

Curso de **auxiliar** de **ayuda a domicilio**



*para la atención de las personas
en situación de dependencia
y apoyo a la autonomía personal*

CURSO DE **AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO**

CURSO DE **AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO**
Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS
EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

**CURSO DE AUXILIAR
DE AYUDA A DOMICILIO**

Edita:

FAMCP.
Federación Aragonesa de Municipios, Comarcas y Provincias

GOBIERNO DE ARAGÓN
Departamento de Servicios Sociales y Familia

Diseño Gráfico:

Estudio Camaleón, Zaragoza

Imprime:

ARPIrelieve, Zaragoza

Depósito Legal:

Zaragoza -2164/08

CURSO DE AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO

1. EL AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO Y SU CONTEXTO DE TRABAJO

1.1. Auxiliar de ayuda a domicilio.....	11
1.2. Servicio de ayuda a domicilio a personas mayores.....	11
1.3. Competencia General.....	11
1.4. Unidades de Competencia.....	11
1.4.1. Contribuir al seguimiento de los casos asistenciales con el Trabajador Social y otros profesionales de servicios sociales.....	12
1.4.2. Controlar los hábitos alimenticios del asistido.....	12
1.4.3. Asegurar la higiene personal del asistido.....	14
1.4.4. Realizar la limpieza del hogar.....	15
1.4.5. Atender las necesidades afectivas, físicas y sociales del asistido.....	16
1.4.6. Contribuir a la integración social del asistido.....	17
1.4.7. Gestionar la documentación y el mantenimiento del hogar.....	18

2. NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ALIMENTACIÓN

2.1. Algunas nociones de dietética.....	21
2.1.1. Las grasas.....	21
2.1.2. Las proteínas.....	22
2.1.3. Hidratos de carbono.....	22
2.1.4. Las vitaminas.....	23
2.1.5. Los minerales.....	23
2.2. Sugerencias para antes de sentarse a la mesa.....	24
2.3. Ayudas técnicas en la alimentación.....	25

3. HIGIENE PERSONAL

3.1. Ducha.....	29
3.1.1. Ducha.....	29

3.1.2. Baño	29
3.1.3. Baño en la cama	29
3.1.4. El cabello.....	30
3.1.5. El afeitado – La depilación	31
3.1.6. Cremas para la cara.....	31
3.1.7. Las manos	31
3.1.8. Los pies.....	31
3.2. Masajes.....	31
3.2.1. Masaje de espalda	31
3.2.2. Masaje de nalgas.....	34
3.2.3. Masaje de pies	35
3.3. Cuidados de los pies en diabéticos	38
3.4. Higiene de la boca.....	39
3.5. La dentadura postiza.....	40

4. ADAPTACIÓN Y HABILITACIÓN DE LA VIVIENDA

4.1. Diseño arquitectónico	45
4.2. Organizar el espacio donde vive	46
4.2.1. Minimizar los factores de riesgo	46
4.2.2. Paliar sus limitaciones físicas	47
4.2.3. Luchar contra sus déficits intelectuales.....	47
4.2.4. Mejorar sus relaciones sociales y afectivas	47
4.2.5. Mejorar la accesibilidad.....	48
4.3. Interior de la vivienda	48
4.3.1. Las instalaciones.....	48
4.3.2. El ruido	49
4.3.3. La iluminación.....	50
4.3.4. Los suelos y las paredes	50

4.3.5. La cocina	51
4.3.6. El baño	53
4.3.7. El dormitorio	55
4.3.8. Muebles y objetos	56

5. PRIMEROS AUXILIOS

5.1. Introducción.....	63
5.2. Actuación ante pequeñas heridas	64
5.3. Quemaduras.....	65
5.4. Lesiones traumáticas.....	65
5.5. Hemorragias.....	68
5.6. Alteración de las funciones vitales.....	69
5.7. Alteraciones de la conciencia.....	70
5.8. Insolación.....	72
5.9. Golpe de calor.....	73
5.10. Intoxicaciones.....	73
5.11. Atragantamiento y obstrucción de vías aéreas.....	76
5.12. Crisis epiléptica.....	78
5.13. Picaduras de insectos.....	80
5.14. Mordedura de animales	80
5.15. Cuerpos extraños.....	81
5.16. Alimentación.....	82
5.17. Botiquín elemental.....	83

CURSO DE **AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO**

1

**EL AUXILIAR DE AYUDA
A DOMICILIO Y SU
CONTEXTO DE TRABAJO**

1. EL AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO Y SU CONTEXTO DE TRABAJO

1.1. AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO

Aquella persona que atiende los cuidados del enfermo tanto física como psíquicamente, y atiende a la familia emocionalmente.

1.2. SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO A PERSONAS MAYORES

Programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesional consistente en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado.

El Servicio de Ayuda a Domicilio es una prestación básica de los Servicios Sociales de Ayuntamientos, Diputaciones e instituciones comunitarias parav atender a personas que, por su edad o debido a alguna enfermedad o incapacidad física o mental han perdido su autonomía y su independencia personal y necesitan de ayuda para seguir su vida diaria. La atención a los usuarios de este servicio requiere la intervención de profesionales especializados con un alto grado de formación.

1.3. COMPETENCIA GENERAL

Colaborar en la planificación y coordinación de los casos asistenciales con el equipo de profesionales, identificando las necesidades del asistido, garantizando la cobertura de las mismas en los ámbitos físico, psíquico y social y en aspectos concretos: alimentación, higiene, sanitarios y administrativos.

1.4. UNIDADES DE COMPETENCIA

1.4.1. Contribuir al seguimiento de los casos asistenciales con el Trabajador Social y otros profesionales de servicios sociales.

1.4.2. Controlar los hábitos alimenticios del asistido.

1.4.3. Asegurar la higiene personal del asistido.

1.4.4. Realizar la limpieza del hogar.

1.4.5. Atender las necesidades afectivas, físicas y sociales del asistido.

1.4.6. Contribuir a la integración social del asistido.

1.4.7. Gestionar la documentación y el mantenimiento del hogar.

1.4.1. CONTRIBUIR AL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS ASISTENCIALES CON EL TRABAJADOR SOCIAL Y OTROS PROFESIONALES DE SERVICIOS SOCIALES

REALIZACIONES PROFESIONALES	CRITERIOS DE EJECUCIÓN
1.1 Colaborar en la identificación de las necesidades personales, familiares y sociales de los sujetos para cumplir con la planificación establecida.	1.1.1 Siguiendo pautas y protocolos de los técnicos de los programas de ayuda a domicilio. 1.1.2 Constatando las necesidades en que sea indispensable su actuación. 1.1.3 Observando discreción y ética profesional en el registro de las carencias detectadas. 1.1.4 Elaborando partes de necesidades e informes según las normas establecidas.
1.2 Comunicar puntualmente al equipo técnico las demandas y necesidades sociales con el fin de mejorar la atención al asistido.	1.2.1 Estableciendo contactos periódicos para notificar, con objetividad, al equipo técnico responsable las anomalías observadas. 1.2.2 Asegurándose de que las sugerencias que aporta están relacionadas con la problemática del asistido.

1.4.2. CONTROLAR LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS DEL ASISTIDO

REALIZACIONES PROFESIONALES	CRITERIOS DE EJECUCIÓN
2.1 Planificar menús, según requisitos de salud y nutrición indicados por los especialistas, para prevenir y controlar los hábitos alimenticios de los asistidos.	2.1.1 Revisando las pautas del especialista. 2.1.2 Siguiendo criterios dietéticos adecuados al asistido. 2.1.3 Utilizando normas de economía doméstica.

<p>2.2 Atender al suministro y reposición de alimentos para garantizar su correcto aprovechamiento.</p>	<p>2.2.1 Verificando las necesidades de aprovisionamiento.</p> <p>2.2.2 Asegurándose del perfecto estado de los productos.</p> <p>2.2.3 Comprobando etiquetado de los envases.</p> <p>2.2.4 Verificando que su selección se realice en orden a la relación preciaocalidad.</p> <p>2.2.5 Cuidando las condiciones de conservación en su distribución.</p>
<p>2.3 Elaborar comidas, según menús programados, para asegurar el cumplimiento de las medidas dietéticas previstas</p>	<p>2.3.1 Teniendo en cuenta la dieta más apropiada en cada patología</p> <p>2.3.2 Utilizando las técnicas y los recursos materiales más adecuados en cada situación.</p> <p>2.3.3 Observando las condiciones higiénicas de manipulación, tratamiento y conservación de alimentos.</p>
<p>2.4 Ayudar a la ingestión de alimentos a los asistidos que lo necesiten facilitando, a través de técnicas e instrumentos, una mejor aceptación de los mismos.</p>	<p>2.4.1 Cumpliendo con las normas higiénicas básicas.</p> <p>2.4.2 Adecuando el ambiente de la estancia.</p> <p>2.4.3 Empleando los útiles y técnicas apropiadas</p> <p>2.4.4 Asegurando al asistido en una postura adecuada a su estado físico.</p> <p>2.4.5 Asegurando una cuidada presentación de los alimentos.</p>

1.4.3. ASEGURAR LA HIGIENE PERSONAL DEL ASISTIDO

REALIZACIONES PROFESIONALES	CRITERIOS DE EJECUCIÓN
<p>3.1 Atender al suministro y reposición de productos de aseo e higiene con criterio económico y según necesidades de uso.</p>	<p>3.1.1 Verificando las necesidades de aprovisionamiento.</p> <p>3.1.2 Comprobando que la selección se hace en orden a la relación preciorcalidad y necesidades del asistido.</p> <p>3.1.3 Cuidando su colocación según funcionalidad y condiciones de conservación.</p>
<p>3.2 Mantener limpia y en buen estado la ropa y el calzado para que el asistido disfrute de higiene y buen aspecto.</p>	<p>3.2.1 Asegurando la utilización de los productos más idóneos en cada proceso.</p> <p>3.2.2 Garantizando el manejo de electrodomésticos y útiles apropiados.</p> <p>3.2.3 Cuidando de la desinfección de la ropa en los casos necesarios.</p> <p>3.2.4 Comprobando su estado y subsanando las deficiencias observadas.</p>
<p>3.3 Realizar el aseo de las personas imposibilitadas con seguridad y según necesidades, para garantizar la adaptación a sus exigencias físicas.</p>	<p>3.3.1 Cuidando escrupulosamente la higiene y aspecto del cabello.</p> <p>3.3.2 Procediendo al rasurado de la barba con cuidado y esmero.</p> <p>3.3.3 Atendiendo a la limpieza de manos, pies, uñas, orejas y ojos.</p> <p>3.3.4 Manteniendo las prótesis en perfecto estado de higiene y conservación.</p> <p>3.3.5 Observando las técnicas y pautas impartidas por el especialista en la ducha y baño del asistido.</p> <p>3.3.6 Contribuyendo a la seguridad y comodidad del asistido al vestirle y desvestirlo, previa selección de la indumentaria.</p>

	<p>3.3.7 Tomando las medidas higiénicas preventivas necesarias para evitar contagios y otras enfermedades.</p> <p>3.3.8 Facilitando las medidas de protección y prevención de accidentes.</p>
--	---

1.4.4. REALIZAR LA LIMPIEZA DEL HOGAR

REALIZACIONES PROFESIONALES	CRITERIOS DE EJECUCIÓN
<p>4.1 Atender al suministro y reposición de productos de limpieza con coherencia y sentido económico para posibilitar la limpieza del hogar.</p>	<p>4.1.1 Verificando las necesidades de aprovisionamiento.</p> <p>4.1.2 Seleccionando en orden a la relación precio-calidad y necesidades del hogar.</p> <p>4.1.3 Asegurando su colocación en los lugares dispuestos para ello según funcionalidad, condiciones de conservación y seguridad.</p>
<p>4.2 Mantener limpias y ordenadas las estancias directamente relacionadas con el atendido para lograr un ambiente agradable.</p>	<p>4.2.1 Evitando corrientes de aire en la ventilación de las habitaciones.</p> <p>4.2.2 Atendiendo al cambio de ropa de la cama y hechura de la misma.</p> <p>4.2.3 Garantizando el manejo de electrodomésticos, útiles y productos apropiados para la limpieza</p> <p>4.2.4 Observando las normas de seguridad en la desinfección con productos específicos.</p>

1.4.5. ATENDER LAS NECESIDADES AFECTIVAS, FÍSICAS Y SOCIALES DEL ASISTIDO

REALIZACIONES PROFESIONALES	CRITERIOS DE EJECUCIÓN
<p>5.1 Prevenir posibles situaciones de riesgo en el domicilio del asistido para evitar problemas y accidentes.</p>	<p>5.1.1 Identificando posibles objetos que puedan causar daños en el ámbito de deambulación.</p> <p>5.1.2 Proponiendo la reordenación y adecuación de espacios.</p>
<p>5.2 Contribuir a la movilidad y mantenimiento físico y psíquico del asistido propiciando su bienestar integral para facilitar el servicio demandado.</p>	<p>5.2.1 Previendo posibles riesgos en sus movimientos.</p> <p>5.2.2 Realizando cambios posturales de forma periódica y empleando medios que alivien la presión al asistido según los casos.</p> <p>5.2.3 Colaborando en la ejecución de ejercicios físicos.</p> <p>5.2.4 Seleccionando cremas o productos apropiados en la realización de masajes elementales.</p> <p>5.2.5 Manejando sillas de ruedas con destreza y seguridad.</p> <p>5.2.6 Adaptando los paseos a los requerimientos físicos y psíquicos del asistido.</p> <p>5.2.7 Garantizando la seguridad y comodidad del asistido al levantarlo y acostarlo según su grado de dependencia.</p>
<p>5.3 Detectar con anticipación y comunicar problemas de salud o cambios en el estado del asistido para contribuir a su buena marcha y evolución.</p>	<p>5.3.1 Observando su estado para reconocer las alteraciones en la salud.</p> <p>5.3.2 Solicitando los servicios médicos específicos.</p> <p>5.3.3 Informando con precisión y objetividad a la familia o personas allegadas de los cambios, mejoras y evolución.</p>

5.4	Controlar la medicación prescrita, según las necesidades, para evitar la automedicación y sus consecuencias.	5.3.4	Aplicando técnicas de primeros auxilios según lo demande la situación.
		5.4.1	Siguiendo las instrucciones del facultativo.
		5.4.2	Manteniendo las existencias según requerimientos médicos y condiciones de conservación.
		5.4.3	Cumpliendo con los plazos y dosis prescritas en la administración de medicamentos

1.4.6. CONTRIBUIR A LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ASISTIDO

REALIZACIONES PROFESIONALES		CRITERIOS DE EJECUCIÓN	
6.1	Facilitar al asistido su integración en el medio social para poder seguir desarrollando sus capacidades físicas y mentales.	6.1.1	Proporcionándole un clima afectivo y de seguridad adecuado a su estado físico y psíquico.
		6.1.2	Atendiendo sus necesidades de comunicación, diálogo y compañía.
		6.1.3	Colaborando en la realización de actividades psicomotrices.
6.2	Canalizar la información referente a recursos sociales de apoyo a la situación del asistido, para facilitar el conocimiento y la posible integración en actividades y programas.	6.2.1	Informándole directamente o a través de los técnicos de los programas de actividades y servicios que puedan ser adecuados para su desenvolvimiento.
		6.2.2	Apoyando su integración en programas de actividades participativas, con arreglo a necesidades e intereses.
		6.2.3	Poniéndole en contacto con los responsables del sistema de T.A.D. para contribuir a su conocimiento y futura integración al mismo.
		6.2.4	Garantizando su adiestramiento en el manejo y mantenimiento del sistema T.A.D. en el caso de su integración en el mismo.

