes” a todas aquellas personas que están gravemente afectadas por una discapacidad. Tener reconocida una discapacidad no es sinónimo de estar inválido, y mucho menos de vivir invalidado en la cotidianidad, pues un usuario puede necesitar de otra persona en algunas áreas de su vida y mantenerse independiente en las demás.

SISTEMAS GRAVEMENTE AFECTADOS	POSIBLES PATOLOGÍAS DERIVADAS
Sistema músculo-esquelético	Afecciones osteo-articulares, artritis reumatoidea, osteoporosis, artrosis degenerativa, etc.
Sistema nervioso	Síndrome demencial, enfermedad de Parkinson, ictus cerebral con hemiplejía, epilepsia, esclerosis múltiple, lesiones traumáticas de la médula espinal, enfermedad de Alzheimer, neuropatías periféricas secundarias a enfermedades crónicas como la diabetes o la arterioesclerosis, etc.
Aparato respiratorio	Bronquitis crónica, asma, neumonía, fibrosis quística, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.
Sistema cardiovascular	Insuficiencia cardíaca, miocardopatías, etc.
Sistema hematopoyético	Leucemia, linfomas, etc.
Aparato digestivo	Cirrosis hepática.
Aparato genitourinario	Por la existencia de neoplasias o tumores malignos.
Sistema endocrino	Obesidad mórbida.
En la piel	Melanoma.

- DEFICIENCIA FÍSICA:
- DEFICIENCIA MENTAL:
 - Incluiría todo el espectro del retraso mental en sus grados severo, moderado y leve, además del retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales.
 - Discapacidad intelectual: se caracteriza por limitaciones significativas en las funciones cognitivas y en el comportamiento adaptativo del individuo, que se reflejan en el campo de las habilidades sociales y se manifiesta antes de los 18 años.
- DEFICIENCIA SENSORIAL:
 - Serían aquellas asociadas a trastornos relacionados con los órganos de los sentidos.
 - Las más comunes serán la visual (en muchos casos producidas en la edad avanzada por la patología denominada “Degeneración Macular Asociada a la Edad”) y la auditiva.
- CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES QUE PRESENTAN LOS USUARIOS DEBIDO A LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

ÁREA DE INTERVENCIÓN: APOYO EDUCATIVO: INTERVENCIÓN SOBRE LAS FUNCIONES COGNITIVAS Y MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA.

TIPO DE DISCAPACIDAD: PSÍQUICA fundamentalmente.

TIPO DE NECESIDADES QUE MANIFIESTAN:

NIVEL COGNITIVO: las limitaciones intelectuales frente a las exigencias del medio pueden ocasionar altos niveles de frustración en las personas con discapacidad psíquica. En el caso concreto de estos usuarios, deben ser proporcionadas unas estrategias educativas coherentes, simples y sistemáticas.

El pensamiento y el lenguaje pueden verse afectados a distintos niveles, pudiendo existir un retraso en la adquisición del lenguaje oral, una ausencia de comunicación verbal, dificultades en la comprensión y expresión, alteraciones en la articulación de sonidos, etc.

NIVEL AFECTIVO: en el área de las emociones pueden manifestar reacciones primitivas que se traducen en conductas agresivas, autolesivas, cambios constantes de humor, desinhibición conductual e incoherencia afectiva. Igualmente, pueden expresar manifestaciones afectivas desproporcionadas o contactos físicos inadecuados con otras personas. Para modificar las respuestas desadaptativas podemos realizar un entrenamiento en habilidades sociales o aplicar técnicas de modificación de conducta.

CONDUCTUALMENTE: ante los problemas de comportamiento como autolesiones, conducta oposicionista, deambulación o agresividad, los usuarios pueden conseguir un adecuado control de sus impulsos a través de un entrenamiento en hábitos correctos, hasta el punto de aprender aquellos comportamientos que sí se ajusten al contexto de interacción social.

ÁREA DE INTERVENCIÓN: INTERVENCIÓN SOBRE LAS FUNCIONES PSICOAFECTIVAS: ASESORAMIENTO PERSONAL.

TIPO DE DISCAPACIDAD: FÍSICA, PSÍQUICA y SENSORIAL.

TIPO DE NECESIDADES QUE MANIFIESTAN:

APOYO PSICOLÓGICO: se trata de realizar un acompañamiento para que la persona llegue a aceptar la enfermedad y afrontar las dificultades cotidianas. Por ejemplo, participando en las tareas de reeducación activa, estando a su lado mientras intenta desplazarse, vestirse-desvestirse, comer o lavarse por sí misma, etc; es decir, colaborar en todos aquellos ejercicios de destreza y habilidad que sean indicados para que el usuario pueda mantener su nivel de independencia. Las dificultades de comprensión o las limitaciones de acción pueden limitar las habilidades personales de afrontamiento en situaciones cotidianas, lo que a veces conduce a la aparición de conflictos y la consecuente frustración en las personas dependientes.

ACOMPANAMIENTO EMOCIONAL: ayudar a los usuarios a aprender a vivir extrayendo de cada momento cotidiano y circunstancia todas las posibilidades para crecer, disfrutar y madurar.

TUTORÍAS: proporcionar una atención personalizada que haga posible que cada usuario sea protagonista en su propio proceso de tratamiento. Del mismo modo, debemos ayudarle a reconquistar la confianza en sí mismo y conseguir la experiencia de sentir que puede ser una persona valorada y querida por lo que es, independientemente de lo que pueda mostrar o de lo que pueda hacer.

ÁREA DE INTERVENCIÓN: APOYO AL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN: INTERVENCIÓN SOBRE LAS RELACIONES SOCIALES E INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS.

TIPO DE DISCAPACIDAD: FÍSICA, PSÍQUICA y SENSORIAL.

TIPO DE NECESIDADES QUE MANIFIESTAN:

Ver apartado 4.1. Participación en la atención psicosocial de las personas dependientes en la institución sanitaria de este módulo.

ÁREA DE INTERVENCIÓN: INTERVENCIÓN EN LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD: HABILIDADES SOCIALES Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

TIPO DE DISCAPACIDAD: FÍSICA, PSÍQUICA y SENSORIAL.

TIPO DE NECESIDADES QUE MANIFIESTAN:

Ver apartado 4.1. Participación en la atención psicosocial de las personas dependientes en la

ÁREA DE INTERVENCIÓN: OCUPACIÓN DEL OCIO Y TIEMPO LIBRE: ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL.

TIPO DE DISCAPACIDAD: FÍSICA, PSÍQUICA y SENSORIAL.

TIPO DE NECESIDADES QUE MANIFIESTAN:

Ver apartado 4.1. Participación en la atención psicosocial de las personas dependientes en la

Como profesionales debemos tener en cuenta...

El nivel de dependencia o autonomía de cada usuario viene dado no tanto por las limitaciones funcionales en sí mismas, sino por cómo la persona dependiente se maneja en su contexto cotidiano. En función de la gravedad de cada caso se planifica una atención y un apoyo personalizados.

Si bien en algunos casos la persona dependiente requiere de una ayuda puntual en un tiempo limitado y de baja intensidad, en otros necesita un apoyo constante y generalizado en distintas situaciones de la vida residencial.

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

- El apoyo institucional como una alternativa saludable.
- Mejorar su calidad de vida y promocionar su autonomía personal.
 - Residencias para personas gravemente afectadas.
 - Unidades de estancia diurna.
 - Servicios de centro de día y de noche de atención especializada.

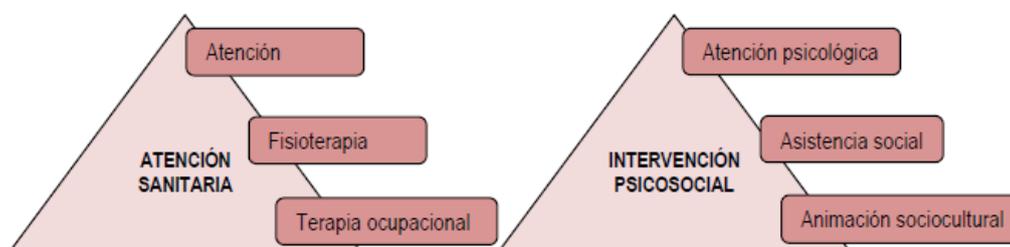


Gráfico M4.UF1.10. Programas en residencias para personas gravemente afectadas.

- El apoyo personal en la relación profesional-usuario.
 - Dependerá de la evaluación funcional.

- Entrenamiento específico y contextualizado.
- Persona en su globalidad.
- Intervención interdisciplinar.

3. ACOMPAÑAMIENTO DE LOS USUARIOS.

3.1. Concepto de acompañamiento de las personas dependientes en la institución.

- El acompañamiento como modelo de intervención socio-sanitaria significa “ir al lado de” una persona que necesita del apoyo de otra y que se encuentra en situación de vulnerabilidad.
- Principio de igualdad.
- No nos centramos en la parcela de las necesidades de forma exclusiva.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Acompañar a las personas de la institución se traduce en mantener una relación de ayuda y de confianza construida mediante el contacto, la cercanía, la presencia cotidiana y el compromiso adquirido por ambas partes (profesional-usuario). El **acompañamiento** es una palabra que engloba:

- Tiempo compartido.
- Compromiso, cuidado y paciencia.
- Comunicación afectiva, escucha y buen humor.
- Cercanía - persona accesible que no crea dependencia personal-.
- Respeto - crea confianza e igualdad en el trato-.
- Buen modelo - ejemplo de esfuerzo por seguir aprendiendo-.
- Capacidad de negociación; realista y flexible.

Caminar junto a personas que se encuentran en situación de dependencia nos lleva a conectar con realidades tan duras como la muerte, la pérdida progresiva de funciones o el deterioro intelectual. En el contacto cotidiano también nosotros recorreremos un camino al tiempo que acompañamos a la persona a enfrentarse a su limitación personal. Se trata de estar al lado; ni delante ni detrás.

