

Enfermería geriátrica y gerontológica

Charlotte Eliopoulos

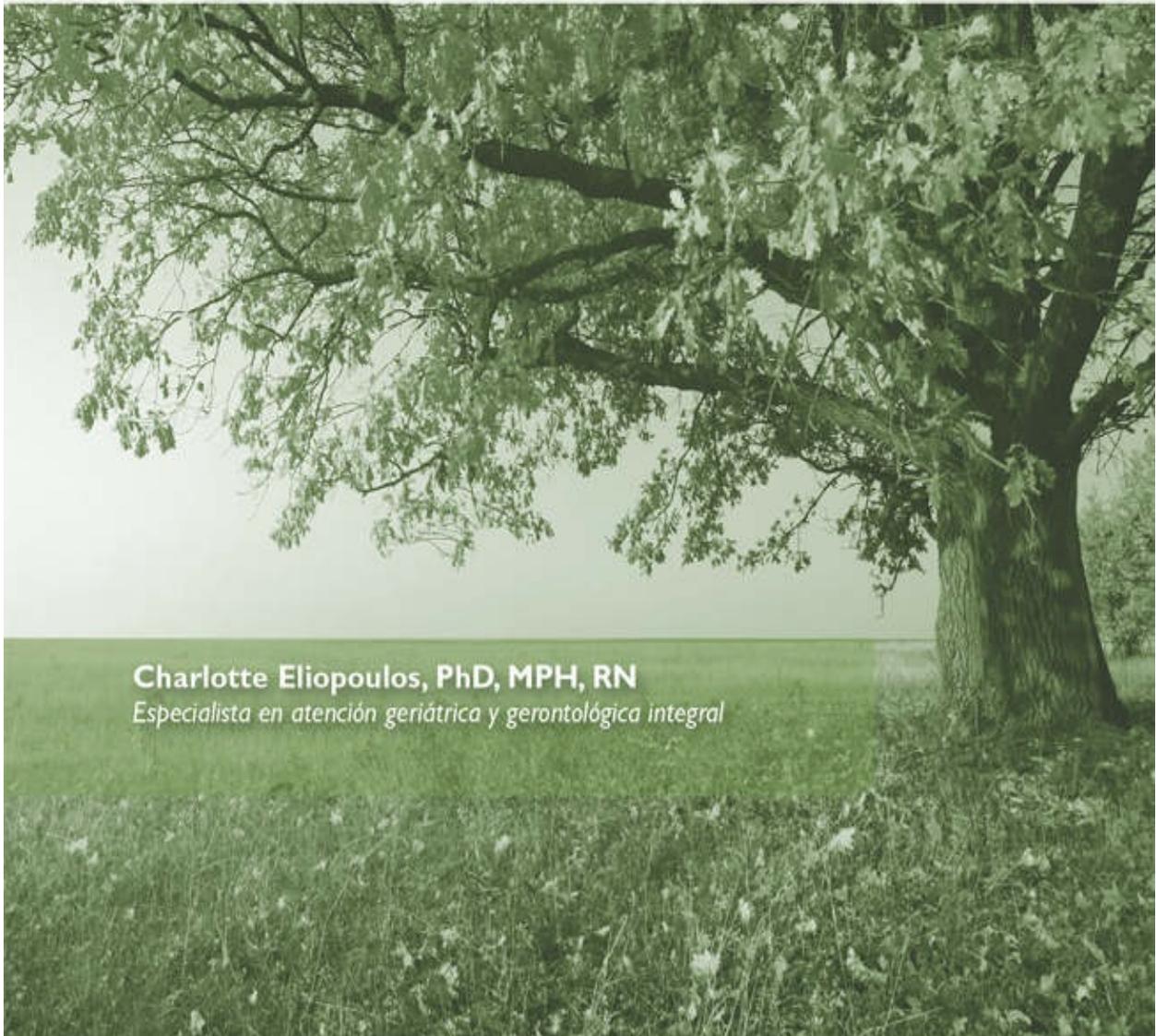
9.ª edición



 Wolters Kluwer

Enfermería geriátrica y gerontológica

9.ª edición



Charlotte Eliopoulos, PhD, MPH, RN
Especialista en atención geriátrica y gerontológica integral

 Wolters Kluwer

Philadelphia • Baltimore • New York • London
Buenos Aires • Hong Kong • Sydney • Tokyo



Av. Carrilet, 3, 9.^a planta, Edificio D - Ciutat de la Justícia
08902 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona (España)
Tel.: 93 344 47 18 Fax: 93 344 47 16 e-mail: consultas@wolterskluwer.com

Revisión científica

Verónica Bautista Eugenio

Maestra en Docencia y Administración de la Educación Superior. Enfermera especialista en el área de enseñanza, Instituto Nacional de Geriátrica, México

Rebeca Victoria Ochoa

Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Panamericana. Supervisora de Enfermería del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México

Alicia Villalobos Courtin

Licenciada en Enfermería. Profesora Adjunta del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Chile

Traducción

Félix García Roig. Médico ginecoobstetra por la Universidad Nacional Autónoma de México, México

Ana Leticia Pacheco Perdiz. Licenciada en Idiomas por el Centro Universitario Angloamericano Churubusco, México

Néstor Zumaya Cárdenas. Médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México, México

Dirección editorial: Carlos Mendoza

Editora de desarrollo: Núria Llavina

Gerente de mercadotecnia: Stephanie Manzo Kindlick

Cuidado de la edición: Doctores de Palabras

Diseño de portada: Jesús Esteban Mendoza

Impresión: C&C Offset Printing Co. Ltd. / Impreso en China

Se han adoptado las medidas oportunas para confirmar la exactitud de la información presentada y describir la práctica más aceptada. No obstante, los autores, los redactores y el editor no son responsables de los errores u omisiones del texto ni de las consecuencias que se deriven de la aplicación de la información que incluye, y no dan ninguna garantía, explícita o implícita, sobre la actualidad, integridad o exactitud del contenido de la publicación. Esta publicación contiene información general relacionada con tratamientos y asistencia médica que no debería utilizarse en pacientes individuales sin antes contar con el consejo de un profesional médico, ya que los tratamientos clínicos que se describen no pueden considerarse recomendaciones absolutas y universales.

El editor ha hecho todo lo posible para confirmar y respetar la procedencia del material que se reproduce en este libro y su copyright. En caso de error u omisión, se enmendará en cuanto sea posible. Algunos fármacos y productos sanitarios que se presentan en esta publicación sólo tienen la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para uso limitado al ámbito experimental. Compete al profesional sanitario averiguar la situación de cada fármaco o producto sanitario que pretenda utilizar en su práctica clínica, por lo que aconsejamos consultar con las autoridades sanitarias competentes.

Derecho a la propiedad intelectual (C. P. Art. 270)

Se considera delito reproducir, plagiar, distribuir o comunicar públicamente, en todo o en parte, con ánimo de lucro y en perjuicio de terceros, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la autorización de los titulares de los correspondientes derechos de propiedad intelectual o de sus cesionarios.

Los diagnósticos enfermeros en esta obra están adaptados con el permiso de Elsevier España, S.L.U. Con el fin de hacer juicios seguros y efectivos utilizando los diagnósticos enfermeros de NANDA, es esencial que los profesionales se remitan a las definiciones y características definitorias de los diagnósticos listados en este libro.

Reservados todos los derechos.

Copyright de la edición en español © 2019 Wolters Kluwer

ISBN de la edición en español: 978-84-17370-29-9

Depósito legal: M-33471-2018

Edición en español de la obra original en lengua inglesa *Gerontological Nursing*, 9.^a edición, editada por Charlotte Eliopoulos, publicada por Wolters Kluwer

Copyright © 2017 Wolters Kluwer

Two Commerce Square

2001 Market Street

Philadelphia, PA 19103

ISBN de la edición original: 978-0-0600-0038-7

Este libro está dedicado a mi esposo, George Considine, por su paciencia, apoyo y motivación infinitos.





Ya sea que estén conscientes o no, la mayoría de las enfermeras y enfermeros en la actualidad practican alguna forma de enfermería geriátrica y gerontológica. Los hospitales atienden cada vez a mayor cantidad de personas mayores cuyos cambios relacionados con la edad, diagnósticos múltiples y complejidades psicosociales representan grandes retos. Los centros de atención a largo plazo ahora van más allá de las residencias para adultos mayores. Una mayor cantidad estos individuos permanecen en sus comunidades y representan nuevas demandas para los servicios de enfermería, los cuales deben brindarse con métodos innovadores. Una mayor cantidad de adultos mayores dirigen hogares multigeneracionales y cuidan de familiares jóvenes, lo que los pone en contacto con personal de enfermería en especialidades distintas a la geriatría.

No sólo los adultos de edad avanzada tienen mayor presencia en las diferentes especialidades, sino que representan nuevos retos. Ahora se encuentran más informados acerca de sus enfermedades y esperan explicaciones que permitan la elección del tratamiento. Algunos de ellos emplean tratamientos complementarios y alternativos y desean que éstos se integren con las medidas convencionales. Los pacientes no sólo desean que se controlen sus enfermedades, sino que también se mejore la función para lograr disfrutar de una vida activa y significativa. Hoy en día, los adultos mayores rechazan tratamientos que prolongan la vida y prefieren aquellos que ofrecen la libertad de disfrutar mayor calidad de vida durante el tiempo que les queda. Estos retos demandan que el personal de enfermería no sólo conozca acerca de la atención geriátrica y de las personas mayores, sino que también sea hábil en la valoración de las prioridades del adulto mayor y la atención integral. ¡Se trata de un período emocionante para la enfermería geriátrica y gerontológica!

Enfermería geriátrica y gerontológica ha evolucionado desde su primera publicación. En las primeras ediciones del libro, el objetivo era brindar los hechos acerca del proceso de envejecimiento y las modificaciones específicas que son necesarias para valorar, planificar y brindar atención a los adultos mayores de manera adecuada. Ahora comprendemos que un abordaje “universal” de la enfermería de los adultos mayores no es apropiado debido a la creciente diversidad de la población. Además de esperar que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica ayude durante la atención de sus problemas médicos, los adultos mayores de la actualidad

buscan asistencia para elegir los ejercicios mentales que ayudarán a que mantengan la función mental, conocer el valor de un suplemento herbolario en comparación con un medicamento, implementar estrategias que permitan llenar el vacío que ha dejado la jubilación del trabajo que tanto disfrutaban, elegir el mejor lubricante para mejorar las relaciones sexuales, descubrir el valor de la marihuana en el control del dolor y disminuir sus arrugas de la mejor manera posible. Esta edición de *Enfermería geriátrica y gerontológica* brinda conocimiento con base en la evidencia para ayudar al personal de enfermería geriátrica y gerontológica a atender, con competencia y sensibilidad, las complejidades durante la satisfacción de las necesidades integrales de la población de edad avanzada.

ORGANIZACIÓN DEL LIBRO

Enfermería geriátrica y gerontológica, 9.^a edición, se divide en cinco unidades. La **unidad 1**, *La experiencia del envejecimiento*, brinda conocimiento básico acerca de la población mayor y el proceso de envejecimiento. Se comenta la mayor diversidad cultural y sexual de esta población, así como el paso a través de los cambios en la vida y las alteraciones en el cuerpo y la mente que suelen experimentarse.

La **unidad 2**, *Fundamentos de enfermería geriátrica y gerontológica*, brinda información acerca del desarrollo y el alcance de la especialidad, así como descripciones de diversos escenarios de atención de los adultos mayores. La unidad analiza los problemas éticos y legales de relevancia para el personal de enfermería geriátrica y gerontológica y ofrece orientación para implementar el modelo de atención integral.

La **unidad 3**, *Promoción de la salud*, se encarga de comentar la importancia de las medidas para prevenir la enfermedad y maximizar la función. Los capítulos dedicados a la nutrición y la hidratación, el sueño y el descanso, el confort y el control del dolor, así como a la seguridad y el empleo de medicamentos, guían al personal de enfermería en la promoción de la salud esencial y la prevención de complicaciones. Dedicar un capítulo a la espiritualidad es reflejo de la importancia del abordaje integral, el cual resulta significativo en la atención geriátrica y gerontológica. Además, debido a que las personas suelen confiar lo suficiente en el personal de enfermería como para comentar los temas delicados, se ha incluido un capítulo sobre sexualidad e intimidad.

La **unidad 4**, *Atención geriátrica*, incluye capítulos dedicados a la respiración, la circulación, la digestión y la defecación, la micción, la salud del aparato reproductor, la movilidad, la función neurológica, la visión y la audición, la función endocrina, la salud cutánea y el cáncer. Se revisa el efecto del envejecimiento, las intervenciones para promover la salud, la presentación y el tratamiento específico de la enfermedad y el abordaje integral dentro de cada uno de los capítulos. Además de un capítulo dedicado a la salud mental, un capítulo más acerca del delirium y la demencia forma parte de esta publicación como consecuencia del reconocimiento de la prevalencia y las dificultades durante la atención de estas enfermedades en la población de edad avanzada. Debido a que las enfermedades crónicas afectan a la mayor parte de esta población, el último capítulo de la unidad se dedica a las medidas de enfermería que

pueden ayudar a las personas mayores a vivir una vida plena incluso con enfermedades crónicas.

Los retos específicos que enfrenta la enfermería geriátrica y gerontológica en los diferentes escenarios de atención se comentan en la [unidad 5](#), *Escenarios y problemas especiales en la atención geriátrica*. Los capítulos en esta unidad cubren la atención de rehabilitación, aguda, a largo plazo, familiar y al final de la vida.

SECCIONES POR CAPÍTULO

Una gran variedad de recursos enriquecen el contenido:

- **Objetivos de aprendizaje.** Preparan al lector para conocer lo que se logra al leer el capítulo.
- **Estructura del capítulo.** Presenta un panorama general del contenido del capítulo.
- **Glosario.** Define nuevas palabras relevantes al tema.
- **Comunicación.** Ofrece sugerencias para facilitar la instrucción del paciente y el intercambio de información con los adultos mayores.
- **Caso a considerar.** Presenta situaciones clínicas que ofrecen la oportunidad para el pensamiento crítico.
- **Alerta sobre el dominio de conceptos.** Explica los conceptos de enfermería fundamentales para mejorar la comprensión del lector sobre temas potencialmente confusos, como han sido identificados por las Misconception Alerts in Lippincott's Adaptive Learning Powered de prepU.
- **Concepto clave.** Enfatiza temas relevantes.
- **Punto para reflexionar.** Plantea preguntas para estimular el pensamiento acerca del contenido.
- **Guía de valoración.** Describe los componentes de la inspección general, el interrogatorio y la exploración física de los principales sistemas corporales.
- **Diagnóstico de enfermería destacado.** Brinda un panorama general de algunos diagnósticos de enfermería frecuentes en los adultos mayores.
- **Plan de atención de enfermería.** Establece los pasos para desarrollar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones a partir de la identificación de necesidades.
- **Llevar la investigación a la práctica.** Presenta investigación actual y describe las formas en las que se puede aplicar el conocimiento en la práctica.
- **Realidades de la práctica clínica.** Plantea ejemplos de la vida real de retos con los que el personal de enfermería puede encontrarse en la práctica.
- **Ejercicios de pensamiento crítico.** Guían la aplicación de los conceptos.
- **Recursos y Referencias.** Ayudan al análisis profundo del tema.

PAQUETE DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE

Se ha desarrollado un paquete completo de enseñanza y aprendizaje para ayudar a los docentes y los estudiantes.

Recursos para los docentes

Los recursos para apoyarlo durante la enseñanza de su curso se encuentran disponibles, en inglés, mediante la compra de esta publicación en <http://thePoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e>.

- **¡EN ESPAÑOL!** Un banco de imágenes en PowerPoint.
- El **generador de exámenes** ofrece el desarrollo de pruebas exclusivas a partir de un banco de cientos de preguntas para permitir que valore la comprensión del material de sus estudiantes. Las preguntas de los exámenes se relacionan con los objetivos de aprendizaje del capítulo. Este generador de exámenes se acompaña de un banco de más de 900 preguntas.
- Las **diapositivas** ofrecen una manera fácil para que usted integre el libro con la experiencia dentro del aula con sus estudiantes, ya sea con proyección del contenido o material físico. Se integran preguntas de opción múltiple y de *verdadero o falso* a las diapositivas para promover la participación en clase y permitir que utilice la tecnología *iclicker*[®].
- Los **escenarios clínicos** con preguntas de *¿qué pasaría?* (y las respuestas sugeridas) ofrecen la oportunidad a sus estudiantes de aplicar su conocimiento en un caso de un paciente similar al que encontrarán en la práctica clínica.
- Las **tareas** (y las respuestas sugeridas) incluyen actividades grupales, por escrito, clínicas y con base en la web.
- Un **banco de imágenes** permite que utilice fotografías e ilustraciones de este libro en sus presentaciones con diapositivas o en la manera que considere adecuada durante su curso.
- Un **mapa de competencias QSEN y de aspectos esenciales del BSN** muestra la manera en la que el contenido se relaciona con estos aspectos importantes.
- Las **respuestas sugeridas a los ejercicios de pensamiento crítico de este libro** permiten que compare las respuestas de los estudiantes para determinar que se encuentran en el camino correcto al dejar claros los principales puntos que deben atenderse.
- Además, se incluyen un **temario muestra**, **estrategias para la docencia eficaz** y un **sistema de gestión de aprendizaje**.

Recursos para los estudiantes

Se ofrece un conjunto de recursos gratuitos, en inglés, para ayudar a los estudiantes a revisar el material y familiarizarse aún más con los conceptos importantes. Los estudiantes pueden acceder a estos recursos en <http://thePoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> con los códigos impresos en el frente de sus libros.

- Los **artículos de revistas actuales** ofrecen acceso a la investigación disponible en las revistas de Wolters Kluwer.
- Los **videoclips de mira y aprende** explican cómo ayudar a una persona durante las caídas, las alternativas a la restricción de la movilidad y las cinco etapas del duelo (los íconos a lo largo del libro dirigen al lector al contenido relevante).
- Las **lecturas recomendadas** expanden la red de conocimiento disponible.
- Además, se presentan **Objetivos de aprendizaje** en el contenido del libro, **Responsabilidades y roles profesionales del personal de enfermería** y **Ruidos cardíacos y respiratorios**.

UNA EXPERIENCIA INTEGRAL

Nos complace ofrecer una gama amplia de soluciones digitales y recursos para apoyar a los docentes y los estudiantes durante el empleo de *Enfermería geriátrica y gerontológica*, 9.^a edición. Para conocer más acerca de cualquiera de estas soluciones, por favor contacte a su representante local de Wolters Kluwer. Todos los contenidos descritos a continuación son en inglés.



Lippincott CoursePoint+ es una solución integral digital de aprendizaje diseñada con base en la forma en la que aprenden los estudiantes. Se trata de la única solución de aprendizaje que integra:

- **Contenido de vanguardia en contexto.** El contenido en el contexto de aprendizaje del estudiante atrae y motiva al participante a la interacción y el aprendizaje a un nivel más profundo.
- **Herramientas poderosas para maximizar el desempeño en clase.** Las herramientas específicas del curso, como Adaptive learning powered by prepU, brindan una experiencia de aprendizaje personalizada para cada uno de los estudiantes.
- **Información en tiempo real para determinar el avance de los estudiantes.** La información acerca del desempeño de los estudiantes se muestra de una manera intuitiva para permitir identificar con rapidez a los estudiantes que tienen dificultades o los conceptos que toda la clase lucha por comprender.
- **Preparación para la práctica clínica.** La simulación virtual y los recursos con base en la evidencia mejoran la competencia, la confianza y el éxito del estudiante durante la transición a la práctica clínica.
 - ≡ **vSim for Nursing.** Desarrollado en conjunto con Laerdal Medical y Wolters Kluwer, *vSim for Nursing* simula escenarios realistas de enfermería y permite que los estudiantes interactúen con pacientes virtuales en un entorno en línea y seguro.
 - ≡ **Lippincott Advisor for Education.** Con más de 8 500 secciones que cubren el

contenido con base en la evidencia y la información farmacológica más actualizada, el *Lippincott Advisor for Education* brinda a los estudiantes la información más novedosa, a la vez que ofrece experiencia valiosa con el mismo contenido que encontrarán en el sitio de atención durante la práctica clínica.

- ▀ **Servicios de capacitación y soporte personalizados.** Para garantizar el éxito, nuestros consultores educativos especializados y asesores de capacitación brindan guía experta durante cada uno de los pasos.



Simulación y otros recursos

▀ *vSim for Nursing*

***vSim for Nursing | Gerontology*, una plataforma de simulación virtual**

(disponible mediante **Lecturas recomendadas thePoint**). Desarrollada en conjunto por Laerdal Medical y Wolters Kluwer, *vSim for Nursing | Gerontology* incluye 12 escenarios gerontológicos de pacientes que corresponden a la National League for Nursing (NLN) Advancing Care Excellence for Seniors (ACES) Unfolding Cases. *vSim for Nursing | Gerontology* ayuda a los estudiantes a desarrollar competencias clínicas y habilidades de toma de decisiones a medida que interactúan con pacientes virtuales en un entorno realista y seguro. *vSim for Nursing* registra y valora las decisiones del estudiante a lo largo de la simulación y posteriormente brinda retroalimentación personalizada destacando las áreas en las que se debe mejorar.

▀ **DocuCare**

Lippincott DocuCare (disponible vía thePoint). Lippincott DocuCare combina software de simulación en línea de expedientes clínicos electrónicos con casos clínicos. Lippincott DocuCare es una solución no lineal que funciona favoreblemente en el aula, el laboratorio de simulación y la práctica clínica.



Carol Amann, PhD, RN-BC, CDP
*Assistant Professor for the Villa Maria School of Nursing
Gannon University
Erie, Pennsylvania*

Jan Atwell, MSN, RN
*Clinical Assistant Professor
Missouri State University
Springfield, Missouri*

Judy L. Barrera, RN, CNS
*Clinical Learning Lab Coordinator
Galen College of Nursing
Louisville, Kentucky*

Evelyn Biray, RN, MS, PMed, CCRN, CMSRN
*Professor of Nursing
Long Island University Brooklyn
New York, New York*

Dr. Melissa Brock, MSM, MSN, ANP-C, DHEd
*Nursing Professor
Indiana Wesleyan University
Indianapolis, Indiana*

Celeste Brown-Apoh, RN, MSN
*Instructor
Rowan College at Burlington County
Pemberton, New Jersey*

Jean Burt, MSN, RN

*Instructor
Wilbur Wright College
Chicago, Illinois*

Nicola Contreras, MSN, RN

*VN/ADN Faculty
Galen College of Nursing
San Antonio, Texas*

Sherri Cozzens, RN, MS

*Nursing Faculty
De Anza College
Cupertino, California*

Jodie Fox, MSN, RN-BC

*Assistant Professor
Viterbo University
Lacrosse, Wisconsin*

Florida Freeman, PhD, MSN, RN

*Professor of Nursing
University of St. Francis
Joliet, Illinois*

Betsy D. Gulledge, PhD, RN, CNE, NEA-BC

*Associate Dean/Assistant Professor of Nursing
Jacksonville State University
Jacksonville, Alabama*

Kris Hale, MSN, RN

*Professor/Department Chair
San Diego City College
San Diego, California*

Cheryl Harrington, MSN, RN, MHA

*Clinical Simulation Specialist
Morningside College
Sioux City, Iowa*

Mary Jane Holman, RN

*Instructor
Louisiana State University Shreveport*

Shreveport, Louisiana

Laly Joseph, DVM, DNP, MSN, RN, C, ARNP, BC

*Clinical Assistant Professor
Fairleigh Dickinson University
Teaneck, New Jersey*

Ronnie Knabe, MSN, RN, CCRN

*Associate Professor, Nursing
Bakersfield College
Bakersfield, California*

Amy Langley

*Health Science Division Director
Snead State Community College
Boaz, Alabama*

Debra Lemon, MN, RN

*Associate Professor
Lewis-Clark State College
Lewiston, Idaho*

Susan McClendon, MSN, RN, CNS

*Nursing Faculty
Lakeland Community College
Kirkland, Ohio*

Mary Alice Momeyer, DNP, ANP-BC, GNP-BC

*Assistant Clinical Professor
The Ohio State University
College of Nursing
Columbus, Ohio*

Jon F. Nutting, MA, RN-BC

*Instructor
Galen College of Nursing
Tampa Bay Campus
St. Petersburg, Florida*

Teresa M. Page, DNP, EdS, MSN, RN, FNP-BC

*Assistant Professor of Nursing
Liberty University
Lynchburg, Virginia*

LoriAnn Pajalich, MS, RN, CNS, GCNS-BC

*Assistant Professor of Nursing
Wilkes University
Wilkes-Barre, Pennsylvania*

Debra Parker, DNP, RN

*Assistant Professor
Indiana Wesleyan University
Marion, Indiana*

Cordelia Schaffer, MSN, RN, CHPN

*Associate Professor
Westminster College
Salt Lake City, Utah*

Crystal Schauerte-O'Connell

*Program Coordinator, Year 2
Algonquin College
Ottawa, Ontario*

Maura C. Schlairet, EdD, MA, MSN, RN, CNL (A/H)

*Professor of Nursing
Valdosta State University
Valdosta, Georgia*

Nichole Spencer, MSN, APRN, ANP-C

*Assistant Professor of Nursing
William Jewell College
Liberty, Missouri*

Carolyn Sue-Ling, MSN, MPA, RN

*Instructor
University of South Carolina Aiken
Aiken, South Carolina*

Michael T. Valenti, AAS, BS, MS

*Assistant Professor of Nursing
Long Island University
Brookville, New York*

Stephanie Vaughn, PhD, RN, CRRN, FAHA

*Professor/Director School of Nursing
California State University, Fullerton*

Fullerton, California

Erica Williams-Woodley, MSN, NP

*Assistant Professor of Nursing
Bronx Community College
New York, New York*

Jane Zaccardi, MA, RN, GCNS-BC

*Director of Practical Nursing and Health Occupations Programs
Johnson County Community College
Overland Park, Kansas*

Para obtener una lista de quienes contribuyeron a los recursos para docentes y una lista de los revisores de las preguntas del generador de exámenes que acompañan a este libro, visite:
<http://thepoint.lww.com/Eliopoulos9e>



Son muchas las personas que formaron parte del nacimiento y el desarrollo de este libro. Siempre estaré agradecida con Bill Burgower, editor de Lippincott, quien décadas atrás respondió a mis reclamos acerca de que la enfermería geriátrica y gerontológica requería de recursos, y me motivó a escribir la primera edición de *Enfermería geriátrica y gerontológica*. Una gran cantidad de miembros distinguidos del equipo de Wolters Kluwer me han guiado y ayudado desde entonces, incluyendo a Natasha McIntyre, editora de adquisiciones, quien constantemente me ofreció motivación y guía; Meredith Brittain, editora de desarrollo en jefe, quien trajo un nuevo par de ojos al libro y limó algunas de las asperezas con sus habilidades editoriales; Dan Reilly y Leo Gray, asistentes de edición, quienes en diferentes etapas del proyecto cuidaron los detalles que aportan calidad al producto final; y Priscilla Crater, gerente de producción de proyectos, quien llevó el libro desde manuscrito hasta páginas impresas.