1.4.7. GESTIONAR LA DOCUMENTACIÓN Y EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR

REALIZACIONES PROFESIONALES	CRITERIOS DE EJECUCIÓN
7.1 Colaborar, cuando lo requiera el asistido, en los aspectos administrativos para ayudar a su resolución.	7.1.1 Atendiendo a la recogida y tramitación de la correspondencia según las indicaciones recibidas. 7.1.2 Guardando discreción y honradez en la atención de los asuntos bancarios y el pago de los recibos no domiciliados. 7.1.3 Realizando gestiones con otras administraciones. 7.1.4 Asegurando el archivo de la documentación recibida, una vez diligenciada.
7.2 Atender puntualmente las gestiones con las entidades sanitarias para evitar trastornos en el desenvolvimiento cotidiano del asistido.	7.2.1 Manteniendo al día las cartillas y volantes. Diligenciando los servicios médicos requeridos por el asistido. 7.2.2 Solicitando prestaciones específicas de ambulancias y otros servicios según la atención requerida.
7.3 Atender con eficacia las gestiones de mantenimiento del hogar para conseguir el buen funcionamiento y organización del mismo.	7.3.1 Detectando las averías, su magnitud y posible reparación. 7.3.2 Comprobando el aviso y elección de los profesionales idóneos para la realización de las reparaciones pertinentes. 7.3.3 Controlando presupuestos y facturas, si se lo solicitan

CURSO DE **AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO**

2

**NUTRICIÓN, DIETÉTICA
Y ALIMENTACIÓN**

2. NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y ALIMENTACIÓN

2.1. ALGUNAS NOCIONES DE DIETÉTICA

Es muy importante contar con una dieta adecuada y equilibrada que permita al anciano desarrollar convenientemente sus actividades diarias y mantener un estado de salud satisfactorio.

En los ancianos, el metabolismo basal se reduce aproximadamente en un 20% al tiempo que decrece sustancialmente la actividad física. Podemos por tanto deducir que, puesto que se necesitan menos calorías, hay que confeccionar dietas con un menor aporte calórico y dietas que sean apropiadas para prevenir o retrasar algunas patologías crónicas.

De todos es sabido que «el comer» viene condicionado por un fuerte carácter cultural y social y que a estas edades es difícil adoptar dietas radicalmente diferentes a las que uno está acostumbrado. ¡No se pretende tal cosa!, pero se debe tener presente que los excesos en el consumo de grasas llevarán a un mayor riesgo de padecer obesidad, enfermedades del corazón,... una mayor ingesta de azúcares acelerará la diabetes, el café repercutirá negativamente en la tensión arterial, el bajo consumo de productos lácteos acelerará la osteoporosis,...

2.1.1. LAS GRASAS

Alrededor del 20% al 25% del total de calorías deben ser aportadas por las grasas. Sin las grasas no es posible la absorción de las vitaminas liposolubles. Los estudios afirman que el exceso en el consumo de grasas lleva a padecer riesgo de enfermedades degenerativas del corazón y de los vasos sanguíneos, pero precisan que no es tanto un problema de «cantidad» sino de «calidad».

Hay que reducir las grasas «malas» que contienen ácidos grasos saturados y consumir grasas «buenas» que contengan ácidos grasos mono y polinsaturados; éstas se encuentran en mayor cantidad en las grasas vegetales y en el pescado.

Es más recomendable:

- Sustituir la carne roja por la carne blanca (pollo, pavo).
- Utilizar para cocinar aceite de oliva. Contiene sustancias antioxidantes o antienviejimiento como la vitamina E y grasas polinsaturadas.
- No consumir mantequilla ni margarina.
- Evitar las frituras.
- Reducir la ingesta de huevos; comerlos en tortilla o pasados por agua y mejor aún comer sólo las claras cocidas, en ellas se encuentran las principales proteínas.

- Consumir lecitina, por ejemplo la de soja. Se ha demostrado que la lecitina es una sustancia capaz de solubizar el colesterol, evitando que se deposite en las arterias.

2.1.2. LAS PROTEÍNAS

Las proteínas deben representar el 20% aproximadamente de la dieta. Se deben consumir proteínas de alto valor biológico, es decir, ricas en aminoácidos esenciales. Entre los alimentos que contienen proteínas de alto valor biológico tenemos el pescado, la leche y los quesos.

Es preferible:

- Consumir pescado antes que carne.
- Consumir proteínas de origen vegetal como la soja.
- Consumir productos lácteos descremados: quesos, leche, yogures,... además de proteínas, estos productos contienen vitaminas y calcio.

2.1.3. HIDRATOS DE CARBONO

El 55% restante de la dieta lo tienen que aportar los hidratos de carbono. En los ancianos la capacidad de metabolizar los azúcares está disminuida y éstos pasan directamente a la sangre. Es importante por lo tanto reducir el consumo de azúcares simples y reemplazarlos por azúcares complejos. Los azúcares complejos se encuentran en los vegetales, los cereales, las frutas, las legumbres, las patatas,... además estos alimentos son ricos en almidón y aportan una gran cantidad de «fibra» beneficiosa para la prevención del estreñimiento y del cáncer de colon.

Es preferible:

- Reducir el consumo de azúcar refinada o sustituirla por miel.
- Consumir más cereales. Se pueden tomar por la mañana para desayunar (en forma de copos) o al mediodía, cocinados con legumbres. El maíz es rico en magnesio, el trigo completo en calcio, el mijo contiene aminoácidos esenciales, calcio, sodio, fósforo, lecitina, riboflavina y otras vitaminas.
- Las legumbres pueden tomarse dos veces por semana. Además de hidratos de carbono contiene proteínas, calcio, fósforo, hierro, magnesio, vitamina B. Se combinan muy bien en la dieta con los cereales (lentejas con arroz, judías rojas con arroz, raviolis de soja), aportando juntos aminoácidos esenciales y suficientes proteínas, por tanto, cuando se comen las legumbres no es necesario que entren en la dieta de ese día proteínas animales (carne, pescado o huevos).
- Sustituir el pan blanco por pan de harina integral.

2.1.4. LAS VITAMINAS

Diversos estudios han demostrado que donde más carencia hay en la dieta de los ancianos, es en el aporte de vitaminas. Las vitaminas son primordiales para mantener y mejorar el tono vital.

La *vitamina C* se encuentra en los cítricos y en otras frutas y verduras: naranjas, limones, pomelos, fresas, kivi, melón, tomates y pimientos. La vitamina C se considera antioxidante o antienviejecimiento. Tome todos los días por la mañana una fruta ácida o un zumo de naranja e incluso 2 gramos de vitamina C en pastillas.

La *vitamina E* se encuentra en el aceite de oliva, de maíz, en los frutos secos y en los vegetales verdes. También se considera antioxidante. Se puede tomar en comprimidos.

La *vitamina D* se encuentra en la leche, mantequilla, yema de huevo, aceite de hígado de bacalao. La vitamina D interviene en el metabolismo del calcio y por lo tanto es imprescindible en la prevención de la osteoporosis.

El *complejo vitamínico B* se encuentra en los cereales, semillas, requesón, carnes rojas, vegetales verdes. Las vitaminas B₁, B₆ y B₁₂ intervienen en el metabolismo de los glúcidos, de los aminoácidos y de los ácidos grasos esenciales.

El *ácido fólico* tiene propiedades anticancerígenas.

La *vitamina A* se encuentra en la zanahoria, boniatos, endivias, melón, yema de huevo, ... La vitamina A mejora la piel, previene las infecciones de la boca, nariz y garganta.

2.1.5. LOS MINERALES

Con el paso de los años, la disminución de calcio, zinc, magnesio y otros minerales es considerable. Esta carencia es más llamativa en personas que abusan de los laxantes y diuréticos.

El *calcio* es esencial para el funcionamiento del sistema óseo-muscular y del músculo cardíaco. Para que la absorción de calcio sea óptima se deben tomar juntamente con la dieta cantidades idóneas de vitamina D. Se encuentra principalmente en los productos lácteos.

El *magnesio* regula la temperatura corporal y ayuda a conciliar el sueño. Se encuentra en la leche, queso, cereales, pan negro y vegetales.

El *zinc* ayuda a mantener los niveles sanguíneos de vitamina A a partir del hígado. Mejora la calidad del pelo, le da brillo y fuerza, favorece la circulación superficial. Se encuentra en la avena, maíz, carne, huevos. El alcohol y los corticoides hacen que el zinc sea excretado más rápidamente por el riñón, originando una carencia mayor de este mineral.

Pueden tomarse minerales en comprimidos.

2.2. SUGERENCIAS PARA ANTES DE SENTARSE A LA MESA

Problemas de tipo físico por el uso de dentaduras postizas mal ajustadas o por la disminución de la sensibilidad gustativa, conducen a los ancianos a rechazar determinados alimentos (filetes, ensaladas crudas) y preferir alimentos blandos como los quesos o las sopas que no necesitan ser masticados, creándose desequilibrios en la dieta. Otros factores de tipo emocional como la pérdida del cónyuge o la soledad pueden acarrear estados anímicos depresivos, de anorexia,... Circunstancias todas ellas que influirán negativamente en la salud de los viejos.

La hora de la comida es un momento de comunicación y de ayuda para aquellos ancianos que se encuentren en un estado emocional poco favorable, sea cual sea la causa. La cocina puede ser un sitio idóneo para favorecer la comunicación, la enseñanza en las artes culinarias y la participación en la preparación de la comida: pelando verduras, vigilando el cocido, poniendo la mesa,...

- Esfuércese por hacer agradable el lugar donde se sienten a comer.
- Las comidas deben ser atractivas de color, textura y sabor.
- Si el abuelo come solo, indíquele que lea mientras tanto el periódico, que escuche las noticias en la radio o en la televisión.
- Todas las mañanas tome un zumo de naranja, si mastica bien se puede tomar la naranja sin exprimir, también son buenos los zumos de zanahoria con manzana.
- Los zumos deben protegerse de la luz y tomarlos recién hechos (la vitamina C se destruye con la luz).
- En el desayuno es bueno tomar cereales si se tiene costumbre, o sopas de pan o galletas con el café. Los cereales contienen salvado que ayudan a prevenir el estreñimiento. También es bueno para el estreñimiento dejar por la noche ciruelas secas en remojo en un vaso de agua. Por la mañana habrá que tomarse en ayunas el líquido de las ciruelas.
- Si cuando bebe leche tiene retortijones sustituya la leche por yogur.
- Un menú equilibrado es preferible repartirlo en cuatro pequeñas comidas que en dos comidas fuertes. Es aconsejable un buen desayuno, una comida ligera, una infusión o una taza de leche teñida de malta con dos galletas a media tarde y una cena ligera y temprana. Al acostarse puede tomar un vaso de leche tibia.
- Aumente el consumo de verduras y de frutas. Mejor tomar frutas ácidas por la mañana y frutas dulces por la tarde, producen menos gases.
- Cocine a la plancha.
- Quite los restos de grasa de la carne y la piel del pollo antes de cocinarla.

- No cocine con grasas de manteca o de tocino. Deseche el aceite sobrante de las frituras una vez utilizado. Evite los alimentos fritos.
- Disminuya el consumo de carnes rojas, sustitúyalas por pollo o pescado.
- Consuma quesos frescos desnatados, yogures, leche desnatada.
- Cocine casi sin sal. Eche unas gotas de limón en las verduras en vez de sal, los alimentos de por sí ya la contienen. Utilice hierbas para dar sabor a las comidas.
- Si tiene problemas de gases no consuma coliflor, repollo o cebolla sin cocer. Cocine las legumbres despacio, téngalas en remojo la noche anterior y deseche luego esa agua. Evite las bebidas gaseosas. Coma despacio.
- Procure no tomar azúcar. Las frutas frescas contienen gran cantidad de azúcares.
- Beba aproximadamente dos litros de líquido al día; mantendrá una buena diuresis (facilidad para excretar orina) prevendrá la deshidratación y mejorará el aspecto de su piel.
- Disfrute de la comida, recuerde que «el comer» debe ser un tiempo agradable para usted y para los suyos.

2.3. AYUDAS TÉCNICAS EN LA ALIMENTACIÓN

Como hemos indicado es importante mantener un grado suficiente de autonomía en nuestros abuelos que les permita seguir siendo independientes hasta el final por grande que sea su incapacidad.

Existen en el mercado una serie de artilugios que aplicados a cubiertos y vasos facilitan el manejo de los mismos y dan autonomía a quien los utiliza. También existen protectores de metal para mantener la comida dentro del plato y que ésta pueda ser recogida sin derramar. Igualmente para aquellas personas que padezcan temblores existen bandejas y plásticos antideslizantes que fijan el plato a la mesa o a la bandeja evitando su caída.

CURSO DE **AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO**

3

HIGIENE PERSONAL

3. HIGIENE PERSONAL

La higiene personal comprende el aseo diario del cuerpo y el cuidado de la imagen. Una buena imagen externa representa la dignidad individual y el aprecio de uno mismo. El aseo corporal será asumido, en la medida de lo posible, por el propio anciano ya que con ello se favorece los autocuidados y la independencia.

Deben respetarse siempre las costumbres personales y dejar que sean los propios ancianos los que decidan sobre bañarse o ducharse. Si usted ayuda a un anciano en casa, en su aseo personal, respete siempre su intimidad, intentando establecer una comunicación que lleve al diálogo y a la confianza: así podrá estimular al anciano con sugerencias en cuanto al cuidado de su cuerpo y de su imagen.

Hay personas que acostumbran a bañarse por la noche para poder dormir mejor, sin embargo, sugerimos además, la ducha matinal porque resulta más estimulante e higiénica para comenzar el día.

3.1. DUCHA

3.1.1. DUCHA

Es saludable empezar tomando una ducha de agua caliente y terminar con agua lo más fría que aguante

Cuando utilice el agua fría, coja la ducha teléfono y empiece pasando el agua por los pies, las piernas... y vaya subiendo hacia arriba hasta llegar al pecho.

Al salir o entrar en la bañera agárrese al asidero que tenga instalado al efecto; séquese bien y pase un guante de crin seco por todo el cuerpo, estimulará la circulación y suavizará la piel, seguidamente puede darse una crema hidratante, aceite de almendras o una fricción con un poco de colonia; si tiene costumbre póngase desodorante o unas gotas de colonia en las axilas.

3.1.2. BAÑO

No ponga el agua excesivamente caliente, ni permanezca más de 15 minutos dentro de la bañera, podría tener una bajada de tensión. Puede echar en el baño unas gotas de aceite de almendras. Cuando termine de bañarse y mientras se va el agua, pásese la ducha con agua más fría por el cuerpo empezando por los pies; arrastrará los restos de jabón y de agua estancada y conseguirá cerrar los poros de la piel. Después de secarse dése un masaje con un guante, crema y colonia.

3.1.3. BAÑO EN LA CAMA

En los ancianos encamados el aseo corporal, alivia el dolor y la rigidez articular, reduce las molestias y el prurito ocasionado por la piel reseca.

Antes de iniciar un baño en la cama, dígame al anciano lo que va a hacerle y piense que cuando se practican cuidados corporales se le está quitando a la persona una parte de su intimidad tanto física como psíquica.

- Retire el camisón o pijama al anciano y cúbralo con una toalla grande.
- Limpie su cuerpo por partes con una esponja sumergida en agua tibia jabonosa (también puede hacerlo con una pequeña toalla o manopla de felpa). Para que el anciano no se enfríe cubra el área limpia con la toalla y pase a descubrir y limpiar otra zona.
- Comience con el lavado colocando al paciente boca arriba (decúbito supino) y luego boca abajo (decúbito prono), si no pudiese permanecer en esta posición colóquelo de lado (decúbito lateral).
- Utilice jabón suave, enjuague y seque sin restregar especialmente los pliegues de las mamas, del abdomen, de las ingles y el ombligo. Limpie la región púbica de delante hacia atrás, evitará la posibilidad de infectar el aparato urinario desde la región anal.
- Limpie y séquele bien el pliegue prepucial, es una zona muy sensible a las infecciones por falta de higiene.
- Los espacios interdigitales (pliegues entre los dedos) de las manos y de los pies deben secarse escrupulosamente. Aproveche para cortar las uñas en línea recta.
- Examine la piel con especial detenimiento en las prominencias óseas, buscando zonas enrojecidas, ampollas o erosiones que puedan avisarnos de un principio de úlcera.
- Aplique una crema hidratante por todo el cuerpo.
- Dé un masaje en la espalda, las nalgas y los talones (ver masaje).