3.2. Áreas de intervención. Límites y deontología.

- LAS ACTUACIONES INTERDISCIPLINARES EN LA INSTITUCIÓN SOCIAL.
- Apoyo personal: en la realización de la higiene o el aseo personal y en las comidas; colaboración para la atención especializada y en los cuidados médicos específicos que precise cada usuario.
- Servicios fuera de la institución: realización de compras, gestiones administrativas, visitas médicas, actividades de relaciones sociales y de contacto con su familia.

- Acceso a actividades culturales, educativas y recreativas: acompañamiento en las actividades de ocio, apoyo en la participación de cursos de formación, colaboración en los talleres ocupacionales, ayuda en las intervenciones terapéuticas individuales, etc.
- Integración social: soporte de apoyo psicológico o afectivo; acompañamiento en la participación del usuario en actividades del entorno o en colectivos sociales; estímulo sobre aspectos cotidianos de las relaciones familiares y sociales; etc.
- El concepto de normalización tiene una acepción general referida a la necesidad del contacto con los servicios y las relaciones en la comunidad.
- Pero existe otra vertiente en su significado referida a la necesidad de que los residentes lleven una vida lo más parecida a la del resto de personas de su edad y características socioculturales.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

La coordinación entre los distintos profesionales del centro (médico geriatra, personal de enfermería, terapeuta ocupacional, cuidadores, etc.) resulta indispensable, debiendo existir una colaboración coherente y cooperativa entre los diferentes equipos y servicios que atienden al usuario.

El cuidador debe aplicar las estrategias diseñadas por el equipo interdisciplinar competente siguiendo el principio de la **coherencia institucional**; es decir, conocerá y respetará la demanda del paciente, el proyecto de intervención y el reglamento de régimen interno de la institución donde trabaja.

Respecto a la información y cooperación de profesional a profesional:

- Se debe realizar conjuntamente un seguimiento individual de cada caso; cada profesional desde su área de intervención.
- Se deben revisar en equipo los objetivos logrados y las nuevas necesidades que aparecen, para ajustar la intervención lo más posible a las características individuales.
- La participación y el trabajo en equipo suponen un interesante antídoto para la desmotivación, el agotamiento y el mal ambiente en las organizaciones.
- En las residencias y hogares donde las crisis son frecuentes, las decisiones son importantes debido a la trascendencia que tienen para los residentes por su convivencia diaria, sentimiento de equipo y trabajo en común.

- DEONTOLOGÍA DE LA ACTUACIÓN PROFESIONAL DEL CUIDADOR.

- Objetivo fundamental: el respeto y bienestar de la persona a la que atienden.
- El paciente será en todos los casos su responsabilidad fundamental y los intereses de éste deberán ser antepuestos a los de cualquier otra persona o entidad, fuesen éstos del carácter que fueren.
- Se regirán por el más estricto respeto a los derechos humanos.

- El cuidador respetará la confidencialidad y guardará el secreto profesional.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

En el contexto de trabajo de la unidad residencial, la acción sociosanitaria pasa por la construcción de una **relación de confianza** con los usuarios y un **pacto de responsabilidad profesional**, siendo necesario que el cuidador garantice esta confianza a través de actuaciones ajustadas a unos **CRITERIOS DEONTOLÓGICOS** que los profesionales deben asumir y que regirán sus actuaciones y limitarán su poder.

Los criterios deontológicos son de **OBLIGADO CUMPLIMIENTO**, ya que constituyen un conjunto de principios y normas éticas que orientan la acción y la conducta profesional, ayudan al cuidador en el ejercicio de su profesión y mejoran la calidad del trabajo que se ofrece a las personas en situación de dependencia.

3.3. Funciones y papel del profesional en el acompañamiento.

- Rol de cuidador.
- Rol informativo.
- Rol de apoyo emocional.

3.4. Intervenciones más frecuentes:

La actividad puede llegar hasta donde alcance la creatividad de las personas implicadas en el proceso, siempre sin perder de vista que el último fin de éstas no consiste tanto en su realización exitosa como en llenar de sentido lo cotidiano.

ESTRATEGIAS:

- Facilitar la integración y el bienestar de estas personas.
- Evitar los prejuicios y las etiquetas.
- Desarrollar nuestra empatía.
- Crear un entorno adecuado y familiar.

POSIBLES ACCIONES.

- Acompañamiento para uso de recursos y servicios comunitarios.
- Fines de semana.
- Incremento de responsabilidades.
- Enfoque de desarrollo y preparación para la vida adulta y autónoma.

3.5. Técnicas y actividades para favorecer la relación social.

- Actividades físicas.
- Actividades cognitivas.
- Actividades de expresión y comunicación.
 - Juegos teatrales.
 - Danza libre.
 - Música: receptiva o activa.
- Actividades socioculturales.
- Actividades de artes plásticas y trabajos manuales.
- Actividades domésticas.
- Actividades espirituales.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Sea cual sea el campo de aplicación elegido (actividades de la vida cotidiana, actividad recreativa y cultural, actividad artesanal, etc.) el cuidador ha de estar atento a la evolución del grupo y adaptar la actividad a desarrollar a las capacidades que la persona dependiente conserva. Para alcanzar este objetivo, ofrecemos algunas indicaciones:

- Intentaremos crear una rutina: los juegos deben desarrollarse siempre a la misma hora, de la misma forma y en el mismo lugar.
- Las instrucciones serán sencillas: indicaciones precisas y siempre las mismas palabras.
- Las sesiones no deben ser demasiado largas: tres cuartos de hora como máximo es el tiempo recomendado.
- Los ejercicios se fragmentarán en tareas simples; es decir, la actividad estará dividida en secuencias de progresiva dificultad que serán realizadas a medida que las anteriores metas se hayan conseguido.
- El cuidador no realizará la actividad en lugar de la persona, sino con ella.
- Dejaremos el tiempo suficiente para que cada participante pueda desarrollar la actividad a su propio ritmo.
- Los materiales estarán dirigidos a la edad cronológica de los usuarios; no usaremos diseños infantiles si no son niños.
- Todas las actividades deben poner en juego las facultades mentales y físicas que los usuarios poseen en la actualidad. Nunca propondremos un ejercicio que pueda llevar al fracaso y que enfrente a la persona con su discapacidad.

3.6. Técnicas básicas de comunicación: individuales y grupales.

- Base de unas buenas relaciones humanas y profesionales.
- Dos formas de comunicación: verbal y no verbal.
- La comunicación es efectiva cuando lo que uno quiere transmitir a otro es comprendido por nuestro interlocutor.

Habilidades de escucha activa para la comunicación interpersonal:

- Expresar elogios, aprecio y apoyo. Reforzar a la persona con comentarios: “Me gusta tu...”, “Me ha parecido acertado que...”
- Mantener el contacto visual y la mirada directa y no realizar otra actividad al mismo tiempo que la persona habla.
- Mantener una expresión facial de interés y realizar señales de atención para la persona que habla, como movimientos afirmativos con la cabeza, sonrisas, usar cambios de ritmo y entonación, etc.
- Hacer eco; es decir, repetir las últimas palabras que ha dicho el usuario y acabar la frase conjuntamente.
- Realizar murmullos de aprobación; por ejemplo: “ahá...”, “umm...” y respuestas de reconocimiento y aprobación: “claro”, “ya veo”, “te escucho”, etc.
- Reformular: volver a decir o reflejar con otras palabras lo que a la persona le preocupa y ha expresado de forma confusa.
- Realizar resúmenes aclaratorios: “o sea, que...”, “si no he entendido mal,...”
- Clarificar: realizar preguntas breves para aclarar el contenido de lo que ha expresado si precisamos más información o no entendimos bien el mensaje comunicativo.
- Empatizar: significa ponerse en el lugar de la otra persona, lo que nos permite sintonizar con los miedos, penas y alegrías del otro; esto nos ayudará a responder en la forma adecuada en la que el usuario nos necesita: “imagino cómo te sientes...”, “entiendo que...”
- No juzgar, no interpretar, no dar órdenes, no dirigir, no mandar, no sermonear, no dar lecciones, no criticar, no infantilizar, no desviar con bromas, etc.; esto dificulta la escucha activa.

- Olvidar las prisas por responder: no hablar nunca por los usuarios ni adelantar las conclusiones de lo que nos está contando; debemos tener cuidado y no caer en el error de “creernos adivinos”.

Habilidades de comunicación en grupo.

- Saludar, presentarnos, iniciar la conversación o introducir el tema contando una anécdota; comenzar la sesión con preguntas abiertas como “¿qué tal estáis hoy?”, “¿sabéis lo que me ha pasado?” o “¿qué os parece si empezamos a...?” Se trata de atraer la atención sobre uno mismo y motivar al grupo hacia el tema a trabajar.
- Mirar a todos (un barrido visual a todos los participantes), porque si solamente hablamos o nos dirigimos a una persona, los demás perderán el interés por lo que decimos.
- Cuidar los componentes expresivos no verbales, como la sonrisa, el volumen alto, la postura corporal ajustada al contenido verbal que estamos transmitiendo, los cambios de entonación, el contacto físico, etc.
- Reducir la distancia corporal con los miembros del grupo, sin permanecer en la periferia pero sin introducirnos completamente entre ellos.
- Introducir contenidos atractivos y que resulten interesantes a la mayor parte del grupo. Para observarlo basta con prestar atención a las expresiones faciales y otras señales de su comunicación no verbal.
- Ambiente de grupo divertido. Para ello es importante mantener los turnos de palabra, implicar a todos los participantes, evitar las conversaciones entre dos y facilitar la participación dirigida al gran grupo.
- Esperar las pausas para tomar la iniciativa en la conversación y no hablar antes de que la persona haya terminado.
- Cuando alguien ocupa todo el espacio comunicativo y no deja hueco a los demás, interrumpirle o cortarle con señales como gestos de la cara, movimientos de manos, etc., cediendo el turno a otras personas para que expresen su opinión.
- Mencionar el nombre del paciente al que nos referimos y ofrecerle un trato de usted puede resultar respetuoso en el trabajo con personas mayores.