Por último, me siento en eterna deuda con aquellos mentores y líderes en la atención geriátrica y gerontológica que generosamente me ofrecieron motivación, así como con la gran cantidad de adultos mayores que han influido en mi vida y me mostraron la sabiduría y la belleza del envejecimiento. ¡La información que esas personas me brindaron nunca pudo haber surgido de un libro!

Charlotte Eliopoulos



UNIDAD 1 LA EXPERIENCIA DEL ENVEJECIMIENTO

- 1 La población de edad avanzada
- 2 Teorías del envejecimiento
- 3 Diversidad
- 4 Transiciones e historia de vida
- 5 Cambios frecuentes en el envejecimiento

UNIDAD 2 FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

- 6 La especialidad de enfermería geriátrica y gerontológica
- 7 Valoración integral y planificación de la atención
- 8 Aspectos legales de la enfermería geriátrica y gerontológica
- 9 Aspectos éticos de la enfermería geriátrica y gerontológica
- 10 Continuo de atención en enfermería geriátrica y gerontológica

UNIDAD 3 PROMOCIÓN DE LA SALUD

- 11 Nutrición e hidratación
- 12 Sueño y descanso
- 13 Confort y atención del dolor
- 14 Seguridad
- 15 Espiritualidad
- 16 Sexualidad e intimidad
- 17 Empleo seguro de medicamentos

UNIDAD 4 ATENCIÓN GERIÁTRICA

- 18 Respiración
- 19 Circulación
- 20 Digestión y eliminación intestinal
- 21 Micción
- 22 Salud del aparato reproductor
- 23 Movilidad
- 24 Función neurológica
- 25 Visión y audición

- 26 Función endocrina
- 27 Salud cutánea
- 28 Cáncer
- 29 Trastornos de salud mental
- 30 Delirium y demencia
- 31 Vivir en armonía con las enfermedades crónicas

UNIDAD 5 ESCENARIOS Y PROBLEMAS ESPECIALES EN LA ATENCIÓN GERIÁTRICA

- 32 Atención de rehabilitación y restauradora
- 33 Atención de urgencias
- 34 Atención a largo plazo
- 35 Cuidadores familiares
- 36 Atención al final de la vida

Índice alfabético de materias



UNIDAD 1 LA EXPERIENCIA DEL ENVEJECIMIENTO

1 La población de edad avanzada

Perspectivas del adulto mayor a través de la historia

Características de la población de edad avanzada

Crecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida

Estado civil y vivienda

Ingresos económicos y empleo

Seguro de gastos médicos

Estado de salud

Implicaciones del envejecimiento de la población

Impacto de los baby boomers

Prestaciones y pago de servicios

2 Teorías del envejecimiento

Teorías biológicas del envejecimiento

Teorías estocásticas

Teorías no estocásticas

Teorías sociológicas del envejecimiento

Teoría de la desvinculación

Teoría de la actividad

Teoría de la continuidad

Teoría de la subcultura

Teoría de la estratificación de la edad

Teorías psicológicas del envejecimiento

Tareas del desarrollo

Trascendencia genética

Teorías de enfermería en el envejecimiento

Teoría de las consecuencias funcionales

Teoría del desarrollo

Teoría del envejecimiento exitoso

Aplicación de las teorías del envejecimiento a la práctica de la enfermería

3 Diversidad

Aumento de la diversidad de la población de adultos mayores

Panorama general de los diversos grupos de adultos mayores en los Estados Unidos

Hispanos americanos

Afroamericanos

Asiáticos americanos

Judíos americanos

Nativos americanos

Musulmanes

Adultos mayores gays, lesbianas, bisexuales y transgénero

Consideraciones de enfermería para la atención sensible a la cultura de los adultos mayores

4 Transiciones e historia de vida

Viejismo

Cambios en los roles y las relaciones familiares

Paternidad

Abuelos

Pérdida del cónyuge

Jubilación

Pérdida del rol laboral

Ingresos económicos reducidos

Cambios en la salud y el funcionamiento

Efectos acumulados de las transiciones de vida

Disminución del entorno social

Consciencia de la mortalidad

Respuesta a las transiciones de vida

Revisión e historia de vida

Autorreflexión

Fortalecimiento de los recursos internos

5 Cambios frecuentes en el envejecimiento

Cambios corporales

Células

Aspecto físico

Aparato respiratorio

Sistema cardiovascular

Aparato digestivo

Aparato urinario

Aparato reproductor

Sistema musculoesquelético

Sistema nervioso

Órganos sensoriales

Sistema endocrino

Sistema tegumentario

Sistema inmunitario

Termorregulación

Cambios psicológicos

Personalidad

Memoria

Inteligencia

Aprendizaje

Capacidad de concentración

Implicaciones de los cambios relacionados con la edad en la enfermería

UNIDAD 2 FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

6 La especialidad de enfermería geriátrica y gerontológica

Desarrollo de la enfermería geriátrica y gerontológica

Elementos básicos de la práctica de enfermería geriátrica y gerontológica

Práctica basada en la evidencia

Estándares

Competencias

Principios

Papel de la enfermería geriátrica y gerontológica

Sanador

Cuidador

Educador

Defensor

Innovador

Funciones de enfermería de práctica avanzada

Autocuidado y aprendizaje

Seguir prácticas de salud positivas

Fortalecimiento y construcción de conexiones

Comprometerse con un proceso dinámico

El futuro de la enfermería geriátrica y gerontológica

Usar las prácticas basadas en evidencias

Avanzar la investigación

Promover la atención integral

Instruir a los cuidadores

Desarrollar nuevos roles

Equilibrar la calidad de la atención y los costes de atención de la salud

7 Valoración integral y planificación de la atención

Atención geriátrica y gerontológica integral

Necesidades de la atención integral

Necesidades relacionadas con la promoción de la salud

Necesidades relacionadas con los desafíos en la salud

Requisitos para cumplir con las demandas

Procesos de enfermería geriátrica y gerontológica

Ejemplos de aplicación

Aplicación del modelo integral. El caso de la Sra. D

El personal de enfermería como sanador

Características de la sanación

8 Aspectos legales de la enfermería geriátrica y gerontológica

Leyes que rigen la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica

Riesgos legales de la enfermería geriátrica y gerontológica

Impericia

Confidencialidad

Consentimiento del paciente

Competencia del paciente

Supervisión del personal

Medicamentos

Restricción de la movilidad

Órdenes telefónicas

Indicaciones de no reanimar

Voluntad anticipada y temas relacionados con la muerte y el morir

Maltrato geriátrico

Protección legal para el personal de enfermería

9 Aspectos éticos de la enfermería geriátrica y gerontológica

Filosofías que rigen el pensamiento ético

Ética en la enfermería

Estándares éticos internos y externos

Principios éticos

Consideraciones culturales

Dilemas éticos que enfrenta el personal de enfermería geriátrica y gerontológica

Cambios que aumentan los dilemas éticos para el personal de enfermería

Medidas para ayudar al personal de enfermería a tomar decisiones éticas

10 Continuo de atención en enfermería geriátrica y gerontológica

Servicios en el continuo de la atención de adultos mayores

Servicios de apoyo y prevención

Servicios de atención parcial e intermitente

Servicios de atención integral y continua

Servicios complementarios y alternativos

Servicios de acuerdo con las necesidades

Escenarios y funciones de la enfermería geriátrica y gerontológica

UNIDAD 3 PROMOCIÓN DE LA SALUD

11 Nutrición e hidratación

Requerimientos nutricionales de los adultos mayores

Requerimientos calóricos cualitativos y cuantitativos

Suplementos alimenticios

Necesidades especiales de las mujeres

Requerimientos de hidratación de los adultos mayores

Promoción de la salud bucal

Amenazas a la buena nutrición

Indigestión e intolerancia alimentaria

Anorexia

Disfagia
Estreñimiento
Desnutrición

Atención de los estados nutricional e hídrico de los adultos mayores

12 Sueño y descanso

Cambios en el sueño relacionados con la edad

Ciclos circadianos de sueño y vigilia
Etapas del sueño
Eficacia y calidad del sueño

Alteraciones del sueño

Insomnio
Mioclónia nocturna y síndrome de piernas inquietas
Apnea del sueño
Enfermedades que afectan el sueño
Medicamentos que afectan el sueño
Otros factores que afectan el sueño

Promoción del descanso y el sueño en los adultos mayores

Medidas farmacológicas para promover el sueño
Medidas no farmacológicas para promover el sueño
Control del dolor

13 Confort y atención del dolor

Confort

Dolor. Un fenómeno complejo

Prevalencia de dolor en los adultos mayores

Tipos de dolor
Percepción del dolor
Efectos del dolor no aliviado

Valoración del dolor

Abordaje integral en la atención del dolor

Tratamientos complementarios
Cambios en la dieta
Medicamentos
Brindar tranquilidad

14 Seguridad

Envejecimiento y los riesgos para la seguridad

Importancia del entorno para la salud y el bienestar

Influencia del envejecimiento sobre la seguridad del entorno y la función

Iluminación
Temperatura
Colores
Aromas
Cubiertas del piso
Muebles
Estimulación sensorial
Control del ruido

Peligros en el cuarto de baño
Peligro de incendio
Consideraciones psicosociales
El problema de las caídas
Riesgos y prevención
Riesgos asociados con la restricción de la movilidad
Intervenciones para disminuir los riesgos intrínsecos para la seguridad
Disminuir los riesgos para la hidratación y la nutrición
Atender los riesgos asociados con las deficiencias sensoriales
Atender los riesgos asociados con las limitaciones de la movilidad
Vigilar la temperatura corporal
Prevenir la infección
Recomendar vestimenta adecuada
Emplear cuidadosamente los medicamentos
Evitar el crimen
Promover la conducción segura
Promover la detección precoz de los problemas
Atender los riesgos asociados con las deficiencias funcionales

15 Espiritualidad

Necesidades espirituales

Amor
Significado y propósito
Esperanza
Dignidad
Perdón
Gratitud
Trascendencia
Expresión de fe

Valoración de las necesidades espirituales

Atención de las necesidades espirituales

Estar disponible
Respetar las creencias y las prácticas
Brindar oportunidades para estar solo
Promover la esperanza
Ayudar en el descubrimiento del significado y el afrontamiento de las situaciones difíciles
Facilitar las prácticas religiosas
Orar con y por el paciente

16 Sexualidad e intimidad

Adultos mayores y actitudes frente al sexo

Realidades del sexo en los adultos mayores

Actitud y rol sexual
Intimidad
Cambios relacionados con la edad en la función sexual

La menopausia como camino hacia la conexión interior

Control de los síntomas y educación de la paciente
Autoaceptación

Andropausia

Identificar barreras para la actividad sexual

Compañero sexual no disponible

Barreras psicológicas

Enfermedades

Disfunción eréctil

Efectos adversos de los fármacos

Deterioro cognitivo

Promoción de la función sexual saludable

17 Empleo seguro de medicamentos

Efectos del envejecimiento sobre el empleo de medicamentos

Polifarmacia e interacciones

Alteración de la farmacocinética

Alteración de la farmacodinámica

Aumento del riesgo de reacciones adversas

Promover el uso seguro de medicamentos

Evitar los medicamentos potencialmente inapropiados. Criterios de Beers

Revisar la necesidad y la eficacia de los medicamentos prescritos

Promover la administración segura y eficaz

Brindar asesoramiento para el paciente

Vigilar los valores de laboratorio

Alternativas a los medicamentos

Revisión de fármacos específicos

Analgésicos

Antiácidos

Antibióticos

Anticoagulantes

Anticonvulsivos

Antidiabéticos (hipoglucemiantes)

Antihipertensivos

Antiinflamatorios no esteroideos

Hipolipemiantes

Fármacos que mejoran la cognición

Digoxina

Diuréticos

Laxantes

Psicoactivos

UNIDAD 4 ATENCIÓN GERIÁTRICA

18 Respiración

Efectos del envejecimiento sobre la salud respiratoria

Promoción de la salud respiratoria

Afecciones respiratorias seleccionadas

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Neumonía

Influenza

Cáncer pulmonar

Absceso pulmonar

Consideraciones generales de enfermería para las afecciones respiratorias

Identificar los síntomas

Prevenir las complicaciones

Garantizar la administración segura de oxígeno

Drenaje postural

Promover la tos productiva

Usar tratamientos complementarios

Promover el autocuidado

Dar ánimo

19 Circulación

Efectos del envejecimiento sobre la salud cardiovascular

Promoción de la salud cardiovascular

Nutrición adecuada

Ejercicio adecuado

Evitar el humo del tabaco

Tratar el estrés

Intervenciones proactivas

Enfermedades cardiovasculares y las mujeres

Afecciones cardiovasculares seleccionadas

Hipertensión

Hipotensión

Insuficiencia cardíaca congestiva

Embolia pulmonar

Coronariopatías

Hiperlipidemia

Arritmias

Enfermedad vascular periférica

Consideraciones generales de enfermería para las afecciones cardiovasculares

Prevención

Mantener al paciente informado

Prevenir las complicaciones

Promover la circulación

Proveer cuidados de los pies

Tratar los problemas asociados con la enfermedad vascular periférica

Promover la normalidad

Integrar tratamientos complementarios

20 Digestión y eliminación intestinal

Efectos del envejecimiento sobre la salud gastrointestinal

Promoción de la salud gastrointestinal

Afecciones gastrointestinales seleccionadas y consideraciones de enfermería relacionadas

Boca seca (xerostomía)

Problemas dentales

Disfagia

Hernia hiatal
Cáncer de esófago
Úlcera péptica
Cáncer de estómago
Enfermedad diverticular
Cáncer de colon
Estreñimiento crónico
Flatulencias
Obstrucción intestinal
Bolo fecal
Incontinencia fecal
Apendicitis aguda
Cáncer de páncreas
Enfermedades de las vías biliares

21 Micción

Efectos del envejecimiento sobre la eliminación urinaria
Promoción de la salud del aparato urinario
Afecciones urinarias seleccionadas
Infección de vías urinarias
Incontinencia urinaria
Cáncer de vejiga
Cálculos renales
Glomerulonefritis
Consideraciones generales de enfermería para las afecciones urinarias

22 Salud del aparato reproductor

Efectos del envejecimiento sobre el aparato reproductor
Promoción de la salud del aparato reproductor
Afecciones del aparato reproductor seleccionadas
Problemas del aparato reproductor femenino
Problemas del aparato reproductor masculino

23 Movilidad

Efectos del envejecimiento sobre la función musculoesquelética
Promoción de la salud musculoesquelética
Promoción del ejercicio físico en todos los grupos de edad
Programas de ejercicios diseñados para los adultos mayores
La conexión mente-cuerpo
Prevención de la inactividad
Nutrición
Afecciones musculoesqueléticas seleccionadas
Fracturas
Artrosis
Artritis reumatoide
Osteoporosis
Gota
Afecciones de podología

Consideraciones generales de enfermería para las afecciones musculoesqueléticas

Tratar el dolor

Prevenir las lesiones

Promover la independencia

24 Función neurológica

Efectos del envejecimiento sobre el sistema nervioso

Promoción de la salud neurológica

Afecciones neurológicas seleccionadas

Enfermedad de Parkinson

Accidente isquémico transitorio

Ictus

Consideraciones generales de enfermería para las enfermedades neurológicas

Promover la independencia

Prevenir las lesiones

25 Visión y audición

Efectos del envejecimiento sobre la visión y la audición

Promoción de la salud sensorial

Promover la visión

Promover la audición

Valoración de los problemas

Enfermedades visuales y auditivas específicas e intervenciones de enfermería relacionadas

Deficiencias visuales

Deficiencias auditivas

Consideraciones generales de enfermería para las deficiencias visuales y auditivas

26 Función endocrina

Efectos del envejecimiento sobre la función endocrina

Enfermedades endocrinas específicas y consideraciones de enfermería relacionadas

Diabetes mellitus

Hipotiroidismo

Hipertiroidismo

27 Salud cutánea

Efectos del envejecimiento sobre la piel

Promoción de la salud cutánea

Enfermedades cutáneas específicas

Prurito

Queratosis

Queratosis seborreica

Cáncer de piel

Lesiones vasculares

Úlceras por presión

Consideraciones generales de enfermería para las enfermedades cutáneas

Promover la normalidad

Uso de tratamientos alternativos

28 Cáncer

Envejecimiento y cáncer

Desafíos específicos para los adultos mayores con cáncer

Explicaciones de la mayor incidencia en la edad avanzada

Factores de riesgo, prevención y detección

Tratamiento

Tratamiento convencional

Medicina complementaria y alternativa

Consideraciones de enfermería para los adultos mayores con cáncer

Instrucción del paciente

Promoción de la atención óptima

Apoyo a pacientes y familiares

29 Trastornos de salud mental

Envejecimiento y salud mental

Promoción de la salud mental en los adultos mayores

Enfermedades específicas de salud mental

Depresión

Ansiedad

Abuso de sustancias

Paranoia

Consideraciones de enfermería para los trastornos de salud mental

Vigilar los medicamentos

Promover un autoconcepto positivo

Atender los problemas de conducta

30 Delirium y demencia

Delirium

Demencia

Enfermedad de Alzheimer

Otras demencias

Atender a personas con demencia

31 Vivir en armonía con las enfermedades crónicas

Enfermedades crónicas en los adultos mayores

Objetivos de la atención crónica

Valoración de las necesidades de la atención crónica

Maximizar los beneficios de la atención crónica

Elegir a un médico adecuado

Emplear a un asesor de atención crónica

Aumentar el conocimiento

Ubicar un grupo de apoyo

Decidir inteligentemente sobre el estilo de vida

Utilizar tratamientos complementarios y alternativos

Factores que afectan la atención crónica

Mecanismos de defensa e implicaciones

Factores psicosociales

Efectos de la atención continua sobre la familia

UNIDAD 5 ESCENARIOS Y PROBLEMAS ESPECIALES EN LA ATENCIÓN GERIÁTRICA

32 Atención de rehabilitación y restauradora

Atención de rehabilitación y restauradora

Vivir con discapacidad

Importancia de la actitud y la capacidad de afrontamiento

Pérdidas que acompañan la discapacidad

Principios de enfermería de rehabilitación

Valoración funcional

Intervenciones para facilitar y mejorar el funcionamiento

Facilitar la posición adecuada

Ayudar con los ejercicios de amplitud de movimiento

Asistir con los dispositivos de ayuda para la movilidad y la tecnología de asistencia

Instruir acerca del entrenamiento intestinal y vesical

Mantener y promover la función mental

Utilizar los recursos de la comunidad

33 Atención de urgencias

Riesgos asociados con la hospitalización en los adultos mayores

Atención quirúrgica

Riesgos especiales para los adultos mayores

Consideraciones para la atención preoperatoria

Consideraciones para la atención operatoria y postoperatoria

Atención de urgencia

Infecciones

Planificación del alta de los adultos mayores

34 Atención a largo plazo

Desarrollo de la atención a largo plazo

Antes del siglo XX

Durante el siglo XX

Lecciones de la historia

Residencias para adultos mayores en la actualidad

Estándares de las residencias para adultos mayores

Habitantes de las residencias para adultos mayores

Roles y responsabilidades de enfermería

Otros escenarios de atención a largo plazo

Comunidades de cuidados asistenciales

Atención con base en la comunidad y domiciliaria

Una mirada hacia el futuro. Un nuevo modelo de atención a largo plazo

35 Cuidadores familiares

La familia del adulto mayor

Identificación de los miembros de la familia
Roles de los miembros de la familia
Dinámica familiar y relaciones
Alcance de los cuidados familiares
Cuidados a larga distancia
Protección de la salud del cuidador del adulto mayor
Disfunción familiar y maltrato
Beneficios de los cuidados familiares

36 Atención al final de la vida

Definiciones de muerte
Experiencia familiar con el proceso de muerte
Apoyar al individuo en proceso de muerte
Etapas del proceso de muerte e intervenciones de enfermería asociadas
Suicidio racional y suicidio asistido
Retos de la atención física
Necesidades de atención espiritual
Signos de muerte inminente
Voluntad anticipada
Apoyar a la familia y los amigos
Apoyar a través de las etapas del proceso de muerte
Ayudar a la familia y los amigos después de una muerte
Apoyar al personal de enfermería

Índice alfabético de materias



Caso a considerar

- Para el capítulo 1
- Para el capítulo 2
- Para el capítulo 3
- Para el capítulo 4
- Para el capítulo 5
- Para el capítulo 6
- Para el capítulo 7
- Para el capítulo 8
- Para el capítulo 9
- Para el capítulo 10
- Para el capítulo 11
- Para el capítulo 12
- Para el capítulo 13
- Para el capítulo 14
- Para el capítulo 15
- Para el capítulo 16
- Para el capítulo 17
- Para el capítulo 18
- Para el capítulo 19
- Para el capítulo 20
- Para el capítulo 21
- Para el capítulo 22
- Para el capítulo 23
- Para el capítulo 24
- Para el capítulo 25
- Para el capítulo 26
- Para el capítulo 27

Para el capítulo 28
Para el capítulo 29
Para el capítulo 30
Para el capítulo 31
Para el capítulo 32
Para el capítulo 33
Para el capítulo 34
Para el capítulo 35
Para el capítulo 36

Guía de valoración

Guía de valoración 11-1 Estado nutricional
Guía de valoración 13-1 Dolor
Guía de valoración 15-1 Necesidades espirituales
Guía de valoración 16-1 Salud sexual
Guía de valoración 18-1 Función respiratoria
Guía de valoración 19-1 Función cardiovascular
Guía de valoración 20-1 Función gastrointestinal
Guía de valoración 21-1 Función urinaria
Guía de valoración 22-1 Salud del aparato reproductor
Guía de valoración 23-1 Función musculoesquelética
Guía de valoración 24-1 Función neurológica
Guía de valoración 25-1 Visión y audición
Guía de valoración 27-1 Estado de la piel
Guía de valoración 29-1 Salud mental
Guía de valoración 30-1 Salud mental

Plan de atención de enfermería

Plan de atención de enfermería 7-1 Atención integral de la Sra. D.
Plan de atención de enfermería 18-1 El adulto mayor con enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Plan de atención de enfermería 19-1 El adulto mayor con insuficiencia cardíaca
Plan de atención de enfermería 20-1 El adulto mayor con hernia hiatal
Plan de atención de enfermería 20-2 El adulto mayor con incontinencia fecal
Plan de atención de enfermería 21-1 El adulto mayor con incontinencia urinaria
Plan de atención de enfermería 22-1 El adulto mayor en recuperación de una cirugía de próstata
Plan de atención de enfermería 23-1 El adulto mayor con artrosis
Plan de atención de enfermería 24-1 El adulto mayor con ictus. Período de convalecencia
Plan de atención de enfermería 25-1 El adulto mayor con glaucoma de ángulo abierto
Plan de atención de enfermería 30-1 El adulto mayor con enfermedad de Alzheimer

La experiencia del envejecimiento



- 1 La población de edad avanzada
- 2 Teorías del envejecimiento
- 3 Diversidad
- 4 Transiciones e historia de vida
- 5 Cambios frecuentes en el envejecimiento

La población de edad avanzada

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Perspectivas del adulto mayor a través de la historia

Características de la población de edad avanzada

Crecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida

Estado civil y vivienda

Ingresos económicos y empleo

Seguro de gastos médicos

Estado de salud

Implicaciones del envejecimiento de la población

Impacto de los *baby boomers*

Prestaciones y pago de servicios

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Explicar las diferentes maneras en las que los adultos mayores han sido percibidos a lo largo de la historia.
2. Describir las características de la población mayor de nuestros días en relación con:
 - Esperanza de vida
 - Estado civil
 - Vivienda
 - Ingresos económicos y empleo
 - Estado de salud
3. Analizar los cambios proyectados en las futuras generaciones de población mayor y las implicaciones para la atención de la salud.