Siempre que el anciano pueda levantarse, es preferible lavarlo sentado en un taburete poniendo bajo éste una tela o felpa para que no resbale. Estimule al anciano a que realice el solo el lavado de manos, cara, boca y orejas; acérquele el taburete al lavabo o preséntele una palangana con agua tibia. Para lavarle los genitales puede decirle que se incorpore un momento y que se sujete al lavabo, asíele con una esponja y séquele sin frotar; puede aprovechar para darle una crema hidratante en el coxis (rabadilla) para evitar que se ulcere.

3.1.4. EL CABELLO

HOMBRE: si está acostumbrado a mojarse la cabeza en la ducha todos los días, utilice un champú suave de uso frecuente por ejemplo 2 veces por semana. No se frote con él la cabeza, simplemente haga un poco de espuma en las manos y pásela por el cabello. Cépílese el pelo; si está calvo proteja la cabeza del sol del verano y de los fríos del invierno con una gorra o sombrero.

MUJER: si está acostumbrada a ir a la peluquería, cuando no pueda ir, pida a alguien que le ayude a lavarse el pelo por lo menos una vez por semana, aclárelo bien, séquelo con la toalla y pase un secador no muy caliente. Cepílese el pelo todos los días, estimulará la circulación capilar. Si no le gustaran las canas, su nieta puede ayudarlo a darse un tinte vegetal, no estropea el pelo, es fácil de aplicar aunque se va con los lavados.

3.1.5. EL AFEITADO-LA DEPILACIÓN

HOMBRE: aféitese todos los días. Si le tiemblan las manos y se corta con frecuencia utilice maquinilla eléctrica. Dése una loción para después del afeitado o un poco de colonia aplicada con las palmas de las manos en pequeños toques. Cuídese la barba o el bigote, si no puede hacerlo usted solo y no se fía que se lo hagan bien, vaya al barbero. Córtese con unas tijeras de bordes romos las pilosidades que sobresalen de la nariz o del pabellón auditivo, peínese las cejas todos los días y por último observe cómo el espejo refleja una cara digna.

MUJER: si le ha crecido vello encima del labio, en la barbilla o alguna otra parte de la cara puede intentar quitárselo con unas pinzas o depilárselo con cremas especiales. Si usted no se atreve a hacerlo pida ayuda sin rubor, mantenga su feminidad hasta el final.

3.1.6. CREMA PARA LA CARA

Use una hidratante por las mañanas después de lavarse el rostro. Hay cremas económicas muy buenas a base de elastina. Si está acostumbrada, emplee un poco de maquillaje, mejor del tipo de cremas coloreadas, resecan menos la piel y dan una apariencia más natural. Un poco de rojo en los labios le sentará bien. Por la noche, límpiense la cara para quitar los restos de maquillaje y dése un poco de crema nutritiva.

Protéjense del sol con cremas de alto poder de protección (factor 15). Consulten a su médico si les han aparecido nuevas manchas o lunares, o si ha habido modificaciones en los que ya tenían.

3.1.7. LAS MANOS

Lleve siempre las manos limpias y con las uñas cortadas rectas. Es bueno ponerse crema de manos todos los días. Para las manchas de las manos hay cremas especiales que rebajan la intensidad de la coloración, consulte en la familia.

3.1.8. LOS PIES

Ver cuidados de los pies en ancianos diabéticos (3.3.).

3.2. MASAJES

3.2.1 MASAJE DE ESPALDA

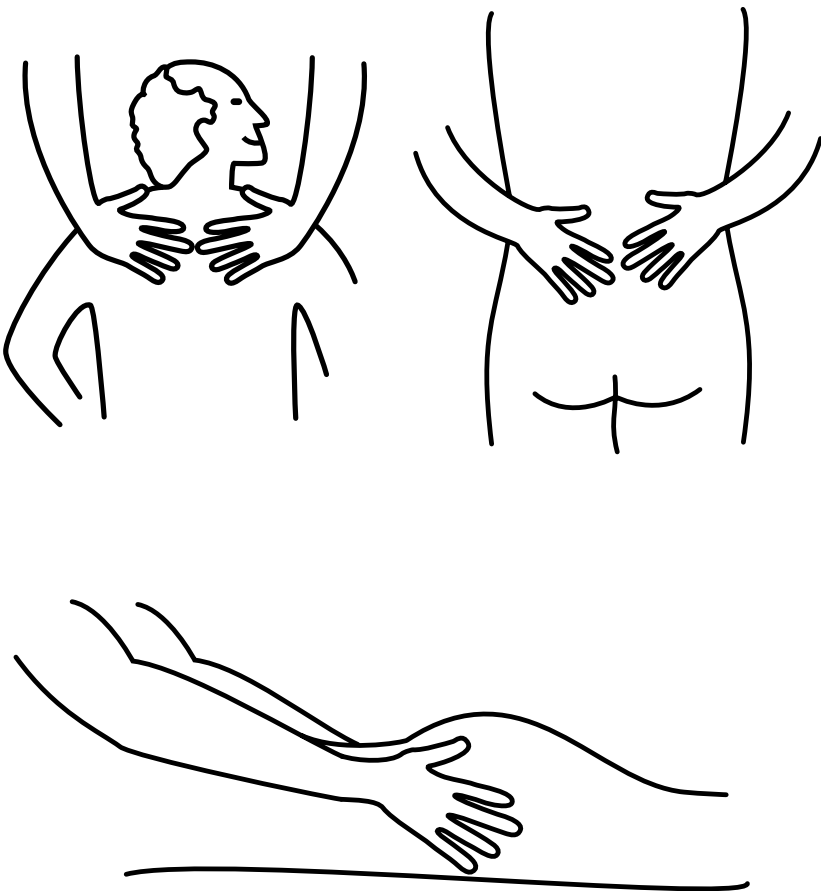
El masaje es una forma de crear comunicación, de expresar confianza y de hacer sentir la mutua existencia física.

Para dar bien un masaje, primero debe lavarse las manos y tener las uñas cortas y segundo, utilizar un aceite como lubricante (de almendras, de girasol,...) para que las manos puedan presionar y deslizarse suavemente sobre la piel.

La habitación debe estar caldeada, sin corrientes y con una luz tenue que no caiga sobre el rostro de la persona que va a recibir el masaje.

El aceite no debe echarse directamente sobre la piel del paciente, sino en sus propias manos; evite que la piel quede excesivamente empapada de aceite, si ocurriera esto, extiéndalo por otras zonas: antebrazos, hombros,...

1º De pie, frente a la cabecera del anciano, coloque las manos en la parte superior de la espalda con los dedos dirigidos hacia la columna. Deslice las manos hacia abajo a lo largo de la espalda, mantenga una presión firme y continua. Cuando llegue a la cintura, lleve las manos hacia los costados y suba hacia las axilas. Repita la operación 4 ó 6 veces.



2º Con los pulgares y desde la cintura frote junto a la columna con movimientos cortos y vaya subiendo en dirección al cuello.



3º Masajee los músculos que van del cuello al hombro con el pulgar y las yemas de los demás dedos. Amase los dos hombros a la vez.



4º Aplique desde la parte superior de la espalda con una frotación hacia la cintura empleando las yemas de los dedos con movimientos alternativos de ambas manos.



5º Colocados perpendicular a la espalda del anciano deslice las palmas con rapidez sobre la espalda, llevando la mano derecha hacia sí mientras aleja la izquierda y viceversa. Llegue hasta la cintura y luego suba hasta el cuello.



6º Termine pasando por la columna los dedos índice y anular haciendo una presión suave en la unión de cada vértebra.

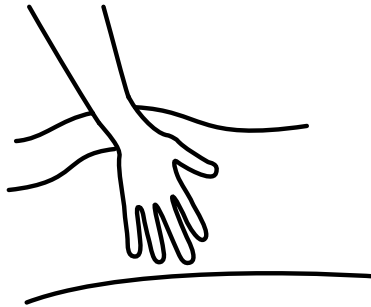


3.2.2. MASAJE DE NALGAS

1º Masajee los músculos de las nalgas como si amasara harina, levante el músculo comprimiéndolo suavemente entre el pulgar y los otros dedos. Utilice simultáneamente las dos manos.



2º Con movimientos circulares de ambas manos masajee las dos nalgas desde la cintura hasta el inicio del muslo. Recorra con las manos las nalgas masajeadando pequeñas zonas.



3º Apoye la palma de la mano (con los dedos extendidos) en el final de las nalgas (rabadilla). Mueva la mano rítmicamente de un lado a otro haciendo que se agiten las nalgas.

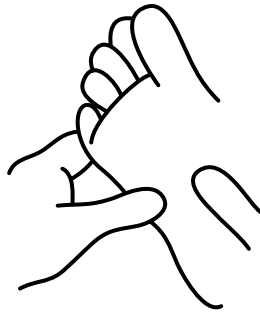


3.2.3. MASAJE DE PIES

El masaje en los pies produce estímulos que afectan a todo el organismo, favorece la relajación y mejora la circulación. A veces, por problemas de lesiones o de trastornos vasculares está contraindicado el masaje, pero siempre puede dar un ligero masaje en los talones en pequeños movimientos circulares.

Siéntese en una silla a la misma altura que su paciente y coloque el pie que va a recibir el masaje sobre sus rodillas. Para que el trabajo resulte más cómodo puede colocar una toalla o cojín debajo del pie. No ejerza excesiva presión cuando dé el masaje ya que los pies de los ancianos son muy sensibles.

1º Sostenga el pie con una mano y con el puño de la otra mano, describa pequeños círculos en la planta del pie.



2º Masajee la planta con la yema de los pulgares de ambas manos. Realice pequeños círculos a lo largo de toda la planta.



3º Masajee ahora, la parte superior del pie. Utilice los pulgares describiendo círculos. Cuando llegue al tobillo utilice las puntas de los dedos y dé un masaje suave en las dos protuberancias óseas.



4° Sostenga con una mano el pie y con la otra recorra los surcos de los tendones desde la base del tobillo hasta los dedos.



5° Con una mano sujete firmemente el pie y con el índice y el pulgar de la otra mano coja la base del dedo gordo y tire suavemente de él hasta que sus dedos pierdan el contacto. Repita el estiramiento con cada uno de los dedos.



6° Coja el pie entre las palmas de sus dos manos colocando una en la parte superior del pie y la otra apoyada en la planta. Sostenga el pie, así, breves segundos. Concéntrese e intente transmitir su energía. Repita con el otro pie.



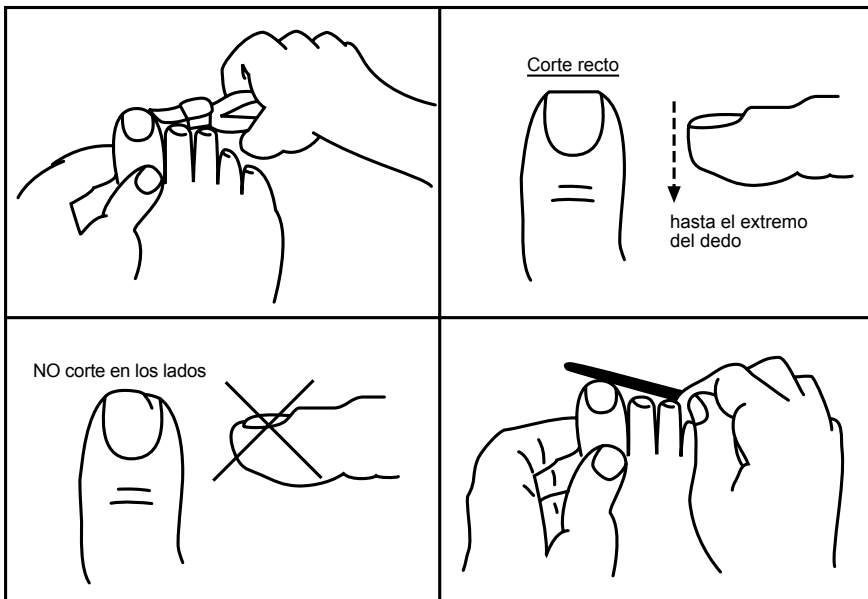
3.3. CUIDADOS DE LOS PIES EN DIABÉTICOS

- Lave sus pies todos los días, por la tarde después del paseo y antes de cenar es un buen momento.
- Meta los pies en una palangana con agua templada jabonosa y déjelos sumergidos unos 10 minutos.
- Vaya frotándose los pies con una esponja o manopla sobre todo entre los dedos y alrededor de las uñas.
- Pasado el tiempo saque los pies y proceda a secarlos insistiendo entre los espacios interdigitales. Una vez secos, aproveche para darse una crema o polvos desodorantes si sus pies producen fuerte sudoración o mal olor. También puede emplear polvos antisépticos para los zapatos se espolvorean por dentro y se dejan toda la noche).
- Ahora, observe sus pies. Mire si hay lesiones: entre los dedos, alrededor de las uñas, en la planta. Busque ampollas, rozaduras, zonas inflamadas, uñas incarnatas. Al disminuir la sensibilidad en los pies, usted ha podido no darse cuenta de que los zapatos le han hecho rozadura o que ha pisado algún pequeño objeto punzante.
- Si encuentra una lesión leve, lave la zona con agua jabonosa, dése un antiséptico suave, no utilice yodo. Mantenga el pie levantado, apoyado en un taburete, el mayor tiempo posible, esto favorecerá la circulación y la cicatrización de la herida. Si la lesión fuera más seria acuda a su médico.
- Es preferible que las durezas o callosidades se las trate el podólogo (uno mismo puede cortarse o quemarse con los callicidas).
- Utilice calcetines de hilo o algodón. Cámbieselos todos los días. Los calcetines no deben apretarle el tobillo porque dificultaría la circulación.
- Utilice zapatos de piel, los pies transpirarán mejor. Si compra zapatos nuevos es mejor hacerlo a última hora de la tarde cuando los pies están más hinchados. Procure adaptarse a ellos poco a poco. Alterne los zapatos nuevos bien pegados y sin arrugas, de otro modo podría lesionarse la planta del pie.
- Para pasear utilice los zapatos más cómodos que tenga. Si tuviese juanetes y le produjeran dolores e impidieran dar sus paseos, consulte con el médico para que valore la posibilidad de una intervención quirúrgica.

CÓMO CORTAR LAS UÑAS

Después de haber lavado y secado los pies, proceda al corte de uñas.

- Hágalo con la punta de los alicates (si tiene las uñas duras) o con el extremo de las tijeras. Vaya haciendo pequeños cortes a lo largo de la uña, empiece por una esquina y siga cortando en línea recta.
- No debe cortar las uñas a los lados, podría luego crecerle la uña en forma de garfio e incrustársele en el dedo.
- Pase una lima por las uñas para dejarlas lisas e impedir que una punta lesione el dedo de al lado.
- Si tiene problemas para cortar las uñas porque fueran excesivamente duras, límelas todos los días después de lavarse los pies.



3.4. HIGIENE DE LA BOCA

El cuidado de la boca es un aspecto de la higiene que con frecuencia pasa inadvertido o se efectúa de manera inadecuada, siendo de suma importancia por las funciones que la misma desempeña y que tienen una gran repercusión en el resto del organismo. El cuidado de la boca requiere especial atención para aquellos ancianos que reciban oxígeno, tengan sonda nasogástrica y no reciban alimento por la boca.