3.7. Acompañamiento profesional en actividades.

- Nos mostraremos cercanos y cálidos, hablando en un tono adecuado y colocándonos de frente (para que puedan leer los labios aquéllos que presentan problemas auditivos o alteraciones de la atención y conseguir mayor comprensión), mirando a los ojos y dirigiendo el cuerpo hacia la otra persona como muestra de respeto.
- Respetaremos la intimidad y privacidad de los pacientes y sus familiares, así como las situaciones de pudor que puedan sentir los usuarios; por ejemplo, durante el aseo diario.
- Seremos pacientes, ya que probablemente requieran bastante tiempo para realizar sus actividades por sí mismos o comunicarse con los demás. No realizaremos la tarea por ellos, sino que les ayudaremos a que lo hagan por sí mismos.
- Tendremos un trato personalizado con cada residente sin discriminaciones, intentando que cada uno se sienta especial.
- Incrementaremos su autoestima haciendo que se sientan útiles; por ejemplo, les pediremos que ayuden a realizar cualquier tarea dentro de sus posibilidades e incentivaremos sus propuestas. Incluso les invitaremos a que sean ellos quienes, en alguna ocasión, dinamicen las actividades; por ejemplo, compartiendo con sus compañeros el saber de cada uno.
- Les haremos sentirse respetados pidiéndoles permiso antes de llevar a cabo alguna actuación.
- Haremos que tomen algunas decisiones que les afecten directamente; por ejemplo, sugiriéndoles que se informen a través de la lectura de la prensa de los próximos eventos que serán celebrados en la localidad para elegir entre todos en qué actividad quieren participar.
- Les motivaremos para que asuman algunas responsabilidades de cara a su independencia; por ejemplo, que realicen por sí mismos lo que esté en sus manos sin asistirles más de lo que necesiten. No les vestiremos para “terminar antes” si en realidad mantienen la capacidad para realizar esta tarea de forma independiente.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Cuando actuamos desde la empatía y a través de la escucha activa, estamos validando los sentimientos del otro y esta es una forma de hacerle sentir que es una persona importante y que sus sentimientos tienen importancia y trascendencia.

04

APOYO PSICOSOCIAL, ATENCIÓN RELACIONAL Y COMUNICATIVA

1. MANTENIMIENTO Y ENTRENAMIENTO DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN SITUACIONES COTIDIANAS
 - 1.1. Elaboración de estrategias básicas de intervención.
 - 1.2. Terapia de orientación a la realidad (T.O.R.)
 - 1.3. Terapia de reminiscencia.
 - 1.4. Terapia comportamental.
 - 1.5. Técnicas para el entrenamiento de la memoria.
 - 1.6. Técnicas para el entrenamiento de la atención.
 - 1.7. Técnicas para el entrenamiento de la orientación espacial, temporal y personal.

2. MANTENIMIENTO Y ENTRENAMIENTO DE HÁBITOS DE AUTONOMÍA PERSONAL EN SITUACIONES COTIDIANAS
 - 2.1. Técnicas, procedimientos y estrategias de intervención.
 - 2.2. Técnicas de resolución de conflictos.
 - 2.3. Procedimientos y estrategias de modificación de conducta.
 - 2.4. Comportamientos en grupo.
 - 2.5. Utilización de las dinámicas de grupo.
 - 2.6. Observación del usuario en situaciones espaciales, fiestas y eventos.
 - 2.7. Intervención en situaciones de crisis.
 - 2.8. Comunicación de incidencias al grupo interdisciplinar.

OBJETIVOS GENERALES.

- Conocer y poner en práctica distintas estrategias dirigidas al entrenamiento de las funciones cognitivas de los usuarios y al mantenimiento de hábitos de autonomía personal.
- Aplicar técnicas específicas de psicoestimulación cognitiva y para el abordaje de las complicaciones conductuales derivadas de la discapacidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Aplicar las técnicas que mantienen saludables las funciones intelectuales de los residentes, procurando la estabilización de las capacidades cognitivas durante el mayor tiempo posible.
- Establecer pautas de apoyo conductual ante diferentes trastornos del comportamiento que pudieran padecer los pacientes, practicando aquellas habilidades necesarias para la resolución pacífica de conflictos.
- Usar las dinámicas de grupo para desarrollar la autonomía personal en los usuarios, respetando los principios de la autodeterminación en las personas dependientes.
- Identificar el papel social de los usuarios dentro del grupo, reconocer las actitudes de emoción intensa e intervenir en las situaciones de crisis.
- Aplicar técnicas de observación del funcionamiento grupal en situaciones especiales, registrar las conductas problemáticas y utilizar distintos procedimientos de comunicación interprofesional.

1. MANTENIMIENTO Y ENTRENAMIENTO DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS EN SITUACIONES COTIDIANAS DE LA INSTITUCIÓN.

- Valoración global del estado de salud bio-psico-social al ingreso:
 - Reunión del equipo inicial.
 - Una o varias entrevistas con el usuario y familiares.
 - Valoración funciones mentales.

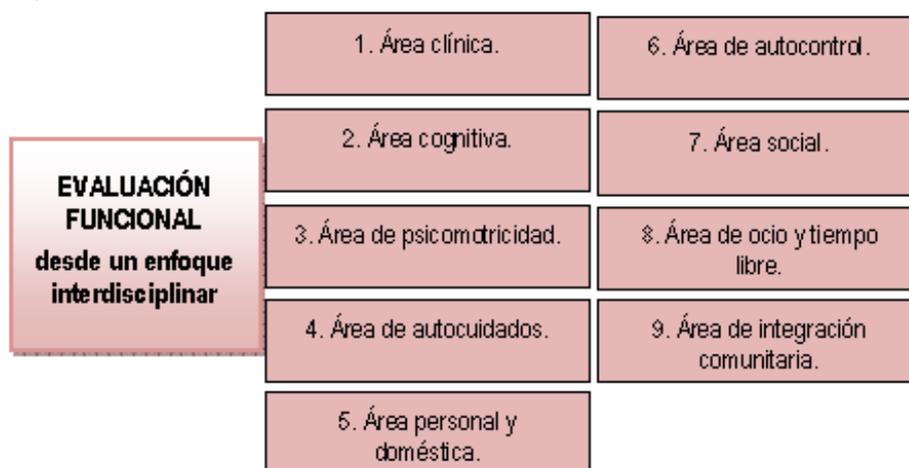


Gráfico M4.UF22 . Áreas de evaluación funcional en un enfoque interdisciplinario.

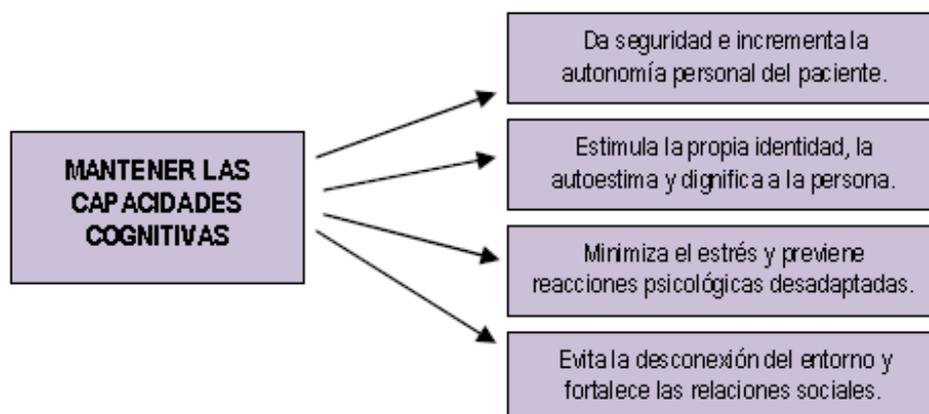


Gráfico M4.UF2.1. Capacidades mentales, desempeño personal y otros beneficios.

1.1. Elaboración de estrategias básicas de intervención.

- Programas de psicoestimulación cognitiva.
 - Terapia de orientación a la realidad.
 - Terapia de reminiscencia.
 - Terapia comportamental.
- Adaptado a las características personales de cada paciente.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

La estimulación de las capacidades cognitivas ayuda a ralentizar la pérdida de funciones psíquicas y otras habilidades relacionadas.

Consiste en trabajar aquellas áreas que aún conserva el paciente, de forma que el entrenamiento de la memoria, de la atención o de capacidades mentales más elaboradas y complejas - como la lectura y la escritura, el cálculo y el razonamiento abstracto -, permita compensar las pérdidas que el paciente está sufriendo con la enfermedad.

En todos los casos, estos programas deberán ser adaptados a las circunstancias de cada paciente, siendo ésta una labor que sólo podrá ser realizada por personal especializado.

1.2. Terapia de orientación a la realidad (T.O.R.).

- Objetivo: reducir la desorientación y la confusión mental.
- El instrumento más frecuente en este tipo de trabajo es el tablero de orientación.
- Presentación diaria de este tipo de información y ejercicio de la misma tarea de forma repetida.
 - Restablece o mejora la orientación.
 - Mejora autoestima.
- Formatos TOR.
 - Trabajo en grupo terapéutico.
 - Orientación a la realidad 24 horas.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

El ambiente de la unidad residencial puede facilitar o dificultar la tarea de la orientación a la realidad, por lo que cuidaremos de que el entorno en el que el paciente habita sea un lugar tranquilo, con pocos estímulos que, a su vez, han de ser orientadores como:

- El nombre escrito en la puerta de cada sala.
- Tablones de anuncios que señalen la fecha del día, la estación del año, el menú, cuando será la próxima fiesta o cumpleaños, etc.
- Fotografías y tarjetas para indicar el nombre de cada persona en el comedor, en el dormitorio, etc.