GLOSARIO

Comorbilidad: presencia simultánea de múltiples enfermedades crónicas.

Compresión de la morbilidad: hipótesis acerca de que las enfermedades graves y el deterioro se pueden retrasar o posponer de manera que la prolongación de la esperanza de vida conduzca a más años funcionales y saludables.

Esperanza de vida: tiempo predicho que puede vivir una persona.

Período de vida: tiempo máximo de años que una persona puede llegar a vivir.

“Las familias olvidan a sus mayores... la mayoría de las personas se vuelven seniles conforme avanza la edad... la seguridad social proporciona a cada persona mayor un ingreso económico de jubilación decente... casi todas las personas mayores viven en residencias de adultos mayores... Medicare cubre todos los costes relacionados con la atención de la salud para personas mayores”. Estos y otros mitos sobre las personas mayores siguen vigentes. La desinformación acerca de la población de edad avanzada es una injusticia para este grupo de edad y para las personas de todas las edades que necesitan información precisa para prepararse de manera realista para su vejez. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe conocer estos aspectos sobre la población de edad avanzada con el fin de proporcionar servicios eficaces y asesorar a la población general.

PERSPECTIVAS DEL ADULTO MAYOR A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Las personas que en este momento son adultos mayores en los Estados Unidos aportaron el sacrificio, la fuerza y el espíritu que hicieron grande a ese país. Fueron los soldados orgullosos que participaron en las guerras, los valientes inmigrantes que se aventuraron en un país nuevo, los audaces empresarios que se arriesgaron para crear oportunidades de empleo y generar riqueza, los que se rebelaban en las universidades para defender los derechos de las minorías y los padres desinteresados que lucharon por dar a sus hijos una mejor vida. Se han ganado el respeto, la admiración y la dignidad. Hoy en día los adultos mayores se ven de manera positiva más que prejuiciosa con base en conocimientos en lugar de mitos y con preocupación en lugar de abandono. No obstante, esta perspectiva positiva no siempre fue la norma.

Históricamente, las sociedades han percibido a sus miembros de edad avanzada de diversas maneras. En la época de Confucio había una correlación directa entre la edad de la persona y el grado de respeto al que él o ella tenía derecho. Los antiguos egipcios temían envejecer y experimentaron con una variedad de brebajes y rituales para mantener su juventud. Las opiniones estaban divididas entre los antiguos griegos. Platón promovió a los adultos mayores como los mejores líderes de la sociedad, mientras que Aristóteles les negó la participación en los asuntos gubernamentales. En las naciones conquistadas por el Imperio romano, los enfermos y los ancianos, por lo general, eran los primeros en ser asesinados. Y a lo largo de la Biblia se describe la preocupación de Dios por el bienestar de la familia y el deseo de que la gente respete a los adultos mayores (*Honra a tu padre y a tu madre...* Éxodo 20:12). No obstante, el respeto otorgado a los adultos mayores no se mantuvo.

Durante la Edad Media surgieron fuertes sentimientos acerca de la superioridad de los jóvenes, los cuales se expresaron en rebeliones de los hijos contra los padres. Aunque, a principios del siglo XVII, Inglaterra creó leyes para personas pobres que proporcionaban atención a los indigentes y recursos a las personas mayores sin familia para que pudieran contar con una modesta red de seguridad, muchos de los logros se perdieron durante la Revolución industrial. Sin leyes laborales que protegieran a las personas mayores, quienes no podían satisfacer las demandas del trabajo industrial quedaron a merced de sus hijos u obligados a mendigar en las calles para obtener su sustento.

CUADRO 1-1 Programas de apoyo público de beneficio para los estadounidenses de edad avanzada

- 1900 Aprobación de las leyes de pensiones en algunos estados.
- 1935 Social Security Act.
- 1961 Primera conferencia de la Casa Blanca sobre el envejecimiento.
- 1965 Older Americans Act. Programas de nutrición, de empleo del adulto mayor y de transporte.
Administración del envejecimiento.
Medicare (título 18 de la Social Security Act).
Medicaid (título 19 de la Social Security Act) para personas de escasos recursos y con discapacidades de cualquier edad.
- 1972 Promulgación del Supplemental Security Income (SSI).
- 1991 Instauración de la Omnibus Budget Reconciliation Act (ley de reforma de las residencias de adultos mayores).

El primer paso importante para mejorar las vidas de los ancianos estadounidenses fue la aprobación, en 1935, de una ley federal de seguridad para las personas mayores, la Federal Old Age Insurance Law, bajo la Social Security Act, que ofreció cierta seguridad financiera a las personas mayores. El creciente envejecimiento de la población comenzó a notarse en la década de 1960 y los Estados Unidos respondieron con la formación de la Administration on Aging, la promulgación de la Older Americans Act y la introducción de Medicaid y Medicare, todos en 1965 (cuadro 1-1).

Desde entonces, se despertó un profundo interés en la sociedad estadounidense por las personas mayores, pues crecieron en número. Una actitud más humanista hacia todos los miembros de la sociedad ha beneficiado a los ancianos, y las mejoras en la atención de la salud y las condiciones de vida en general garantizan que más personas tengan la oportunidad de llegar a la vejez y vivir más años y ser más fructíferos a una edad más avanzada que las generaciones previas (fig. 1-1).

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA

Suele definirse a los *adultos mayores* como individuos a partir de los 65 años de edad. En alguna época, todas las personas mayores de 65 años se agrupaban en una sola categoría de “ancianos”. En la actualidad se reconoce que existe una gran diversidad entre los diferentes grupos etarios en la edad avanzada, por lo que se ha

propuesto la siguiente clasificación:

- Adultos mayores jóvenes: 65-74 años.
- Adultos mayores viejos: 75-84 años.
- Adultos mayores longevos: 85 años o mayores.



FIGURA 1-1 • Es importante que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica dé la misma importancia a agregar calidad de vida a los adultos mayores que a incrementar la cantidad de años de vida.

El perfil, los intereses y los problemas en los cuidados de la salud de cada categoría pueden ser muy diferentes. Por ejemplo, una persona de 66 años de edad puede desear someterse a una cirugía estética para competir en el mercado de un trabajo ejecutivo; una mujer de 74 años recién casada quizás desee hacer algo sobre la sequedad de su conducto vaginal; es posible que un hombre de 82 años esté preocupado porque sus rodillas con artritis limitan su habilidad para jugar un torneo de golf y una mujer de 101 años puede desesperarse por no encontrar una manera de corregir su visión limitada para disfrutar de la televisión.

Además de la edad cronológica, o los años que una persona ha vivido desde el nacimiento, la *edad funcional* es un término que los gerontólogos y geriatras utilizan para describir la función física, psicológica y social. Ello es relevante, pues la manera en la que se sienten los adultos mayores y el grado de función que conservan pueden ser mejores indicadores de sus necesidades que la edad cronológica. *Edad percibida* es otro término que se utiliza para describir cómo se estima la edad de una persona según su aspecto físico. Los estudios han mostrado una correlación entre la edad percibida y la salud, así como entre la manera en la que otros tratan a los adultos mayores con base en la edad percibida y la salud (Sutin, Stephan, Carretta y Terracciano, 2014).

La manera en la que una persona siente o percibe su propia edad se describe como *identidad de la edad*. Algunos adultos mayores ven a compañeros de edad similar como mayores que ellos y son reacios a unirse a grupos de personas mayores y a otras actividades, pues perciben a los miembros del grupo como “ancianos” y con características diferentes.

Los estereotipos que existen respecto a las personas mayores deben descartarse; en todo caso, será evidente una amplia diversidad en lugar de la homogeneidad.

Además, se deben eliminar las generalizaciones con base en la edad, pues el comportamiento, la función y la autoimagen pueden revelar más acerca de prioridades y necesidades que sólo la edad cronológica.

COMUNICACIÓN

No todas las personas de la misma edad son similares en términos de estilo del lenguaje, familiaridad con términos actuales, uso de la tecnología, educación y experiencia de vida. El estilo y el método de comunicación deben basarse en el estilo y la competencia del lenguaje determinados y las preferencias de la persona.

Crecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida

Durante la mayor parte del siglo XX hubo un aumento significativo en la cantidad de personas mayores. Excepto en la década de 1990, la población mayor tuvo un crecimiento más rápido que el total de la población menor de 65 años de edad. El U.S. Census Bureau proyectó un incremento significativo en la cantidad de personas mayores de 65 años de edad entre 2010 y 2030 debido a la influencia de los *baby boomers*, quienes entraron en este grupo en 2011. Se proyecta que en 2030 este grupo represente alrededor del 20% de la población total de los Estados Unidos.

En la actualidad, los mayores de 65 años de edad representan más del 13% de la población de aquel país. El incremento de la población de adultos mayores se debe en parte al aumento de la **esperanza de vida**. Los avances en el control de las enfermedades y la tecnología de la salud, las menores tasas de mortalidad infantil y neonatal, el mejoramiento de la sanidad y las mejores condiciones de vida han aumentado la esperanza de vida para la mayoría de los estadounidenses. En la actualidad, más personas sobreviven durante la edad avanzada que nunca antes. En 1930, poco más de 6 millones de personas tenían edades de 65 años o mayores y su esperanza de vida era de 59.7 años. La esperanza de vida en 1965 era de 70.2 años y el número de adultos mayores excedía los 20 millones. La esperanza de vida actual alcanza los 78.2 años, con más de 34 millones de personas mayores de 65 años ([tabla 1-1](#)). No sólo más personas alcanzan la edad avanzada, sino que también viven mucho más que eso; el número de personas de 70 y 80 años se ha incrementado de manera importante y se espera que continúe en aumento. Se estima que la población mayor de 85 años de edad se duplicará en el año 2036 y se triplicará en 2049. El **período de vida** para los humanos ahora es de 122 años.

CONCEPTO CLAVE

Más gente alcanza y se mantiene en edades avanzadas durante más tiempo que nunca antes en la historia.

TABLA 1-1 Diferencias en la esperanza de vida al nacer por raza, sexo y origen hispano

	Caucásicos no hispanos y asiáticos o isleños del Pacífico		Afroamericanos no hispanos e indios americanos y nativos de Alaska		Hispanos (cualquier raza)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
2012	77.1	81.7	71.7	78.0	78.9	83.7
2030 (proyectado)	79.9	84.1	79.9	84.1	80.2	84.5

Fuente: National Center for Health Statistics. (2013). *Table 18. Life expectancy at birth, at age 65, and at age 75 by sex, race, and national origin: United States, selected years. Health, United States, 2013.* Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Tomado de: http://www.cdc.gov/nchs/data/health_data/13.pdf#018; U.S. Census Bureau. *Table 10. Projected life expectancy at birth by sex, race, and Hispanic origin for the United States.* Tomado de: <http://www.census.gov/population/projections/data/national/2012/summarytables.html>

Aunque la esperanza de vida ha aumentado, todavía difiere por raza y sexo, como se muestra en la [tabla 1-1](#). Desde finales de la década de 1980 hasta la actualidad, la brecha en la esperanza de vida entre la población caucásica y la afroamericana se ha hecho más grande, pues la esperanza de vida de esta última ha disminuido. El U.S. Department of Health and Human Services atribuye la disminución de la esperanza de vida de la población afroamericana a cardiopatías, cáncer, homicidios, diabetes y enfermedades perinatales. Esta realidad enfatiza la necesidad de personal de enfermería preocupado por los problemas sociales y de salud de las personas de todas las edades, pues éstos afectan el proceso de envejecimiento de la población.

Mientras que la brecha en la esperanza de vida se incrementó entre los grupos raciales, la brecha entre los sexos disminuyó. A lo largo del siglo XX, la relación hombres-mujeres disminuyó de manera constante hasta el punto en que había menos de siete hombres mayores por cada diez mujeres. La proporción disminuyó cada década. Sin embargo, en el siglo XXI esta tendencia está cambiando y la proporción hombres-mujeres va en aumento.

Aunque es deseable vivir más tiempo, la calidad de esos años es de gran importancia. Más años de vida significan poco si los años adicionales consisten en dolor, discapacidad y mala calidad de vida. Lo anterior conduce a una hipótesis que planteó James Fries, un profesor de Medicina en la Stanford University, llamada **compresión de morbilidad** (Fries, 1980; Swartz, 2008). Esta hipótesis sugiere que si el inicio de una enfermedad grave y el deterioro se retrasan, o se comprimen, a pocos años antes de la muerte, las personas podrían vivir una vida larga y disfrutar de un buen estado de salud y funcionalidad la mayor parte de sus vidas.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Una mayor proporción de adultos mayores en nuestra sociedad significa que los grupos de edad más jóvenes soportan una mayor carga fiscal para apoyar a la población de mayor edad. ¿Las familias jóvenes deberían hacer sacrificios para costear los servicios para adultos mayores? ¿Por qué?

Estado civil y vivienda

Las mayores tasas de supervivencia de las mujeres, junto con el hecho de que las mujeres se casan con hombres mayores que ellas, hacen que no sea una sorpresa que más de la mitad de las mujeres mayores de 65 años de edad sean viudas y que la

mayoría de sus contemporáneos masculinos estén casados. Las personas casadas tienen una tasa de mortalidad menor que las solteras de todas las edades, y los hombres tienen una ventaja mayor.

La mayoría de los adultos mayores viven en un hogar con un cónyuge u otro miembro de la familia, aunque más del doble del número de mujeres que de hombres viven solas en etapas tardías de la vida. La probabilidad de vivir solo aumenta con la edad en ambos sexos. Casi todas las personas mayores tienen contacto con sus familias y no están olvidadas o descuidadas. Las realidades de las familias de las personas mayores se tratan con más detalle en el [capítulo 35](#).



CONCEPTO CLAVE

Es más probable que las mujeres sean viudas y que vivan solas en etapas tardías de la vida que sus contrapartes hombres.

Ingresos económicos y empleo

El porcentaje de personas mayores que viven por debajo del nivel de pobreza ha disminuido y en la actualidad cerca del 10% entra en esta categoría. No obstante, los adultos mayores aún enfrentan problemas financieros. Más de la mitad de los ingresos económicos de la mayoría de las personas mayores dependen de la seguridad social ([cuadro 1-2](#)). Las mujeres y los grupos minoritarios tienen muchos menos ingresos económicos que los hombres caucásicos. Aunque el patrimonio neto medio de los hogares de edades avanzadas es casi el doble del promedio nacional, por la alta prevalencia de propietarios de vivienda entre los adultos mayores, muchos de ellos son “ricos en activos y pobres en efectivo”. Sin embargo, el reciente descenso de los precios de la vivienda ha hecho que los activos sean menos valiosos para muchos adultos mayores.

CUADRO 1-2 Seguridad social e ingreso de seguridad suplementaria

Seguridad social. Beneficio que se paga con cheque a los trabajadores jubilados con una edad mínima específica (p. ej., 65 años), a los trabajadores discapacitados de cualquier edad y a los cónyuges o los hijos menores de edad de los trabajadores. Los beneficios no dependen de la necesidad económica. Su objetivo es servir de complemento a otras fuentes de ingresos económicos en la jubilación.

Adicionales de seguridad social. Beneficio pagado mediante un cheque a las personas mayores de 65 años de edad y a las personas con discapacidad con base en la necesidad económica.

Aunque el porcentaje que los adultos mayores representan en la población total está creciendo, el porcentaje que constituyen entre la fuerza laboral disminuye de modo constante. El retiro de los hombres de la fuerza de trabajo a edades tempranas es una de las tendencias más significativas desde la Segunda Guerra Mundial. No obstante, el porcentaje de mujeres de mediana edad que trabajan ha experimentado un aumento importante, aunque la participación laboral de las mujeres de 65 años de edad y mayores muestra pocos cambios. La mayoría de los *baby boomers* expresan el deseo y la necesidad de seguir trabajando al entrar a la edad de jubilación.



CONCEPTO CLAVE

Aunque la seguridad social estaba destinada a complementar otras fuentes de ingresos económicos para adultos mayores, es la fuente principal para más de la mitad de todas estas personas.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. y la Sra. Murdock tienen 67 años de edad y cuentan con buena salud. El Sr. Murdock es propietario y administrador de varias inversiones inmobiliarias que requieren que lleve registros, responda las llamadas de los arrendatarios y planifique el trabajo de mantenimiento. La Sra. Murdock es una enfermera que trabaja en un centro de salud comunitario para niños. Ambos trabajan tiempo completo y disfrutan su trabajo; sin embargo, admiten que su nivel de energía no es el mismo de antes y que se tardan más en completar actividades que en el pasado.

Aunque se mantiene positiva en cuanto a sus actividades laborales, la Sra. Murdock siente que después de muchos años de trabajo, se merece otras actividades de descanso y placer. Cuando sugiere a su marido que se jubile o, por lo menos, reduzca sus actividades laborales para poder disfrutar este período de vida juntos, él insiste en continuar con el trabajo, pues considera que los ingresos económicos son necesarios para mantener su estilo de vida y que no tiene interés en realizar otras actividades. Ella piensa que no está siendo realista, menciona que pueden “arreglárselas muy bien con la Seguridad Social” y le recuerda con frecuencia que se encuentran en la edad en que las personas se jubilan.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué temas ayudaría considerar para cada una de estas personas en cuanto a su decisión de jubilarse o continuar trabajando?
- ¿Qué posibles retos podrían enfrentar cada una de estas personas si continúan trabajando durante otros 5 años?, ¿o durante 10 años más?
- ¿Qué acciones pudieron haber realizado los Murdock en el pasado para enfrentar de forma diferente sus decisiones acerca de continuar trabajando o jubilarse?
- ¿Cuáles son las implicaciones para la sociedad si personas como los Murdock continúan en la fuerza laboral?

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

Esta década ha sacudido los sistemas de reembolso de atención de la salud en los Estados Unidos y se están generando cambios a causa de la necesidad de verificar que todos los estadounidenses tengan acceso a la atención de la salud y de los costes insostenibles para mantener esa atención. Aprobado en 1965 bajo el título 18 de la Social Security Act, Medicare es el programa de seguro de salud para adultos mayores que son elegibles para los beneficios de la seguridad social. Este programa financiado por el gobierno federal cubre los servicios médicos y hospitalarios, además de una muy limitada atención domiciliar especializada en servicios de la salud y enfermería que está cubierta en la Parte A. Los servicios preventivos y la atención no elegibles (p. ej., ayuda para el cuidado personal) no están cubiertos. Para complementar la cobertura básica, una persona puede comprar la Parte B de Medicare, que incluye servicios médicos y de enfermería, radiografía, pruebas de laboratorio y diagnóstico, así como vacunas contra la influenza y la neumonía, transfusiones de sangre, diálisis renal, procedimientos hospitalarios ambulatorios, transporte limitado en ambulancia, fármacos inmunosupresores para receptores de trasplante de órganos, quimioterapia, tratamientos hormonales y otros tratamientos médicos ambulatorios administrados en un consultorio. La Parte B también ayuda con

el pago de los equipos médicos duraderos, incluidos bastones, andadores (para discapacidad), sillas de ruedas y dispositivos de movilidad para las personas con deterioro de movilidad. Los dispositivos protésicos, como las extremidades artificiales y prótesis mamarias tras una mastectomía, así como un par de anteojos después de la cirugía de cataratas y el oxígeno para uso doméstico, también están cubiertos. La Parte C de Medicare, o los Medicare Advantage Plans, ofrecen a las personas la opción de comprar una cobertura mediante planes de seguros privados para cubrir las prestaciones no incluidas en las partes A y B de Medicare, además de contar con servicios adicionales. Aunque están regulados y financiados por el Gobierno federal, estos planes son administrados por compañías de seguros privadas. Algunos de estos planes también incluyen beneficios sobre fármacos prescritos, lo que se conoce como *Medicare Advantage Prescription Drug Plan* o *Parte D de Medicare*.

Las personas que cumplan con los criterios de ingresos económicos pueden calificar para Medicaid, el programa de seguros de salud para las personas de escasos recursos de cualquier edad. Este programa se desarrolló al mismo tiempo que Medicare y es el título 19 de la Social Security Act. Los suplementos Medicaid de Medicare para los adultos mayores de escasos recursos y la mayoría de los cuidados domiciliarios de enfermería de adultos mayores están pagados por este programa. Medicaid cuenta con el apoyo de fondos federales y estatales. Las disposiciones de la Affordable Care Act amplían los beneficios de Medicaid a muchos ancianos que no reúnen los requisitos para el programa.

Las personas de cualquier edad pueden adquirir un seguro de cuidados a largo plazo para cubrir los costes de la atención de la salud no cubiertos por Medicare u otro seguro de gastos médicos. Estas pólizas pueden ofrecer beneficios de cuidados domiciliarios, extensiones, cuidado diurno de adultos mayores, cuidados domiciliarios de enfermería, servicios de asistencia y otros. Las pólizas varían en cuanto a períodos de espera, cantidad de fondos pagados por día o mes y tipos de servicios que cubren. Aunque beneficiosos, los seguros para cuidados a largo plazo no han atraído a un gran número de suscriptores. Parte de la razón es que las pólizas son costosas para los adultos mayores y, aunque son menos para los jóvenes, las personas más jóvenes y saludables tienden a no pensar en la atención a largo plazo.

Estado de salud

La población anciana experimenta menos enfermedades agudas en comparación con los grupos de menor edad y una tasa de mortalidad más baja por estos problemas. Sin embargo, los adultos mayores que desarrollan enfermedades agudas suelen requerir períodos más largos de recuperación y tienen más complicaciones por estos padecimientos.

La enfermedad crónica es un problema importante para la población de edad avanzada. Casi todos los adultos mayores padecen al menos una enfermedad crónica y, por lo general, tienen múltiples enfermedades de este tipo, lo que se denomina *comorbilidad*, que les obligan a manejar el cuidado de varios padecimientos al mismo tiempo ([cuadro 1-3](#)). Los padecimientos crónicos producen ciertas limitaciones en las actividades de la vida cotidiana y las actividades instrumentales de la vida cotidiana

de muchas personas. Cuanto mayor es la persona, más alta es la probabilidad de que tenga dificultades con las actividades de cuidado personal y la vida independiente.

CUADRO 1-3 Diez principales enfermedades crónicas que afectan a la población a partir de los 65 años

1. Artritis
2. Hipertensión
3. Deterioro auditivo
4. Enfermedades cardíacas
5. Deterioro visual (incluyendo cataratas)
6. Deformidades o deterioro ortopédico
7. Diabetes mellitus
8. Sinusitis crónica
9. Fiebre del heno y rinitis alérgica (sin asma)
10. Venas varicosas

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention, Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Acceso el 14 de abril de 2012 en: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/index.html>



CONCEPTO CLAVE

Las enfermedades crónicas más prevalentes en la población de edad avanzada son las que pueden tener un impacto significativo en la independencia y la calidad de la vida cotidiana.

Las enfermedades crónicas son también las principales causas de muerte (tabla 1-2). Ha ocurrido un cambio importante en las tasas de muerte por diversas causas en las últimas tres décadas; mientras que las muertes por cardiopatías disminuyeron, las de cáncer aumentaron.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Cuando se planean sesiones de capacitación para la salud de adultos mayores que abordan los riesgos de salud que enfrentan, el personal de enfermería debe proporcionar asesoría acerca de los riesgos de cáncer, la detección, el reconocimiento y el tratamiento. Por lo general, las sesiones de capacitación dan prioridad a las cardiopatías, aunque las muertes por esta causa disminuyan y las causadas por cáncer aumenten.