Un buen cuidado de la boca comporta el cepillado de dientes y de la lengua antes y después de las comidas.

Los enseres necesarios para proceder al aseo de la boca son:

- Cepillo de dientes
- Pasta o polvo dental
- Seda dental
- Vaso de agua

El cepillado de los dientes se efectúa con un cepillo pequeño y de filamentos suaves, sosteniéndolo en un ángulo de 45° y efectuando movimientos verticales desde la encía hasta la punta de los dientes; primero por su cara anterior y luego por su cara posterior. Las muelas se cepillan de delante hacia atrás.

La seda dental debe usarse una vez al día para eliminar la placa de sarro que se forma entre los espacio interdentes. El hilo dental debe introducirse entre los dientes y moverlo suavemente entre la encía y el diente.

Después de cepillados los dientes y de haber hecho uso del hilo dental, enjuáguese la boca con elixir disuelto en agua. Tanto si anciano lleva prótesis completa como parcial, tiene que seguir manteniendo y cuidando la higiene de los dientes naturales, de las encías, de la lengua, del paladar y de la propia dentadura postiza.

3.5. LA DENTADURA POSTIZA

La dentadura postiza y las prótesis dentales que reemplazan a los dientes perdidos pueden producir molestias pasajeras debido a que su textura y tamaño difieren de los dientes naturales.

La dentadura postiza tiene un periodo de adaptación durante el cual el paciente ingerirá con frecuencia pequeñas cantidades de alimentos blandos dando pequeños bocados y masticando meticulosamente. Durante este periodo no son recomendables los alimentos duros o pegajosos. La posible aparición de llagas es fácil de subsanar acudiendo a la consulta del dentista que también podrá solucionar las holguras que presente la prótesis si ha pasado mucho tiempo sin utilizarla.

La prótesis conviene guardarlas en un vaso con agua que se cambiará diariamente.

Para mantener la dentadura postiza limpia y en buenas condiciones frótela meticulosamente con un cepillo e fibras duras y después de las comidas principales y enjuáguela al chorro del grifo, después, haga unos buches con agua y elixir.

CÓMO PONER Y QUITAR LA DENTADURA

Antes de colocarse la dentadura postiza hay que enjuagar bien la boca porque se adhiere mejor con las encías húmedas.

Se comienza colocando la pieza superior de la dentadura aplicando una suave presión a ambos lados para situarla en su posición, luego se coloca la pieza inferior.

Cuando se ponga o quite la dentadura postiza, coloque el recipiente que la contiene sobre una toalla para evitar su rotura en caso de caerse.

La dentadura debe ponérsela todas las mañanas y mantenerla a lo largo de la jornada para evitar la inflamación de encías, holguras y cambios anatómicos de las partes blandas que alterarán la estética del rostro.

A menos que se lo hayan contraindicado debe quitarse la dentadura por la noche. La prótesis superior se retira cogiendo la superficie frontal y palatal con los dedos índice y pulgar de ambas manos, presionando hacia abajo y tirando del borde superior hasta que desaparezca la fuerza de succión entre ésta y las encías.



La prótesis inferior se retira colocando los dedos índice y pulgar en la superficie frontal y lingual de la misma.



Las prótesis parciales nunca deben retirarse tirando de los alambres porque corren el riesgo de romperse.

CURSO DE **AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO**

4

**ADAPTACIÓN Y
HABILITACIÓN DE LA
VIVIENDA**

4. ADAPTACIÓN Y HABILITACIÓN DE LA VIVIENDA

4.1. DISEÑO ARQUITECTÓNICO

Las actuaciones que se emprendan en la vivienda deben ir encaminadas a solucionar problemas concretos de manera que los resultados sean prácticamente inmediatos. De lo contrario, no mejorarán ni la calidad de vida del enfermo ni las labores del cuidador, por lo que no ayudarán a prolongar la estancia del enfermo en su propia casa. Tales actuaciones deben servir para:

- Mejorar las condiciones generales de habitabilidad: eliminar humedades, dotar a la vivienda de agua caliente y calefacción o cualquier otro servicio necesario, aumentar la seguridad general de la vivienda y de sus instalaciones,...
- Potenciar su autonomía física:
 - Mejorando la accesibilidad
 - Eliminando elementos de riesgo
 - Añadiendo elementos que estimulen las capacidades que aún conserva
 - Paliando y compensando sus discapacidades funcionales, sensoriales y motoras
- Conseguir su seguridad psíquica mediante mecanismos que palien su desorientación espacial y temporal, ya que ambos déficits les producen frustración e irritación, y le generan inquietud y agitación. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los mecanismos que se adopten, deben ir evolucionando conforme avanza la enfermedad y estar acordes en todo momento con la capacidad de reconocimiento de la persona.
- Proporcionarle una estimulación sensorial adecuada, ya que está demostrado que es tan nociva la falta de estímulos como el exceso de estimulación, pues también éste puede provocar agitación e irritabilidad. Son factores altamente excitantes el ruido y la luz excesivos, las superficies deslumbrantes, los malos olores,... En entorno debe proporcionarle serenidad (por ejemplo con una música ambiental adecuada) y debe contener objetos personales con los cuales tenga un vínculo afectivo (fotografías familiares, recuerdos,...).
- Respetar su intimidad en determinadas áreas de la casa sin perjuicio de su seguridad
- Favorecer la relación social con su entorno
- Facilitar la labor del cuidador

Los objetivos que la adecuación de la vivienda debe alcanzar son:

- Compensar la reducción de sus capacidades cognitivas y funcionales, para enlentecer el proceso y proporcionarle el mayor grado de autonomía e independencia.

- Prevenir los accidentes y caídas.
- Conseguir una funcionalidad en la vivienda acorde con las diferentes necesidades de la persona y del cuidador a lo largo de la enfermedad, primando el concepto de «espacio adaptable» antes que el de «espacio adaptado», ya que para preservar durante el mayor tiempo posible las capacidades que el enfermo todavía conserva, es conveniente no ahorrarle desde un principio los esfuerzos que todavía puede realizar (lo que podría resultar incluso contraproducente a acelerar el proceso), sino prever qué cambios serán necesarios e introducirlos en el futuro y ejecutarlos progresivamente.
- Facilitar al cuidador tanto el desarrollo de las actividades cotidianas, como el cuidado del enfermo y su trato con él.
- Disminuir la fatiga y el estrés del cuidador, lo que favorece su implicación en el cuidado del enfermo y su satisfacción en la tarea desempeñada.

4.2. ORGANIZAR EL ESPACIO DONDE VIVE

4.2.1. MINIMIZAR LOS FACTORES DE RIESGO

Los principales riesgos a los que un enfermo de Alzheimer se enfrentan dentro de su hogar se deben a:

- los suelos resbaladizos o con desniveles
- los cables eléctricos por el suelo o en zonas de pasó
- los objetos de cristal y los elementos decorativos que se pueden caer o romper
- las ventanas, los espejos y otros muebles y objetos que producen deslumbramiento
- las puertas exteriores, los balcones y las ventanas sin medidas de seguridad
- las escaleras y los peldaños
- la iluminación escasa o que produce sombras
- los electrodomésticos en general, salvo que cuenten con medidas de seguridad
- los mecheros, las cerillas y cualquier utensilio con el que encender fuego
- los productos tóxicos, como medicamentos o productos de limpieza
- los pequeños objetos que pueden tragarse
- los elementos que queman (estufas, radiadores, conducciones de agua caliente,...)

- los utensilios cortantes (cuchillos, tijeras, hojas de afeitar,...)
- la basura

4.2.2. PALIAR SUS LIMITACIONES FÍSICAS

- Ayudarle a aprender movimientos automáticos a base de repeticiones sistemáticas de estímulos y órdenes que favorezcan la elaboración de conductas automáticas principalmente en las actividades más habituales de la vida diaria.
- Prever mecanismos adecuados de lucha contra su incontinencia:
 - Desarrollar sistemas que le permitan identificar claramente el baño y que le faciliten el acceso a él
 - Hacer un uso racional de los sistemas de tratamiento de la incontinencia, utilizando en cada momento, los adecuados a su estadio evolutivo, ya que el empleo de sistemas excesivos para su situación real, puede provocar una aceleración en el proceso evolutivo de su incontinencia.

4.2.3. LUCHAR CONTRA SUS DÉFICITS INTELECTUALES

- Colocar elementos que le sirvan de referencia temporal, por ejemplo calendarios y relojes situados a la altura de los ojos y con números grandes y contrastados que pueda leer con facilidad.
- Permitirle la vista hacia el exterior a través de las ventanas, de modo que pueda seguir la evolución de la luz solar y de las estaciones del año.
- Proporcionarle referencias espaciales, tales como señalizaciones específicas del baño o del dormitorio, carteles indicadores de a qué estancia corresponde cada puerta, del contenido de los cajones y armarios que utiliza, de la dirección en la que se encuentran determinadas estancias,... En función de la fase de la enfermedad en el que se encuentre, habrá que decidir si resultarán más útiles los textos, los pictogramas, los dibujos, las fotografías, los códigos de colores,...
- Instalar elementos de iluminación nocturna que le sirvan de orientación y le proporcionen seguridad y tranquilidad.
- Colocar estímulos visuales por toda la casa, tales como plantas de interior que él pueda cuidar, colores estimulantes en la decoración, relojes con carrillón que le orienten sobre el paso del tiempo, música como un hábito más en algunos momentos del día, objetos que le resulten muy familiares y apreciados, fotografías,...

4.2.4. MEJORAR SUS RELACIONES SOCIALES Y AFECTIVAS

- Disponer de un espacio en el que pueda recibir visitas y desarrollar una cierta vida social.
- Disponer de un espacio en el que pueda descansar cómodamente durante el día, a ser posible con una tumbona o un asiento en el que pueda echarse.

4.2.5. MEJORAR LA ACCESIBILIDAD

La accesibilidad es una necesidad que debe entenderse desde una doble perspectiva: acceder fácilmente a lugares, objetos e instalaciones y poder hacer un uso adecuado de ellos. Las limitaciones físicas y cognitivas que comporta el propio envejecimiento modifican sustancialmente la capacidad de acceder físicamente a espacios y objetos, por lo que es un factor que debe tenerse muy en cuenta a la hora de analizar las adecuaciones necesarias tanto en el interior como en el exterior de la vivienda.

4.3. INTERIOR DE LA VIVIENDA

4.3.1. LAS INSTALACIONES

LA CALEFACCIÓN

Hay que intentar mantener una temperatura constante en toda la vivienda, o al menos en las zonas en las que se pase más tiempo. Una solución muy eficaz es la calefacción a base de radiadores murales de agua, que se calientan en una caldera de gas o de gasoil, con termostato de ambiente que permita al cuidador regular la temperatura general de la vivienda. Si no existe instalación generalizada para toda la vivienda, una alternativa interesante son los radiadores de aceite, ya que se enchufan directamente a la corriente eléctrica, calienta de forma uniforme, cuentan con termostatos regulables, e incluso incorporan humidificadores para no reseca el ambiente. Es aconsejable que los radiadores, sean del tipo que sea, estén fuera de las zonas de paso o, al menos, protegidas con hornacinas para evitar tropiezos y quemaduras; si eso no es posible se han de señalar o resaltar mediante contrastes de color.

Hay que tener en cuenta las necesidades de humidificación del ambiente y es conveniente aislar térmicamente las tuberías de la calefacción en los tramos al alcance del enfermo, para evitarle quemaduras si las toca.

Lo más inadecuado son las estufas de gas butano por los evidentes riesgos que entrañan y por la elevada humedad ambiental que generan. La calefacción de aire caliente presenta diversos inconvenientes: corrientes de aire, dificultad para conseguir un ambiente uniformemente caldeado (con lo que las personas mayores acaban teniendo constantemente los pies fríos) e insalubridad si no dispone de los filtros adecuados.

LA INSTALACIÓN ELÉCTRICA

Tanto el cableado interior de la vivienda como los mecanismos eléctricos y la potencia disponible deben estar acordes con las necesidades reales de consumo, para evitar riesgos de incendios por cortocircuitos o los inesperados apagones que se producen cuando saltan los plomos, con la consiguiente dosis de angustia, confusión y peligro de accidentes.

No es infrecuente que en los hogares de las personas de edad avanzada la instalación eléctrica sea muy antigua y no reúna ya los requisitos mínimos de potencia, seguridad y eficiencia. La instalación debe contar además con los mecanismos de protección que

exige la normativa vigente, entre ellos los interruptores «diferenciales» y «magnetotérmicos». Para facilitar el uso de los mecanismos eléctricos, éstos deben tener la mayor superficie posible y estar situados a una altura cómodamente accesible: los enchufes que debe utilizar el enfermo, por ejemplo, es preferible que estén a 90 cm del suelo en vez de por encima de los zócalos, como es habitual, para que no tengan que agacharse. Los más convenientes son aquellos que, incluso, incorporan un testigo luminoso que permite localizarlos en la oscuridad. En determinadas estancias, como por ejemplo el dormitorio o la sala de estar, puede resultar muy útil colocar potenciómetros que permitan regular en cada omento la intensidad de luz más adecuada; existen diversos tipos, aunque los más habituales y menos costosos son los que forman parte del propio interruptor y los que se intercalan en el cable de las lámparas de pie o de sobremesa.

LA INSTALACIÓN DE GAS

Debe estar en perfecto estado de mantenimiento y cumplir con todos los requisitos de seguridad que las compañías distribuidoras exigen, ya que los enfermos de Alzheimer difícilmente pueden detectar un escape de gas si éste se produce.

También es conveniente que la instalación cuente con llaves de corte independientes y lejos del alcance del enfermo, tanto para la calefacción como para el agua caliente, de forma que el cuidador pueda cerrar esa parte concreta de la instalación cuando no está en uso y evitar así un uso peligroso o inadecuado por parte del enfermo.

PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS

Es una instalación importante para la seguridad del enfermo, ya que tienen menos capacidad de reacción que otras personas. Es conveniente instalar detectores de humos en todas las habitaciones, el baño y la cocina.

PROTECCIÓN CONTRA INUNDACIONES

Es fácil que se dejen grifos abiertos, sobre todo en el cuarto de baño, con el consiguiente riesgo de inundaciones. Para prevenirlos, es interesante colocar en la cocina, en la zona de lavadora y en el cuarto de baño sensores a nivel del suelo que detectan inundaciones.

ALARMAS

Los dispositivos de llamada que puede utilizar el paciente deben estar colocados de forma accesible para él, incluso si está inmovilizado o acostado. Existen en el mercado muchos tipos de alarmas para muy diversas funciones: alarma sanitaria, de intrusión,...

4.3.2. EL RUIDO

Para evitarlo habría que considerar el aislamiento acústico de la vivienda, en la medida de lo posible. Los principales elementos que deben aislarse son las ventanas que dan al

exterior (en calles con mucho tráfico o muy ruidosas por la razón que sea) y las paredes que comunican con zonas de la casa especialmente ruidosas (la sala de estar o la habitación en la que se ve al televisión, la habitación en la que los niños juegan,...). A su alrededor hay que evitar los sonidos fuertes y la confusión, por ejemplo no manteniendo constantemente encendidas la radio ni la televisión, evitando los sonidos estruendosos y sustituyendo el timbre de la puerta o del teléfono por uno que suene de forma menos irritante y más armoniosa.