Por otro lado, los cuidadores siempre responderán a las preguntas o dudas que planteen los usuarios en los momentos que presenten confusión. Les ofrecerán cuantas indicaciones sean posibles y necesarias para que la persona dependiente pueda recibir la máxima ayuda del ambiente que le rodea.

1.3. Terapia de reminiscencia.

- La terapia de reminiscencia es un espacio terapéutico en el que se estimula a los participantes a que hablen acerca de eventos pasados de su propia vida.
- Se trabaja en sesiones de grupo, una vez a la semana y con la ayuda de materiales como fotografías, música, objetos y vídeos del pasado.
- Efectiva en personas que no se encuentran en una fase muy avanzada de la enfermedad.

1.4. Terapia comportamental.

- Pueden producirse cambios en el comportamiento desadaptativo de un paciente a través de la modificación de los hechos precedentes o de las consecuencias de una conducta concreta que éste presenta.
- Teorías del reforzamiento (positivo y negativo).

Como profesionales debemos tener en cuenta.

En el proceso comunicativo con pacientes que presentan deterioro cognitivo resulta importante:

- No repetir mucho las cosas si observamos que no las entienden. En estos casos seremos flexibles, nunca daremos largas explicaciones y utilizaremos gestos y señales al mismo tiempo que les hablamos.
- Es importante asegurarnos de que nos están prestando atención antes de comenzar la interacción comunicativa. Por ejemplo, podemos llamar al paciente por su nombre en primer lugar, y sólo continuar con el diálogo si se dirige su mirada hacia nosotros.
- Evitar el ruido u otras circunstancias que dificulten la comunicación; por ejemplo, apagaremos la tele o la radio cuando tengamos que transmitirles alguna información relevante.
- Utilizar frases cortas y claras durante aquellas horas en las que el paciente está más despierto; por tanto, NO son recomendables las conversaciones al caer la noche ni después del almuerzo.

1.5. Técnicas para el entrenamiento de la memoria.

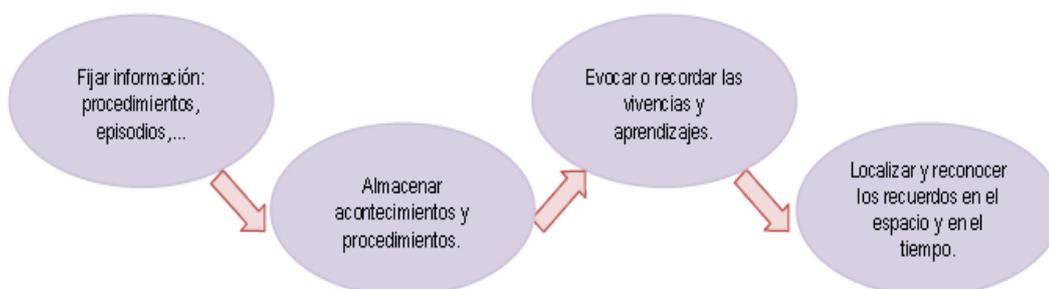


Gráfico M4.UF2.3. Funciones que podemos realizar gracias a la memoria.

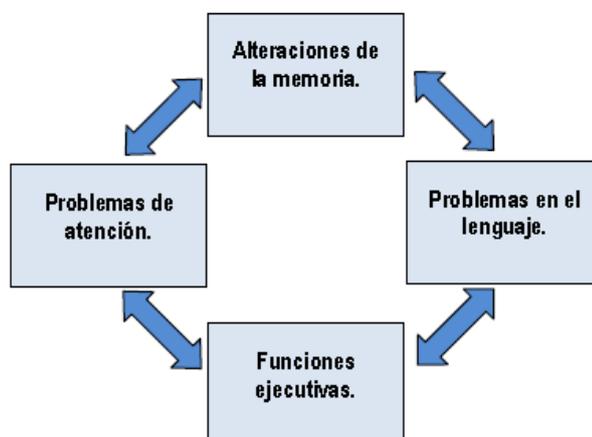


Gráfico M4.UF2.4. Alteraciones en la memoria: implicaciones en otros procesos cognitivos.

TIPOS DE MEMORIA: CARACTERÍSTICAS Y ALTERACIONES.		
A. MEMORIA SENSORIAL (o INMEDIATA)		
	A1. MEMORIA ICÓNICA	A2. MEMORIA ECOICA
DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA		
<p>Es la capacidad de captar una información (un estímulo) que percibimos a través de los sentidos, la cual es retenida de forma espontánea y automática. Algunas de las impresiones que percibimos se olvidan casi de inmediato, mientras otras se guardan en la memoria y quedan disponibles para ser recuperadas a través del recuerdo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A1. MEMORIA ICÓNICA: guarda la información sensorial que percibimos a través del sentido de la vista. ▪ A2. MEMORIA ECOICA: almacena datos o estímulos sensoriales que percibimos a través del sentido del oído. 		
POSIBLES ALTERACIONES MNÉSICAS	INDICADORES A OBSERVAR EN LA INSTITUCIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Imposibilidad de retener la información. - Captación de estímulos sensoriales y olvido inmediato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Huele a gas y no lo reconoce. - Se muestra incapaz de dar sentido al mundo que le rodea. - Interpreta de forma errónea los mensajes recibidos por los sentidos. 	

TIPO DE MEMORIA	EJERCICIOS PARA SU ESTIMULACIÓN. EJEMPLOS.
MEMORIA SENSORIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el número de cubos que forman una figura geométrica. - Escuchar una canción conocida y recordar las palabras que dice en su estribillo. - Recordar y repetir una secuencia rítmica realizada con las manos, golpeando la mesa, etc.
MEMORIA A CORTO PLAZO O MEMORIA OPERATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar palabras en una sopa de letras. - Deletrear palabras en orden directo e inverso. - Ejecutar operaciones aritméticas mentalmente. - Realizar los pasatiempos del periódico: las siete diferencias, crucigramas, etc.... - Jugar a las cartas, hacer rompecabezas, etc.
MEMORIA A LARGO PLAZO	<ul style="list-style-type: none"> - Recordar mensajes, avisos o recados inventados o notas importantes para el usuario. - Clasificar u ordenar distintos objetos, como alimentos, ropa, fotografías, etc. - Completar palabras de un texto leído previamente. - Explicar de memoria una receta de cocina.

TIPOS DE MEMORIA: CARACTERÍSTICAS Y ALTERACIONES.		
B. MEMORIA A CORTO PLAZO (M.C.P.)		
DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA		
<p>También se la llama MEMORIA OPERATIVA.</p> <p>Una vez que la persona percibe un estímulo, éste pasa automáticamente a la memoria a corto plazo, donde se puede almacenar una cantidad de información muy limitada y donde ésta puede permanecer por un espacio de tiempo muy corto (los autores hablan de unos pocos segundos).</p> <p>La M.C.P. es un almacén transitorio que recibe la información desde la memoria sensorial y la prepara, analizándola e interpretándola, antes de transferirla a la memoria a largo plazo (M.L.P.), donde permanecerá por un tiempo más duradero.</p>		
POSIBLES ALTERACIONES MNÉSICAS	INDICADORES A OBSERVAR EN LA INSTITUCIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la capacidad de almacenamiento de información nueva. - Olvido de las instrucciones inmediatas. - Alteración en la transferencia de información a la M.L.P. - Deterioro en el proceso de aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> - Olvida la pregunta que le acabamos de formular. - Está viendo la televisión y no recuerda de qué programa se trata. - Le presentamos a un nuevo residente y olvida su nombre al poco tiempo. - Se desplaza al salón-comedor y para por el camino sin saber adónde se dirigía. - Le cuesta seguir el argumento de una historia que le contamos o una película que está viendo. - Apenas consigue argumentar una opinión durante una conversación. - Olvida lo que recientemente ha leído. - No recuerda el paso siguiente a realizar en una actividad de la vida diaria (ver Glosario)². 	

TIPOS DE MEMORIA: CARACTERÍSTICAS Y ALTERACIONES.	
C. MEMORIA A LARGO PLAZO (M.L.P.)	
C1. MEMORIA DECLARATIVA C1.1. Memoria Semántica. C1.2. Memoria Episódica.	C2. MEMORIA PROCEDIMENTAL
DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA	
<p>En la memoria a largo plazo (M.L.P.) la información puede ser retenida por un tiempo indefinido y su capacidad es ilimitada; además, contiene información de distinta naturaleza.</p> <p>Los recuerdos en la M.L.P. hacen referencia a "qué", "cómo" y "cuándo". Es considerada como "la base de datos permanente", donde la información se mantiene de forma duradera y en estado inactivo.</p> <p>Es la estructura en la que se almacenan los recuerdos vividos, el conocimiento acerca del mundo, imágenes, conceptos, estrategias de actuación, procedimientos, etc. Por ejemplo, cuando se solicita a la memoria alguna información concreta que ha de ser recordada para que la persona pueda interactuar con el ambiente, esta M.L.P. se pone en funcionamiento.</p>	

TIPO DE PROCESO ATENCIONAL	HABILIDADES RELACIONADAS Y FACULTADES QUE POSIBILITA
ATENCIÓN SELECTIVA	La habilidad de una persona para responder a los aspectos esenciales de una tarea o situación y pasar por alto aquella información que es irrelevante.
ATENCIÓN DIVIDIDA	Se da cuando, para realizar una tarea, el sujeto debe atender a dos estímulos al mismo tiempo, teniendo que compartir (o dividir en dos focos la atención) su capacidad cognitiva porque la tarea a realizar es compleja.
ATENCIÓN SOSTENIDA	Tiene lugar cuando un individuo debe mantenerse consciente en una tarea y puede ocuparse en su realización durante un periodo de tiempo prolongado.
ATENCIÓN INVOLUNTARIA	<p>Está relacionada con la aparición de un estímulo nuevo, fuerte y significativo que provoca una reacción fisiológica; por ejemplo, un sobresalto ante el ruido de un golpe inesperado o la respuesta de orientación que realiza de forma inmediata el cuerpo humano ante un estímulo sorpresa.</p> <p>Estas respuestas desaparecen cuando tales estímulos dejan de ser inesperados y se convierten en previsibles a causa de su repetición o monotonía.</p>
ATENCIÓN VOLUNTARIA	La atención voluntaria exige un alto grado de control y selección sobre la información sensorial que es recibida desde el exterior. Se desarrolla en la niñez con la adquisición del lenguaje y las exigencias escolares.