TABLA 1-2 Principales causas de muerte en personas mayores de 65 años de edad

Cardiopatías
Neoplasias malignas
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores
Enfermedad cerebrovascular
Enfermedad de Alzheimer
Diabetes mellitus
Influenza y neumonía
Accidentes (lesiones no intencionales)
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis

Tomada de: National Center for Health Statistics. (2016). Table 1. *Deaths, percentage of total deaths, and death rates for the 10 leading causes of death in selected age groups, by race and sex: United States, 2013*. National Vital Statistics Reports, Vol. 65, No. 2, February 16, 2016. Tomado de: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr65/nvsr65_02.pdf

A pesar de los avances en el estado de salud de la población de edad avanzada, existen diferencias. Los estudios han encontrado que las minorías de adultos mayores tienen grados inferiores de salud y funcionalidad. El número de adultos mayores hispanos, afroamericanos y asiáticos que ingresan a residencias de adultos mayores aumentó, mientras que el de residentes caucásicos disminuyó (Feng, Fennell, Tyler, Clark y Mor, 2011).

IMPLICACIONES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

El creciente número de personas mayores de 65 años de edad ha influido en las agencias de salud y de servicios sociales y en los proveedores de atención médica, incluido el personal de enfermería geriátrica y gerontológica, que atiende a este grupo. Conforme la población de ancianos crece, las agencias y los proveedores deben anticipar las necesidades futuras de los servicios y su pago.

Impacto de los *baby boomers*

En previsión de las necesidades y los servicios para las generaciones futuras de los adultos mayores, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe considerar las realidades de los *baby boomers*, aquellos nacidos entre 1946 y 1964, que serán la próxima generación de adultos mayores. Su papel en el crecimiento de la población de edad avanzada es tal que se ha referido como una marea demográfica. Los *baby boomers* empezaron a entrar en la tercera edad en el año 2011 y lo seguirían haciendo hasta 2030. Aunque son un grupo muy diverso, representado por personas tan diferentes como Bill Clinton, Bill Gates y Cher, tienen ciertas características claramente definidas que los distinguen de otros grupos:

- La mayoría tiene hijos, pero la baja tasa de natalidad de esta generación significa que tendrá menos hijos biológicos disponibles para ayudarles en la vejez.
- Están mejor educados que las generaciones anteriores; más de la mitad asistieron o terminaron la universidad.
- Los ingresos económicos de sus hogares tienden a ser más altos que los de otros grupos, en parte porque perciben dos ingresos (tres de cada cuatro mujeres del *baby boom* están en la fuerza laboral) y la mayoría son propietarios de sus casas.
- Se inclinan por un código de vestimenta más informal que las anteriores generaciones de adultos mayores.
- Están enamorados de productos de “alta tecnología” y es probable que tengan equipo de cómputo y pasen varias horas al día en línea.
- Su tiempo libre es más escaso que el de otros adultos y son más propensos a

sentirse estresados al final del día.

- Como inventores del movimiento del acondicionamiento físico, se ejercitan con mayor frecuencia que otros adultos.

Se pueden hacer ciertas suposiciones acerca de la población del *baby boom* una vez que alcancen la edad de adultos mayores. Son consumidores informados de la atención de la salud y desean tener un papel muy activo en su cuidado; su capacidad para acceder a la información suele permitir que tengan tanto conocimiento como sus profesionales de la salud en algunos problemas relacionados con el tema. Lo más probable es que no vayan a estar satisfechos con las condiciones de las residencias de adultos mayores de hoy en día y exigirán que sus centros de atención a largo plazo cuenten con acceso a Internet de noche, gimnasios, bares de bebidas frutales, piscinas y tratamientos alternativos. Sus familias compuestas pueden necesitar ayuda especial debido a las posibles exigencias de cuidado de varios grupos de padrastrós y abuelos adoptivos. Los planes de servicios y los diseños arquitectónicos deben tomar en cuenta estos factores.

COMUNICACIÓN

Muchos *baby boomers* desean ser consumidores informados de la atención de la salud y se sienten cómodos con la comunicación mediante el correo electrónico y los mensajes de texto. Es posible que prefieran recordatorios de citas e informes de pruebas de diagnóstico electrónicos en lugar de llamadas telefónicas, y agradecen los enlaces a las hojas informativas acerca de sus padecimientos y tratamientos. No obstante, ciertos miembros de esta generación no son expertos en tecnología y prefieren los medios de comunicación tradicionales; por lo tanto, es importante preguntar acerca del estilo de comunicación que prefieren durante la valoración.

TABLA 1-3 Duración media de la estancia hospitalaria

Edad (años)	< 18	18-44	45-64	65-74	75-84	85+
Días de estancia	4.8	3.6	5.0	5.4	5.7	5.6

National Center for Health Statistics. (2013). *Health, United States, 2013. Table 98. Average length of stay in nonfederal short-stay hospitals, by sex, age, and selected first-listed diagnosis: United States, selected years 1990–2010.* Tomado de: http://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/leading_causes_of_death_by_age_group_2011-a.pdf

Prestaciones y pago de servicios

El creciente número de personas mayores de 65 años de edad también afecta al gobierno, que es la fuente de pago de muchos de los servicios que estas personas necesitan. La población de edad avanzada tiene tasas más altas de hospitalización, intervenciones quirúrgicas y visitas médicas que otros grupos etarios (tabla 1-3), y es más probable que se paguen mediante fondos federales que por aseguradoras privadas o por los adultos mayores mismos.

Menos del 5% de la población mayor se encuentra en residencias de adultos mayores, comunidades de asistencia u otros entornos institucionales en un momento dado. Aproximadamente, uno de cada cuatro adultos mayores pasará algún tiempo en una residencia para adultos mayores durante los últimos años de su vida. La mayoría

de quienes ingresan a residencias privadas gastan sus activos antes de finalizar el primer año y requieren el apoyo del gobierno para su cuidado; la mayor parte del presupuesto de Medicaid se gasta en la atención a largo plazo.

Conforme aumenta el porcentaje de la población de edad avanzada, la sociedad se enfrenta a un incremento en la demanda de prestaciones y el pago de servicios para este grupo. En esta época de déficits presupuestarios, reducción de ingresos y aumento de la competencia por la financiación de otros intereses particulares, pueden surgir preguntas respecto a la capacidad actual del gobierno para ofrecer una amplia gama de servicios para los adultos mayores. Puede haber preocupación acerca de que la población mayor utiliza una cantidad desproporcionada de dinero de los impuestos y que es necesario establecer límites.

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe participar de forma activa en los debates y decisiones relacionados con el racionamiento de servicios para que los derechos de los adultos mayores se expresen y protejan. Del mismo modo, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica tiene que asumir el liderazgo en el desarrollo de métodos eficaces de prestación de servicios que no comprometan su calidad.



CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería debe verificar que los esfuerzos por limitar costes no pongan en riesgo la atención de los adultos mayores.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Variación geográfica en la calidad de vida relacionada con la salud entre adultos mayores estadounidenses, 1997-2010

Fuente: Kachan, D., Tannebaum, S. L., LeBanc, W. G., McClure, L. A., & Lee, D. J. (2014). *Preventing Chronic Disease*, 11:140023. doi: 10.5888/pcd11.140023#_blank. Tomado de: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.140023>

Aunque la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha considerado como un indicador de morbilidad y mortalidad, no se había realizado una investigación de su variación geográfica. Este estudio pretendió investigar este tema mediante la comparación de la CVRS en todos los estados y el Distrito de Columbia con el uso del *Health and Activities Limitation Index* (HALex), en el cual los valores más altos indicaban una mejor salud. La información de la *National Health Interview Survey* para personas a partir de los 65 años de edad se analizó como parte del estudio.

De acuerdo con el estudio, las tasas más bajas de salud se encontraron entre los residentes mayores de Alaska, Alabama, Arkansas, Misisipi y Virginia Occidental; las más altas se encontraron entre los residentes de Arizona, Delaware, Nevada, Nuevo Hampshire y Vermont. Los residentes en el noreste presentaron tasas mayores de salud en comparación con los de las regiones del sur y del medio oeste después de que se adaptó el diseño sociodemográfico, de los comportamientos de salud y de la encuesta. Se observó que los adultos mayores que migraban del sur a otros estados

tenían mayores tasas de discapacidad. Las personas mayores de Florida tenían una mayor esperanza de vida que las de otros estados, debido a un alto grado de cumplimiento de las recomendaciones acerca del ejercicio físico y un bajo predominio del hábito tabáquico. Las personas mayores de Alaska presentaron la mayor prevalencia en cuanto al consumo de alcohol de todos los estados, lo que podría contribuir a sus bajas tasas de salud.

Comprender las diferencias en el estado de salud entre los territorios y los factores que lo afectan podría ayudar a identificar y ajustar las necesidades de la promoción de la salud y de la educación para las personas de todas las edades. Esta información es capaz de ayudar a generaciones futuras más saludables de adultos mayores.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

En la sala de descanso de una unidad hospitalaria se encuentran varios miembros del personal de enfermería comiendo el pastel de cumpleaños de la enfermera Clark, quien celebra su cumpleaños 66. “Estoy muy contenta de tener compañeros de trabajo como ustedes y un trabajo que me da un propósito en la vida”, comentó la enfermera Clark para expresar su agradecimiento a todos y salió de la habitación.

La enfermera Blake dijo en voz baja a la persona que estaba sentada a su lado: “No lo entiendo. Tengo la mitad de su edad y este trabajo me agota, así que sabemos que le cuesta mucho. Además, a menudo nos quedamos atascados realizando el trabajo pesado que no puede hacer”.

“Sé que ella no tiene las capacidades físicas de algunos otros”, dice la enfermera Edwards, “pero seguro que es un almacén de información y los pacientes la aman”.

“Sí, pero eso no ayuda a mi espalda cuando tengo que relevarla”, responde la enfermera Blake.

¿Cuáles son los retos de tener diferentes generaciones en el lugar de trabajo?
¿Deberían contratarse trabajadores de mayor edad? Si es así, ¿qué se puede hacer para apoyarlos?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué factores influyen en la voluntad de una sociedad para proporcionar ayuda y mostrar una actitud positiva hacia las personas mayores (p. ej., las condiciones económicas generales para todos los grupos de edad)?
2. Enumere los cambios previstos en las características de la población de edad avanzada en el futuro y describa las implicaciones para la enfermería.
3. ¿Qué problemas pueden experimentar las mujeres mayores como resultado de las diferencias por sexo en la esperanza de vida y los ingresos económicos?
4. ¿Cuáles son algunas de las diferencias entre los estadounidenses caucásicos y afroamericanos de edad avanzada?

Resumen del capítulo

El aumento en la esperanza de vida ha dado lugar a personas mayores de 65 años de edad que ahora constituyen más del 13% de la población estadounidense. Aunque la esperanza de vida ha aumentado en general, la población afroamericana tiene una menor esperanza de vida que la caucásica, lo que enfatiza la importancia de abordar problemas sociales y de salud a través del tiempo de vida para promover una mayor y más saludable esperanza de vida. Además de prolongar la vida, deben existir otras preocupaciones acerca de la compresión de la morbilidad para garantizar que los años adicionales sean de buena calidad.

La fuente principal de seguro de salud de los adultos mayores es Medicare. Medicaid ofrece seguros suplementarios para las personas con bajos ingresos económicos.

Aunque las enfermedades agudas se presentan con menor frecuencia en los adultos mayores que en los grupos de menor edad, cuando se desarrollan suelen producir más complicaciones y mayores períodos de recuperación. Las enfermedades crónicas son los principales problemas de salud entre las personas mayores, y la mayoría es afectada por al menos una enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas contribuyen a las principales causas de muerte.

Los *baby boomers*, un grupo compuesto por personas nacidas entre 1946 y 1964, han empezado a entrar en la tercera edad y a cambiar el perfil de la población de adultos mayores. Esta población es muy diversa, cuenta con una mejor educación, tiene menos hijos, ha tenido mayores ingresos económicos y es más hábil para utilizar la tecnología que las generaciones anteriores. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica tendrá como reto el reconocimiento de la diversidad entre los adultos mayores cuando atiendan a estas personas en las actividades de promoción de la salud y el tratamiento de enfermedades.

Recursos en línea

National Center for Health Statistics

<http://www.cdc.gov/nchs>

Referencias

- Feng, Z., Fennell, M. L., Tyler, D. A., Clark, M., & Mor, V. (2011). Growth of racial and ethnic minorities in U.S. nursing homes driven by demographics and possible disparities in options. *Health Affairs*, 33(7), 1358–1365.
- Fries, J. F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303(3), 130–135.
- Sutin, A. R., Stephan, Y., Carretta, H., & Terracciano, A. (2014). Perceived discrimination and physical, cognitive, and emotional health in older adulthood. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 164–167.
- Swartz, A. (2008). James Fries: healthy aging pioneer. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1163–1166.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visitar <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales vinculados con este capítulo.

Teorías del envejecimiento

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Teorías biológicas del envejecimiento

- Teorías estocásticas
- Teorías no estocásticas

Teorías sociológicas del envejecimiento

- Teoría de la desvinculación
- Teoría de la actividad
- Teoría de la continuidad
- Teoría de la subcultura
- Teoría de la estratificación de la edad

Teorías psicológicas del envejecimiento

- Tareas del desarrollo
- Trascendencia genética

Teorías de enfermería en el envejecimiento

- Teoría de las consecuencias funcionales
- Teoría del desarrollo
- Teoría del envejecimiento exitoso

Aplicación de las teorías del envejecimiento a la práctica de la enfermería

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Plantear el cambio de abordaje del aprendizaje sobre los factores que influyen en el envejecimiento.
2. Enumerar las principales teorías biológicas del envejecimiento.
3. Describir las principales teorías psicosociales del envejecimiento.
4. Identificar los factores que promueven un proceso de envejecimiento sano.
5. Describir la manera en la que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica puede aplicar las

teorías del envejecimiento a la práctica de la enfermería.

GLOSARIO

Envejecimiento: proceso de crecimiento conforme avanza la edad que comienza en el nacimiento.

Teorías estocásticas: explicación de los efectos del envejecimiento biológico como resultado de agresiones al azar, tanto internas como del ambiente externo.

Teorías no estocásticas: explicación biológica del envejecimiento como resultado de un complejo proceso predeterminado.

Durante siglos, las personas han estado intrigadas por el misterio del **envejecimiento** y han tratado de entenderlo, algunos con la esperanza de alcanzar la eterna juventud y otros intentando encontrar la clave de la inmortalidad. A lo largo de la historia han habido numerosas búsquedas de una fuente para la juventud, la más famosa de las cuales es la de Ponce de León. Las reliquias egipcias y chinas muestran evidencias de pócimas diseñadas para prolongar la vida o alcanzar la inmortalidad, y varias otras culturas han propuesto regímenes dietéticos específicos, mezclas de hierbas y rituales para fines similares. Antiguos preparados para prolongar la vida, como extractos hechos con testículos de tigre, pueden parecer absurdos si se comparan con las medidas más modernas, como las inyecciones de tejido embrionario y de toxina botulínica. Incluso las personas que no gustan de estas prácticas peculiares pueden disfrutar de suplementos nutricionales, cremas estéticas y *spas* exóticos que prometen mantener la juventud y retrasar la aparición o la apariencia de la vejez.

No hay un solo factor que sea la causa o que prevenga el envejecimiento; por lo tanto, no es realista pensar que una teoría pueda explicar las complejidades de este proceso. Se mantienen las investigaciones sobre el envejecimiento biológico, psicológico y social, y aunque algunas se centran en alcanzar la eterna juventud, la mayoría de los esfuerzos de investigación más sólidos apuntan hacia una mejor comprensión del proceso de envejecimiento para que las personas puedan tener una vejez más saludable y posponer algunas de las consecuencias negativas que se asocian con ella. De hecho, la investigación reciente se ha centrado en el aprendizaje acerca de mantener a las personas sanas y activas durante más tiempo, en lugar de la ampliación de la vida en estado de discapacidad a largo plazo. Al reconocer que las teorías del envejecimiento poseen diferentes grados de universalidad, validez y fiabilidad, el personal de enfermería puede usar esta información para entender mejor los factores que puedan influir de manera positiva y negativa en la salud y el bienestar de las personas de todas las edades.

TEORÍAS BIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento biológico se diferencia no sólo entre especies, sino también de un ser humano a otro. Aunque deben considerarse algunas de las observaciones generales ante los cambios previstos de ciertos órganos, como se describe en el [capítulo 5](#), no hay dos individuos con evolución idéntica ([fig. 2-1](#)). Se

encuentran diversos grados de cambios fisiológicos, capacidades y limitaciones entre los coetáneos. Además, en un individuo el índice de envejecimiento entre sus diferentes sistemas puede variar: es posible que un sistema muestre un marcado deterioro, mientras que en otro no se observe algún cambio significativo.



FIGURA 2-1 • El envejecimiento es un proceso altamente individualizado, como lo muestran las diferencias entre las personas de edades similares.



CONCEPTO CLAVE

El proceso de envejecimiento varía no sólo entre los individuos, sino también dentro de los diferentes sistemas corporales de la misma persona.

Para explicar el envejecimiento biológico, los teóricos han explorado diversos factores tanto internos como externos en el cuerpo humano y los han dividido en dos categorías: estocásticos y no estocásticos. Las **teorías estocásticas** consideran que los efectos del envejecimiento son el resultado de agresiones al azar del ambiente tanto interno como externo. Las **teorías no estocásticas** perciben los cambios del envejecimiento que resultan de un proceso complejo y predeterminado.

Teorías estocásticas

Teoría de la interferencia

La teoría de la interferencia propone que la división celular se ve amenazada como consecuencia de la radiación o de una reacción química en la que un agente de

interferencia se une a una cadena de ADN y evita la separación normal de las fibras durante la mitosis. Con el tiempo, ya que estos agentes de interferencia se acumulan, se acomodan en grupos densos que impiden el transporte intracelular; al final, la función normal de órganos y sistemas corporales falla. Un efecto de la transferencia sobre el colágeno (un tejido conjuntivo importante en pulmones, vasos sanguíneos y músculos) es la reducción de la elasticidad de los tejidos que se asocia con diversos cambios relacionados con la edad.

Teorías de los radicales libres y de la lipofuscina

La teoría del radical libre sugiere que el envejecimiento se debe al metabolismo oxidativo y a los efectos de los radicales libres (Hayflick, 1985). Los radicales libres son moléculas muy inestables y reactivas que contienen una carga eléctrica adicional y que provienen del metabolismo del oxígeno. Pueden ser consecuencia del metabolismo normal, de reacciones con otros radicales libres o de la oxidación del ozono, pesticidas y otros contaminantes. Estas moléculas pueden dañar las proteínas, las enzimas y el ADN mediante la sustitución de las moléculas que contienen información biológica útil por moléculas defectuosas que crean una anomalía genética. Se considera que estos radicales libres se autoperpetúan, es decir, que generan otros radicales libres. El deterioro físico del cuerpo se produce porque el daño de estas moléculas se acumula con el tiempo. Sin embargo, el cuerpo tiene antioxidantes naturales que pueden contrarrestar, en cierto grado, los efectos de los radicales libres. Además, el β -caroteno y las vitaminas C y E son antioxidantes que pueden ofrecer protección frente a estos radicales libres.

Ha existido un considerable interés en la función de la lipofuscina, “pigmento de la edad”, un subproducto de las lipoproteínas de la oxidación en el proceso de envejecimiento que se puede ver sólo con un microscopio de fluorescencia. Como la lipofuscina se asocia con la oxidación de los lípidos insaturados, se plantea que tiene una función similar a la de los radicales libres en el proceso de envejecimiento. Conforme se acumula la lipofuscina, interfiere con la difusión y el transporte de metabolitos esenciales, así como con las moléculas de transporte de información en las células. Existe una relación positiva entre la edad de la persona y la cantidad de lipofuscina en el cuerpo. Los investigadores han descubierto la presencia de lipofuscina en otras especies en cantidades proporcionales a la duración de la vida de la especie (p. ej., un animal cuya vida dura el tiempo equivalente a la décima parte de la de un ser humano acumula una tasa de lipofuscina aproximadamente 10 veces más alta que las personas).

Teorías de uso y desgaste

La comparación del desgaste del cuerpo con las máquinas que han perdido su capacidad para funcionar a lo largo del tiempo surgió durante la Revolución Industrial. Las teorías de uso y desgaste atribuyen el envejecimiento al uso repetido y a lesiones del cuerpo a través del tiempo a medida que se desempeñan funciones muy especializadas. Como cualquier máquina compleja, el cuerpo funcionará de forma menos eficiente con el uso prolongado y después de numerosas agresiones (p. ej., hábito tabáquico, dieta deficiente y abuso de sustancias tóxicas).

En los últimos años se han discutido ampliamente los efectos del esfuerzo en la salud física y psicológica. El esfuerzo puede tener efectos adversos y conducir a enfermedades como úlceras gástricas, cardiopatías, tiroiditis y dermatosis inflamatorias. Sin embargo, como los individuos reaccionan de manera diferente a las tensiones de la vida, una persona puede sentirse abrumada por una jornada con actividad moderada, mientras que otra tal vez se frustra al enfrentarse a un ritmo lento y aburrido; así, se deduce que el papel del esfuerzo en el envejecimiento no es concluyente.

Teorías evolucionistas

Las teorías evolucionistas del envejecimiento están relacionadas con la genética y plantean que las diferencias en el proceso de envejecimiento y la longevidad de distintas especies se producen debido a la interacción entre los procesos de mutación y la selección natural (Ricklefs, 1998; Gavrilov y Gavrilova, 2002). Al atribuir el envejecimiento al proceso de selección natural, estas teorías se asocian con aquellas que apoyan la evolución.

Existen varios grupos de teorías generales que asocian el envejecimiento con la evolución. La *teoría de la acumulación de mutaciones* sugiere que el envejecimiento se produce debido a la disminución de la fuerza de la selección natural con la edad. En otras palabras, las mutaciones genéticas que afectan a los niños se eliminarán, pues las víctimas no vivirán el tiempo suficiente para reproducirse y transmitir las a las generaciones futuras. No obstante, las mutaciones genéticas que aparecen al final de la vida se acumularán, porque los individuos mayores afectados transmitirán estas mutaciones a su descendencia.

La *teoría pleiotrópica antagonista* sugiere que los genes mutantes acumulados con efectos negativos en la edad avanzada pudieron haber tenido efectos beneficiosos en los primeros años de vida. Se supone que esto ocurre porque los efectos de los genes mutantes se presentan de manera inversa durante la vejez en comparación con los primeros años de vida o debido a que un gen en particular puede tener efectos múltiples, algunos positivos y otros negativos.

La *teoría del soma desechable* difiere de otras teorías evolucionistas al proponer que el envejecimiento se relaciona con el uso de la energía corporal y no con la genética. Afirma que el cuerpo debe utilizar energía para el metabolismo, la reproducción, el mantenimiento de funciones y la reparación, y que el suministro finito de energía de los alimentos para realizar estas funciones produce cierto deterioro. A través de la evolución, los organismos han aprendido a dar prioridad al gasto de energía para las funciones reproductivas y no para aquellas que podrían mantener el cuerpo de manera indefinida; por lo tanto, se deterioran y en última instancia se presenta la muerte.



CONCEPTO CLAVE

Las teorías evolucionistas sugieren que el envejecimiento “es fundamentalmente un producto de fuerzas evolutivas, no de peculiaridades bioquímicas o celulares... es un fenómeno darwiniano, no bioquímico” (Rose, 1998).



Alerta sobre el dominio de conceptos

La teoría evolucionista del envejecimiento plantea que las personas están viviendo más tiempo debido al énfasis en la selección natural a través de la reproducción, mientras que la teoría de la biogerontología del envejecimiento atribuye una vida más larga a la prevención y el control de patógenos.

Biogerontología

El estudio de la conexión entre el envejecimiento y los procesos de enfermedad se denomina *biogerontología* (Miller, 1997). Se considera que las bacterias, hongos, virus y otros microorganismos producen ciertos cambios fisiológicos durante el proceso de envejecimiento. En algunos casos, estos patógenos pueden estar presentes en el cuerpo durante décadas antes de que empiecen a afectar los sistemas corporales. Aunque no existe evidencia concluyente para vincular estos patógenos con el deterioro corporal, el hecho de que los seres humanos y los animales disfruten ya de una mayor esperanza de vida gracias al control o la eliminación de ciertos patógenos a través de la vacunación y el uso de antimicrobianos ha motivado el interés en esta teoría.

Teorías no estocásticas

Apoptosis

La *apoptosis* es el proceso de muerte celular programada que se presenta continuamente durante la vida como resultado de fenómenos bioquímicos (Green, 2011). En este proceso, la célula se reduce y ocurre fragmentación nuclear y del ADN, aunque la membrana mantiene su integridad. Se diferencia de la muerte celular que se produce a partir de lesiones, donde hay inflamación de las células y pérdida de la integridad de la membrana. De acuerdo con esta teoría, la muerte celular programada es parte del proceso de desarrollo normal que continúa durante toda la vida.