4.3.3. LA ILUMINACIÓN

- Es conveniente intentar aprovechar al máximo la luz natural, incluso en vestíbulos y pasillos, sustituyendo si es posible puertas opacas por otras translúcidas que aporten algo de luminosidad a las estancias sin ventanas. Las habitaciones deben estar bien iluminadas durante el día.
- La luz debe repartirse uniformemente por toda la habitación para evitar sombras. Para conseguirlo, es conveniente instalar luces de refuerzo en aquellas zonas en las que sea preciso, bien porque resultan oscuras, bien porque requieren de una iluminación específica, como la mesa del teléfono o la zona de lectura/costura.
- La colocación del mobiliario tiene que tener en cuenta los efectos de deslumbramiento o de generación de sombras: hay que evitar por ejemplo, colocar la cama orientada hacia la ventana, o las ventanas al final de los pasillos, salvo que la luz que entre por ellas esté muy tamizada, sea con cortinas o con otro tipo de filtros.
- Para evitar deslumbramientos es preferible la iluminación indirecta a la directa. Las lámparas con pantalla difusora o las luces perimetrales ocultas tras un falso techo o una falsa cornisa son buenas soluciones.
- Puede resultar útil la instalación de un circuito de iluminación de emergencia, para evitar accidentes si se va la luz. Los hay muy sofisticados y complejos, pero también existen soluciones bastante sencillas y de bajo coste, por ejemplo, colocar en algunos enchufes unas luminarias con carga de batería, que entran en funcionamiento al dejar de recibir corriente eléctrica. También es interesante colocar pequeños pilotos luminosos en los enchufes de las zonas que el enfermo puede recorrer de noche y a oscuras, ya que la luz que proporcionan, aunque escasa, suele ser suficiente para evitar un accidente o que se desoriente y se angustie pro culpa de la oscuridad. Este último tipo de dispositivos, solo funciona conectado a la corriente eléctrica, pero son muy útiles, sencillos de instalar y baratos, puesto que suelen empelarse en los dormitorios de los niños pequeños.

4.3.4. LOS SUELOS Y LAS PAREDES

El suelo debe ser fijo, antideslizante, sin irregularidades ni obstáculos, para evitar caídas. En la medida de lo posible debe procurarse que no tenga desniveles, para evitar su desorientación con el consiguiente riesgo de accidentes. También debe ser lo más discreto y uniforme posible en cuanto a su decoración y combinación de piezas, evitando los dibujos

complejos o de colores muy contrastados, para evitar desorientación y confusión. Tampoco ha de ser reflectante (suelos demasiado pulidos y brillantes) para evitar deslumbramientos, provocados tanto por la luz natural como por la artificial. Materiales eficaces en este sentido son el gres sin esmaltar, el gres compacto si pulir, la moqueta y el terrazo o el mármol sin pulir, por citar algunos ejemplos. Sin embargo hay que tener en cuenta que los materiales que reúnen estas características también suelen ser, a menudo, los que resultan más difíciles de limpiar.

Las paredes es conveniente que estén pintadas de manera uniforme. En las zonas especialmente estrechas, como por ejemplo los pasillos y las esquinas, es conveniente utilizar materiales blandos que amortigüen los golpes, como por ejemplo los chapados con tableros de madera, de corcho o plastificados.

4.3.5. LA COCINA

- La distribución ideal de una cocina es aquella que permite conformar un triángulo entre la cocina, el fregadero y el frigorífico.
- La altura de los muebles debe permitir acceder a los objetos que contienen, teniendo en cuenta que la altura accesible disminuye conforme se incrementa el grado de discapacidad; para una persona de edad avanzada esa altura accesible suele situarse entre los 50 cm en el nivel inferior y los 160 en el superior.
- El interior de los armarios debe estar organizado de forma que los objetos que se utilizan con más frecuencia sean fácilmente alcanzables y estén situados lo más cerca posible de la zona en la que se van a emplear, para evitar desplazamientos innecesarios.
- Las superficies de trabajo deben ser continuas y lisas, para permitir deslizar por ellas los objetos más pesados, sin necesidad de levantarlos. También es conveniente que sean mates, para evitar reflejos y para poder localizar los objetos con mayor facilidad.
- Las instalaciones deben ser seguras y disponer de llaves de paso, para bloquear aquellas que resulten peligrosas para el enfermo.
- La iluminación debe contemplar puntos de luz independientes de refuerzo en las zonas de trabajo, preparación y elaboración de la comida, ya que una única luz general resulta insuficiente y provoca sombras que le pueden angustiar.
- Los electrodomésticos idóneos son aquellos que favorecen su seguridad:
 - El tipo de cocina más conveniente es la eléctrica de inducción magnética, ya que mantiene constantemente fría la superficie de cocción, evitando así las quemaduras; sin embargo han de ser placas homologadas para ser usadas con todos los marcapasos homologados que actualmente existen en el mercado para que no surjan problemas de compatibilidad electromagnética. Otra opción es la cocina vitrocerámica, ya que dispone de testigos luminosos que avisan de la posibilidad de quemaduras. Ambos

tipos de cocina son más fáciles de limpiar que las de quemadores de gas y cuentan con una tecnología que incorpora interesantes medidas de seguridad, como por ejemplo sistema de corte eléctrico si se sobrepasa determinada temperatura, indicadores acústicos de tiempo de cocción excesivos,... Las cocinas de gas son las más habituales en determinadas comunidades, pero también las menos recomendables por su elevado riesgo de explosión, de incendio, de asfixia y por la inestabilidad de los recipientes sobre los quemadores, por lo que deben disponer de sistemas de seguridad adicionales, como mecanismos que interrumpan el suministro de gas si la llama se apaga por cualquier razón y llave de corte del gas independiente, para evitar que el enfermo pueda utilizarla sin la supervisión de otra persona. Las cocinas de gas cuyos quemadores están situados bajo un cristal vitrocerámico, ofrecen ventajas aparentes, como su facilidad de limpieza; pero en realidad pueden resultar muy peligrosas, ya que pueden tener problemas de combustión interna y provocar grandes explosiones.

- El horno más adecuado es también el eléctrico. Debería estar situado justo sobre la encima, ya que de esa forma se facilita introducir y sacar de él los alimentos, evitando tener que agacharse para ver dentro o para limpiarlo. Debe tener doble o triple cristal para evitar quemaduras y bandejas extraíbles para no tener que introducir en su interior manos ni brazos.
 - El microondas es un sustituto ideal del horno, si la persona está acostumbrada a utilizarlo: impide cualquier tipo de quemadura, es económico y es fácil de utilizar y limpiar. Pero es importante que tenga certificado europeo de baja frecuencia, para que no afecte a las personas con válvulas cardíacas o marcapasos.
 - En el frigorífico es conveniente instalar algún sistema de cierre, que lo bloquee para impedir que el enfermo coma compulsivamente (si ese es su caso), así como alarmas acústicas que indiquen que la puerta está mal cerrada.
 - Algunas marcas están empezando a fabricar lavadoras y lavavajillas que permiten programar en memoria diferentes tipos de lavado, de forma que el usuario tan solo tenga que pulsar un único botón para utilizarlos (por ejemplo, el 1 para la ropa blanca, el 2 para color y el 3 para delicada). De ese modo se evita tener que ajustar en cada lavado temperatura, programa, tipo de centrifugado,... Como medidas de seguridad, es importante que la lavadora disponga de válvula antidesbordamiento para evitar inundaciones y que cuente con bloqueo de puerta que impida su apertura durante el ciclo de lavado. Es interesante que la puerta tenga un grado de apertura de 180° para evitar que la persona se golpee o tropiece. Las lavadoras de carga superior son desaconsejables, ya que son más difíciles de manipular y comportan mayores riesgos, entre ellos del de «atraparse» las manos en el tambor. En cuanto a los detergentes y suavizantes, tanto líquidos como en polvo, es preferible sustituirlos por pastillas que se introduzcan en el tambor, ya que generan menos riesgos de ingesta accidental y evitan problemas de confusión a la hora de dosificarlos y situarlos en la cubeta adecuada. La lejía no debe estar a su alcance.
- Como principales medidas de seguridad, destacan la instalación de detectores de humo y de fugas de agua y gas. Estos sistemas analizan constantemente los niveles de con-

centración de humo, humedad o gas en la estancia, y si superan los niveles adecuados, envían automáticamente una señal que acciona una alarma o actúa sobre las llaves generales de corte.

- La vajilla, los vasos y cubiertos no deben ser transparentes, ni tener dibujos que puedan confundirlos. Es conveniente evitar asimismo los manteles decorados, aunque deben ser de una tonalidad de contraste con la de los platos y vasos, para que los distinguan fácilmente. Son preferibles las vajillas y cuberterías de plástico, ya que son menos peligrosos, se rompen difícilmente y, en caso de rotura, no cortan. Es conveniente no poner en la mesa botellas, soperas, ni ningún otro elemento que el enfermo no vaya a utilizar directamente, para evitarle confusiones. También es conveniente ponerle el mínimo de cubiertos posibles y siempre colocados de la misma manera.

4.3.6. EL BAÑO

Es quizá el recinto más peligroso de la casa, ya que suele ser de pequeñas dimensiones, estar abarrotado de objetos y estar húmedo y resbaladizo. Esta son las principales características que debiera tener para ser más seguro y adecuado:

- La puerta debería abrirse hacia fuera. Habitualmente se abre hacia dentro, lo que priva a esta estancia, ya pequeña de por sí habitualmente, de un espacio imprescindible para personas con poca movilidad; por otra parte, si el enfermo cae al suelo, incluso impedir su apertura para prestarle ayuda. Otra solución alternativa es la puerta corredera, pero sujeta por un carril superior, nunca inferior, ya que éste puede provocar caídas o dificultar el acceso:
 - debe poder abrirse desde el exterior
 - es conveniente eliminar los cerrojos interiores que imposibiliten prestar ayuda en caso de necesidad
- El lavabo:
 - es conveniente que el desagüe esté protegido térmicamente, para evitar quemaduras a las personas que adolecen de sensibilidad en sus miembros inferiores
 - la repisa del lavabo debe estar sólidamente sujeta
 - si la persona va en silla de ruedas, no debe tener pedestal, debe estar colocado a 80 cm del suelo y tener una altura libre bajo él de 65 cm para permitir el acceso. El borde inferior del espejo ha de estar colocado a 90 cm del suelo y el superior, como mínimo, a 190 cm.
- El inodoro más adecuado es el que está anclado a la pared, ya que permite fijarlo a la altura idónea para cada persona en concreto. Si el inodoro ya está instalado y no se puede cambiar, existen diversas soluciones en el mercado, por ejemplo accesorios que elevan el asiento. Ésta no es una cuestión baladí, ya que el poder sentarse y levantarse del inodoro

con la suficiente facilidad y con los pies firmemente apoyados sobre el suelo, es uno de los principales problemas de las personas mayores en general. La altura del inodoro afecta, además, a la facilidad para realizar las deposiciones. Calcular la altura idónea para cada persona es fácil: es la medida que va desde la planta del pie descalzo hasta la curva de la rodilla.

- para facilitar su uso pueden colocarse barras de apoyo abatibles o fijas
- el portarrollos debe estar colocado a una distancia y en una posición que sea accesible sin necesidad de girar o extender el brazo excesivamente.
- La bañera es probablemente el elemento más conflictivo de esa estancia. Para utilizarla de forma segura es conveniente:
 - contar en su interior y en la zona de acceso con barras de apoyo y sujeción. Puede colocarse oblicuamente o bien colocar una barra horizontal más otra vertical.
 - contar con un asiento o banco situado en su interior y firmemente sujeto que facilite tanto la entrada y salida de la bañera, como el propio baño en sí. Existen en el mercado unas sillas elevadoras por presión hidráulica que facilitan notablemente el trabajo del cuidador cuando la persona ya no puede introducirse en la bañera por sí misma.
 - El suelo del cuarto de baño y de la bañera deben estar lo más nivelados posible, ya que si se sitúan en planos diferentes pueden provocar desequilibrios, causa frecuente de caídas. El interior de la bañera y el suelo situado a su alrededor deben ser antideslizantes
 - La ducha debe ser de tipo teléfono, pero contar con un soporte fijo a una altura accesible por una persona sentada en la bañera, para que en determinados momentos disponga de ambas manos libres.
- La ducha debe estar lo más enrasada posible con el suelo del cuarto de baño. La solución óptima es sustituir la tradicional ducha prefabricada por una superficie rugosa y con una ligera pendiente, que desagüe directamente en un sumidero situado en el propio suelo. Esta solución es la ideal, pero puede resultar también bastante compleja de realizar (salvo que se trate de obra nueva), ya que requiere una impermeabilización previa del suelo, darle a la superficie destinada a ducha una cierta pendiente para poder eliminar las aguas y encajar las conducciones y el sumidero en el forjado existente. Otra solución más sencilla es recurrir a los paltos de ducha de poliéster reforzado con fibra de vidrio, que son de poca altura. En cualquier caso, debe tener barras de sujeción verticales y disponer de una silla, para que la persona pueda ducharse sentada.
- Las griferías más adecuadas son las de tipo «monomando» con palanca de tipo «geriátrico», ya que su mando es largo y accionable incluso por personas que no puedan realizar el giro de muñeca. Si la persona tiene problemas de insensibilidad táctil o no es capaz de distinguir la posición de agua fría y caliente, es importante colocar griferías con termostato regular de la temperatura del agua (que debe estar como máximo a 38°) para evitarles quemaduras. Es conveniente que disponga además de algún tipo de

dispositivo que impida que estén abiertas demasiado tiempo, con el consiguiente riesgo de inundaciones por descuido u olvido.

- La iluminación es otro de los elementos esenciales. Se considera una iluminación suficiente la que da 120 lux a 120 cm del suelo. Debe ser indirecta para evitar deslumbramientos y debe estar reforzada con iluminación adicional delante del espejo.
- El pavimento debe ser antideslizante, tanto en seco como en mojado. La mayor parte de los suelos que se instalan en los cuartos de baño no lo son, ya que es difícil encontrar materiales que resulten antideslizantes en ambas circunstancias. Los que mejor lo consiguen son los de tipo gres rústico o los elaborados a base de resinas con terminación de chorro de arena. Su principal inconveniente es que, cuanto más antideslizantes resultan, más difíciles son también de limpiar.
- El alicatado de las paredes es aconsejable que sea mate, para evitar reflejos. Y si las tuberías de agua caliente van vistas, es preciso recubrirlas de material aislante para evitar quemaduras.
- La seguridad frente a inundaciones, al igual que en la cocina, se puede buscar mediante la instalación de detectores de humedad, que corten el agua o den el aviso.
- Los útiles de aseo deben estar reducidos a su mínima expresión: toalla, jabón, peine y cepillo/pasta de dientes. Los útiles no necesarios deberán estar guardados, fuera de su vista, y sólo se sacarán cuando vayan a ser utilizados.
- El resto, deberá estar colocado siempre en el mismo sitio y de la misma manera, a ser posible en el mismo orden en el que vayan a ser usados.
- Es conveniente colocar un timbre (por si necesita pedir ayuda) y una luz, aunque sea tenue, que permanezca encendida por la noche.
- Una solución interesante, fácil, sencilla y barata para ganar espacio en el cuarto de baño, especialmente necesario cuando la persona debe contar para su aseo personal con la ayuda del cuidador, es eliminar el bidet.
- El botiquín no debe estar en el cuarto de baño. Si lo está, debe permanecer cerrado con llave, de forma que el enfermo no pueda acceder a ningún medicamento.

4.3.7. EL DORMITORIO

La organización del dormitorio debe ser tan sencilla como sea posible, a fin de facilitarle la orientación y el control sobre sus actos.

Como premisas básicas hay que tener en cuenta:

- Retirar los objetos innecesarios que puedan distraerle o confundirle como adornos por los que no siente ningún afecto, revistas,...