Tabla M4.UF2.7. Procesos atencionales y habilidades relacionadas.

TIPOS DE MEMORIA: CARACTERÍSTICAS Y ALTERACIONES.

C. MEMORIA A LARGO PLAZO (M.L.P.) (Continuación)

- C1. **MEMORIA DECLARATIVA:** es el almacén de los conocimientos generales sobre el mundo y acerca de las experiencias vividas por cada persona.

C1.1. **Memoria semántica:** almacena la información conceptual; esto es, las relaciones entre distintos conceptos organizándolos en función de su significado. En ella se guardan todos los elementos relacionados con el lenguaje, la lógica y las matemáticas. Es la red del conocimiento.

C1.2. **Memoria episódica:** contiene información personal: eventos o episodios de nuestra propia vida, los momentos en que ocurrieron y los lugares. Estos contenidos almacenados responden a las preguntas de "qué pasó" o "dónde ocurrió y cuándo". Las experiencias se almacenan en el mismo orden en el que los hechos se aprendieron o sucedieron. Está muy influenciada por el estado emocional de la persona en el momento de almacenar las experiencias vividas y, por ello, es la memoria más susceptible al olvido.

- C2. **MEMORIA PROCEDIMENTAL:** permite recordar cómo se hacen las cosas; es decir, los procedimientos (por ejemplo, comer utilizando los cubiertos, abrir una puerta usando una llave, lavarse los dientes,...) Así, sirve para almacenar información sobre aquellas estrategias que nos permiten interactuar con el medio ambiente. Por ejemplo, las tareas de conducir, mecanografiar, utilizar el ratón, etc. y otros repertorios conductuales que se ponen en marcha de manera automática.

La mayoría de las veces, este tipo de comportamientos o estrategias cognitivas se realizan de modo inconsciente y de manera automática. Como consecuencia, la persona puede llevar a cabo otras tareas al mismo tiempo; por ejemplo, conducir y contar un cuento al mismo tiempo.

Las habilidades almacenadas se aprenden gradualmente, tras haberlas realizado en repetidas ocasiones.

Otras clasificaciones mencionan la denominada **MEMORIA REMOTA**, que es la que se encarga de almacenar situaciones y sucesos que ocurrieron hace mucho tiempo y es la más resistente al deterioro. En las personas mayores, se suele dar el caso de que no recuerdan acontecimientos recientes (por ejemplo, lo que han comido hoy) pero sí eventos remotos (por ejemplo, algo que les ocurrió en su juventud).

POSIBLES ALTERACIONES MNÉSICAS	INDICADORES A OBSERVAR EN LA INSTITUCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Afectación del proceso de recuperación de datos. - La información se encuentra almacenada pero el paciente no puede tener acceso a ella; no la recuerda. - En los cuadros de deterioro leve, la memoria episódica parece verse más afectada que la memoria semántica. - La memoria procedimental se conserva en buen estado, prácticamente, hasta la última fase de una demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se muestra incapaz de definir objetos cotidianos. - Olvida fechas o eventos relevantes. - Parece no conocer el significado de las palabras de uso ordinario. - Altera el orden de las secuencias de hábitos, como vestirse, lavarse los dientes, etc. - Se olvida en qué sala se imparte un taller al que asiste desde hace tiempo. - No recuerda el nombre de sus compañeros o cuidadores.

NIVEL DE DETERIORO DEL PACIENTE DEMENTE	INTERVENCIÓN COGNITIVA: EJERCICIOS.
Primer nivel: DETERIORO LEVE.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos generales sobre el mundo. - Escritura y la lectura. - Capacidades básicas: atención, orientación y memoria.
Segundo nivel: DETERIORO MODERADO.	<ul style="list-style-type: none"> - Estímulos más simples que en el nivel anterior. - Ejercicios orientados a conservar la memoria remota (ML.P.). - Aspectos cognitivos más instrumentales: lenguaje, percepción visual y capacidades práxicas (destrezas motoras). - Lectura.
Tercer nivel: DETERIORO GRAVE.	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación de la memoria procedimental. - Ejercicios con objetos reales y de uso básico en su vida diaria. - Promoción de aspectos motores de las ABVD (aseo personal, preparación de la comida, el uso del teléfono, etc.) - Interacción con el ambiente y para la adaptación a su entorno: reconocimiento visual de objetos, reconocimiento espacial y manipulación de objetos de uso habitual.

Tabla M4.UF2.6. Intervención cognitiva en pacientes con demencia según nivel de deterioro.

1.6. Técnicas para el entrenamiento de la memoria: el entrenamiento sensorial.

- A través de actividades lúdicas y de autocuidado dirigidas a la estimulación de los órganos se puede “entrenar” al usuario para que consiga discriminar las distintas modalidades sensoriales: táctil, olfativa, auditiva y visual.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

El sistema nervioso central es estimulado a partir de la integración sensitiva, procedimiento que organiza la actividad del sistema sensorial. Este hecho permite al usuario encontrar más sentido al mundo físico que le rodea; además, cuando el cuerpo y los sentidos trabajan como un todo, al cerebro le resulta más fácil adaptarse al medio y aprender.

1.7. Técnicas para el entrenamiento de la orientación espacial, temporal y personal.

- El uso de ayudas externas y la adaptación ambiental y funcional del entorno físico y humano.

- Agendas electrónicas portátiles y otro tipo de claves de ayuda que pueden transmitir vocalmente al paciente la información que debe recordar.
 - Anotaciones estables.
 - Agendas.
 - Diarios.
 - Lista de tareas pendientes.
 - Panel de actividades diarias.
 - Calendarios.
 - Horarios personalizados, útiles en el caso de los pacientes con discapacidad intelectual, donde se especifican las actividades a realizar aquellos días en los que cambia su rutina.
 - En pacientes con deterioro cognitivo leve o moderado, se aconseja:
 - El entrenamiento en el uso de un reloj y un diario.
 - El aprendizaje del uso de un libro de memoria.
 - Los libros/cuadernos ilustrados.
- Las nuevas tecnologías como instrumentos para el entrenamiento cognitivo.
- Presentar fotografías personales del paciente y de su entorno.
 - Simular en la pantalla una tarea cotidiana que tenga relevancia para el enfermo, mientras se le dan pautas para que pueda ejecutarla de forma virtual.
 - Realizar una tarea concreta de estimulación cognitiva, en la que el ordenador le va informando de los éxitos o fracasos.
- Técnicas para el entrenamiento del razonamiento.
- El razonamiento es una función cognitiva compleja que nos permite reflexionar y opinar, imaginar situaciones hipotéticas, entender y ejecutar órdenes, hacer previsiones, etc.
 - Se considera una capacidad mental elaborada, junto a otras facultades humanas como el lenguaje, el cálculo, la lectura y la escritura.
 - Cuando existe deterioro cognitivo, el razonamiento y la capacidad de abstracción pueden encontrarse alterados.

	ESTIMULACIÓN Y MANTENIMIENTO DE...	EJERCICIOS
Primera fase: deterioro leve.	Atención.	- Series numéricas concretas. - Nombres de los meses del año en sentido directo e inverso, etc.
	Concepto numérico y cálculo.	- Cálculo mental. - Operaciones aritméticas. - Juegos numéricos.
	Razonamiento lógico y matemático.	- Clasificar objetos según sus características. - Resolución de problemas.
Segunda fase: deterioro moderado	Razonamiento lógico y matemático.	- Sumas y restas de una o dos cifras. - Reconocimiento de números. (Las tareas deberán ser más sencillas que en la fase anterior).
	Conexión con el entorno. Percepción visual.	- Reconocimiento de objetos cotidianos (utensilios de cocina, muebles, etc.). - Ejercicios de clasificación de palabras según diferentes campos semánticos.

Tabla M4.UF2.10. Ejercicios para potenciar la capacidad cognitiva: activación mental y entrenamiento del razonamiento según el estado evolutivo de la enfermedad.

ACALCULIA

El paciente se muestra incapaz de realizar operaciones aritméticas. Hay varios tipos:

1. Acalculia afásica: incomprensión de números y signos aritméticos.
2. Acalculia espacial: altera las reglas de colocación de los dígitos o escribe de forma incorrecta en las operaciones de cálculo escritas.
3. Discalculia: disfunciones en el procesamiento numérico; por ejemplo, en los pasos a seguir para resolver un problema.

PENSAMIENTO ABSTRACTO

Pueden aparecer alteraciones en la capacidad para encontrar asociaciones entre palabras que están relacionadas, dificultad para definir palabras o conceptos, así como incapacidad para interpretar refranes. Así, muestran importantes problemas para:

1. Detectar semejanzas y diferencias.
2. Desarrollar tareas de organización
3. Elaborar categorías conceptuales.
4. Formular metas y llevarlas a cabo a través de un plan.

Tabla M4.UF2.9. Posibles deterioros cognitivos en pacientes dependientes.