Teorías genéticas

Entre las primeras teorías genéticas se encuentra la *teoría del envejecimiento programado*, que propone que los animales y los seres humanos nacen con un programa genético o reloj biológico que predetermina el tiempo de vida (Hayflick, 1965). Varios estudios apoyan esta idea de un programa genético que predetermina el tiempo de vida. Por ejemplo, los estudios han demostrado una relación positiva entre la edad paterna y la duración de la vida de sus hijos. Además, los estudios de proliferación celular *in vitro* han demostrado que varias especies tienen un número finito de divisiones celulares. Los fibroblastos del tejido embrionario experimentan una mayor cantidad de divisiones celulares que los derivados del tejido adulto. Entre las diversas especies, mientras más larga sea la duración de la vida, mayor será el número de divisiones celulares. Estos estudios apoyan la teoría de que la senescencia, el proceso de envejecer, está bajo control genético y se presenta a nivel celular (Harvard Gazette Archives, 2001; Martin, 2009; University of Illinois en: Urban-Champaign, 2002).

La *teoría del error* también propone una determinación genética para el envejecimiento. Esta teoría sostiene que las mutaciones genéticas son responsables del envejecimiento al causar el deterioro de órganos como resultado de mutaciones celulares auto-perpetuadas, como se observa en la [figura 2-2](#).



FIGURA 2-2 • La teoría del error propone una determinación genética para el envejecimiento.

Otros teóricos consideran que el envejecimiento se origina cuando no se produce una sustancia de crecimiento, lo que conduce al cese del crecimiento celular y de la reproducción. Otros plantean la hipótesis de la sobreproducción de un factor de envejecimiento encargado del desarrollo y la madurez celular en toda la vida, lo que acelera el envejecimiento. Algunos más proponen que la capacidad de la célula para funcionar y dividirse están deterioradas. Aunque existe muy escasa investigación que apoye esta teoría, el envejecimiento puede ser el resultado de una disminución de la capacidad del ARN para sintetizar y traducir mensajes.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué patrones de envejecimiento son evidentes en su familia biológica? ¿Qué puede hacer para influir en ellos?

Reacciones autoinmunitarias

Es probable que el proceso de envejecimiento afecte los principales órganos del sistema inmunitario, el timo y la médula ósea. La respuesta inmunitaria disminuye después de la adultez joven. El peso del timo se reduce a lo largo de la edad adulta, lo mismo que la capacidad de los linfocitos T para diferenciarse. La concentración de hormona tímica desciende después de los 30 años de edad y es indetectable en la sangre de las personas mayores de 60 años ([Goya, Console, Herenu, Brown y Rimoldi, 2002](#); [Williams, 1995](#)). Ello se relaciona con una disminución en la

respuesta inmunitaria humoral, un retraso en el tiempo de rechazo de aloinjertos de piel, una reducción en la intensidad de la hipersensibilidad retardada y una disminución en la resistencia al daño de las células tumorales. Las células madre de la médula ósea funcionan con menos eficiencia. La reducción de las funciones inmunitarias se evidencia mediante un incremento de la incidencia de infecciones y de muchos tipos de cáncer conforme avanza la edad.

Algunos teóricos proponen que la reducción de las actividades inmunológicas también conduce a un aumento de la respuesta autoinmunitaria con la edad. Una hipótesis con respecto al papel de las reacciones autoinmunitarias en el proceso de envejecimiento es que las células experimentan cambios con la edad y que el cuerpo las identifica erróneamente como agentes externos y desarrolla anticuerpos para atacarlas. Una explicación alternativa para esta reacción podría ser que las células son normales hasta la vejez, pero un deterioro en el sistema corporal de memoria inmunoquímica conduce a una interpretación errónea de las células normales como sustancias extrañas. Se forman anticuerpos para atacar y liberar el cuerpo de estas sustancias “extrañas” y las células mueren.

Teorías neuroendocrina y neuroquímica

Las teorías neuroendocrina y neuroquímica sugieren que el envejecimiento es resultado de cambios en el cerebro y las glándulas endocrinas. Algunos teóricos afirman que algunas hormonas específicas de la hipófisis anterior promueven el envejecimiento. Otros indican que un desequilibrio de sustancias químicas en el cerebro afecta la división celular sana en todo el cuerpo.

Teorías de la radiación

La relación entre la radiación y la edad aún está en fase de investigación. Las investigaciones realizadas en ratas, ratones y perros muestran que la duración de la vida se reduce con la aplicación de dosis letales de radiación. En los seres humanos, se sabe que la exposición repetida a la luz ultravioleta puede causar elastosis solar, el tipo de “vejez” asociado con las arrugas en la piel que resultan de la sustitución de colágeno por elastina. La luz ultravioleta es también un factor en el desarrollo de cáncer de piel. La radiación puede inducir mutaciones celulares que promueven el envejecimiento.

CASO A CONSIDERAR



Usted es voluntario en una organización que forma parte de varios proyectos de la comunidad. La Sra. Janus, una de las voluntarias con quienes trabaja, comenta con usted y los demás voluntarios que ella y su esposo ahora son distribuidores de “un producto fantástico que brinda un aspecto y sentimiento de juventud”. Afirma que lo han estado usando durante casi un año y que han visto mejorías significativas en su físico y en cómo se sienten. La pareja tiene 70 años de edad y son atractivos y activos.

La Sra. Janus ofrece invitaciones a los voluntarios para asistir a una reunión en su casa para aprender más sobre los productos.

Muchos de los voluntarios muestran un gran interés e indican que asistirán. Uno de los voluntarios se dirige a usted y dice: “Usted es miembro del personal de enfermería. ¿Cree que estas cosas funcionan?”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo pueden juzgar los consumidores la validez de las afirmaciones sobre los productos anti-envejecimiento?
- ¿Qué consejo con base en la evidencia se puede proporcionar a las personas mayores para ayudarlas a reducir las posibilidades de algunos de los resultados negativos del envejecimiento?

Teorías de la nutrición

La importancia de una buena nutrición durante toda la vida es un tema difícil de eludir en nuestra sociedad consciente de su nutrición. No es un misterio que la dieta impacta sobre la salud y el envejecimiento. Está demostrado que la obesidad aumenta el riesgo de muchas enfermedades y acorta la vida (NIDDK, 2001; Preston, 2005; Taylor y Ostbye, 2001).

La calidad de la dieta es tan importante como la cantidad. Las deficiencias de vitaminas y otros nutrientes y los excesos de nutrientes como el colesterol pueden desencadenar diversos procesos patológicos. Recientemente, se ha puesto mayor énfasis en la influencia de los suplementos nutricionales en el proceso de envejecimiento; la vitamina E, el polen de abeja, el *ginseng*, la centella asiática, la menta y las algas se encuentran entre los nutrientes que al parecer promueven una vida saludable y larga (Margolis, 2000; Smeeding, 2001). Aunque la relación completa entre la dieta y el envejecimiento no está bien aceptada, se conoce lo suficiente para sugerir que una buena dieta puede reducir o eliminar algunos de los efectos negativos del proceso de envejecimiento.



CONCEPTO CLAVE

Es conveniente que el personal de enfermería asesore a las personas mayores para que sepan distinguir los productos que afirman causar, detener o revertir el proceso de envejecimiento.

Teorías del entorno

Se sabe que varios factores ambientales amenazan la salud y se considera que están relacionados con el proceso de envejecimiento. La ingesta de mercurio, plomo, arsénico, isótopos radiactivos, ciertos pesticidas y otras sustancias puede producir cambios patológicos en los humanos. Fumar y respirar humo de tabaco y otros contaminantes en el aire también tienen efectos adversos. Por último, se considera que las intensas condiciones de vida, los altos niveles de ruido y otros factores influyen en el envejecimiento.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿El personal de enfermería tiene la responsabilidad de proteger y mejorar el entorno? ¿Por qué?

TEORÍAS SOCIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

Teoría de la desvinculación

Las teorías sociológicas abordan el impacto de la sociedad en los adultos mayores y viceversa. Estas teorías reflejan con frecuencia la visión que se tenía de los adultos mayores en el momento en el que se desarrollaron. Las normas de la sociedad

influyeron en cómo se veían las relaciones y los roles de este grupo poblacional.

Desarrollada por Elaine Cumming y William Henry, la teoría de la desvinculación (Cumming, 1964; Cumming y Henry, 1961) es una de las primeras teorías del envejecimiento y se encuentra entre las más polémicas y discutidas. La teoría considera el envejecimiento como un proceso en el que la sociedad y el individuo se separan gradualmente, o se desconectan, una del otro, a satisfacción y beneficio mutuo. El beneficio para los individuos es que pueden reflexionar y centrarse en su persona una vez que han sido liberados de roles sociales. El valor de la desvinculación para la sociedad es que se establece cierto medio ordenado para la transferencia del poder de los adultos mayores a los jóvenes, con lo que es posible que la sociedad continúe funcionando después de que mueren sus miembros individuales. La teoría no indica si es la sociedad o el individuo quien inicia el proceso de desvinculación.

Son evidentes diversas dificultades con este concepto y esta teoría ha sido desacreditada (Johnson, 2009). Muchas personas mayores desean seguir participando y no quieren que su principal satisfacción se derive de la reflexión de sus años de juventud. Senadores, magistrados de la Suprema Corte, profesores universitarios y muchos voluntarios mayores están entre quienes suelen sentir satisfacción proporcionando un valioso servicio a la sociedad al no desvincularse. Puesto que la salud, las prácticas culturales, las normas sociales y otros factores influyen en el grado de participación de una persona en la sociedad durante sus últimos años, algunos críticos de esta teoría afirman que la desvinculación no sería necesaria si la sociedad mejorara los medios financieros y la atención de la salud de los adultos mayores, y si aumentaran la aceptación, las oportunidades y el respeto.

Un análisis cuidadoso de la población estudiada en el desarrollo de la teoría de la desvinculación destaca sus limitaciones. El patrón de desvinculación que describen Cumming y Henry se basó en un estudio de 172 personas de clase media de 48-68 años de edad. Este grupo lo formaron las personas con más recursos, mejor educadas y con mayor prestigio ocupacional y residencial que la población de edad avanzada en general. El estudio no tuvo en cuenta a personas afroamericanas ni a enfermos crónicos. Se aconseja tener cuidado al generalizar las conclusiones a toda la población de edad avanzada de este estudio con base en menos de 200 personas no representativas del promedio de personas mayores (este estudio es un ejemplo de algunas de las limitaciones de la investigación gerontológica anterior a la década de 1970). Aunque el personal de enfermería debe ser consciente de que algunas personas mayores desean retirarse de la corriente principal de la sociedad, esto no es necesariamente un proceso que se espera de todas las personas mayores.

Teoría de la actividad

En el polo opuesto de la teoría de la desvinculación se encuentra la teoría de la actividad, que afirma que una persona mayor debe seguir un estilo de vida similar al de una de menor edad, negar la existencia de una tercera edad tanto como sea posible y que la sociedad debe aplicar las mismas normas a las personas mayores, así como a aquellas de menor edad; no defiende la disminución de la actividad, el interés y la participación conforme envejecen sus miembros (Havighurst, 1963). Esta teoría

sugiere maneras de mantener la actividad aun en presencia de las múltiples pérdidas que se asocian con el proceso de envejecimiento, incluyendo la sustitución de actividades intelectuales por actividades físicas cuando se reduce la capacidad física, el reemplazo de la función laboral por otras funciones cuando tiene lugar la jubilación, y el establecimiento de nuevas amistades cuando se pierden las anteriores. El deterioro de la salud, la pérdida de funciones, los ingresos económicos reducidos, un círculo cada vez menor de amigos y otros obstáculos para el mantenimiento de un estilo de vida activo se resisten y vencen en vez de aceptarse.

Esta teoría tiene algún mérito. Por lo general, se asume que la actividad es más deseable que la inactividad, porque facilita el bienestar físico, mental y social. Como una profecía autocumplida, la expectativa de un estado activo continuado durante la edad avanzada puede alcanzarse en beneficio de los adultos mayores y la sociedad. Debido a la visión social negativa de la inactividad, fomentar un estilo de vida activo conforme pasan los años es congruente con los valores sociales. Otro aspecto que apoya la teoría de la actividad es la renuencia de muchas personas mayores a aceptar su edad como determinante.

Un problema de la teoría de la actividad es el supuesto de que las personas mayores desean y son capaces de mantener un estilo de vida correspondiente a la mediana edad. Algunas personas que envejecen desean que su mundo se contraiga para adaptar la disminución de sus capacidades o preferencias a roles menos activos. Muchos adultos mayores carecen de los recursos físicos, emocionales, sociales o económicos para mantener roles activos en la sociedad. Las personas mayores de quienes se espera que mantengan un estilo de vida con la actividad de las personas de menor edad y un ingreso económico inferior a la mitad pueden preguntarse si la sociedad ofrece mensajes contradictorios. Se requiere más investigación y diferentes puntos de vista en cuanto a los efectos sobre los adultos mayores que no son capaces de cumplir con las expectativas de mantenerse activos.

Teoría de la continuidad

La teoría de la continuidad en el envejecimiento, también conocida como *teoría del desarrollo*, se refiere a la personalidad y la predisposición hacia determinadas acciones en la vejez que son similares a estos factores durante otras fases del ciclo de vida (Neugarten, 1964). Se dice que la personalidad y los patrones básicos de la conducta subsisten sin modificaciones a pesar de la edad. Por ejemplo, es muy probable que quienes eran activistas a los 20 años de edad aún lo sean a los 70 años, mientras que reclusos a edades jóvenes probablemente no se mantendrán activos en el estándar de la sociedad cuando envejeczan. Los patrones desarrollados durante toda la vida determinarán si las personas permanecerán comprometidas y activas o desvinculadas e inactivas.

El reconocimiento de las características específicas de cada individuo posibilita múltiples adaptaciones a su envejecimiento y que exista potencial para una variedad de reacciones que validen y apoyen esta teoría. El envejecimiento es un proceso complejo y la teoría de la continuidad considera estas complejidades en mayor medida que la mayoría de las otras teorías. Aunque las implicaciones y el alcance completos de esta prometedora teoría están en etapa de investigación, ofrece una

perspectiva razonable. Asimismo, se alienta a los jóvenes a considerar que sus actividades actuales sentarán una base para su propia vejez en el futuro.



CONCEPTO CLAVE

Los patrones psicológicos básicos son constantes durante toda la vida.

Teoría de la subcultura

Esta teoría considera a los adultos mayores como un grupo con distintas normas, creencias, expectativas, hábitos y problemas que los separan del resto de la sociedad (Rose, 1965). La formación de una subcultura es una respuesta a las actitudes negativas y al trato de la sociedad. Las personas mayores son más aceptadas y se sienten más cómodas entre su propio grupo de edad. Un componente de esta teoría es el argumento a favor de la reforma social y un mayor empoderamiento de las poblaciones mayores, para que puedan respetarse sus derechos y necesidades.

A medida que la población de adultos mayores se vuelve más diversa, sus necesidades están mejor identificadas y su poder más reconocido, aunque permanece la pregunta de si esta teoría es menos relevante de lo que era en la década de 1960, cuando apareció por primera vez.

Teoría de la estratificación de la edad

Esta teoría, que apareció en la década de 1970, sugiere que la sociedad está estratificada por grupos de edad (Riley, Johnson y Foner, 1972). Las personas de un grupo etario similar suelen tener experiencias, creencias, actitudes y transiciones de vida similares que les ofrecen una visión única y compartida de la historia. De manera continua, se forman nuevos grupos etarios con el nacimiento de nuevos individuos, por lo que la interacción entre la sociedad y el envejecimiento de la población es dinámica. Cada grupo de edad tiene su propia y única experiencia e influencia sobre la sociedad, y hay una interdependencia entre la sociedad y el grupo.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cómo se esperaría que difiera la experiencia del envejecimiento de la generación X y Y de la de los *baby boomers* y sus padres?

TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO

Tareas del desarrollo

Las teorías psicológicas del envejecimiento exploran los procesos mentales, los comportamientos y los sentimientos de las personas a lo largo de la vida, junto con algunos de los mecanismos que la gente utiliza para responder a los desafíos de la vejez. Entre estas teorías se encuentran las que describen el proceso de envejecimiento psicológico saludable como resultado de la realización exitosa de las tareas del desarrollo. Las tareas del desarrollo son los desafíos que deben enfrentarse y los ajustes que deben hacerse en respuesta a las experiencias de vida que forman

parte del continuo crecimiento de un adulto durante el tiempo de vida.

Erik Erikson (1963) describe ocho etapas en las cuales los seres humanos efectúan su desarrollo desde la infancia hasta la vejez y los retos, o tareas, a los que se enfrentan durante cada una de estas etapas (tabla 2-1). El desafío de la vejez consiste en aceptar y encontrar significado a la vida que se ha vivido; esto da integridad al ego individual y le ayuda a adaptarse y enfrentar la realidad del envejecimiento y la mortalidad. Los sentimientos de ira, amargura, depresión e insuficiencia pueden conducir a una inadecuada integridad del ego (p. ej., la desesperación).

Afinando la descripción de Erikson sobre las tareas de la vejez en la octava etapa del desarrollo, Robert Peck (1968) detalla tres retos específicos a los que se enfrentan los adultos mayores y que influyen en el resultado sobre la integridad o la desesperación del ego:

- *Diferenciación del ego frente a la preocupación por los roles.* Desarrollar satisfacciones de uno mismo como persona en lugar de los roles establecidos a través de los padres o las funciones laborales.
- *Trascendencia del cuerpo frente a la preocupación por el cuerpo.* Encontrar placeres psicológicos en lugar de dejarse absorber por los problemas de salud o por las limitaciones físicas impuestas por el envejecimiento.
- *Trascendencia del ego frente a la preocupación por el ego.* Lograr la satisfacción mediante la reflexión sobre la propia vida y los logros del pasado en lugar de la preocupación derivada del límite de años por vivir.

Robert Butler y Myrna Lewis (1982) describen tareas del desarrollo adicionales de las fases finales de la vida:

- Adaptarse a las propias debilidades.
- Desarrollar un sentido de satisfacción con la vida que se ha vivido.
- Prepararse para la muerte.

TABLA 2-1 Tareas del desarrollo según Erikson

Etapa	Cumplida satisfactoriamente	Cumplida insatisfactoriamente
Infancia	Confianza	Desconfianza
Hasta 3 años	Autonomía	Vergüenza
Primera infancia	Iniciativa	Culpa
Infancia media	Laboriosidad	Inferioridad
Adolescencia	Identidad	Difusión de la identidad
Edad adulta	Intimidad	Aislamiento
Mediana edad	Generatividad	Ensimismamiento
Vejez	Integridad	Desesperación

Trascendencia genética

La trascendencia genética es una teoría reciente que sugiere que el envejecimiento implica una transición de una metaperspectiva racional y materialista a una visión cósmica y trascendente (Tornstam, 2005). Cuando las personas envejecen, están menos preocupadas por sus cuerpos físicos, sus bienes materiales, sus relaciones sin sentido y sus intereses propios. En su lugar, desean una vida más significativa y un mayor vínculo con los demás. Existe un deseo de asumir roles e invertir tiempo en descubrir facetas propias ocultas.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué ejemplos de trascendencia genética observa en la vida de otros y en la de usted?



CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería puede promover la alegría y el sentido de trascendencia en los adultos mayores mediante la visualización de la vejez como una oportunidad para el desarrollo continuo y la satisfacción, en lugar de un período deprimente e inútil de la vida.

TEORÍAS DE ENFERMERÍA EN EL ENVEJECIMIENTO

A pesar de que existen muchas teorías clásicas que describen el envejecimiento biológico, social y psicológico, ninguna incluye todas estas diversas dimensiones del envejecimiento en una teoría integral. Dado que el personal de enfermería aborda todos los aspectos de la persona, las teorías que ofrecen la perspectiva integral servirían para guiar el cuidado de enfermería. Con el fin de cubrir esta necesidad, varios miembros del personal de enfermería han desarrollado recientemente teorías del envejecimiento.

Teoría de las consecuencias funcionales

La teoría de las consecuencias funcionales para promover el bienestar en los adultos mayores (Miller, 2014) conjunta las teorías de enfermería integral y en el envejecimiento. La teoría plantea que el personal de enfermería puede promover el bienestar mediante el tratamiento de las personas de forma integral y el reconocimiento de la interconexión de cuerpo, mente y espíritu. Las consecuencias de los factores de riesgo y los cambios relacionados con la edad pueden tener consecuencias funcionales positivas o negativas (p. ej., resultados de bienestar) para los adultos mayores. A través de intervenciones que promueven el bienestar y alivian o reducen la influencia de factores negativos, el personal de enfermería puede promover las consecuencias funcionales positivas.

Teoría del desarrollo

Con base en su perspectiva de que las teorías del envejecimiento han evitado juntar las teorías, los autores de la teoría del desarrollo plantean que todo lo que influya en las personas durante su vida se debe asociar para crear una visión integral del envejecimiento (Haight, Barba, Tesh y Courts, 2002). Los autores basan su teoría en

el concepto del retraso en el desarrollo en cuanto a los adultos mayores en residencias (Newbern y Krowchuk, 1994); las características clínicas de las personas mayores que experimentan un retraso en el desarrollo incluyen desconexión, incapacidad para encontrar sentido a la vida, problemas con las relaciones sociales y disfunción física y cognitiva. En cambio, el desarrollo es posible cuando existe armonía entre los individuos y sus entornos físico y humano. El proceso de desarrollo es continuo y permite que las personas mayores encuentren sentido a la vida y se adapten a los cambios. Esta teoría refuerza la importancia del personal de enfermería al considerar los muchos factores que pueden afectar la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

Teoría del envejecimiento exitoso

Al integrar el modelo de adaptación de Roy con la teoría de trascendencia genética y otros estudios del envejecimiento, Flood (2005) intentó desarrollar una teoría de enfermería para guiar el cuidado de los adultos mayores. El modelo de adaptación de enfermería, desarrollado por Callista Roy, observó al individuo como un ser biopsicosocial que interactúa continuamente y se adapta a los entornos interno y externo en constante cambio (Roy y Andrews, 2008). Roy observa la salud en un proceso ininterrumpido e implica que la persona se convierta en un individuo integrado y completo.

La teoría del envejecimiento exitoso no sólo considera el éxito en términos del bienestar mental, físico y espiritual del adulto mayor, sino también incluye la autoevaluación del individuo. Flood plantea que las personas con altos niveles de control personal y un afecto positivo experimentan mayores niveles de bienestar en el envejecimiento, debido a su capacidad de participar en actividades que promueven la salud. Los niveles más altos de salud física, a su vez, contribuyen a una espiritualidad más profunda. Estos factores cooperan para obtener una mayor satisfacción de vida y una percepción positiva del envejecimiento de la persona. Al asistir a los adultos mayores para alcanzar niveles altos de control personal y de salud durante su vida, el personal de enfermería puede ayudar a los adultos mayores a tener una visión positiva de su vida, que a su vez puede promover su capacidad para enfrentar y alcanzar una mayor satisfacción en la vida junto con la edad.



COMUNICACIÓN

El personal de enfermería suele escuchar a las personas mencionando factores que influyen en el envejecimiento y sugerencias para abordarlos. Lo que mencionan puede variar desde “no hay nada que pueda hacerse acerca de cómo envejecemos” hasta “tomar el suplemento x puede impedir que muestre signos de envejecimiento”. Estos pensamientos pueden conducir a que las personas no hagan nada que pueda influir en un proceso de envejecimiento saludable o arriesguen su salud y su economía con productos anti-envejecimiento no probados. Es conveniente clarificar las ideas falsas (cuadro 2-1).

APLICACIÓN DE LAS TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO A LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA

La cantidad, diversidad y complejidad de los factores que potencialmente influyen en el proceso de envejecimiento muestran que ninguna teoría puede explicar de manera

adecuada la causa de este fenómeno. Incluso en los estudios realizados en poblaciones conocidas por tener una mayor esperanza de vida, como las personas de la región del Cáucaso, al sur de Rusia, la longevidad no ha sido atribuible a un solo factor.

Los procesos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento están relacionados entre sí y son interdependientes. Con frecuencia, la pérdida del rol social afecta el sentido de trascendencia del individuo y desencadena un deterioro rápido. La mala salud puede obligar a retirarse del trabajo y promover el aislamiento social y el desarrollo de un autoconcepto debilitado. A pesar de que se presentan ciertos cambios de forma independiente como acontecimientos diferenciados, casi todos están estrechamente asociados con otros factores relacionados con la edad. Es prudente que el personal de enfermería tenga la mente abierta en la elección de las teorías del envejecimiento que utilizarán en la atención de los adultos mayores y estén conscientes de las limitaciones de cada una de ellas.

El personal de enfermería puede adaptar estas teorías mediante la identificación de elementos que influyen en el envejecimiento y el uso de éstas como un incentivo para promover prácticas positivas. El [cuadro 2-1](#) destaca algunos factores a tener en cuenta en la promoción de un proceso de envejecimiento saludable.