- Fijar la lámpara de la mesilla de noche, de forma que pueda encenderla y apagarla sin tirarla.
- Fijar al suelo la alfombra situada al pie de la cama, o incluso retirarla, ya que puede tropezar con ella o resbalar. Si la habitación tiene moqueta, habrá que asegurarse de que no está despegada en ningún punto y que no presente desniveles en los que pueda tropezar.
- Colocar algún tipo de señal luminosa que le vaya indicando el camino entre el dormitorio y el cuarto de baño, para que no se pierda si tiene que ir por la noche.
- Colocar algún tipo de luz permanente de baja intensidad, que le permita orientarse si se despierta en plena noche.
- La cama debe estar colocada de manera que pueda subir y bajar por ambos lados sin dificultad. Debe estar a una altura adecuada para que pueda alcanzar el suelo con facilidad al levantarse y pueda sentarse sin riesgo de caídas.
- El armario ropero debe estar organizado de tal manera que le sea muy fácil realizar la operación de vestir:
 - simplificar sus posibles elecciones, dejando en él solamente la ropa indispensable y eliminando lo superfluo
 - colocar la ropa exactamente en el orden en el que deberá ponérsela
- Si la persona es obesa, conviene que duerma con la cabeza más alta que los pies.
- La mesita de noche no tiene que tener ruedas, ya que resultaría inestable e insegura si se apoya en ella. Debe contar con espacio suficiente para colocar sus cosas.
- Los radiadores y elementos de calefacción deben aislarse térmicamente para evitar quemaduras al tocarlos.

4.3.8. MUEBLES Y OBJETOS

Como norma general, a la hora de buscar un entorno lo más ergonómico posible, hay que:

- Evitar los muebles y objetos con aristas o cantos agudos.
- Evitar los muebles y objetos que puedan volcarse y atrapar parte de su cuerpo.
- Evitar los elementos sobresalientes en muebles y objetos, con los que puedan tropezar o golpearse.
- Buscar muebles sólidos, robustos y resistentes al desgaste, fabricados con materiales o acabados fáciles de limpiar.

-Evitar los muebles con cristales, por el peligro de rotura y los consiguientes cortes, pero también porque pueden provocarles desorientación y confusión.

LAS MESAS

Las patas deben ser rectas, deben estar situadas en las esquinas y no extenderse más allá del borde de la tapa, para evitar tropiezos y caídas. El acabado no debe producir reflejos ni brillos deslumbrantes, pero sí debe permitir que las manos se agarren bien. Debe ser muy estable, ya que a menudo se apoyan en ella:

- Bordes y esquinas redondeados para evitar lesiones al chocar con ellas
- Patas rectas que no se extiendan más allá de su borde
- Acabados resistentes y fáciles de limpiar

LAS SILLAS

- Deben eliminarse todas aquellas que sean inseguras o en las que resulte difícil sentarse o levantarse
- Han de ser lo suficientemente cómodas como para poder permanecer mucho tiempo sentados: tapizadas y con un relleno firme sobre una base indeformable (el tapizado ha de ser transitable, ignífugo, resistente y fácil de limpiar). Como alternativa, las sillas de plástico más o menos flexible ofrecen prestaciones de comodidad bastante adecuadas, siempre y cuando el asiento no tenga relieve acusado, sea casi plano y el borde delantero sea curvado.
- Es conveniente que dispongan de reposabrazos adecuados, ya que les facilita el esfuerzo de levantarse y les permite relajar la musculatura del hombro.
- El asiento debe estar a una altura que permita apoyar firmemente los pies en el suelo cuando está sentado. La altura es crítica a la hora de proporcionar un confort óptimo y favorecer posturas adecuadas: las sillas demasiado altas, al impedir un buen apoyo de los pies sobre el suelo, provocan un exceso de presión del cuerpo sobre el asiento; las sillas demasiado cortas no proporcionan suficiente superficie de apoyo y dificultan las maniobras de sentarse y levantarse.
- El respaldo debe dar apoyo a toda la espalda.
- Deben ser muy estables (incluso cuando la persona se apoya en ellas con todo su peso) y carecer de esquinas duras o salientes en las que puedan golpearse. Hay que evitar asimismo los remaches, tornillos y otros elementos vistos en los que puedan engancharse o arañarse.
- No son convenientes los rellenos excesivamente blandos ni gruesos, ya que al no proporcionar un apoyo adecuado, obligan a mantener la postura a base de esfuerzo muscular.

SU CAMA

- Es conveniente que la cama tenga cabezal y piecero, ya que les sirve de apoyo al andar, de ayuda a la hora de levantarse o cambiar de postura en la cama y de orientación cuando caminan a oscuras. Ambos deben estar sólidamente sujetos a la estructura de la cama.
- Para las personas que todavía pueden valerse por sí mismas, la altura de la cama debe estar en torno a los 35-40 cm, ya que es la que permite sentarse con los pies firmemente apoyados en el suelo y levantarse con facilidad. Si la persona necesita ayuda para realizar setas funciones, es preferible que la altura de la cama sea algo mayor, entre los 38 y los 78 cm, en función de las labores de atención que debe realizar el cuidador.
- El somier y el colchón no deben ser muy blandos ni ceder demasiado al peso, ya que provocan posturas incorrectas e insanas. Para los enfermos que deben permanecer mucho tiempo encamados, los somieres y colchones idóneos son los articulados, ya que les permite cambiar de postura.
 - Los colchones menos recomendables son los de muelles planos y los de lana; los más adecuados, los elásticos y conformables, que se adaptan ligeramente a la forma del cuerpo. La capa superior ha de ser transpirable, para permitir la aireación de la piel y evitar que se acumule humedad.
 - El somier más adecuado es el de láminas de madera, a ser posible articulado.

Existen tres tipos básicos de camas:

- Cama con lecho fijo
- Cama con somier articulado: es especialmente útil para los enfermos que aún conservan una relativa capacidad funcional. Su principal ventaja es el nivel de comodidad y confort que ofrecen al paciente cuando debe permanecer bastante tiempo acostado, ya que le permite realizar diversas actividades mientras permanece encamado. El principal inconveniente de algunos tipos de somier articulado es el deslizamiento del cuerpo hacia los pies de la cama que se produce al levantar el tronco. El movimiento de estos somieres puede ser mecánico o eléctrico (mediante mando a distancia o por cable), aunque la diferencia de precio del eléctrico sobre el mecánico es sustancial.
- Cama con somier articulado y carro elevador del lecho: es el tipo de cama ideal para las personas que deben permanecer permanentemente acostadas y necesitan de constantes cuidados. Las ventajas que ofrecen se dirigen sobre todo al cuidador, ya que el poder levantar la cama a diferentes alturas facilita las distintas actividades que se deben realizar con el enfermo, como darle de comer, limpiarle, hacer la cama, transferirle a una silla de ruedas,...

Independientemente del tipo de cama por el que se opte, es importante tener en cuenta los siguientes criterios:

- Su estética ha de estar acorde con el resto de los muebles del dormitorio, apartándose del aspecto hospitalario.
- Los acabados y elementos adicionales que necesite el paciente y que puedan entrar en contacto con él, como asideros por ejemplo, deben ser seguros: bordes y esquinas redondeados, zonas de agarre fáciles de asir, acabados antideslizantes y agradables al tacto,...
- Los materiales de que esté hecha deben ser fáciles de limpiar, resistentes a las manchas y duraderos.
- Debe permitir añadir accesorios a medida que el enfermo los pueda ir necesitando. Los más comunes son:
 - Ruedas: no son imprescindibles, pero resultan útiles para algunas funciones. Deben tener freno o sistema de bloqueo.
 - Barandillas: imprescindibles como elemento de seguridad en algunos casos.
 - Estribo: es de gran utilidad en las camas con somier articulado, ya que le sirve al enfermo como ayuda para acomodar su postura y de elemento de apoyo al incorporarse.
- La almohada es uno de los elementos que más influyen en el confort a la hora de dormir. La almohada debe sustituirse cuando esté deteriorada o sufra una sensible pérdida de altura inicial.

SU MESILLA DE NOCHE

La mesita de noche debe quedar a una altura superior a la del colchón, para favorecer la visibilidad y el alcance de los objetos situados sobre ella. Es conveniente que disponga al menos de un cajón, con guías de baja fricción y tope de apertura, en el que pueda guardar diversos objetos.

- Los materiales empleados deben ser duraderos y resistentes a los productos químicos de limpieza. Si tienen partes metálicas, deben tener un acabado antióxido.
- Debe ser estable y, a ser posible, estar firmemente fijada al suelo, para evitar que se vuelque si se apoya en ellas. Las ruedas no son convenientes.
- Los bordes y las esquinas deben estar redondeados o protegidos, para evitar golpes.
- Es conveniente que su estética esté de acuerdo con el resto del mobiliario del dormitorio y debe tener capacidad suficiente como para alojar los elementos personales, tales como el teléfono, la lámpara y otros útiles necesarios.
- Si dispone de cajón, éste debe abrirse mediante un tirador en forma de asa, cuyo acabado sea antideslizante y agradable al tacto. Si tiene una puerta inferior, su tirador no debe estar colocado por debajo de los 38 cm de altura respecto al suelo.

EL ARMARIO

- El diseño del armario debe permitir que el enfermo se acerque al máximo a él para maniobrar en su interior. En ese sentido, los más cómodos son los que se sustentan sobre patas y dejan libre un espacio entre su base y el suelo, para poder introducir los pies.
- Los bordes deben ser (o estar) redondeados y no tener elementos sobresalientes en los que pueda golpearse.
- Las puertas correderas tienen la ventaja frente a las batientes que evitan los golpes cuando están abiertas; por el contrario, presentan el riesgo de pillarse los dedos o las manos al cerrarla, por lo que deben disponer de mecanismos de deslizamiento muy suaves y fácilmente controlables.
- Los tiradores no deben ser de pomo o de asas móviles, sino de asa fija en forma de «D», situados a una altura de entre 90 cm y un metro respecto al suelo.
- La barra para colgar la ropa debe estar a una altura adecuada a su estatura y características.

SU BUTACA

- Debe facilitar el movimiento de sentarse y levantarse. Para ello es conveniente que la altura del asiento le permita permanecer sentado con los pies firmemente apoyados en el suelo y que el asiento no esté muy inclinado hacia atrás ni sea demasiado mullido, ya que, si bien facilita el relax, dificulta mucho levantarse.
- Es importante que tenga reposabrazos.
- El respaldo debe disponer de soporte lumbar y ser lo suficientemente largo como para permitir el reposo de toda la espalda y de la cabeza.
- El relleno del tapizado no debe ser muy mullido y la base debe ser firme. La tapicería debe ser transpirable, ignífuga, fácil de limpiar,...
- Son aconsejables aquellas que permiten regular la inclinación del respaldo, ya que sirven para alternar posturas más relajadas con otras más erguidas.

CURSO DE **AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO**

5

PRIMEROS AUXILIOS

5. PRIMEROS AUXILIOS

5.1. INTRODUCCIÓN

Acciones o medidas que se adoptan inicialmente con un accidentado o enfermo repentino, en el mismo lugar de los hechos, hasta que pueda obtener una asistencia especializada.

OBJETIVO PRINCIPAL

- Evitar agravar o empeorar las lesiones que presente la víctima.
- Haremos sólo aquello de lo que estemos totalmente seguros.

PREMISAS

- Tranquilidad: «no perder los nervios». Actuar deprisa pero con serenidad, manteniendo la calma, dominar la situación y evitar el pánico.
- Composición de lugar: delimitar la realidad y sus posibles consecuencias.

PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN

- Proteger el lugar de los hechos: cuidar nuestra propia seguridad y la de los accidentados (fuego, escape de gas, electricidad,...). Alejar el peligro.
- Alertar a los servicios de socorro: permanecer con el accidentado, enviar a alguien a pedir ayuda y avisar correctamente (lugar exacto, tipo de accidente, identificarse).
- Socorrer a las víctimas:
 - Seguir un orden de prioridades
 - Retirar al quemado del fuego o electricidad siguiendo las normas de seguridad
 - Inconsciente: verificar respiración y latido cardiaco
 - Sangrante: taponar la hemorragia
 - Fracturas: inmovilización
 - Dolor abdominal
- Tranquilizar al accidentado: informarlo en todo momento de lo que estamos haciendo o vamos a hacer.
- Alerta médica: buscar cualquier indicativo de que el accidentado padece cualquier afectación: diabetes, alergias, hemofilia, tratamientos médicos, epilepsia,...

5.2. ACTUACIÓN ANTE PEQUEÑAS HERIDAS Y QUEMADURAS

HERIDAS PUNZANTES

Producidas por agujas, lápices, tijeras, clavos,...

- Lavar con agua y jabón a presión con un útil tipo jeringuilla.
- Dejar que sangre para que arrastre cuerpos extraños.
- Secar con gasa estéril.
- Desinfectar con betadine o cualquier otro.
- Si es zona que se puede manchar, tapar momentáneamente.

HERIDAS INCISAS

Producidas por instrumentos cortantes tipo cuchillo, cerámica, papel,...

- Lavar con agua y jabón, limpiando el centro hacia fuera.
- Si es pequeña, desinfectar y tapar con una tirita.
- Si es grande colocar un apósito de gasa y acudir al centro de salud para suturar.

HERIDAS CONTUSAS

Producidas por magulladuras, mordeduras, golpe con una piedra,...

- Lavar con agua y jabón, intentando arrastrar la suciedad.
- Si existen cuerpos extraños que no se desprenden, dejar y acudir al centro de salud.
- Secar y desinfectar.
- Si es pequeña dejar al aire, si es grande cubrir con gasa y una venda.

HERIDAS SANGRANTES, EXCEPTO EN LAS PUNZANTES

- Comprimir con gasa la zona.
- Si es abundante, elevar la parte lesionada.
- Si es en la palma de la mano, comprimir con un rollo de gasas.

- Si es en la cara, igual que en la nariz, inclinar la cabeza hacia delante, con el fin de que la sangre no penetre por la boca.
- Si es en la nariz, comprimir al mismo tiempo las aletas de la nariz y si no cesa se puede introducir un poco de algodón con agua oxigenada.

5.3. QUEMADURAS

- Antes que nada, hay que apartar la fuente de calor que ha causado la quemadura.
- Enfriar la quemadura inmediatamente colocando la zona afectada bajo un chorro de agua fría durante 10 minutos, dependiendo de la zona afectada se puede cubrir con compresas empapadas en agua fría que se irán renovando periódicamente.
- Si es pequeña colocar una gasa vaselinada y cubrir con gasas y vendaje.
- Si es grande colocar la misma gasa y acudir al centro de salud. Es recomendable que toda quemadura reciba atención médica, con la única excepción de aquellas con un diámetro inferior a dos centímetros.
- Nunca intentar retirar cuerpos pegados a la piel, ropa,...
- No tocar nunca las ampollas.
- Las quemaduras químicas producidas en los ojos por algunos productos de limpieza como lejía, aguafuerte, aguarrás,... mantener el ojo afectado durante un mínimo de 10 minutos bajo un chorro suave de agua para arrastrar el cáustico. Cubrir con un apósito el ojo afectado y acudir a un centro sanitario.

5.4. LESIONES TRAUMÁTICAS

CONTUSIONES

Lesiones originadas por la acción violenta de instrumentos que chocan directamente sobre el organismo, originando diversas alteraciones, pero sin producir la rotura de la piel.

Clasificación:

- Mínimas: no produce ninguna alteración de planos profundos, solo enrojecimiento y una ligera inflamación.
- De primer grado: se produce una equimosis o cardenal.
- De segundo grado: se lesionan vasos mayores, formándose un hematoma.
- De tercer grado: hay aplastamiento. Puede haber infección de otras estructuras.

Tratamiento:

- Aplicar frío local mediante compresas de agua fría.
- No pinchar los hematomas
- Menos en las mínimas, traslado para su valoración.