2. MANTENIMIENTO Y ENTRENAMIENTO DE HÁBITOS DE AUTONOMÍA PERSONAL EN SITUACIONES COTIDIANAS.

2.1. Técnicas, procedimientos y estrategias de intervención.

- Se calcula que, aproximadamente, un tercio de las personas con discapacidad intelectual (DI) presentan trastornos mentales (TM) o trastornos de la conducta (TC).
- Percibidos por los cuidadores profesionales como “difíciles de tratar” y socialmente “menos maduros”, debido a las alteraciones graves que protagonizan.
- En cada institución social, existe un reglamento de organización y funcionamiento interno donde se detallan las normas de convivencia y el régimen de corrección que será aplicado en estos casos.
- Apoyo conductual positivo.
 - Lo problemático no son las intenciones que la persona tiene, sino los medios que habitualmente utiliza para lograr sus objetivos.
 - Es posible que un paciente haya aprendido que la forma más eficaz de lograr sus deseos es poniendo en práctica conductas gravemente disruptivas.

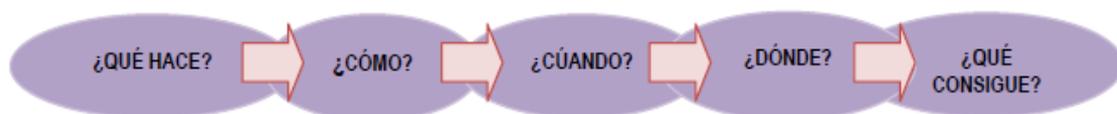


Gráfico M4.UF2.5. Cuestiones a responder para detectar el comportamiento problemático.

- Cuándo es más probable que la persona presente una alteración de la conducta:
 - A qué hora del día.
 - Con qué personas.
 - Ante qué tipo de indicaciones.
 - Si trata de comunicar alguna necesidad o deseo por medio de un comportamiento de este tipo, etc.
 - En qué contexto físico y/o social.
 - En qué tipo de actividades o situaciones.
 - Qué consigue con esa respuesta.

- El entrenamiento consiste en enseñar al paciente otras formas distintas de conseguir sus metas o expresarse a través de la aplicación de estrategias de conducta más apropiadas.
- Según el caso concreto, podrán ser utilizados el refuerzo positivo, el refuerzo de conductas incompatibles, la extinción de la conducta, etc. La intervención conductual debe ser elaborada de forma personalizada.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

De forma general, desde la unidad residencial, deben ser entrenadas ciertas habilidades generales y otras herramientas de autocontrol útiles para relacionarse con los demás y consigo mismo de una forma adecuada. Nos referimos a la empatía, la tolerancia a la frustración, el locus de control interno (autorresponsabilidad), la capacidad para elegir, las habilidades para afrontar situaciones en las que la recompensa no es inmediata, etc. Si el usuario posee destrezas en este tipo de habilidades, puede lograr un relativo control de sus impulsos y un adecuado manejo de las emociones.

El plan de apoyo conductual debe ser llevado a cabo por todas las personas que tengan contacto directo con el usuario dentro de la residencia (por el personal de atención directa) y fuera de la misma (las pautas también serán aplicadas por los familiares en los momentos de visitas o en salidas del paciente fuera de la unidad).

2.2. Técnicas de resolución de conflictos.

- Cuando aparezca una situación social, familiar, laboral, o personal que coloca en contradicción y enfrentamiento a pacientes, profesionales, familias o grupos.
 - Diferencias en cuanto a intereses, necesidades y deseos de cada uno.
 - Diferencia de opinión de un proceso a seguir (cómo hacer las cosas).
 - Criterio a seguir para tomar una decisión.
 - Criterio de repartición de algo (quién se lleva qué parte).
 - Diferencia de ideas o valores.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Debemos comprender que el conflicto es algo natural y que puede ser vivido como un desafío interesante. Asumiendo esta perspectiva, las dificultades pueden ser transformadas en una experiencia constructiva y enriquecedora para los usuarios.

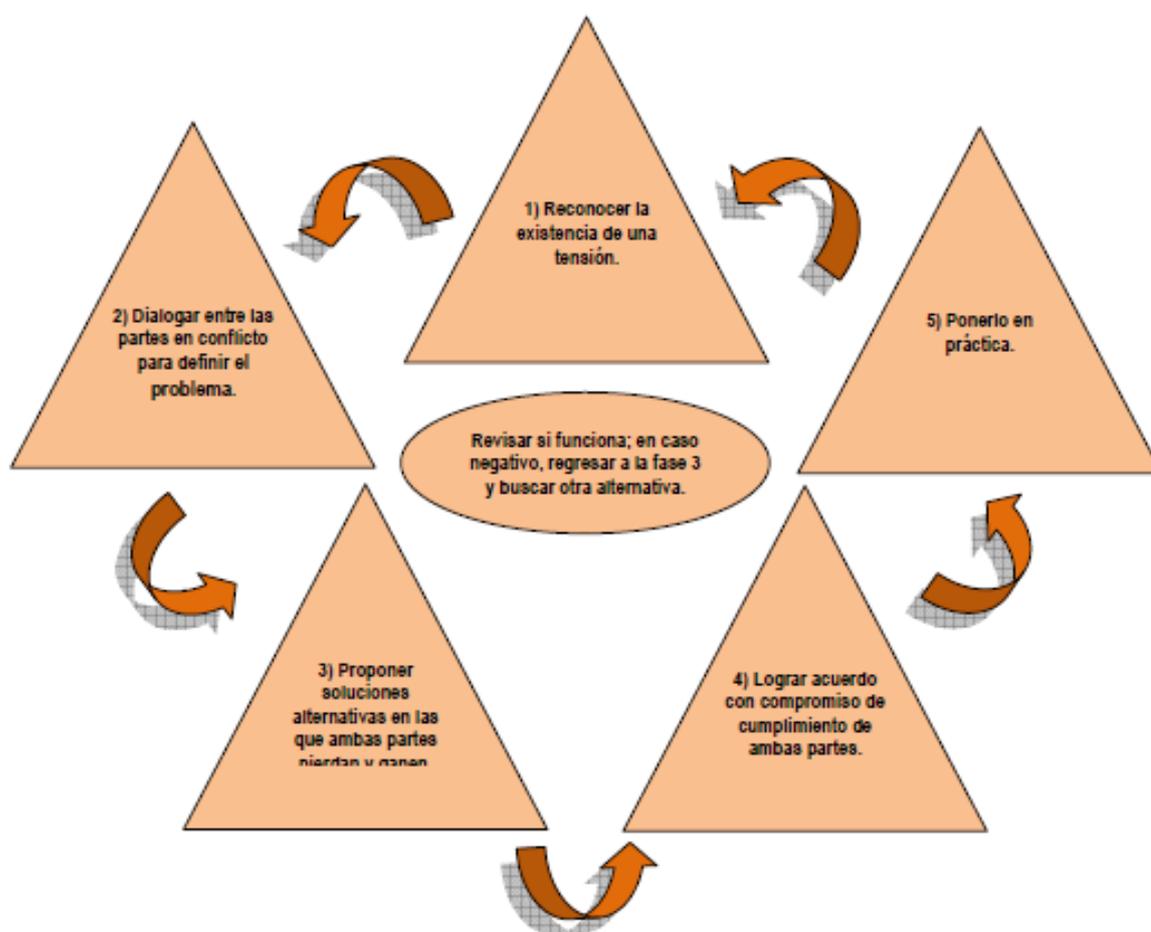
Cuando un conflicto no es resuelto adecuadamente, los sentimientos asociados a él (rabia, pena, dolor, humillación) quedan guardados. Las emociones negativas se van acumulando dentro de la persona, quedando ésta predispuesta a expresar un nuevo conflicto en el futuro motivado, incluso, por otra circunstancia distinta.

La evitación del conflicto no sólo deja sin solucionar el problema de fondo, sino que, además, provoca sentimientos de frustración interna. La rabia contenida puede desencadenar en la manifestación de conductas agresivas (ira no controlada), llegando al riesgo de que este sentimiento pueda ser expresado de forma violenta.

La visión positiva del conflicto lleva a la clarificación de los problemas e invita a que las personas pretendan resolver sus dificultades, a través de una comunicación auténtica consigo misma y con los demás.

- Tipos de conflicto:
 - Conflicto intrapersonal.
 - Conflicto interpersonal.
 - Conflicto organizacional.

- Actitudes básicas:
 - Valorar el diálogo como instrumento de resolución del conflicto.
 - Ser capaz de escuchar y contener al otro en su visión del problema.
 - Generar confianza: confiar en el otro y en los compromisos que se adquieran.
 - Cooperar para que se llegue a un acuerdo entre las dos partes que se enfrentan.



Mapa Conceptual M4.UF2.1. Esquema para la resolución de conflictos de manera pacífica.

ELEMENTOS DEL CONFLICTO	ASPECTOS QUE LO DETERMINAN		
PROTAGONISTAS (distinguiendo entre actores principales y secundarios)	1.1. La percepción del problema (desde las dos partes que se enfrentan). 1.2. Las emociones, los sentimientos (respecto al enfrentamiento). 1.3. Los intereses y necesidades (tanto los que se ponen abiertamente de manifiesto, como aquellas otras que el paciente no reconoce).		
DINÁMICA DEL CONFLICTO (la historia que ha llevado a esta situación)	2.1. Conflicto latente (tensión oculta). 2.2. La "chispa" (el hecho concreto que saca la tensión a la luz). 2.3. El "meollo" (la puesta de manifiesto).		
TIPO DE COMUNICACIÓN	3.1. Interpretación de las posturas corporales. 3.2. Comunicación verbal y no verbal agresiva.	3.3. Distribución del lugar de cada uno en el espacio. 3.4. Participación: tipo de relación e influencia sobre el otro.	
ESTILO DE AFRONTAMIENTO (papel que juega cada parte)	4.1. Competidor. 4.4. Negociador.	4.2. Evitativo. 4.5. Otro.	4.3. Sumiso.
CONTEXTO	4.1. Atmósfera grupal: ¿Es cooperativa? ¿Amistosa? ¿De satisfacción? ¿De alegría? ¿De tensión? ¿De aburrimiento? 4.2. Inclusión del grupo: ¿Existen subgrupos? ¿Hay algún o algunos usuarios que no están integrados en el grupo? 4.3. Grado de confianza entre los compañeros. 4.4. Otros factores del entorno personal y físico.		