Además, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica desempeña un papel importante en ayudar a las personas en la experiencia de lograr un envejecimiento saludable, satisfactorio y acompañado de una sensación de bienestar. Además de las medidas específicas que pueden ayudar a los adultos mayores en el cumplimiento de sus desafíos psicosociales ([cuadro 2-2](#)), el personal de enfermería debe ser sensible al tremendo impacto que tienen sus propias actitudes hacia el envejecimiento sobre los pacientes. El personal de enfermería que considera el envejecimiento como un declive progresivo que termina en la muerte puede ver la vejez como un período deprimente e inútil, y fomentar la desesperanza y la impotencia en los pacientes mayores. Sin embargo, la enfermera o enfermero que concibe el envejecimiento como un proceso de desarrollo continuado aprecia esa etapa tardía de la vida como una oportunidad para obtener nuevas satisfacciones y comprensión, promoviendo así la alegría y el sentido de trascendencia en los pacientes.

CUADRO 2-1 Factores que contribuyen a una vida larga y saludable

Dieta. Un estado de salud positivo que pueda contribuir a la longevidad se apoya reduciendo las grasas saturadas en la dieta, limitando el consumo diario de grasa a menos del 30% de la ingesta calórica, evitando la obesidad, disminuyendo la cantidad ingerida de alimentos de origen animal, consumiendo hidratos de carbono complejos de origen natural en lugar de azúcares refinados y aumentando el consumo de cereales enteros, vegetales y frutas.

Actividad. El ejercicio es un ingrediente importante para una buena salud: aumenta la fuerza y la resistencia, promueve la función cardiopulmonar y tiene otros efectos beneficiosos que pueden contribuir a un proceso de envejecimiento saludable.

Juegos y risa. La risa provoca la liberación de endorfinas, estimula el sistema inmunitario y reduce el estrés. Encontrar el humor en la rutina diaria y experimentar alegría a pesar de los problemas contribuye a una buena salud. Se ha sugerido desde la época de Salomón que “un corazón alegre es buena medicina, pero un espíritu abatido seca los huesos” (Proverbios 17:22).

Fe. Una fe fuerte, acudir a la iglesia y las oraciones (religión) se relacionan directamente con tasas más bajas de enfermedades físicas y mentales. La religión y la espiritualidad pueden tener un efecto positivo

sobre la duración y la calidad de vida.

Empoderamiento. La pérdida de control sobre la propia vida puede amenazar la autoestima y disminuir la independencia para el autocuidado. Es posible que el máximo control y la toma de decisiones tengan un efecto positivo en la morbilidad y la mortalidad.

Afrontamiento del estrés. Es infrecuente la persona que no es consciente de las consecuencias negativas del estrés. Las tensiones únicas que pueden acompañar al envejecimiento, como la aparición de enfermedades crónicas, la jubilación, la muerte de seres queridos y el cambio en el aspecto del cuerpo pueden tener efectos muy perjudiciales. La reducción del estrés, cuando sea posible, y el uso de técnicas de afrontamiento del estrés son intervenciones útiles.

CUADRO 2-2 Asistencia a personas para que afronten los desafíos psicosociales del envejecimiento

RESUMEN

Conforme las personas progresan a través de su ciclo de vida, se enfrentan con desafíos y adaptaciones en respuesta a las experiencias de la vida denominadas *tareas del desarrollo*. Estas tareas del desarrollo pueden describirse como:

- Hacer frente a las pérdidas y los cambios.
- Establecer roles significativos.
- Ejercitar la independencia y el control.
- Encontrar un propósito y un significado en la vida.

La satisfacción con la propia persona y con la vida que ha vivido se obtiene al cumplir con éxito estas tareas; la infelicidad, la amargura y el miedo al futuro pueden ser resultado de una falta de ajuste y de rechazo a la realidad del envejecimiento.

OBJETIVO

Las personas mayores expresarán un sentido de integridad del ego y bienestar psicosocial.

INTERVENCIONES

- Aprender de las historias de vida de los pacientes; preguntar sobre los antecedentes familiares y laborales, la fe, las aficiones, los logros y las experiencias de vida. Fomentar que los pacientes hablen sobre estos temas y escuchar con interés sincero.
- Construir sobre los intereses de toda la vida y ofrecer a los pacientes oportunidades para que experimenten nuevos intereses y placeres.
- Aceptar los relatos de los pacientes sobre sus arrepentimientos e insatisfacciones. Ayudar a ponerlos en perspectiva en relación con la totalidad de sus vidas y sus logros.
- Alentar a los pacientes y sus familias a realizar actividades de reminiscencia. Ayudar a las familias y al personal a comprender el valor terapéutico de la reminiscencia.
- Respetar la fe de los pacientes y apoyarlos en la satisfacción de sus necesidades espirituales (p. ej., ayudar a localizar una iglesia de su afiliación religiosa, solicitar visitantes del clero, orar con o para ellos y obtener una Biblia u otro libro religioso).
- Utilizar el humor de manera terapéutica.
- Si los pacientes residen en una institución, personalizar el entorno en la medida de lo posible.
- Reconocer las fortalezas y las características únicas de cada paciente.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cómo evaluaría la calidad de los factores que promueven la longevidad en su propia vida?

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Construcción, deconstrucción y reconstrucción. El origen de las teorías del envejecimiento exitoso

Fuente: Topaz, M., Troutman-Jordan, M., & MacKenzie, M. (2014). Nursing Science Quarterly, 27(3), 226–233.

Este artículo analiza la evolución de las teorías que explican el envejecimiento exitoso en cuanto a la enfermería. En las teorías del envejecimiento que surgieron a principios del siglo XX predominaba la creencia de que la verdad absoluta se podría derivar a través de la observación y la objetividad científica. El proceso de envejecimiento se consideraba similar para todos los individuos y se caracterizaba por una disminución de la capacidad funcional. La mayoría de los teóricos de enfermería de aquel momento estuvieron de acuerdo con el pensamiento de los teóricos y percibieron el envejecimiento como un proceso biológico y funcional común a todos.

La era posmoderna estructuró límites. En lugar de percibirlo como una experiencia universal, los teóricos de esta época consideraban que cada individuo define personalmente el significado del envejecimiento; desafiaron los estereotipos de los adultos mayores. Durante esta época, hubo un crecimiento en las metodologías cualitativas y las diversas teorías de enfermería que promovieron un abordaje integral a las personas y su cuidado.

El siglo XXI trajo la reconstrucción de las teorías del envejecimiento. La comprensión subjetiva se valoró junto con el objetivo de adquirir conocimiento sobre el envejecimiento. El envejecimiento exitoso se desarrolló como la capacidad de preservar la función física y mental y la adaptación a los cambios en la vejez para permitir una participación continua y activa en la vida. La espiritualidad positiva también se consideró una parte importante en el envejecimiento exitoso. Las intervenciones para ayudar a los adultos mayores a adaptarse y satisfacer sus propias metas personales se convirtieron en parte del alcance de la enfermería.

Es importante que el personal de enfermería comprenda la evolución de las teorías del envejecimiento exitoso, pues influyen en los valores y en las creencias acerca del proceso de envejecimiento y de los adultos mayores. Desde visualizar a todos los adultos mayores de manera similar, centrarse en la anticipación de la disminución funcional y hasta adoptar una visión integral que respete las diferencias individuales de las experiencias y los deseos en el envejecimiento, los abordajes para la atención son influidos de manera significativa por las teorías predominantes.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Se realiza una clase sobre prácticas positivas de salud para un grupo en un centro local de jubilados. Al final de la clase, hay un animado debate y uno de los participantes de mayor edad comenta: “no importa lo que hagas, lo que te envejece está decidido por tus antepasados. Mis abuelos comían toneladas de alimentos grasos y nunca se ejercitaron y vivieron hasta los 90 años”.

“Estás equivocado”, dice otro miembro del grupo. “He estado tomando un suplemento que vende mi vecino que anulará los problemas que heredé y estoy mucho más saludable que mis padres cuando tenían mi edad”.

¿Cómo reaccionaría ante estos comentarios y de qué manera dirigiría la discusión?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué procesos patológicos son causados por o están relacionados con factores que se considera que influyen en el envejecimiento?
2. Durante una plática con un grupo de la comunidad acerca de cuestiones ambientales, ¿qué recomendaciones haría para promover un ambiente sano?
3. En cuanto a la vida cotidiana de la comunidad, ¿qué ejemplos de oportunidades podrían integrar o apartar a los adultos mayores?
4. ¿Qué métodos específicos podría utilizar para ayudar a un adulto mayor en el logro de la integridad de su ego?

Resumen del capítulo

El proceso de envejecimiento varía no sólo entre los individuos, sino también dentro de los sistemas de una persona. El envejecimiento biológico ha sido descrito por las teorías estocásticas que conciben el envejecimiento como el resultado de agresiones al azar del ambiente tanto interno como externo y las teorías no estocásticas que lo conciben como un proceso complejo y predeterminado. Las teorías estocásticas incluyen las de la interferencia, los radicales libres, la lipofuscina, la de uso y desgaste, la evolucionista y la de biogerontología. Las teorías no estocásticas describen el papel de la apoptosis, las programaciones y las mutaciones genéticas, las reacciones autoinmunitarias, el sistema neuroendocrino, los procesos neuroquímicos, la radiación, la nutrición y el entorno en el proceso de envejecimiento.

Entre las teorías sociológicas del envejecimiento, la teoría de la desvinculación es una de las primeras, con la percepción del envejecimiento como un proceso en el cual la sociedad y el individuo se separan, o se desvinculan, de forma gradual el uno del otro a causa de la satisfacción mutua y el beneficio de ambos; esta teoría ha perdido popularidad. La teoría de la actividad propone que para envejecer de una manera sana, los individuos necesitan mantenerse activos y participativos en la sociedad. Al reconocer que no todos los individuos se desvinculan o son activos en la sociedad conforme envejecen, la teoría de la continuidad sugiere que las personas conservarán los patrones de participación en la vejez que tenían durante su vida. Debido a sus distintas normas, creencias y problemas, algunos teorizan que los adultos mayores constituyen una subcultura; sin embargo, esta teoría puede tener menor relevancia a medida que la población mayor se vuelva cada vez más diversa. La teoría de la estratificación de la edad plantea que las semejanzas entre varios grupos etarios provoca que tengan experiencias e interacciones únicas con la sociedad. Las teorías psicológicas del envejecimiento exploran los procesos mentales, los comportamientos y los sentimientos de las personas a lo largo de la vida, junto con algunos de los

mecanismos que la gente utiliza para responder a los desafíos de la vejez. Erikson describió las tareas del desarrollo que las personas enfrentan durante cada etapa de la vida, con la tarea en la vejez para encontrar la integridad del ego frente a la desesperación. Peck realizó una investigación más profunda al ofrecer desafíos específicos que los adultos mayores enfrentan mientras se esfuerzan para encontrar la integridad del ego; Butler y Lewis también ofrecieron tareas específicas del desarrollo de la vida tardía. Algunos teóricos proponen que, con la edad, hay una transición de preocupaciones materiales a inmateriales, conocida como *trascendencia genética*.

El transcurso del envejecimiento puede ser único para cada individuo y lo pueden afectar muchos factores. Por lo tanto, el personal de enfermería debe tener un abordaje integral en la evaluación, la planificación y la atención.

Referencias

- Butler, R. N., & Lewis, M. I. (1982). *Aging and mental health* (3rd ed., pp. 142, 376). St. Louis, MO: Mosby.
- Cumming, E. (1964). New thoughts on the theory of disengagement. In R. Kastenbaum (Ed.), *New thoughts on old age*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Cumming, E., & Henry, E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York, NY: Basic Books.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York, NY: Norton.
- Flood, M. (2005). A mid-range nursing theory of successful aging. *Journal of Theory Construction & Testing*, 9(2), 35–39.
- Gavrilov, L. A., & Gavrilova, N. S. (2002). Evolutionary theories of aging and longevity. *The Scientific World Journal*, 2, 339–356.
- Goya, R. G., Console, G. M., Herenu, C. B., Brown, O. A., & Rimoldi, O. J. (2002). Thymus and aging: Potential of gene therapy for restoration of endocrine thymic function in thymus-deficient animal models. *Gerontology*, 48(5), 325–328.
- Green, D. (2011). *Means to an end*. New York, NY: Cold Spring Harbor Laboratory Press.
- Haight, B. K., Barba, B. E., Tesh, A. S., & Courts, N. F. (2002). Thriving: A life span theory. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(3), 14–22.
- Harvard Gazette Archives. (2001). *Scientists identify chromosome location of genes associated with long life*. Harvard University Gazette. Retrieved August 28, 2001 from <http://www.news.harvard.edu/gazette/2001/08.16/chromosomes.html>
- Havighurst, J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, C. Tibbitts, & W. Donahue (Eds.), *Processes of aging* (Vol. 1, p. 299). New York, NY: Atherton Press.
- Hayflick, L. (1965). The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains. *Experimental Cell Research*, 37, 614–636.
- Hayflick, L. (1985). Theories of biologic aging. *Experimental Gerontology*, 10, 145–159.
- Johnson, M. (2009). Spirituality, finitude, and theories of the life span. In V. I. Bengtson, M. Silverstein, N. M. Putney, & D. Gans (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2nd ed., pp. 659–674). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Margolis, S. (Ed.). (2000). Vitamin E recommendations. *The Johns Hopkins Medical Letter: Health After 50*, 12(1), 8.
- Martin, G. M. (2009). Modalities of gene action predicted by the classical evolutionary theories of aging. In V. I. Bengtson, M. Silverstein, N. M. Putney, & D. Gans (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2nd ed., pp. 179–191). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Miller, C. A. (2014). *Nursing for wellness in older adults* (7th ed., pp. 40–45). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, R. A. (1997). When will the biology of aging become useful? Future landmarks in biomedical gerontology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 1258(1267), 1627–1629.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases of the National Institutes of Health. (2001). *Understanding adult obesity*. Bethesda, MD: Author. NIH Publication No. 01-3680.
- Neugarten, L. (1964). *Personality in middle and late life*. New York, NY: Atherton Press.
- Newbern, V. B., & Krowchuk, H. V. (1994). Failure to thrive in elderly people: A conceptual analysis.

- Journal of Advanced Nursing*, 19(5), 840–849.
- Peck, R. (1968). Psychological developments in the second half of life. In B. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging* (p. 88). Chicago, IL: University of Chicago.
- Preston, S. H. (2005). Deadweight? The influence of obesity on longevity. *New England Journal of Medicine*, 352(11), 1135–1137.
- Ricklefs, R. E. (1998). Evolutionary theories of aging: confirmation of a fundamental prediction, with implications for the genetic basis and evolution of life span. *The American Naturalist*, 152(1), 24–44.
- Riley, M. M., Johnson, M., & Foner, A. (1972). *Aging and society, vol. 3: A sociology of age stratification*. New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Rose, A. M. (1965). The subculture of the aging: A framework for research in social gerontology. In A. M. Rose, & W. Peterson (Eds.), *Older people and their social worlds*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Rose, M. R. (1998). Darwinian anti-aging medicine. *Journal of Anti-Aging Medicine*, 1, 106.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (2008). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Smeeding, S. J. W. (2001). Nutrition, supplements, and aging. *Geriatric Nursing*, 22(4), 219–224.
- Taylor, D. H., & Ostbye, T. (2001). The effect of middle-and old-age body mass index on short-term mortality in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1319–1326.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York, NY: Springer.
- University of Illinois at Urbana-Champaign. (2002). *Study backs theory that accumulating mutations of “quiet” genes foster aging*. Science News Daily. Acceso el 15 de octubre de 2002 en: <http://www.sciencedaily.com/releases/2002/10/021015073143.htm>
- Williams, M. E. (1995). *The American Geriatrics Society’s complete guide to aging and health* (p. 13). New York, NY: Harmony Books.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visitar <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales vinculados con este capítulo.



Diversidad

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Aumento de la diversidad de la población de adultos mayores

Panorama general de los diversos grupos de adultos mayores en los Estados Unidos

- Hispanos americanos
- Afroamericanos
- Asiáticos americanos
- Judíos americanos
- Nativos americanos
- Musulmanes
- Adultos mayores gays, lesbianas, bisexuales y transgénero

Consideraciones de enfermería para la atención sensible a la cultura de los adultos mayores

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir los cambios proyectados en la diversidad de la población de adultos mayores en los Estados Unidos.
2. Describir los puntos de vista específicos acerca de la salud y el alivio de los principales grupos étnicos.
3. Identificar las formas en las que podría ser necesario modificar la atención de enfermería para dar cabida a personas de diversos orígenes étnicos.

GLOSARIO

Bisexual: alguien atraído sexualmente por personas de ambos sexos.

Cultura: creencias y valores compartidos por un grupo; creencias, costumbres, prácticas y comportamientos sociales de un grupo particular de personas.

Étnico: grupo de personas que comparten una herencia racial, nacional, religiosa, lingüística o cultural común.

Etnogerontología: efectos de la etnicidad y la cultura sobre la salud y el bienestar de los adultos mayores.

Gay: persona atraída sexualmente por una persona del mismo sexo; homosexual.

Lesbiana: mujer que se siente atraída sexualmente por otras mujeres.

Raza: grupo de personas que comparten algunas características biológicas.

Transgénero: persona cuya identidad, aspecto o comportamiento varían de la que la cultura considera como convencional para su sexo; a veces se denomina *transexual* o *travesti*.

AUMENTO DE LA DIVERSIDAD DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES

Las proyecciones poblacionales apoyan la opinión de que la población mayor en los Estados Unidos es cada vez más diversa en términos étnicos y raciales. Casi una de cada ocho personas en los Estados Unidos habla un idioma en su casa que no es inglés; de ellas, un tercio habla español (Wan, Sengupta, Velkoff y DeBarros, 2005). En el año 2000, alrededor del 84% de los estadounidenses mayores eran caucásicos no hispanos, mientras que se proyecta que esta población se reduzca al 64% en 2050. Durante este mismo período habrá un crecimiento espectacular de los adultos mayores hispanos, quienes representan cerca del 20% de la población mayor. Los afroamericanos pasarán del 8% al 12% de la población de edad avanzada durante este lapso. En 2020, una cuarta parte de la población de adultos mayores estadounidenses pertenecerá a un grupo racial, o **étnico**, minoritario (Administration on Aging, 2014; U.S. Census Bureau, 2014). Y, además de la diversidad racial y étnica, habrá un número creciente de personas **lesbianas, gays, bisexuales y transgénero** que entren a la edad avanzada, lo cual presentará una serie singular de desafíos.



CONCEPTO CLAVE

Etnogerontología es un término que se emplea para describir los efectos de la etnicidad y la **cultura** sobre la salud y el bienestar de los adultos mayores. La American Geriatrics Society la identificó como un componente importante de la geriatría y la gerontología.

La creciente diversidad de la población mayor presenta desafíos para la enfermería geriátrica y gerontológica en la atención culturalmente competente. Para la prestación de atención culturalmente competente resulta esencial comprender:

- Las experiencias de las personas de grupos étnicos o raciales similares.
- Las creencias, valores, tradiciones y prácticas de los diversos grupos étnicos y raciales.
- Las necesidades, experiencias y riesgos relacionados con la salud específicos de los diversos grupos étnicos y raciales y de las personas con orientación sexual similar.
- Las actitudes y creencias propias hacia las personas de diferentes grupos étnicos y raciales y hacia las personas de orientación sexual similar, así como las actitudes de los profesionales de la salud.

- Las barreras lingüísticas que pueden afectar la capacidad de los pacientes para proporcionar información relacionada con la salud, comprender las instrucciones, dar su consentimiento informado y participar con plenitud en su atención.

Una comprensión de las diferencias culturales, étnicas y de orientación sexual puede contribuir a eliminar los estereotipos y los prejuicios que interfieren con la atención eficaz y demostrar respeto por las características únicas de cada individuo.

PANORAMA GENERAL DE LOS DIVERSOS GRUPOS DE ADULTOS MAYORES EN LOS ESTADOS UNIDOS

Numerosas personas de diversos países se aventuraron hacia los Estados Unidos para buscar una vida mejor en una tierra nueva. Hasta cierto punto, asimilaron y adoptaron el estilo de vida estadounidense; sin embargo, los valores y las costumbres que les inculcaron sus culturas nativas suelen estar profundamente arraigados, junto con su idioma y sus diferencias biológicas. Los antecedentes específicos de estos recién llegados a los Estados Unidos influyen en la manera de reaccionar ante el mundo que les rodea y la forma en la que ese mundo reacciona ante ellos. Para entender la singularidad encontrada en cada adulto mayor, debe prestarse atención a las influencias de su origen étnico.

Los miembros de un grupo étnico o cultural comparten no sólo una historia similar, el idioma, las costumbres y las características, sino también tienen creencias distintas respecto al envejecimiento y los adultos mayores. Las normas étnicas pueden influir en la dieta, la respuesta al dolor, el desempeño de las actividades de cuidado personal y el cumplimiento de los tratamientos médicos, la confianza en los proveedores de atención de la salud y otros factores. Las responsabilidades tradicionales asignadas a la edad por algunos grupos étnicos pueden brindar oportunidades para que desempeñen roles importantes y de jerarquía alta.

Los estudios de las influencias culturales sobre el envejecimiento y los efectos sobre los adultos mayores son escasos, pero están en aumento. Las experiencias y las observaciones pueden dar una idea de las características únicas de grupos étnicos específicos. Aunque existen diferencias individuales al interior de un grupo étnico determinado y no deberían generarse estereotipos, la comprensión de las características generales de los diversos grupos étnicos puede ayudar al personal de enfermería en la prestación de una atención más individualizada y culturalmente sensible.



CONCEPTO CLAVE

Aunque el origen étnico es importante, el personal de enfermería debe recordar que no todas las personas se ajustan a las creencias, valores, roles y tradiciones del grupo del que forman parte. Los estereotipos respecto a los individuos que pertenecen al mismo grupo étnico o cultural son contrarios a la atención individualizada.

Hispanos americanos

El término *hispano* abarca una variedad de personas de habla hispana en los Estados

Unidos, incluidos los de España, México, Cuba y Puerto Rico. Las personas de habla hispana constituyen ahora cerca del 6% de la población mayor en los Estados Unidos, pero se espera que este porcentaje aumente. En la actualidad, viven en los Estados Unidos alrededor de 250 000 estadounidenses de origen hispano, y la población de crecimiento más rápido de ese país es el de hispanos mayores de 65 años de edad.



CONCEPTO CLAVE

Los términos *hispano* y *latino* suelen emplearse de forma indistinta; en los Estados Unidos, “latino” se equipara con “hispano”. No obstante, hay diferencias técnicas: *latino* se refiere a las personas de los países que estuvieron bajo el dominio romano (p. ej., España, Italia y Portugal), mientras que *hispano* describe a las personas de los países que alguna vez estuvieron colonizados por España (p. ej., México, Centroamérica y la mayor parte de Sudamérica).

Aunque los mexicanos habitaron el suroeste de los Estados Unidos durante décadas antes de la llegada de los peregrinos, la mayor parte de la inmigración mexicana se produjo durante el siglo XX como consecuencia de la Revolución Mexicana y las malas condiciones económicas en aquel país, las cuales aún propician que los mexicanos migren hacia los Estados Unidos. La población mexicana en este país asciende a más de 8 millones, más un estimado de 3-5 millones de inmigrantes ilegales; la mayoría reside en California y Texas.

La mayor parte de la inmigración desde Puerto Rico se produjo después de que los Estados Unidos otorgara la ciudadanía a todos los puertorriqueños. Tras la Segunda Guerra Mundial, casi un tercio de todos los habitantes de Puerto Rico emigraron a los Estados Unidos; en la década de 1970 comenzó la “inmigración inversa” conforme un creciente número de puertorriqueños salieron de los Estados Unidos para regresar a su isla de origen. Se estima que un millón de puertorriqueños viven en la ciudad de Nueva York, donde se ha asentado la mayoría.

Casi todos los inmigrantes cubanos son recién llegados a los Estados Unidos; la mayoría de más de un millón de cubanos estadounidenses salieron de Cuba cuando Castro tomó el poder. Más del 25% de la población cubanoestadounidense reside en Florida, con otros grandes grupos en Nueva York y Nueva Jersey. Entre los hispanos, los cubanos son los que poseen más educación y tienen los ingresos más altos.



CONCEPTO CLAVE

Aunque las muertes por cáncer han disminuido para todas las personas, aún son desproporcionadamente altas entre los hispanos americanos y los afroamericanos ([American Cancer Society, 2014a](#), [2014b](#)).

Gran cantidad de personas hispanas ven los estados de salud y enfermedad como acciones de Dios; si se trata el cuerpo con respeto, se vive una buena vida y se ora, Dios recompensará con buena salud. La enfermedad surge cuando se violan las buenas prácticas de vida o cuando se está siendo castigado por Dios. Se pueden emplear medallas y cruces en todo momento para favorecer el bienestar, y la oración tiene un papel importante en el proceso de curación. La enfermedad se puede ver como un asunto de familia, con varios miembros de ella que participan en el cuidado de la persona enferma. En lugar de recurrir a los profesionales de la medicina

occidental para tratar sus problemas de salud, algunos hispanos prefieren a los médicos tradicionales, a saber:

- *Curanderos*. Personas que tienen conocimientos especiales y cualidades carismáticas.
- *Sobadores*. Individuos que dan masajes y manipulan los huesos y músculos.
- *Espiritualistas*. Quienes analizan sueños, cartas y premoniciones.
- *Brujos*. Aquellos que practican la brujería.
- *Señoras*. Mujeres mayores que han aprendido medidas curativas especiales.