ESGUINCES

Lesión del aparato capsulo-ligamentoso. Es una distensión o desgarro de ligamentos. Viene provocado al forzarse los ligamentos de una articulación por el desplazamiento de un hueso y la vuelta a su posición natural, a causa de una torcedura.

Sintomatología:

- Dolor
- Inflamación de la zona (comparar con el miembro ileso)
- Impotencia funcional

Tratamiento:

- Aplicar frío local
- Inmovilizar la articulación
- Elevar el miembro afectado
- Traslado para la valoración

LUXACIONES

Separación de dos cuerpos articulares. En la luxación hay rotura de ligamentos y cápsula articular con salida de los huesos de su sitio.

Sintomatología:

- Dolor
- Deformidad (comparar con el miembro sano)
- Impotencia funcional total

Tratamiento:

- Inmovilizar la articulación afectada tal y como se encuentre
- No intentar reducir la luxación
- Traslado a un centro sanitario

FRACTURAS

Rotura de un hueso, es decir, solución de continuidad, parcial o total de los huesos.

Clasificación:

- Abiertas: originan la rotura de la piel, hay herida próxima al foco de la fractura.
- Cerradas: la piel permanece intacta, no hay herida.

Sintomatología:

- Dolor, el accidentado puede, además de quejarse de dolor referir haber oído un «chasquido»
- Hinchazón y deformidad
- Imposibilidad de realizar movimientos

Tratamiento:

- Evitar cualquier movimiento innecesario de la zona lesionada
- No moverlo antes de inmovilizar la fractura
- Hay que inmovilizar la fractura en la misma posición en la que nos la encontremos
- En caso de fracturas abiertas hay que cubrir la herida con apósitos estériles o pañuelos limpios, antes de inmovilizarlas
- Conseguir ayuda médica y traslado a un centro sanitario

Recuerda:

- Una fractura cerrada puede transformarse en una abierta como consecuencia de una manipulación intempestiva, produciéndose nuevos daños.
- No descuide una supuesta fractura a nivel de una articulación en un niño, ya que una curación incorrecta podría repercutir sobre el crecimiento en longitud del hueso implicado.

- Son especialmente importantes las fracturas que afectan al cráneo o a la columna vertebral, ya que pueden provocar daños en el cerebro o en la médula espinal respectivamente en estos casos, es fundamental no mover a la víctima, hay que procurar que esté lo más cómoda posible en la posición en la que se encuentre y esperar la llegada de ayuda especializada.
- Una hemorragia por la nariz o por el oído después de recibir un golpe violento en la cabeza, puede ser un síntoma de fractura de algún hueso del cráneo, sobre todo, si el accidentado está obnubilado o inconsciente.

5.5. HEMORRAGIAS

Pérdida de sangre del sistema vascular como consecuencia de la rotura de los vasos sanguíneos.

Clasificación:

- Según su localización:
 - Externas: cuando vemos la sangre a través de una herida
 - Internas: cuando no vemos la sangre debido a que ésta queda oculta en el interior del organismo
 - Exteriorizadas: sangre que sale al exterior por orificios naturales
- Según el origen:
 - Arteriales: de color rojo brillante. Sale a borbotones, a modo de golpes que coinciden con los latidos del corazón.
 - Venosas: color rojo oscuro. Fluye de forma continua, como el chorro de un grifo.
 - Capilares: fluye rezumando de la herida, a modo de múltiples puntitos sangrantes.

Toda pérdida de sangre debe ser controlada cuando antes, sobre todo, si es importante. No debemos olvidarnos de que la sangre «lo macha todo», incluso en pequeñas cantidades, creando una gran aparatosidad y haciendo que cunda la alarma.

Actuación:

- Mantener la calma y tranquilizar al accidentado.
- Hacer seguro el lugar de los hechos.
- Evitar que el accidentado permanezca de pie, ya que si se mareara se podría caer al suelo y golpearse, ocasionando una lesión adicional.

- De inmediato, aplicar presión sobre la herida colocando gasas o compresas estériles. Si no las tenemos a mano se puede utilizar: pañuelos, servilletas (no de papel), siempre que estén limpios.
- Cuando la hemorragia se produzca en las extremidades, las mantendremos elevadas por encima del nivel del corazón.
- Si la hemorragia no se detiene a pesar de aplicar la presión directa, coloca sobre la herida un vendaje compresivo.

Importante: si mientras estás aplicando la presión directa, los apósitos se empapan de sangre, no los quites, coloca otros encima.

5.6. ALTERACIÓN DE LAS FUNCIONES VITALES

El cuerpo humano y en especial el cerebro necesitan indispensablemente para vivir oxígeno.

El oxígeno no se puede almacenar, ha de ser captado continuamente del aire a través de la respiración.

El oxígeno es recogido por la sangre en los alvéolos pulmonares y transportado a todo el organismo gracias al impulso constante que le proporciona el corazón.

La respiración y la circulación sanguínea son funciones vitales.

La afectación o detención va a originar un problema inmediato para nuestra supervivencia. De ahí la enorme importancia de restablecerlas cuanto antes, ya que en un intervalo aproximado a los 3-5 minutos sin recibir oxígeno, las células del cerebro se pueden dañar irreversiblemente.

Los motivos por los cuales una persona puede dejar de respirar son muy variados:

- Asfixia, por humos o vapores
- Ahogamiento
- Atragantamiento
- Electrocución
- Sobredosis de drogas o medicamentos
- Inhalación de tóxicos
- ...

A partir del momento en que se detiene la respiración, el corazón puede continuar latiendo durante unos minutos, al cabo de los cuales, si no se ha reanudado la respiración (artificial o espontáneamente), el corazón se parará también, al verse afectado por la falta de oxígeno.

TÉCNICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Consiste en revertir el proceso de la muerte en pacientes a quienes todavía no les llegó la hora de la muerte.

Integrar el tratamiento de la RCP en un conjunto de pautas estandarizadas de desarrollo secuencial, cuyo fin es sustituir, primero y reinstaurar después la respiración y la circulación espontáneas. Debe realizarse de forma que existan posibilidades de recuperar las funciones cerebrales superiores.

Componentes de la RCP básica: A-B-C de la reanimación:

- A: análisis de la situación: detección y diagnóstico de la pérdida de conciencia apertura de la vía aérea
- B: ventilación: boca-boca o boca-nariz
- C: circulación: masaje cardíaco externo

Importante: si está solo, nunca abandone a la víctima para pedir ayuda, pida que lo haga la primera persona que se acerque al lugar.

Recuerde: haremos sólo aquello de lo que estemos totalmente seguros de realizar bien.

Elevación de la mandíbula sin hiperextensión, en caso de sospecha de lesión de la columna cervical, para no mover el cuello.

5.7. ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA

LIPOTIMIA

Pérdida de conciencia breve, superficial y transitoria (segundos o minutos), debida a una disminución brusca del flujo sanguíneo cerebral.

Manifestaciones previas a la pérdida del conocimiento:

- Sensación de mareo y flojedad en las piernas
- Alteraciones visuales y/o auditivas
- Piel pálida, fría y sudorosa (cara)

Causas:

- Falta de irrigación cerebral
- Variaciones de la tensión arterial
- Origen nervioso
- Trastorno metabólico fugaz
- El calor excesivo y los ambientes cerrados

SÍNCOPE

Paro súbito y generalmente breve de la circulación y/o respiración que cursa con pérdida brusca de la conciencia.

En ambos casos, pero principalmente en el síncope, la víctima se desploma sobre el suelo (posibilidad de lesiones sobreañadidas).

COMA

Pérdida de la conciencia prolongada, con disminución o ausencia de los reflejos protectores (deglución, tos,...) y de reacción ante estímulos externos.

Causas:

- Lesión cerebral
- Intoxicaciones: alcohol, medicamentos,...
- Trastornos metabólicos o endocrino
- Alteraciones neurológicas: epilepsia, accidente cerebrovascular,...

Tratamiento:

Si la persona siente que se va a marear:

- Tumbarla en posición horizontal sobre su espalda y elevarle las piernas 45°
- Aflojarle la ropa que pueda oprimirle (cuello, cintura,...)
- Alejar a los curiosos

Si la persona se ha desmayado (lipotimia):

- Mantener permeabilidad de la vía aérea y asegurarse de que respira

- Colocarla sobre su espalda y elevarle las piernas 45°
- Aflojarle las ropas que le opriman

Si se trata de un síncope:

- Iniciar las maniobras de RCP en caso necesario
- Si se mantienen las constantes vitales, actuar como en el caso de lipotimia

Si se trata de un coma:

- Colocar al paciente en la posición lateral de seguridad
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea
- Vigilar las constantes vitales y procurar el traslado a un centro sanitario

5.8. INSOLACIÓN

Sintomatología:

- Cefalea (dolor de cabeza)
- Congestión de la cara
- Sed intensa
- Respiración rápida y jadeante
- Irritabilidad, convulsiones
- Fiebre muy alta
- Coma

Factores predisponentes:

- Tiempo prolongado al sol
- Ejercicio prolongado al sol

Tratamiento:

- Apartar al accidentado de la fuente de calor o la habitación
- Colocarle en un lugar fresco
- Aflojarle la ropa

- Colocarle en decúbito supino con la cabeza alta
- Refrescarle con una toalla húmeda
- Darle a beber abundante cantidad de líquidos

5.9. GOLPE DE CALOR

Sintomatología:

- No hay sudoración
- Respiración jadeante
- Se nota débil
- Mareos
- Cae al suelo con la cara muy colorada

Factores predisponentes:

- Habitación con temperatura muy elevada (>30°)
- Grado de humedad muy alto (>60-70°)
- Ausencia de corrientes de aire

Tratamiento:

- Apartar al accidentado de la fuente de calor o la habitación
- Colocarle en un lugar fresco
- Aflojarle la ropa
- Colocarle en decúbito supino con la cabeza alta
- Refrescarle con una toalla húmeda
- Darle a beber abundante cantidad de líquidos

5.10. INTOXICACIONES

El concepto de tóxico, a pesar de resultarnos familiar, es un tanto difícil de precisar; así, podemos considerar tóxica a toda sustancia que tomada en cantidad suficiente, es capaz de producir un daño en el organismo.

Los medicamentos, la práctica totalidad de los productos de limpieza domésticos, los insecticidas, ciertos gases y vapores, el humo de los incendios, ciertas plantas y un largo etc de productos que manejamos habitualmente, son potencialmente tóxicos.

INTOXICACIONES POR VÍA DIGESTIVA

Principales causas de intoxicaciones digestivas:

- Ingestión de alimentos en mal estado
- Ingestión indebida de fármacos
- Ingestión de productos de limpieza

Manifestaciones generales:

- Alteraciones digestivas: náuseas, vómitos, dolores abdominales (tipo cólico), diarrea,...
- Alteraciones de la consciencia
- Alteraciones respiratorias

La importancia de todas ellas depende de la naturaleza y cantidad de tóxico que penetre en el organismo.

Se pueden presentar signos característicos según el tipo de tóxico:

- Quemaduras en los labios y alrededor de la boca (productos químicos)
- Respiración rápida y dificultosa (aspirina)
- Convulsiones (excitantes del sistema nervioso)
- Dilatación de las pupilas (cocaína)
- Contracción de las pupilas (opiáceos, LSD, setas)

Tratamiento: aunque este tipo de situaciones y dado que afectan mayoritariamente a los niños, es frecuente que «se pierdan los nervios»; para evitarlo mantener la tranquilidad y seguir estas normas:

- Tóxicos ingeridos:
 - En primer lugar, si la víctima presenta un problema vital, adoptar las medidas necesarias. Si fuera necesario realizar la respiración artificial, utilizar el método boca-nariz para evitar que su boca entre en contacto con el tóxico.
 - Identificar el tóxico a través del envoltijo, envase, caja, recipiente,...

- Conseguir ayuda médica lo antes posible: pida una ambulancia y contacte con el servicio permanente de urgencias del centro nacional de información toxicológica, teléfono 915 620 420.
- Como regla general no provocar el vómito, a no ser que se lo indiquen específicamente cuando pidió ayuda.
- Neutralizar el tóxico con una solución de agua albuminosa, diluir en un litro de agua 6 claras de huevo (sólo si la víctima está consciente).
- Lleve siempre al hospital una muestra del tóxico. Si el paciente ha vomitado espontáneamente recoja también una muestra del vómito.
- Mantenga al paciente abrigado y en posición lateral de seguridad.

INTOXICACIONES POR VÍA INHALATORIA

Principales causas de intoxicación:

- Escapes de gas en un lugar no ventilado (gas butano, gas ciudad) estos gases llevan añadido un compuesto que les proporciona un olor característico, lo que permite su detección.
- Humos y gases tóxicos que se producen en los incendios.
- Por la combustión defectuosa de braseros, calentadores, o por el funcionamiento «al ralentí» del motor de un coche en lugares cerrados.
- Pinturas en lugares cerrados
- Insecticidas

Manifestaciones generales:

- Alteraciones respiratorias: tos, sofocación, picor de garganta, dificultad para respirar, apnea, parada respiratoria.
- Alteraciones digestivas: náuseas, vómitos
- Alteraciones de la conciencia: mareos, dolor de cabeza, desvanecimiento, pérdida de la conciencia.

Tratamiento:

- Separar a la víctima del ambiente tóxico, sacándola al aire libre o aireando el lugar (abrir puertas y/o ventanas, cerrar el paso del gas, apagar cualquier aparato en combustión,...).

- Valorar su estado general y adoptar las medidas que sean necesarias.
- Trasladarla a un centro sanitario.

Si ha de entrar en un lugar con humo abundante, con olor a gas o sin ventilar, entre con un pañuelo mojado sobre su boca y nariz.

No encienda cerillas, mecheros ni manipule los interruptores eléctricos.

MEDIDAS PARA PREVENIR LAS INTOXICACIONES EN EL HOGAR

- No dejar los medicamentos al alcance de los niños (mesillas de noche, cajones del mueble del salón,...). Los niños pequeños confunden por su colorido, los medicamentos con caramelos.
- No tomar ningún medicamento delante de los niños (imitación).
- Guardar los productos de limpieza fuera del alcance de los niños. Almacenarlos en aquellos lugares a los que no pueda tener acceso.
- No emplear recipientes de productos alimenticios o de bebidas para introducir sustancias tóxicas.
- No dejar en funcionamiento el motor del coche en un lugar cerrado.
- Hacer revisar regularmente el estado de funcionamiento de todos los aparatos de combustión de la casa.
- No bloquear o tapar las rejillas de ventilación.
- Tener siempre a mano el teléfono de urgencias del centro nacional de información toxicológica.

5.11. ATRAGANTAMIENTO Y OBSTRUCCIÓN DE VÍAS AÉREAS

Se conoce como vía aérea los conductos por los que el aire llega a los pulmones (boca, nariz, faringe, tráquea). Si un objeto interrumpe esa entrada de aire puede producir desde simplemente tos hasta la muerte por asfixia.

En los adultos la causa más frecuente de atragantamiento es la comida, en los niños además lo pueden producir monedas, botones, canicas, piezas pequeñas de juguetes,...

En la mayoría de los casos la reacción de defensa inmediata del organismo es la tos, mediante la cual el aire es expulsado violentamente en un intento de arrastrar consigo el cuerpo extraño. En ocasiones el objeto queda encajado en la garganta; en ese caso la víctima no puede toser, no puede hablar y lo que es más grave, no puede respirar.

Tipos:

- Obstrucción incompleta: La persona puede toser, hablar o respirar aunque sea con dificultad. Tranquilízela y ánimoela a toser con fuerza.
- Obstrucción completa: la persona se llevará las manos al cuello, sus labios y su cara tomarán un aspecto azulado. Puede llegar a perder el conocimiento al no renovarse el aire en los pulmones y el cerebro dejará de recibir oxígeno.