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Generalmente, los pacientes responden ante la preocupación de otras personas y reaccionan ante los estímulos de la comunicación no verbal y verbal (cada cual según su capacidad cognitiva). No obstante, debido a las barreras comunicativas que presentan algunas personas en situación de gran dependencia, la prevención de ciertos comportamientos destructivos no resulta una tarea sencilla.

2.3. Procedimientos y estrategias de modificación de conducta.

- Reglamento que indica las pautas de organización interna y del funcionamiento del centro.

- Todos los residentes de la unidad deben conocer estas reglas y normas de convivencia.
- Cuando el paciente posee una actitud respetuosa y un comportamiento adecuado se aplica un refuerzo positivo a estas conductas.
- Relacionados con adquisiciones materiales y adaptaciones especiales.
- Relacionados con el horario o las condiciones de uso del recurso residencial.
- Relacionados con actividades de ocio y tiempo libre.
- Técnicas de modificación de conducta.
- Refuerzo positivo.
- Reforzamiento de conductas incompatibles.
- Reforzamiento de tasas bajas de conducta.
- Extinción.
- Economía de fichas.
- Modelado.
- Técnicas basadas en el principio del castigo.
 - Coste de respuesta.
 - Tiempo fuera.
- Sobrecorrección.
- Reprimendas.
- Saciación.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Las estrategias de intervención que componen un plan de apoyo conductual deben estar basadas en la comprensión de la persona y su conducta, dentro de un contexto social determinado.

Para que este procedimiento funcione, la recompensa tiene que estar en relación con los intereses del usuario. La consecuencia positiva debe ser cognitiva y emocionalmente apropiada para la persona. En general, cuando una persona obtiene el reforzamiento social, se siente querida y aumenta la seguridad en sí misma.

El sistema de refuerzos puede establecerse también a nivel grupal. A menudo, se observa que cuando se aplican premios a causa de un buen comportamiento grupal, la mayoría de los usuarios progresan adecuadamente.

2.4. Comportamientos en grupo.

- Un grupo es un conjunto de personas relacionadas entre sí y unidas por una finalidad común.
- Denominaremos grupo a la pluralidad de pacientes que comparten un espacio terapéutico, interactúan según un sistema de pautas establecido, y se relacionan y trabajan para conseguir unos objetivos comunes.
- Factores:
 - La cohesión.
 - La atmósfera grupal.
 - El grado de comunicación.
 - Las normas del grupo.
 - Los roles dentro del grupo.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

En relación con el clima socioemocional o afectivo del grupo, el profesional debe crear un ambiente físico que contribuya a la espontaneidad, la participación y la cooperación. En este punto son muy importantes:

- Las condiciones materiales de la sala (disposición de los muebles, situación de los participantes unos respecto a otros, silencio ambiental, ambiente agradable, etc.)
- Desarrollar y reforzar en el grupo las actitudes de cooperación y participación.
- Un grupo funciona mejor cuando el puesto de líder va rotando de manera informal entre todos los miembros, según las necesidades, aptitudes, tareas y circunstancias del grupo.
- Un líder grupal positivo es aquel que facilita las tareas y gestiona de forma saludable la dinámica emocional del grupo. Por el contrario, un líder grupal negativo distorsiona, interrumpe y dificulta las actividades que propone el cuidador y, por tanto, pone obstáculos a su desempeño profesional.
- El clima grupal debe favorecer la satisfacción de necesidades individuales como:
 - Expresar los propios pensamientos y sentimientos.
 - El deseo de ser aceptado y comprendido.
 - La necesidad de ser considerado como valioso.
 - El deseo de triunfar y tener éxito.
 - La necesidad de afecto.
 - Fomentar la comunicación y las interacciones entre los miembros.
 - Reducir las tensiones que se produzcan en el grupo.

2.5. Utilización de las dinámicas de grupo.

- Dinámica de grupo:
 - Cambios internos que se producen en un grupo como resultado de la influencia de factores tanto internos como externos al mismo.

- También se refiere a los cambios que se producen en la conducta individual de cada miembro como resultado de estar inmerso en el grupo.
- Igualmente, hace referencia a la búsqueda de los motivos por los que los grupos y sus miembros se comportan de determinada forma.
- Pueden utilizarse las dinámicas de grupo para el desarrollo de habilidades para la vida:
 - Una autoestima positiva.
 - Habilidades para la comunicación exitosa.
 - Capacidad para la resolución de conflictos y toma de decisiones.
 - Control de las emociones negativas, de estrés y ansiedad, etc. en los usuarios.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Las técnicas de dinámica de grupo complementan lo intelectual, permitiendo que los pacientes adquieran nuevos conocimientos y habilidades, y desarrollen valores y actitudes.

No obstante, debemos recordar que ninguna de las técnicas de grupo está indicada para ser aplicada en cualquier circunstancia. Por esto, antes de poner una de ellas en práctica, deben ser analizados previamente una serie de factores:

- Número de personas (tamaño del grupo).
- Edad (edad media de los participantes, pudiendo distribuirlos en subgrupos).
- Capacidad física y psíquica de los miembros del grupo (las personas dependientes).
- Características específicas y necesidades concretas de los usuarios.
- Los objetivos a conseguir con la actividad.
- La madurez y el entrenamiento del grupo en este tipo de actividades.
- La experiencia y capacidad del profesional para llevar a cabo la técnica.

Además, a la hora de poner en práctica una dinámica de grupo debemos tener muy en cuenta que la mayoría de las personas en situación de dependencia son muy sensibles al medio, por lo que tendremos que cuidar mucho los siguientes factores:

- La atmósfera humana; es decir, que los participantes se conozcan los unos a los otros; que exista un nivel suficiente de confianza o, al menos, de cooperación, comunicación interpersonal, etc.
- El entorno material, debido a que el ambiente físico determina el éxito de las dinámicas. Nos referimos, concretamente, al contexto en el que se realizan los talleres y los objetos que rodean a los participantes. Aspectos como la iluminación, la ventilación, el ruido ambiental, las condiciones físicas del local, el mobiliario, la forma de colocar las sillas, y otros factores influyen en el grupo, creando un ánimo grupal favorable o no.

2.6. Observación del usuario en situaciones espaciales, fiestas y eventos.

- La observación es la herramienta básica de la evaluación cuando se trata del comportamiento humano.
- Las situaciones especiales que se desarrollan en la institución son ocasiones en las que resulta indispensable realizar la técnica de observación.
- Técnicas básicas de observación:
 - Las técnicas de observación parten de la premisa de que no se puede observar todo, ni observar siempre.
 - La observación requiere la cuidadosa elección de una persona, unos contenidos, un lugar y un tiempo para realizar esta tarea.
 - La observación directa consiste en analizar y registrar la conducta de la persona en su ambiente natural a lo largo de un periodo amplio de tiempo.

SITUACIONES QUE PUEDEN SER OBSERVADAS	IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DEL COMPORTAMIENTO DEL USUARIO
SOBRE SUS CARACTERÍSTICAS PERSONALES	¿Tiene buen autoconcepto y autoestima? ¿Tolera los fracasos? ¿Reconoce los errores?, etc.
EN RELACIÓN A SU RENDIMIENTO OCUPACIONAL	¿Termina las tareas? ¿Es competente? ¿En qué actividades o juegos demuestra más interés y en qué actividades se inhibe? ¿Cómo se relaciona con el grupo de iguales?, etc.

Tabla M4.UF2.13. Técnicas para la observación del comportamiento.

TIPO DE CONDUCTAS GRAVES	INDICADORES COMPORTAMENTALES
LENGUAJE OFENSIVO	Amenazas _____ Gritos _____ Insultos _____ Otros _____
AUTOLESIONES	Mordeduras _____ Golpes _____ Cortes _____ Quemaduras _____ Otros _____
HETEROAGRESIVIDAD (agresiones dirigidas a otras personas)	Golpes _____ Patadas _____ Mordeduras _____ Tirones de pelo _____ Golpes con objetos _____ Destrucción de objetos _____ Otros _____
CONDUCTA DISRUPTIVA	Demandas excesivas de atención _____ Incapacidad para estar quieto _____ Interrumpe la actividad de sus compañeros _____ Protestas continuas _____ Busca peleas _____ Grita, ríe o llora sin motivo _____ Otros _____

SITUACIONES QUE PUEDEN SER OBSERVADAS	IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DEL COMPORTAMIENTO DEL USUARIO
EN LAS ACTIVIDADES O DURANTE LOS TALLERES	¿Conserva el material común? ¿Devuelve lo que le prestan? ¿Da la cara cuando le descubren? ¿Está motivado?, etc.
EN LOS ESPACIOS DE OCIO Y TIEMPO LIBRE	¿Es noble? ¿Sabe perder? ¿Manifiesta autocontrol? ¿Expresa interés?, etc.
ACERCA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES	¿Es respetuoso? ¿Ayuda a los demás? ¿Sabe escuchar? ¿Es tolerante? ¿Se muestra extrovertido? ¿Colabora en los trabajos de equipo? ¿Muestra dependencia de los compañeros? ¿Afronta las dificultades solo? ¿Resuelve los conflictos de forma consensuada? ¿Se impone entre sus iguales de forma agresiva?, etc.
CON LOS PROFESIONALES	¿Es sincero? ¿Pide turno para hablar? ¿Colabora con los profesionales? ¿Pregunta lo que no entiende? ¿Muestra dependencia del cuidador? ¿Se muestra desafiante?, etc.
RESPECTO AL CENTRO	¿Sigue las normas? ¿Respeto el entorno? ¿Cuida y mantiene limpio los espacios que utiliza?, etc.