La población hispana tiene a sus parientes mayores en alta estima. La vejez se considera un momento positivo en el que la persona mayor puede recoger la cosecha de su vida. Los hispanos pueden esperar que los hijos se hagan cargo de sus padres cuando sean mayores y es posible que las familias intenten evitar el ingreso a centros de atención a toda costa. De hecho, este grupo tiene una tasa menor de uso de residencias de adultos mayores que la población general; menos del 7% de los residentes son hispanos.



COMUNICACIÓN

El personal de enfermería puede observar que el inglés es la segunda lengua de ciertas personas hispanas, lo que se vuelve especialmente evidente durante los periodos de enfermedad, cuando el estrés provoca una readopción de la lengua materna. Se puede recurrir a un intérprete para facilitar la comunicación. Además, algunos individuos hispanos pueden ser más hábiles hablando inglés que leyéndolo y escribiéndolo; este hecho se debe considerar cuando se utilicen instrucciones o cuestionarios por escrito.

Aunque los hispanos y no hispanos mayores tienen tipos similares de enfermedades crónicas, los primeros son menos propensos a visitar a los médicos u obtener servicios de prevención (p. ej., mastografías y vacunas) y más proclives a tener dificultades para solicitar atención sanitaria ([Georgetown University Center on an Aging Society, 2012](#)).

Afroamericanos

Aunque casi el 14% de toda la población de los Estados Unidos es de raza negra, representa sólo el 8.4% de la población adulta mayor. La mayoría de este grupo es de origen africano. Históricamente, los afroamericanos han tenido un estándar de vida más bajo y menor acceso a la atención de la salud que los caucásicos. Lo anterior se refleja en la menor esperanza de vida de los afroamericanos (véase la sección sobre demografía en el [cap. 1](#)). Sin embargo, una vez que llegan a la séptima década de vida, la supervivencia comienza a ser igual a la de los caucásicos de edad similar.

Este grupo étnico considera que sobrevivir a la vejez es un gran logro que refleja fortaleza, ingenio y fe; por lo tanto, la vejez puede considerarse un triunfo personal, no una maldición terrible. Si se tiene en cuenta su historia, no debe sorprender encontrar que gran cantidad de adultos mayores de raza negra:

- Tienen numerosos problemas de salud que han acumulado a lo largo de la vida debido a la mala calidad de vida y el acceso limitado a los servicios de salud.

- Tienen creencias y prácticas que pueden ser poco convencionales para mantenerse saludables y tratar sus enfermedades.
- Tienen el doble de probabilidades de vivir en la pobreza en comparación con otros adultos mayores, lo que puede influir en su acceso a los servicios de salud.
- Recurren a los miembros de la familia para tomar decisiones y recibir atención en lugar de utilizar las agencias formales de servicios.
- Pueden tener cierto grado de precaución en la interacción y el uso de los servicios de salud, como defensa contra sus prejuicios (Egede, 2006).

Diversos subgrupos de la población de raza negra, como los africanos, los haitianos y los jamaquinos, poseen sus propias creencias y costumbres. Las diferencias pueden ser evidentes incluso entre los afroamericanos de varias regiones de los Estados Unidos. El personal de enfermería debe ser sensible al hecho de que la falta de consciencia y respeto a estas diferencias puede interpretarse como un signo degradante o prejuicioso.

La piel oscura es resultado del alto contenido de melanina y puede complicar el uso del color cutáneo para valorar problemas de salud. A fin de diagnosticar de manera eficaz la cianosis, por ejemplo, se deben explorar las uñas, las palmas de las manos, las plantas de los pies, las encías y debajo de la lengua. La ausencia de un tono rojo o un brillo en la piel puede indicar palidez. Las petequias se detectan mejor en las conjuntivas, el abdomen y la mucosa bucal.

La hipertensión es un problema de salud frecuente entre los afroamericanos y se observa una tasa mayor que en la población caucásica. Uno de los factores causales de este problema es la disminución de la respuesta presora nocturna. Como se produce con sólo un ligero descenso de la presión arterial durante el sueño, la presión en el corazón y los vasos sanguíneos aumenta; este hecho se observa más en la población de raza negra que en cualquier otro grupo. El control de la presión arterial es una medida preventiva importante para los pacientes de esta raza (fig. 3-1).

Además de la hipertensión, son más frecuentes otras alteraciones de la salud en la población de raza negra que en la caucásica. Por ejemplo, en comparación con ésta, los afroamericanos tienen una mayor prevalencia de cardiopatías, cáncer y diabetes, además de una mayor tasa de mortalidad por estas enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, 2014b).



FIGURA 3-1 ● El control de la presión arterial es una intervención importante para las poblaciones con mayor riesgo de hipertensión.

En los últimos años, el VIH y el sida se han convertido en la tercera causa de muerte entre los hombres afroamericanos; la población afroamericana tiene la mayor tasa de infección por VIH entre otros grupos raciales y étnicos ([Centers for Disease Control and Prevention, 2014b](#)). La alta prevalencia de estas enfermedades entre los hombres afroamericanos sugiere la necesidad de una mejor educación y el asesoramiento de los adultos más jóvenes con el fin de promover un estilo de vida saludable y una mayor longevidad.

De acuerdo con los [Centers for Disease Control and Prevention \(2014c\)](#), los individuos afroamericanos, en comparación con los caucásicos, son más propensos a fumar, padecer obesidad y tener un estado de salud deficiente. Numerosas causas de morbilidad y mortalidad entre los afroamericanos pueden prevenirse y es posible controlarlas de manera eficaz mediante cambios en el estilo de vida (p. ej., nutrición adecuada, ejercicio regular y manejo efectivo del estrés) y la realización de exámenes regulares del estado de salud. Estas consideraciones son importantes en la planificación de los servicios de salud para las comunidades.

A pesar de los problemas de salud de los adultos mayores afroamericanos, la tasa de ingreso a centros de atención es menor que la de los caucásicos; alrededor del 13% de los afroamericanos utilizan los servicios institucionales de salud en el transcurso de sus vidas, en comparación con el 23% de los adultos mayores caucásicos ([Centers for Disease Control and Prevention, 2014a](#)).

Asiáticos americanos

Más de 10 millones de asiáticos americanos residen en los Estados Unidos, lo que representa cerca del 4% de la población. Son un grupo diverso compuesto por personas procedentes de países como China, Japón, Filipinas, Corea, Vietnam y Camboya.

Chinos americanos

Aunque es probable que trabajadores chinos vivieran en los Estados Unidos durante siglos antes de mediados de 1800, no fue hasta entonces cuando se produjo la

inmigración china a gran escala. Las mayores poblaciones chinas estadounidenses se encuentran en California, Nueva York, Texas, Nueva Jersey, Massachusetts e Illinois.

El cuidado del cuerpo y la salud es de suma importancia en la cultura tradicional china, pero su enfoque puede ser muy diferente al de la medicina occidental convencional (cuadro 3-1). La medicina china se basa en la creencia del equilibrio entre el *yin* y el *yang*; el *yin* es la energía negativa femenina que protege el interior del cuerpo y el *yang* es la energía positiva masculina que protege el cuerpo de las fuerzas externas. Tradicionalmente, los chinos han utilizado los sentidos para valorar problemas médicos (tocando, escuchando los sonidos y detectando olores) en lugar de procedimientos mecánicos o invasivos. Las hierbas, la acupuntura, la acupresión y otras modalidades terapéuticas que el mundo occidental apenas está reconociendo aún son los tratamientos de elección para una gran cantidad de personas chinas. Estos tratamientos tradicionales pueden seleccionarse como alternativas o adyuvantes a las modalidades de tratamiento modernas. Las pacientes utilizaban figurillas de marfil de mujeres reclinadas, ahora objetos de colección, para señalar el área de sus problemas porque no era apropiado que un médico varón tocara a una mujer; aunque las mujeres chinas modernas pueden haber perdido esta práctica, todavía es posible que se avergüencen de someterse a una exploración física o a la atención por parte de un hombre. Por lo general, las personas de origen chino no muestran su desacuerdo o incomodidad de manera agresiva o abierta. Es posible que el personal de enfermería necesite observar de modo más detallado y hacer preguntas específicas (p. ej., ¿puede describir su dolor?, ¿cómo se siente respecto al procedimiento que se planea llevar a cabo?, ¿tiene alguna pregunta?) con el objeto de verificar que la naturaleza tranquila del paciente no se malinterprete para asumir que no existe ningún problema.

CUADRO 3-1 Medicina china

Durante miles de años, los chinos han practicado una forma de medicina que parece muy diferente de la medicina en el mundo occidental. Ésta se basa en un sistema de equilibrio; la enfermedad se ve como un desequilibrio y falta de armonía corporal. Una de las teorías que explican este equilibrio es la del *yin* y el *yang*. El *yin* es la energía femenina negativa que está representada por lo que es suave, oscuro, frío y húmedo. Los órganos relacionados con cualidades *yin* incluyen pulmones, riñones, hígado, corazón y bazo. El *yang* es la energía masculina positiva representada por lo que es duro, brillante, caliente y seco. La vesícula biliar, el intestino delgado, el estómago, el colon y la vejiga son los órganos *yang*. La actividad diurna se considera más de un estado *yang*, mientras que el sueño es más de un estado *yin*.

La medicina china considera el equilibrio del cuerpo en relación con los cinco elementos o fases: madera (primavera), fuego (verano), tierra (verano largo), metal (otoño) y agua (invierno).

Qi es la fuerza vital que circula por todo el cuerpo en las vías invisibles llamadas *meridianos*. Una deficiencia u obstrucción del *qi* puede causar síntomas de enfermedades. La acupuntura y la acupresión pueden aplicarse a diversos puntos a lo largo de los meridianos para estimular el flujo del *qi*.

Además de la acupuntura y la acupresión, la medicina tradicional china utiliza hierbas, masaje y ejercicios terapéuticos (p. ej., *tai chi*) para promover el libre flujo del *qi* y lograr el equilibrio y la armonía. Estas modalidades ganan cada vez más aceptación en los Estados Unidos y la investigación que apoya su eficacia aumenta con rapidez.

CASO A CONSIDERAR

La Sra. C. es una mujer china muy tradicional que comenzó a vivir con su hijo y su nuera hace 3 años, después de la muerte de su marido. La Sra. C. y su esposo vivían en el barrio chino, una parte de la ciudad donde podían comunicarse libremente en chino e interactuar con otros individuos del mismo origen. Nunca



dominó el inglés y experimenta considerables dificultades para comunicarse con los vecinos desde que se mudó a la comunidad suburbana con su hijo. El hijo de la Sra. C. ha asimilado los valores y las prácticas estadounidenses y critica las costumbres tradicionales de su madre; no le presta atención cuando habla en chino y se niega a permitirle cocinar los alimentos chinos. Su esposa no es china, pero ha sido comprensiva con la Sra. C.

La semana pasada, la Sra. C. sufrió un ictus que la dejó con debilidad y cierta afasia. Requería cuidado y supervisión. El hijo de la Sra. C. no desea que su madre permanezca en una residencia para adultos mayores, pero no está seguro de poder cuidarla; su esposa dice que está dispuesta a pedir un permiso de ausencia en el trabajo y ayudar a cuidar a su suegra si eso es lo que quiere su marido.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué problemas pueden anticiparse para cada uno de los miembros de la familia C.?
- ¿Qué se puede hacer para ayudar a la familia?
- ¿Cómo podría ayudar a la Sra. C. para que conserve sus prácticas étnicas?



CONCEPTO CLAVE

La medicina tradicional china se basa en la creencia de que la energía negativa femenina (*yin*) y la energía positiva masculina (*yang*) deben estar en equilibrio.

En la cultura china, alcanzar la vejez es una bendición y los adultos mayores se tienen en alta estima. Son respetados y buscados para obtener consejos. Se espera que la unidad familiar cuide de sus miembros de edad avanzada, por lo que puede haber renuencia a utilizar las agencias de servicios para adultos mayores.

Japoneses americanos

Una gran cantidad de los primeros japoneses que emigraron a los Estados Unidos trabajaron como jardineros y agricultores. Hoy en día, como los chinos americanos, tienen una menor tasa de desempleo y un porcentaje de profesionales más alto que la media nacional. En la actualidad, hay alrededor de 796 700 japoneses americanos, la mayoría de los cuales vive en California y Hawái.

Aunque no tienden a vivir en subcomunidades separadas en la misma medida que los de origen chino, preservan muchas de sus tradiciones. Están unidos por su patrimonio común y su cultura confiere un gran valor a la familia. Los siguientes términos describen cada generación de japoneses americanos: *Issei*, primera generación (inmigrantes a los Estados Unidos); *Nisei*, segunda generación (primeros nacidos en los Estados Unidos); *Sansei*, tercera generación; y *Yonsei*, cuarta generación. Se espera que las familias cuiden de sus miembros mayores. De la misma forma que en la cultura china, los mayores son vistos con respeto.

Al igual que los chinos, los japoneses americanos pueden recurrir a las prácticas de salud tradicionales ya sea para complementar o reemplazar la tecnología occidental moderna. Puesto que tal vez no expresen sus sentimientos de manera abierta o desafíen al profesional de la salud, la sensibilidad del personal de enfermería para cubrir sus necesidades es crucial.

Otros grupos asiáticos

Los filipinos comenzaron a emigrar a los Estados Unidos a principios de la década de 1700, pero la mayoría llegó al inicio de la década de 1900 para trabajar como jornaleros agrícolas. En 1934, se estableció un límite de inmigración anual de 50 individuos, la cual se mantuvo hasta 1965.

A principios de 1900, los coreanos emigraron a los Estados Unidos para trabajar en las plantaciones. Una gran cantidad de estas personas se establecieron en Hawái. Otra gran afluencia de coreanos, muchos de los cuales eran esposas de los soldados estadounidenses, emigró después de la Guerra de Corea.

Los inmigrantes asiáticos más recientes provienen de Vietnam y Camboya. La mayoría se trasladó a los Estados Unidos en busca de asilo político después de la Guerra de Vietnam.

Aunque existen diferencias entre los diferentes grupos de asiáticos americanos, algunas similitudes consisten en redes familiares fuertes y la expectativa de que miembros de la familia cuidarán a sus parientes mayores en casa. Los asiáticos americanos representan aproximadamente el 2% de la población total de las residencias de adultos mayores.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿A qué actitudes hacia las personas de diferentes culturas se expuso usted cuando era niño y cómo moldearon sus actitudes actuales?

Judíos americanos

Debido a que provienen de una variedad de naciones con diferentes costumbres y culturas, los judíos no son un grupo étnico en sí. Sin embargo, la fuerza de la fe judía forma una unión que atraviesa el origen nacional y confiere a este grupo un fuerte sentido de identidad y creencias compartidas.

Los judíos americanos han demostrado un profundo liderazgo en los negocios, las artes y las ciencias, y han hecho contribuciones positivas a la vida estadounidense. Las becas son importantes en la cultura judía, ya que casi un 60% de todos los judíos americanos ha asistido a la universidad ([Pew Research Center, 2015](#)). Alrededor de 6.5 millones de judíos residen en los Estados Unidos, lo que representa el 2.2% de la población total, y la mayoría vive en las zonas urbanas de los estados del Atlántico medio. Se estima que la mitad de la población judía del mundo reside en los Estados Unidos.

Las tradiciones religiosas son importantes en la fe judía ([fig. 3-2](#)). Desde el atardecer del viernes hasta la puesta de sol del sábado se considera un día sagrado (*Sabbath*) y los procedimientos médicos pueden rechazarse durante ese tiempo (cabén las excepciones para las personas con enfermedades graves). A causa de la creencia de que la cabeza y los pies siempre deben estar cubiertos, es posible que algunos judíos deseen usar un gorro, llamado *kipá*, y calcetines en todo momento. Los judíos ortodoxos pueden oponerse a afeitarse. La dieta *kosher* (p. ej., exclusión de carne de cerdo y mariscos, prohibición de servir leche y productos de carne en la misma comida o de los mismos platos) es un aspecto importante de la religión judía y es posible que algunas personas la respeten de manera muy escrupulosa. El ayuno en los

días festivos, como *Yom Kipur* y *Tisha B'Av*, y el reemplazo del pan con levadura por *matzo* pueden observarse durante la Pascua.

Se fomenta la atención médica moderna. La consulta rabínica puede ser deseable para tomar decisiones que implican el trasplante de órganos o la aplicación de medidas de apoyo vital. Ciertos rituales pueden practicarse en la muerte, por ejemplo, que los miembros del grupo religioso laven el cuerpo y permanezcan con él hasta la sepultura. La necropsia suele rechazarse.

Los lazos familiares son fuertes en la cultura de los judíos americanos; tienen sentimientos fuertes y positivos hacia los adultos mayores. La enfermedad suele mantener a las familias judías juntas. Las comunidades judías de todo el país han demostrado su liderazgo en el desarrollo de una red comunitaria y de servicios institucionales para sus adultos mayores, orientada a la prestación de servicios mientras mantienen sus tradiciones.



FIGURA 3-2 ● La celebración de las fiestas religiosas puede ser importante para ciertos grupos, como los adultos mayores judíos.

Nativos americanos

Los nativos americanos comprenden a los indios americanos y a los nativos de Alaska, que en conjunto constituyen 5.2 millones de personas. Los nativos estadounidenses habitaron América del Norte durante siglos antes de que Colón

descubriera el Nuevo Mundo. Se estima que entre 1 y 1.5 millones de nativos habitaban el continente americano en el momento de la llegada de Colón; sin embargo, numerosas batallas con los nuevos colonos durante los siguientes cuatro siglos redujeron la población aborigen a un cuarto de millón. La población indígena ha crecido de manera constante; en la actualidad, el U.S. Census Bureau contabiliza aproximadamente 2.9 millones de nativos estadounidenses que pertenecen a más de 500 tribus, naciones y pueblos reconocidos en los Estados Unidos. La edad promedio de la población de indios americanos y nativos de Alaska es menor que la de la población general de los Estados Unidos. Sólo el 8% de la población indígena es mayor de 65 años de edad, lo que representa menos del 1% de todos los adultos mayores; sin embargo, son una de las minorías de más rápido crecimiento de la población de mayor edad.

Menos de la mitad de todos los indios americanos viven en reservas, con las mayores poblaciones en Arizona, Oklahoma, California, Nuevo México y Alaska. El Indian Health Service, una división del United States Public Health Service, ofrece acceso gratuito y universal a la atención de la salud a los indios americanos que viven en las reservas. Más de la mitad vive en zonas urbanas, donde el acceso a la atención de la salud es inferior al de las reservas. Se estima que se hablan unas 150 lenguas indígenas diferentes, aunque la mayoría tiene el inglés como su primera lengua.

La cultura nativa estadounidense enfatiza un fuerte respeto por el Gran Creador. El estado de salud de una persona puede vincularse con las fuerzas del bien y el mal o el castigo por sus actos. La medicina aborigen promueve la creencia de que una persona debe estar en equilibrio con la naturaleza para tener buena salud y que la enfermedad es resultado de un desequilibrio.



CONCEPTO CLAVE

Los nativos americanos pueden utilizar rituales espirituales, curanderos, hierbas, medicamentos caseros e intervenciones mecánicas para tratar las enfermedades.

Los lazos familiares cercanos son típicos de la población indígena. Los miembros de la familia pueden tratarse entre sí por su relación familiar en lugar de por su nombre (p. ej., primo, hijo, tío y abuelo). El término *anciano* se emplea para referirse al estado social o físico, no sólo a la edad. Los adultos mayores son respetados y vistos como líderes, maestros y asesores de los jóvenes, aunque los miembros más jóvenes y más “americanizados” empiezan a sentir que el consejo de sus mayores no es tan relevante en el mundo actual y están rompiendo con esta tradición. Los nativos americanos creen con firmeza que los individuos tienen derecho de tomar las decisiones que afecten sus vidas. El proceso típico de valoración de enfermería puede ser ofensivo para el paciente nativo, ya que es posible que interprete las preguntas, la validación de los resultados y la documentación de las respuestas como conductas inapropiadas e irrespetuosas durante el intercambio verbal. Un paciente nativo americano puede ser ambivalente respecto a la aceptación de los servicios de las agencias y de los profesionales de la salud. Esta asistencia ha proporcionado numerosos beneficios sociales, de salud y económicos para mejorar la vida de los nativos, pero también entra en conflicto con sus creencias de ser útil, hacer por uno

mismo y confiar en los poderes espirituales para trazar el rumbo de la vida. Los pacientes nativos americanos suelen permanecer calmados y controlados, incluso en las circunstancias más difíciles, por lo que es importante que los proveedores no confundan este comportamiento con la ausencia de sentimiento, empatía o incomodidad.

Diversas tribus pueden tener rituales específicos que se realizan en la muerte, como enterrar ciertos objetos personales con el individuo. Debe consultarse con los miembros de la tribu específica para conocer mejor los rituales especiales durante la enfermedad y la muerte, lo cual puede ser de provecho para el personal de enfermería que trabaja con las poblaciones indígenas.

Durante la última parte del siglo XX se incrementaron ciertas enfermedades prevenibles atribuibles a la exposición a nuevos riesgos entre los nativos, como mala alimentación, falta de ejercicio y estilos de vida poco saludables. Por ejemplo, la diabetes, una enfermedad poco frecuente entre los nativos americanos a principios del siglo XX, ahora los afecta 2.7 veces más que a los estadounidenses caucásicos ([Office of Minority Health, 2014](#)). Los nativos estadounidenses tienen mayor probabilidad que la población caucásica no hispana de tener obesidad e hipertensión y de sufrir un ictus. Es posible que la relativamente reciente alta prevalencia de enfermedades reumáticas entre los nativos americanos en comparación con los adultos mayores caucásicos se relacione con una predisposición genética a la enfermedad reumática autoinmunitaria. Su tasa de supervivencia de cáncer es la más baja de cualquier población de los Estados Unidos. El personal de enfermería debe promover la educación para la salud y la detección temprana para ayudar a esta población a reducir los riesgos e identificar de forma temprana las alteraciones de la salud.

Musulmanes

Hay más de mil millones de musulmanes en el mundo que comparten una cultura en común con base en la creencia acerca de que Alá es dios y Mahoma su mensajero. Las costumbres y tradiciones musulmanas se centran en creencias y costumbres religiosas provenientes del libro sagrado musulmán, el Corán.

Los adultos mayores representan menos del 1% de la población musulmana. Los ancianos son vistos con alta estima y tratados con respeto; se honra en especial a las madres. La tradición ha sido que las familias cuiden a sus adultos mayores musulmanes, aunque se prevé que cambie, ya que cada vez más mujeres musulmanas entran en la fuerza laboral.

Los musulmanes sólo comen carne de animales que se sacrificaron de acuerdo con los requisitos religiosos (carne *halal*) y no consumen cerdo ni productos derivados de éste. Se suele beber agua en cada comida. Los pacientes musulmanes que cumplen de manera rigurosa el ayuno no pueden tomar medicamentos durante este período; la sensibilidad a esta práctica puede requerir un ajuste en los horarios de administración de los medicamentos.

Es posible que un paciente musulmán prefiera recibir cuidado por parte de una persona de su mismo sexo y tener una exposición corporal mínima. A los musulmanes no les gusta que les toquen la cabeza, a menos que sea parte de una exploración o tratamiento.

Los pacientes musulmanes que están inconscientes o en enfermedad terminal se deben posicionar de manera que puedan mirar hacia la Meca, que por lo general es del oeste al noroeste. La familia y amigos pueden recitar el Corán u oraciones enfrente del paciente o en una habitación cercana. Si se ofrece una capilla para orar, es esencial que no haya íconos o cruces. Se debe preguntar a la familia si desean que su líder religioso esté presente.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿De qué manera honra y celebra su herencia única?

Adultos mayores gays, lesbianas, bisexuales y transgénero

A pesar de la creciente toma de consciencia y aceptación de los gays, las lesbianas, los bisexuales y los transgénero (LGBT) en la sociedad en su conjunto, la consideración de los desafíos y las necesidades de estas personas cuando llegan a la vejez ha sido mínima. De hecho, se les conoce como una población en gran parte invisible ([Fredriksen-Goldsen, et al., 2011](#)). Sin embargo, esta población invisible está creciendo; hasta el 10% de la población se identifica como lesbiana, gay, bisexual o transgénero; se prevé que la población LGBT se duplique para el año 2030.