Maniobra de Heimlich: su objetivo es lograr que el diafragma se contraiga violentamente, comprima los pulmones y empuje hacia arriba el cuerpo extraño.

Técnica:

- Víctima consciente:
 - Nos colocaremos detrás del paciente, le abrazaremos colocando una de nuestras manos con el puño cerrado (el pulgar en contacto con el cuerpo) en la boca del estómago, justo por encima del ombligo y con la otra mano encima.
 - Una vez así, presionaremos con fuerza hacia dentro y hacia arriba al mismo tiempo, ejerciendo movimientos bruscos que repetiremos en series de 6 a 10 veces hasta que el objeto sea expulsado.
- Víctima inconsciente:
 - Ladearemos la cabeza del paciente tumbado en el suelo y nos colocaremos a horcajadas sobre él.
 - Colocaremos el puño de una mano entre el final del esternón y el ombligo, apoyando la otra mano encima y manteniendo los brazos estirados.
 - Realizaremos las compresiones de forma enérgica, hasta conseguir extraer el cuerpo extraño; si no lo notamos, cada 6 o 10 compresiones, revisaremos la boca del paciente por si estuviera dentro.

Esta técnica no se recomienda si se produce una obstrucción completa en un retrasado mental ni en lactantes menores de un año. En estos casos colocaremos al niño boca abajo sobre nuestras piernas y el daremos cuatro palmadas enérgicas en la espalda entre los omóplatos.

Prevención:

- Trocear la comida en fragmentos pequeños y masticar bien.
- Procurar no hablar mientras haya alimento en la boca.

- Beber con la boca vacía de alimento.
- No dejar al alcance de los niños objetos de tamaño pequeño o juguetes que puedan desmontarse en piezas pequeñas.

5.12. CRISIS EPILÉPTICA

Manifestación clínica paroxística, es decir, de comienzo brusco e inesperado, que se debe a la disfunción cerebral producida por una descarga hipersincrónica de un grupo de neuronas hiperexcitables.

La crisis epiléptica se expresa con síntomas motores, sensitivos, autonómicos y/o psíquicos, con o sin alteración de la conciencia, y sus características dependen de la localización inicial de la descarga hipersincrónica y de su propagación a otras regiones cerebrales.

TIPOS DE CRISIS EPILÉPTICAS

Las crisis epilépticas pueden originarse en un área concreta del cerebro (crisis focales) o en la totalidad de las células cerebrales (crisis generalizadas).

CRISIS FOCALES O PARCIALES

- Crisis focales elementales: sin pérdida del conocimiento. Pueden manifestar por visión de luces, audición de sonidos, sacudidas en un brazo o una pierna,...
- Crisis focales completas: se caracterizan por la pérdida de conciencia, seguida habitualmente de movimientos de masticación, de desviación de la cabeza, movimientos automáticos como de arreglarse la ropa,.... La conciencia se recupera lentamente, con confusión durante varios minutos.
- Crisis focales secundariamente generalizadas: son crisis focales, elementales o complejas, en las que se irradia la hiperexcitabilidad inicial al resto de neuronas cerebrales, prolongándose con una crisis convulsiva tónico-clónica generalizada.

CRISIS GENERALIZADAS

- Crisis generalizadas tónico-clónicas: comienzan con pérdida brusca del conocimiento y se continúan con rigidez de las cuatro extremidades, que se puede acompañar de labios morados, salida de espuma por la boca y eliminación de orina, siguiendo después una convulsión con sacudidas clónicas rítmicas que afectan a los dos brazos y a la dos piernas. Al fin queda un sueño profundo durante unos minutos u horas, tanto más duradero cuanto más prolongada y violenta ha sido la convulsión.
- Crisis tónicas: se caracterizan por pérdida brusca de la conciencia seguida de una convulsión tónica, es decir, hiperextensión del tronco y de las cuatro extremidades, de manera

similar a la fase tónica de las crisis tónico-clónicas, antes descritas. Suelen ser de breve duración por lo que hay escasa o nula confusión después de la crisis.

- Crisis clónicas: sacudidas rítmicas de las cuatro extremidades, con una frecuencia y duración variables, de segundos a minutos, con afectación de la conciencia tanto mayor cuanto más se prolonga la crisis.
- Crisis mioclónicas: se caracterizan por la sacudida brusca, muy rápida (menos de 1 segundo) y masiva de las cuatro extremidades, durante escasos segundos, que en ocasiones es capaz de proyectar al paciente al suelo. Otras veces las mioclonias afectan solo a los brazos, provocando la caída de los objetos de las manos.
- Espasmos: pérdida de conciencia, flexión anterior o posterior de la cabeza y flexión o extensión de los brazos durante 1-3 segundos, repitiéndose varias veces seguidas en forma de salva, tras la cual el paciente, que habitualmente es un niño de pocos meses, llora o grita.
- Ausencias: detención brusca de la actividad motora e interrupción de la conciencia, a veces con movimientos automáticos simultáneos como relamerse los labios o arreglarse la ropa, acompañándose típicamente de mirada fija e inexpressiva, parpadeos y reclinación ligera de la cabeza hacia atrás. Terminan bruscamente, reanudándose la actividad previa. Su duración es de 5-20 segundos, recobrando con extraordinaria rapidez la conciencia.
- Crisis acinéctica: pérdida brusca del tono muscular y de la conciencia durante 1 segundo, con riesgo elevado de caída al suelo y de heridas en la barbilla o en la cara.

ACTUACIÓN ANTE UNA CRISIS EPILÉPTICA

- Controle la situación: la gente tiene la creencia generalizada de que hay que evitar como sea las sacudidas musculares y esto es falso. El sujeto de un ataque epiléptico desarrolla una fuerza tal que si intentamos sujetarle, podemos llegar a provocar roturas musculares e incluso fracturas óseas.
- Apartar los objetos de alrededor de la víctima, para evitar que se lesione durante las sacudidas.
- Introduzca entre los dientes, sin hacer palanca, un pañuelo doblado varias veces o cualquier instrumento preparado al efecto.
- Si lo tiene prescrito administrarle el microenema «Stesolid» y procurar colocarlo de lado, sin forzar en ningún momento la posición.
- Una vez que ha finalizado la crisis, mantenerlo de lado y abrigarlo dejándolo dormir el tiempo que necesite.

Recordar que los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de epilepsia suelen estar medicados al respecto, por lo que las crisis no suelen ser muy llamativas sobre todo las que por sus características solo duran unos segundos.

Importante: las dosis y los horarios de la medicación que lleven prescrita los pacientes tienen que ser rigurosamente mantenidas ya que gracias a ella se controlan y espacian las crisis.

5.13. PICADURAS DE INSECTOS

Las picaduras constituyen un apartado que adquiere una incidencia importante, principalmente en los meses de verano. La mayor parte de este tipo de lesiones no suelen revestir gravedad y se limitan a producir molestias pasajeras (enrojecimiento, hinchazón de la zona, picor).

En algunas ocasiones, las picaduras de abejas, abejorros o avispas pueden llegar a ser graves si:

- Son múltiples como las causadas por un enjambre de abejas.
- Afectan al interior de la boca, provocando su hinchazón y por tanto, dificultad para respirar.
- La persona es especialmente sensible al veneno inyectado, produciendo una reacción alérgica generalizada.

Tratamiento:

- Observe si existe un aguijón clavado en la piel, en cuyo caso extráigase con cuidado con unas pinzas.
- Limpie la herida con agua y jabón.
- Aplique sobre la herida una gasa empapada en agua fría o bien hielo, amoníaco rebajado, o si lo tiene a mano, un producto específico para picaduras.

Importante:

- En caso de que una picadura en el interior de la boca provoque dificultad respiratoria, dé a la víctima un cubito de hielo para chupar y consiga ayuda médica lo antes posible.
- No aplicar barro ni saliva sobre una picadura, ya que esta podría infectarse.
- Es aconsejable no rascarse ni frotarse la zona afectada.

5.14. MORDEDURA DE ANIMALES

Generalmente son producidas por perros y gatos y pueden darse tanto las mordeduras como los arañazos. Suelen ser heridas irregulares y contaminadas que se infectan fácil-

mente. Su riesgo más importante reside en la posibilidad de que transmitan la rabia, cuyo virus se encuentra en la saliva del animal y se transmite al morder.

La limpieza de la herida es el aspecto fundamental a tener en cuenta: ésta debe ser lavada con agua y jabón escrupulosamente y en cualquier caso, debe ser reconocida por el médico, quien determinará la necesidad de la vacunación (contra el tétanos y en su caso, contra la rabia).

5.15. CUERPOS EXTRAÑOS

Una situación que se da con cierta frecuencia es la presencia de pequeños cuerpos extraños como: astillas de madera, virutas de metal, partículas de polvo, tierra o arena,... que quedan incrustados fácilmente en la piel, o bien, se introducen por los orificios naturales, principalmente por los oídos o la nariz.

Estas situaciones generalmente no suelen revestir gravedad si bien, debido a las molestias que originan y al riesgo de infección que conllevan, es conveniente su extracción.

CUERPOS EXTRAÑOS EN LA PIEL

- Intentar su extracción cuidadosa ayudados con una pinza debidamente esterilizada (flaméarla con un poco de alcohol encendido).
- Lave la herida con agua y jabón y desinfectela.
- Si no se logra extraer el cuerpo extraño, desinfecte y acuda a un centro sanitario.

CUERPOS EXTRAÑOS EN LOS OJOS

- Diga a la persona que parpadee repetidamente (excepto si ello le ocasiona dolor). Esto ayuda a arrastrar el cuerpo hasta el borde interno del ojo, facilitando su extracción.
- Si se encuentra en el párpado inferior retírelo con la punta de un pañuelo o una torunda de algodón humedecido.
- Si no consigue extraerlo o su localización no tiene fácil acceso o no estamos seguros de hacerlo bien, cubra el ojo afectado con una gasa y acuda a un centro sanitario.

CUERPOS EXTRAÑOS EN LA NARIZ

- Si el objeto es visible con una fuente de iluminación, haga que el paciente expulse el aire con rapidez por la nariz al tiempo que se mantiene apretada contra el tabique nasal la fosa nasal no obstruida.
- Si no se ha logrado expulsar el cuerpo extraño, hay que acudir a un centro sanitario.
- No manipular en el interior de la nariz con objetos puntiagudos o cortantes.

CUERPOS EXTRAÑOS EN EL OÍDO

- Observe con una buena fuente de luz, si el objeto es accesible y si su consistencia es blanda (esponja, goma,...) intente extraerlo con unas pinzas con sumo cuidado.
- Si se ha introducido más profundamente o no estamos seguros, es mejor no tocarlo y acudir al centro sanitario.

5.16. ALIMENTACIÓN

TRITURADA

La suelen utilizar aquellos pacientes que presentan deficiencias y/o ausencia de masticación.

- Postura adecuada, manteniendo la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- Cuando tiendan a morder la cuchara, no retirarla, esperar a que pase el espasmo.
- Para que abran la boca, presionar en el centro del labio superior o tocar con la cuchara en el labio inferior.
- Cuando tienden a sacar la lengua, tocar con la cuchara la punta de la misma o presionar con el dedo debajo de la barbilla.
- La papilla es preferible que sea ligeramente espesa, es más fácil de deglutir y más difícil de producir atagantamientos.
- Para beber agua, si no saben o no pueden en biberón o vaso darla con cucharilla o jeringuilla, dejándola caer como si fuera la papilla, en pequeñas cantidades.

TROCEADA

Si existe alguna deficiencia en la masticación y/o deglución, pero son capaces de comer casi todo tipo de alimentos chafados o troceados fino.

- Evitar la doble textura, es decir, alimentos que una vez introducidos en la boca están compuestos de líquido y sólido (sopa, frutas con mucho agua como la sandía y el melón).
- Partir los alimentos en trozos muy pequeños, mejor con una tijera, e introducirlos formando una pequeña bola.

NORMAL

No existe dificultad para la masticación ni la deglución.

- Partir las carnes en trozos pequeños y los introduzcan de uno en uno.

- Insistir en que mastiquen bien.
- Comer despacio y no hablar con la boca llena.
- Beber cuando la boca esté vacía.
- No jugar o correr mientras estén comiendo, aunque sea un bocadillo.

5.17. BOTIQUÍN ELEMENTAL

- Gasas estériles (una caja o varios sobres)
- Algodón hidrófilo.
- Agua oxigenada.
- Alcohol.
- Un antiséptico no coloreado (tipo clorhexidina) o coloreado (tipo povidona yodada). El mercurocromo tiñe de rojo las heridas y dificulta observar los síntomas de infección.
- Esparadrapo, preferiblemente hipoalérgico.
- Tiritas de varios tamaños o tira para cortar.
- Vendas de gasa de varios tamaños.
- Vendas crepe grande y pequeña.
- Gasas vaselinas (tipo Tulgrasum)
- Analgésicos (duorol, aspirina,...), alivian el dolor y son eficaces para mitigar la fiebre.
- Pomada especial para pequeñas quemaduras (tipo Furacin).
- Pomada antiinflamatoria para pequeños golpes (tipo Thrombocid).
- Crema antihistamínica para las picaduras (tipo Alergical)
- Un termómetro, preferiblemente no de cristal.
- Unas tijeras.
- Unas pinzas pequeñas.
- Guantes desechables.

CASO PRÁCTICO

Vamos a hacer un plan de cuidados al enfermo de alzheimer. Nuestro horario de trabajo es de 8 a.m. a 15 p.m.

M^a del Mar tiene 72 años y sufre alzheimer en fase terminal, es portadora de sonda SNG (sonda nasogástrica) y sonda vesical, ya que tiene incontinencia urinaria y fecal, y por tanto hace uso de pañal. Es dependiente para las actividades de la vida diaria tanto las básicas como las instrumentales observa UPP en sacro de 3º grado y en talones de 2º grado, éstas últimas infectadas. Se le debe hacer cambios posturales cada 2 horas y en el tema de medicación se le dará cada 8 horas un antibiótico para tratar la úlcera y un analgésico para tratar el dolor de las úlceras, también hay que tener especial cuidado con la limpieza bucal, se le hará con antiséptico bucal. Cada 2h administrar agua por SNG.

Vive con su hija y su nieta que trabaja de tarde en un bar. En el ambiente familiar notamos una tristeza como los cambios que está sufriendo M^a del Mar tan rápidos y progresivos.

¿Cómo organizar el tiempo con las atenciones que debemos hacerle a M^a del Mar?

1º Preguntarse «¿es necesario hacer esto?» De esta forma se puede decidir que actividades son importantes y, por el contrario, a que actividades se puede decir «no».

2º Marcarse objetivos realistas antes de comprometerse.

3º Contar con otros miembros de la familia. Consultarles, pedir su opinión, ver con ellos en qué pueden ayudarnos e incluir esta ayuda en nuestro plan de vida.

4º Hacer partícipe a su familiar de los cambios y decisiones.

5º Elaborar un plan de actividades.

¿Cómo hacer un plan de actividades para los cuidados de M^a del Mar?

1º Hacer una lista de todas las tareas que se deben realizar.

2º Ordenarlas según su importancia, empezando por las más importantes.

3º Anotar para cada tarea el tiempo aproximado que necesita dedicarle.

4º Hacer otra lista con las actividades que le gustaría realizar.

5º Ordenarlas según su importancia para mi, la cuidadora.

6º Anotar para cada actividad el tiempo aproximado que necesita para realizarla.

7º Haga ahora una única lista con las tareas que deben realizar y las que le gustaría realizar siguiendo un orden de importancia.

8º Si no hay tiempo para todas las tareas y actividades que ha anotado, posponga para otro momento las que están en los últimos lugares de la lista y, cuando disponga de tiempo extra, dedíquese a ellas.