Tabla M4.UF2.14. Técnicas para la observación del comportamiento. (Continuación)

COMPORTAMIENTO SOCIAL INADECUADO	Emite sonidos perturbadores _____ Emite ruidos molestos _____ Grita _____ Muestra conductas sexuales públicas o inadecuadas _____ Manipula pertenencias de los demás _____ Orina en lugares inadecuados _____
RECHAZO DE LOS CUIDADOS	Rechaza la toma de medicación _____ No se deja inyectar _____ Rechaza la ayuda para alimentarse, asearse, etc. _____ Otros _____
ACTITUD NEGATIVISTA	No respeta normas _____ No obedece indicaciones _____ No espera turnos _____ No asiste a actividades terapéuticas _____ No _____ hace _____ sus tareas _____
OTRAS CONDUCTAS	Rabietas _____ Deambulación _____ Conductas de aislamiento _____

Tabla M4.UF2.15. Tipos de conductas problemáticas⁸

-  Ofrecer una escucha activa, a todos los pacientes y a todo lo que pasa.
-  Situar en el lugar del otro, para entenderle mejor y ser un apoyo.
-  No perder nunca la calma, oiga lo que oiga y pase lo que pase.
-  Respetar, valorar a cada uno por lo que es y cómo es, considerando a la persona más allá de su comportamiento observable.
-  Estar atento a las necesidades, inquietudes y problemas de cada usuario.
-  Mostrarse como una persona accesible, con autoridad y cercana.

Gráfico M4.UF2.6. Habilidades profesionales requeridas para la utilización de la observación participante.

2.7. Intervención en situaciones de crisis.

- Gritos incontrolables.
- Ensuciar reiteradamente la habitación u otras zonas del centro con alimentos o excrementos.
- Exhibición reiterada del cuerpo desnudo antes los demás.
- Masturbación en público.
- Persecución reiterada con intenciones sexuales de otros pacientes o del personal de la residencia.
- Tocamientos eróticos no solicitados a otros residentes o al personal de la residencia.
- Conductas agresivas y de provocación a otros usuarios, etc.

HOJA DE REGISTRO DE INCIDENCIAS		
NOMBRE DEL USUARIO/A: _____		FECHA: _____
Tipo de conducta: (Señalar con una X)		
HETEROAGRESIVA _____	NEGATIVISTA _____	OFENSIVA _____
AUTOLESIVA _____	RETRAÍDA _____	NO COLABORADORA _____
DISRUPTIVA _____	DESTRUCTIVA _____	HIPERACTIVA _____
<p>Explicación detallada del episodio: ¿Por qué entró en crisis? ¿Dónde comenzó el incidente? ¿Qué estaba haciendo antes de desarrollar la conducta desajustada? ¿Qué personas estaban presentes inmediatamente antes de que se produjera el episodio? ¿Qué hicieron estas personas antes de que apareciera el incidente? ¿Qué personas estaban presentes durante el episodio? ¿Cómo actuaron estas personas mientras tenía lugar el comportamiento?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
Duración aproximada del episodio: _____		
Intensidad de la crisis: Leve _____ Media _____ Grave _____		
<p>Explicación detallada de la intervención que se llevó a cabo: ¿Cómo aceptó la persona esta intervención? ¿La persona asumió su responsabilidad? ¿Qué apoyos necesitaría el usuario para reducir la tasa de emisión de estos comportamientos?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
Nombre de la persona que cumplimenta el presente documento: _____		

- Procedimiento de control de la crisis:
- La prioridad en la activación de un procedimiento para responder ante una situación de crisis o emergencia será siempre el diálogo, con el que se intentará evitar que la crisis estalle.
- Debemos tener en cuenta que en pacientes dependientes los posibles sucesos contextuales pueden hacer que éstos no toleren determinadas situaciones.
- En todos los casos se pondrán en práctica acciones protectoras.
- Puesta en práctica de la sujeción mecánica.
- En las crisis más graves, la estrategia utilizada es la inmovilización física, aunque en algunos casos extremos se puede llegar a utilizar la inmovilización farmacológica, siempre con prescripción médica y bajo vigilancia.

Procedimiento: Control de la crisis.

El procedimiento de debe responder a la siguiente secuencia:

1. Aparecen signos que indican que se va a producir una crisis; por ejemplo, el usuario grita, tiene un habla acelerada, se agita corporalmente, repite palabras obscenas de forma incontrolada, etc. Se intentará evitar por medio del diálogo o interviniendo en el entorno.
2. Se produce la explosión de las conductas problemáticas: insulta, amenaza, sale de la sala sin pedir permiso, destroza el mobiliario, se autolesiona, intenta agredir a los cuidadores, etc.
3. **Se ejecuta la respuesta profesional**; esto es, una intervención conductual para controlar la situación:
 - El profesional reduce los estímulos sensoriales -para ello, conduce al paciente a un aislamiento- o pone en práctica la sujeción mecánica si es necesario.
 - En caso necesario, realiza una inmovilización física.
 - Si no hay alternativa, el cuidador alertará a los servicios médicos para que procedan a la inmovilización farmacológica, que consistirá en suministrar medicación al paciente.

El fin de estas actuaciones es, en todos los casos, evitar que paciente ponga en riesgo su integridad física o la de otras personas del entorno.

Procedimiento: Intervención en una situación de crisis⁸.

- . A) El primer paso consiste en la identificación de las situaciones que requieren ser tratadas como crisis. Igualmente, deben ser concretadas aquellas conductas que comprometen seriamente a la persona o a otros usuarios, además de definir qué consecuencias negativas siguen al comportamiento desajustado.
- . B) El segundo paso será valorar el nivel de riesgo físico y decidir qué procedimiento resulta más adecuado para una situación concreta de crisis.
- . C) Finalmente, se procede a la puesta en práctica del protocolo de emergencia y se valoran los resultados. La evaluación continua resulta indispensable para establecer si una pauta de control es pertinente y efectiva y si posee validez; es decir, si es aplicable en otra situación futura cuando las circunstancias lo demanden.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

Cada vez que un usuario tenga que ser sometido a una restricción física, el aislamiento involuntario o la aplicación de un medicamento (empleado para restringir las capacidades del paciente: movilidad, comunicación, reacción, etc.), estos eventos se pondrán en conocimiento de la familia (o en su caso, del tutor o representante legal).

En todas las ocasiones, y mientras se mantengan estas medidas, los usuarios **permanecerán bajo el cuidado de profesionales cualificados y en condiciones de seguridad y de máximo respeto a su dignidad.**

Como profesionales debemos tener en cuenta...

El protocolo de intervención en crisis debe ser considerado como un tipo más de actuación educativa, ya que es aplicada por el personal que trabaja en la institución. El equipo interdisciplinar debe conocer el plan de actuación a aplicar en estos casos de urgencia. En el reglamento interno de organización y funcionamiento del centro se recogen, entre otras cuestiones, las medidas que el personal puede ejecutar cuando la situación de crisis ponga en riesgo la integridad de una persona.

2.8. Comunicación de incidencias al grupo interdisciplinar.

- Formas de registro:
 - Libro-Diario.
 - Cambio de turno.
 - Reuniones de coordinación.
- Coordinación ante situaciones de intervención especiales.
 - Se podrá convocar una reunión específica para el abordaje del tema.

GUIÓN PARA LA DISCUSIÓN GRUPAL

- Definir la conducta problemática (su forma, duración, frecuencia e intensidad).
- ¿Qué sucesos del entorno predicen que se va a producir la crisis? (buscando los antecedentes).
- Identificar lo que consigue el paciente como resultado (identificando las consecuencias).
- ¿Quería el paciente comunicar algo con esta conducta? (se presupone que los problemas de comportamiento tienen un objetivo comunicativo).
- ¿Cuál es la forma básica de comunicación de este usuario y cómo suele expresar lo que necesita o desea?
- ¿Qué cosas o situaciones le gustan a esta persona? (en busca de un refuerzo positivo personalizado).
- ¿Qué intervenciones han funcionado en otras ocasiones para controlar un comportamiento desajustado de este tipo?
- ¿Qué elementos vamos a introducir en la intervención para mejorar la autonomía personal de este usuario?

Tabla M4.UF2.17. Guión para la realización de la discusión grupal del equipo interdisciplinar⁹.

Como profesionales debemos tener en cuenta...

La revisión grupal ayuda a los cuidadores a identificar la conducta problemática y relacionarla con aquellos factores ambientales que pueden ser controlados.

Las reuniones de coordinación ayudan a identificar cuáles son las estrategias más efectivas para la intervención en crisis, así como también permiten avanzar en la aplicación de técnicas de modificación de la conducta.

BIBLIOGRAFÍA

- Ania Palacio, J.M.; Silva García, L.; Junquera Velasco, C.R. 2004. Auxiliar de Enfermería del Consorcio Hospitalario de Burgos. Ed. MAD
- Auxiliar de Enfermería - Técnicas y protocolos – Cuidadores.
- Edición electrónica disponible en <http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm>
- CEP. 2009. Manual para auxiliares de Enfermería. Ciclo formativo de Grado Medio. Ed. CEP.
- Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico de la Junta de Andalucía. IFES. 2003. Manual de Auxiliar de Enfermería en Geriatría.
- Cutillas Arroyo, B. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Sistema urinario: anatomía.
- Durante Molina, P.; Pedro Tarrés, P. 2004. Terapia ocupacional en Geriatría: principios y práctica. 2ª Edición. Ed. MASSON.

!

a