Esta generación vivió una época de considerable prejuicio y discriminación contra las personas que eran LGBT; por lo tanto, estos individuos no podían expresar su orientación sexual cuando buscaban servicios de salud. Algunos estudios encontraron que los adultos mayores LGBT de los centros de atención de la comunidad y de largo plazo informaron tener miedo al rechazo y al abandono por parte de los cuidadores, a no ser aceptados por otros residentes y verse obligados a ocultar su orientación sexual ([Stein, Beckerman y Sherman, 2010](#)). Además, entre las personas mayores del grupo LGBT ([Fredriksen-Goldsen, et al., 2011](#)):

- Cerca de la mitad tiene una discapacidad y casi un tercio informa depresión.
- Existen tasas más altas de trastornos mentales y una mayor probabilidad de fumar y consumir alcohol de manera excesiva en comparación con las personas heterosexuales.
- Casi dos terceras partes han sido victimizadas tres o más veces.
- Al 13% se le ha negado atención de la salud o ha recibido atención de calidad menor.
- Más del 20% no revela su identidad sexual o de género a su médico.

En los últimos años se registraron avances en el tratamiento de las necesidades de la población LGBT. La American Association of Retired Persons creó una comunidad LGBT virtual, la American Society on Aging tiene la LGBT Aging Issues Network y la Joint Commission añadió el respeto a la orientación sexual a los derechos de los residentes de las comunidades de cuidados asistenciales y de las residencias de adultos mayores especializadas. Además, los Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Elders (SAGE) y el Movement

Advancement Project (MAP) han abordado de manera intensiva los cambios en las políticas y las regulaciones que se requieren para atender las necesidades de esta población.

El personal de enfermería debe tener en cuenta que la población de adultos mayores LGBT está formada por individuos únicos con experiencias, perfiles y necesidades diferentes. Como con cualquier paciente, los abordajes individualizados son esenciales y los estereotipos deben evitarse. El personal de enfermería debe asumir que es posible que las parejas de estos pacientes deseen involucrarse en el cuidado e incluirlas tanto como se desee. Además, el personal de enfermería necesita verificar que los individuos LGBT reciban servicios sin prejuicios, estigmatizaciones o amenazas.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN SENSIBLE A LA CULTURA DE LOS ADULTOS MAYORES

Gran cantidad de grupos minoritarios, étnicos o culturales que no se mencionaron también poseen historias, creencias y prácticas singulares. En lugar de ver las diferencias como extrañas y obligar a los pacientes a adaptarse a las tradiciones “estadounidenses”, el personal de enfermería debe respetar la belleza de esta diversidad y hacer todo lo posible para preservarla. Las creencias, los valores, las relaciones, los roles y las tradiciones asociados con la identidad cultural y étnica agregan un significado especial a la vida.

La eficacia de la atención puede verse influida en gran parte por la impresión inicial del personal de enfermería. El personal debe reflexionar respecto a los sentimientos o actitudes que pueden incidir en la relación enfermera-paciente o en transmitir una actitud personal prejuiciosa. Por ejemplo, si un miembro del personal de enfermería tiene la creencia religiosa de que la homosexualidad es anómala y pecaminosa, puede parecer molesta en la interacción enfermera-paciente cuando se enfrente a un paciente homosexual. Como resultado, es posible que éste sienta que el personal de enfermería es prejuicioso y que se muestre reacio a compartir todos los aspectos de sus antecedentes y problemas. De la misma manera, si el personal de enfermería tiene una experiencia limitada con personas de un grupo racial diferente, puede parecer incómodo o poco natural la comunicación entre ambos. Reflexionar sobre sus sentimientos y tratar estos temas con otros profesionales puede ayudar a prevenir los sentimientos personales que interfieran en la relación profesional.

El personal de enfermería debe tener precaución de no estereotipar a los pacientes con base en su **raza**, etnia, orientación sexual u otros factores. Todos los pacientes deben ser mencionados por su apellido a menos que soliciten lo contrario. Al reconocer que sobre la base de sus antecedentes étnicos o culturales algunas personas pueden ser reservadas con la información personal, el personal de enfermería debe explicar la razón por la que hace varias preguntas durante la entrevista. Debe asignarse tiempo suficiente para que los pacientes compartan sus antecedentes y prácticas culturales o religiosas. El uso del tacto (p. ej., acariciar la mano de la persona o tocarle un brazo) a menudo demuestra el cuidado y la atención para aliviar a una persona; sin embargo, debe tenerse en mente que para algunos grupos culturales

ser tocado por un extraño resulta inapropiado. Lo mismo ocurre con la distancia personal entre la enfermera o enfermero y el paciente durante la entrevista. Este detalle refuerza la importancia de que el personal de enfermería se familiarice con las creencias y las prácticas de los diversos grupos.

Deben respetarse las preferencias dietéticas, hacerse adaptaciones para las prácticas especiales y comprenderse las formas específicas del manejo de las enfermedades. Es necesario considerar las diferencias en la expresión de dolor, miedo y otros sentimientos. Las reacciones a la enfermedad y la atención pueden variar. Por ejemplo, es posible que una persona vea la enfermedad como castigo por una acción equivocada, pero otra la perciba como parte de la experiencia humana normal. Es posible que algunos individuos deseen la participación activa de los miembros de la familia o los curanderos tradicionales en su cuidado, mientras que otros, incluso aquellos cuyo grupo étnico o cultural tradicionalmente lo propone, no lo hacen.

Si el personal de enfermería no está familiarizado con un grupo en particular, debe invitar al paciente y los miembros de la familia a obtener información o contactar con iglesias o asociaciones étnicas (p. ej., Polish National Alliance, Celtic League, Jewish Family and Children's Services y Slovack League of America) para buscar intérpretes o personas que puedan servir como recursos culturales. Uno de los medios poderosos para aprender acerca de las influencias culturales de pacientes específicos es pedir que relaten sus historias de vida (véase el [cap. 4](#)). El personal de enfermería expresa sensibilidad y cuidado cuando intenta reconocer y apoyar los antecedentes étnicos y culturales de los pacientes. El personal de enfermería también podrá enriquecerse mediante la apreciación y la comprensión de diversos grupos étnicos interesantes.

El U.S. Department of Health and Human Services desarrolló estándares para servicios cultural y lingüísticamente apropiados que pueden guiar la práctica clínica en el trabajo con poblaciones diversas; puede accederse a su sitio web en <http://minorityhealth.hhs.gov>.

La creciente diversidad de las futuras poblaciones de edad avanzada afectará los servicios de diversas maneras. Entre las necesidades que pudieran presentarse están:

- La planificación de comidas institucionales que incorporen alimentos étnicos.
- Publicaciones multilingües de educación para la salud.
- Traductores fácilmente disponibles.
- Disposiciones para la celebración de los días festivos (p. ej., el Año Nuevo chino, el Día de San Patricio, el Mes de la Historia Negra, la Pascua Ortodoxa Griega).
- Grupos de interés especial para los residentes de centros de atención a largo plazo y para las comunidades de cuidados asistenciales.

Una realidad incómoda que el personal de enfermería puede enfrentar es el comentario prejuicioso de un paciente, dado que los pacientes reflejan la sociedad en la que viven y sus prejuicios. Por desgracia, estar vivo y bien en la sociedad es la razón por la que el personal de enfermería se encontrará con pacientes prejuiciosos. Por ejemplo, un paciente puede negarse a recibir atención del personal de enfermería

de una raza diferente. Las personas que están muy estresadas o que tienen demencia en ocasiones pueden utilizar un lenguaje racial ofensivo. Comprensiblemente, estos actos pueden ser hirientes para el personal de enfermería. El paciente y su situación individual, así como la experiencia del personal de enfermería en el manejo de estas situaciones, determinarán la acción que deba tomar; las opciones incluyen pedir al paciente que no haga esos comentarios, preguntarle si preferiría tener a alguien más asignado como su enfermera o enfermero, pedir ser reasignado y comentar la situación con el jefe del servicio.

El personal de enfermería debe asegurar que se entiendan las diferencias de orientación cultural, religiosa y sexual de los adultos mayores, y que éstos se sientan apreciados y respetados. Mostrar esta sensibilidad honra la historia única del adulto mayor y preserva su familiaridad e importancia. Los desafíos que enfrentan los adultos mayores no deben agravarse por comportamientos insensibles o prejuiciosos del personal de enfermería.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Preparar al personal de enfermería para abordar las disparidades de la atención de la salud en la población de lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros. Una revisión de las mejores prácticas

Fuente: Lim, F., Brown, D. V., Kim, J. y Min, S. (2014). American Journal of Nursing, 114(6), 24–34.

Un artículo de 17 estudios acerca de las actitudes del personal de enfermería hacia las personas LGBT demostró que aunque casi la mitad de los estudios exponen evidencia de ciertos cambios positivos de actitud, y en cada estudio se encontró que persisten las actitudes negativas. Otro artículo publicado de 16 estudios relacionados con las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia las personas con VIH o sida encontró cierto grado de homofobia y una actitud negativa hacia las personas con estas enfermedades.

El artículo incluyó una revisión de la investigación que analizaba los principales problemas de salud de la población LGBT. Los hallazgos incluyeron un mayor riesgo de obesidad y sus resultados secundarios entre las lesbianas, mayores tasas de infección por VIH entre hombres gays de manera desproporcionada, una mayor prevalencia de hábito tabáquico entre los hombres gays y bisexuales y lesbianas y mujeres bisexuales, y una menor probabilidad de que las personas transgénero tengan seguro de gastos médicos. La promoción de la salud en estas personas es necesaria y la reducción de las disparidades en la atención de la salud puede ayudar a lograrlo.

Los desafíos que enfrentan los adultos mayores que pueden ser sometidos al “viejismo” serán mayores si también se añade el trato prejuicioso cuando se utilizan los servicios de atención de la salud. Se recomienda que los programas de enfermería evalúen los problemas de salud LGBT al incluir en sus programas de capacitación la identificación de deficiencias y el desarrollo de estrategias para abordarlas. El personal de enfermería debe evaluar sus propias actitudes hacia las personas LGBT para determinar cómo pueden influir en sus interacciones y la atención de estas

personas. Como el grupo más grande de proveedores de atención de la salud, el personal de enfermería puede modificar las conductas positivas hacia la población LGBT, lo que puede representar un ejemplo para otros.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Usted es jefe de enfermería que trabaja en una comunidad de cuidados asistenciales. Toda la población actual es caucásica, mientras que la mayoría del personal de cuidado son afroamericanos.

Algunos miembros del personal compartieron con el gerente de enfermería su frustración por la forma en que los tratan varios residentes. Aunque la mayoría de los residentes son amables y educados en su manera de dirigirse al personal, una gran cantidad tiene una tendencia a utilizar términos como “chicas”, “tu gente” y “asistente”. Algunos auxiliares de enfermería informaron que escucharon a residentes hacer comentarios entre sí y con sus visitantes acerca de que “debes cuidar tus pertenencias, porque estas personas tienen los dedos pegajosos” y “esas personas son perezosas, por lo que necesitas estar encima de ellas”. Además, el personal se queja de que los visitantes a menudo piden hacer cosas que no son parte de su trabajo, como ir a sus vehículos para traer algo o servir los alimentos que llevaron para que coman el residente y otros miembros de la familia.

El personal afroamericano considera que son tratados de manera prejuiciosa. Un asistente de enfermería comenta: “se podría pensar que se trata de su plantación y que somos sus esclavos”. Otro responde: “sí, pero si nos atrevemos a decir algo, exigirán a la administración que nos despida. No puedo permitirme perder este trabajo”. Otro añade: “tal vez deberíamos vivir con ello. Los blancos siempre han tratado de esta manera a nuestro pueblo”.

Como jefe de enfermería, ¿cómo atendería esta situación?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Cuáles son algunas de las razones por las que los adultos mayores de los grupos minoritarios sospechan o desconfían de los servicios de salud en este país?
2. ¿Qué debe hacerse si se enfrenta a una situación en la que un adulto mayor se niega a permitir que le proporcionen atención de enfermería porque pertenece a un grupo étnico o racial diferente?
3. Trabaja en un hospital que atiende a una gran población de inmigrantes que entraron al país de manera ilegal. Estas personas con frecuencia tuvieron una mala atención de la salud y ahora presentan múltiples enfermedades crónicas. El hospital tiene la preocupación de que la atención que se ofrece a estos inmigrantes esté ejerciendo una presión importante sobre su presupuesto y pueda poner en peligro su supervivencia. La comunidad local no quiere perder su hospital y expresa su oposición a ofrecer atención gratuita a este grupo de inmigrantes. ¿Cuál es la preocupación de todas las partes involucradas? ¿Cuáles son las implicaciones de continuar o suspender cualquier atención gratuita a este grupo de inmigrantes? ¿Qué soluciones podrían recomendarse?

4. Una residencia de adultos mayores tiene una variedad de grupos étnicos que representan a la población residente. ¿Qué puede hacer la instalación para mostrar sensibilidad a sus orígenes?

Resumen del capítulo

La población de edad avanzada se vuelve cada vez más diversa en términos raciales, étnicos y sexuales. Los hispanos mayores representan el segmento de crecimiento más rápido de la población de los Estados Unidos. Es posible que el inglés sea su segundo idioma. Consideran que Dios tiene un papel importante en su salud y curación. Asimismo, pueden recurrir a médicos tradicionales para tratar sus problemas de salud. Las familias mantienen a sus familiares en alta estima y tratan de evitar el uso de residencias de adultos mayores.

La población afroamericana se compone de africanos, haitianos, jamaicanos y otros subgrupos diversos con costumbres y creencias únicas. A pesar de que la población afroamericana tiene una esperanza de vida menor, las personas de raza negra que alcanzan los 60 años de vida pueden tener la misma esperanza de vida que la población caucásica. La hipertensión, las cardiopatías, el cáncer y la diabetes son las principales causas de muerte entre las personas afroamericanas.

Las personas de China, Japón, Filipinas, Corea, Vietnam y Camboya se encuentran entre la población de asiáticos americanos. Algunos de estos individuos pueden preferir la medicina tradicional a la occidental convencional. Las familias desempeñan un papel importante en la vida de los asiáticos americanos mayores.

Los judíos americanos están vinculados por una fe común. Un día sagrado (*Sabbath*) se considera desde el atardecer del viernes hasta la puesta de sol del sábado y los procedimientos médicos pueden rechazarse durante este tiempo. Cumplir una dieta *kosher* puede ser importante para los judíos creyentes, así como el ayuno en los días festivos. Se acepta la medicina occidental. Los lazos familiares son importantes.

Los indios americanos y los nativos de Alaska constituyen a los nativos americanos y son una de las minorías de más rápido crecimiento en los Estados Unidos. Menos de la mitad de los indios americanos residen en reservas, quienes tienen acceso a servicios gratuitos del United States Public Health Service. Los nativos estadounidenses mayores sufren de diabetes, obesidad, hipertensión y artritis reumatoide con mayor frecuencia que otras poblaciones de edad avanzada. Es posible que prefieran los rituales nativos y los curanderos que la medicina occidental. Las familias mantienen relaciones cercanas y a sus adultos mayores en alta estima.

Los musulmanes comparten una cultura en común con base en la creencia acerca de que Alá es dios y Mahoma su mensajero. Las costumbres y los rituales provienen de sus creencias religiosas. Los musulmanes mayores representan menos del 1% de su población y los mantienen en alta estima. Siguen prácticas específicas en cuanto a su dieta. Es posible que prefieran recibir atención de salud por parte de una persona de su mismo sexo. Las personas musulmanas que están inconscientes o en enfermedad terminal se deben posicionar de manera que puedan mirar hacia la Meca.

La población LGBT está creciendo. Algunas personas mayores que son LGBT vivieron en una época en la que sus preferencias sexuales no eran tan aceptadas como

lo son hoy en día; por lo tanto, es posible que las preferencias sexuales de estas personas no se reconozcan. Los centros de atención de la salud están adquiriendo conocimiento acerca de las necesidades y los derechos de estas personas.

A pesar de que puede haber características similares entre los miembros de un grupo, el personal de enfermería debe evitar estereotipar y ser precavido en cuanto a la valoración de características, preferencias y prácticas individuales. Es importante que el personal de enfermería respete las diferencias individuales y valore e incorpore las preferencias y prácticas personales al cuidado.

Recursos en línea

Bureau of Indian Affairs

<http://www.bia.gov>

Center of Excellence for Transgender Health

<http://transhealth.ucsf.edu#sthash.8g2c7ai7.dpuf>

National Asian Pacific Center on Aging

<http://www.napca.org>

National Association for Hispanic Elderly

<http://www.anppm.org>

National Caucus & Center on Black Aged

<http://www.ncba-aged.org>

National Hispanic Council on Aging

<http://www.nhcoa.org>

National Indian Council on Aging

<http://www.nicoa.org>

National Resource Center on Native American Aging

<http://www.med.und.nodak.edu/depts/rural/nrcnaa/>

Office of Minority Health Resource Center

<http://www.minorityhealth.hhs.gov>

Organization of Chinese Americans

<http://www.ocanational.org>

SAGE (Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Elders)

<http://sageusa.org/index.cfm>

Referencias

Administration on Aging. (2014). *Minority aging*. Acceso el 1 de septiembre de 2014 en: http://www.aoa.gov/AoARoot/Aging_Statistics/Minority_Aging/index.aspx

American Cancer Society. (2014a). *Cancer facts and figures for African Americans 2013-2014*. Acceso el 3 de septiembre de 2014 en: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036921.pdf>

American Cancer Society. (2014b). *Cancer facts and figures for Hispanics/Latinos 2012-2014*. Acceso el 3 de septiembre de 2014 en: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc->

034778.pdf

- Centers for Disease Control and Prevention. (2014a). *U.S. census populations with bridged race categories*. Acceso el 1 de septiembre de 2014 en: http://www.cdc.gov/nchs/nvss/bridged_race.htm
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014b). *Minority health: Black or African American populations*. Acceso el 3 de septiembre de 2014 en: <http://www.cdc.gov/minorityhealth/populations/REMP/black.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014c). *Health of black or African American non-Hispanic population. FastStats*. Acceso el 1 de septiembre de 2014 en: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/black-health.htm>
- Egede, L. (2006). Race, ethnicity, culture, and disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 667–669.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Kim, H. -J., Emler, C. A., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., ... Petry, H. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender older adults*. Seattle, WA: Institute for Multigenerational Health.
- Georgetown University Center on an Aging Society. (2012). *Older Hispanic Americans*. Data Profile, No. 9. Acceso el 15 de marzo de 2012 en: <http://ihcrp.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/hispanics/hispanics.html>
- Office of Minority Health. (2014). *Diabetes and American Indians/Alaska Natives*. Acceso el 22 de septiembre de 2014 en: <http://www.minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=4&lvlid=33>
- Pew Research Center. (2015). *A portrait of Jewish Americans*. Acceso el 23 de julio de 2015 en: <http://www.pewforum.org/2013/10/01/jewish-american-beliefs-attitudes-culture-survey/>
- Stein, G. L., Beckerman, N. L., & Sherman, P. A. (2010). Lesbian and gay elders and long-term care: Identifying the unique psychosocial perspectives and challenges. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(5), 421–435.
- U.S. Census Bureau. (2014). *Population Projections*. Acceso el 2 de septiembre de 2014 en: <http://www.census.gov/population/projections/data/national/2012.html>
- Wan, H., Sengupta, M., Velkoff, V. A., & DeBarros, K. A. (2005). *U.S. Census Bureau, current population reports, 60+ in the United States: 2005* (p. 16). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Lecturas recomendadas thePoint*

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visitar <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recur-sos adicionales vinculados con este capítulo.

Transiciones e historia de vida

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Viejismo

Cambios en los roles y las relaciones familiares

Paternalidad

Abuelos

Pérdida del cónyuge

Jubilación

Pérdida del rol laboral

Ingresos económicos reducidos

Cambios en la salud y el funcionamiento

Efectos acumulados de las transiciones de vida

Disminución del entorno social

Consciencia de la mortalidad

Respuesta a las transiciones de vida

Revisión e historia de vida

Autorreflexión

Fortalecimiento de los recursos internos

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Discutir el vejeismo y sus consecuencias.
2. Identificar los cambios que se producen en las familias que envejecen.
3. Describir los desafíos a los que se enfrentan las viudas.
4. Determinar las fases y los retos de la jubilación.
5. Relatar el alcance de los cambios relacionados con la edad sobre la salud y el funcionamiento de los

roles.

6. Describir los efectos acumulativos de las transiciones de vida.
7. Enumerar las medidas que el personal de enfermería toma para ayudar a las personas a adaptarse a los retos y los cambios derivados del envejecimiento.

GLOSARIO

Jubilación: período en el que se deja de trabajar.

Recursos internos: fuerza interna a la que se puede recurrir cuando sea necesario.

Revisión de vida: proceso de recordar el pasado o reflexionar sobre la vida.

Viejismo: aplicación de prejuicios hacia los adultos mayores debido a su edad.

Envejecer no es fácil. Varios cambios durante el proceso de envejecimiento exigen múltiples ajustes que requieren resistencia, habilidad y flexibilidad. Con frecuencia, se presentan más cambios simultáneos en la vejez que durante cualquier otro período de la vida. A gran cantidad de adultos jóvenes les resulta agotador mantener el ritmo de los avances tecnológicos, los cambios sociales, las fluctuaciones del coste de la vida y las tendencias del mercado laboral. Imagine lo complicada que puede ser la vida para los adultos mayores, que también deben hacer frente a la **jubilación**, la reducción de sus ingresos económicos, los posibles cambios de vivienda, las pérdidas causadas por las frecuentes muertes de personas significativas y una capacidad decreciente para la actividad. Además, es posible que cada uno de estos acontecimientos de la vida se acompañen de cambios de roles que pueden influir en comportamientos, actitudes e integridad psicológica. Para promover el conocimiento y la apreciación de los complejos ajustes involucrados en el envejecimiento, este capítulo considera algunos de los factores que afectan la capacidad de los adultos mayores para afrontar múltiples cambios asociados con el envejecimiento y alcanzar su satisfacción y bienestar durante los últimos años de sus vidas.

VIEJISMO

El **viejismo** es un concepto introducido hace décadas que se define como “los prejuicios y los estereotipos que se aplican a los adultos mayores con base en su edad...” (Butler, Lewis y Sutherland, 1991). No es difícil detectar el viejismo manifiesto en nuestra sociedad. En lugar de mostrar su agradecimiento por los grandes aportes de los adultos mayores y por su riqueza en recursos, la sociedad está plagada de prejuicios y carece de disposiciones adecuadas para ellos, pasando por alto su dignidad. Los mismos miembros de la sociedad que ahora se oponen a proporcionar suficientes recursos a fin de que los adultos mayores dispongan de ingresos económicos y servicios de atención de la salud, disfrutan de una riqueza y de un nivel de vida resultado de los esfuerzos de aquellas personas.

Aunque los adultos mayores constituyen el grupo de edad más diverso e individualizado en la población, aún son estereotipados por las siguientes ideas falsas:

- Las personas mayores están enfermas y discapacitadas.
- La mayoría de las personas mayores se encuentran en residencias para ancianos.
- La demencia llega con la vejez.
- Las personas son muy tranquilas o se ponen de mal humor conforme envejecen.
- Los adultos mayores tienen una inteligencia inferior y son resistentes a los cambios.
- Las personas mayores no son capaces de tener relaciones sexuales y no están interesadas en el sexo.
- Hay pocas satisfacciones en la vejez.

Para la mayoría de los adultos mayores, las aseveraciones anteriores no son ciertas. Son necesarios mayores esfuerzos para aumentar la consciencia social de la realidad del envejecimiento. Los grupos como las Gray Panthers han hecho un trabajo excepcional de informar al público sobre los hechos relacionados con el envejecimiento y los problemas y los derechos de los adultos mayores. Se requieren más defensores de los derechos de los adultos mayores.

COMUNICACIÓN

En el primer contacto con un adulto mayor se asume que las interacciones deben ser iguales que aquellas con adultos de otras edades, a menos que la información de los antecedentes revele problemas que pudieran afectar la comunicación (p. ej., demencia, audición deteriorada). Es necesario dirigirse a la persona con un honorífico (Sr., Sra., etc.) y su apellido, y abstenerse de hablar como si se dirigiera a un niño o emplear términos como “corazón” y “querido”. Evitar la jerga médica y preguntar con frecuencia a la persona si entiende lo que acaba de decir.

El **viejismo** conlleva varias consecuencias. Al apartarse de los adultos mayores, los más jóvenes tienen menor probabilidad de ver las similitudes entre los individuos de distintas generaciones. Lo anterior no sólo conduce a una falta de comprensión de los adultos mayores, sino que también reduce la oportunidad de que los jóvenes se hagan una idea realista del envejecimiento. Por otra parte, la separación de los adultos mayores del resto de la sociedad fomenta que los jóvenes minimicen los retos socioeconómicos de la población mayor. Sin embargo, los estereotipos y la discriminación sistemática contra los adultos mayores no evitará el conocimiento de la experiencia del envejecimiento ni los desafíos propios de la vejez.

El [capítulo 2](#) describe las etapas del ciclo de la vida según [Erikson \(1963\)](#), en las que se identifica la última como en la que aparece una preocupación por lograr la integridad frente a la desesperación. Se alcanza la integridad cuando el adulto mayor cambia la satisfacción por la evaluación de su vida. La decepción por la vida y la falta de oportunidades para modificar el pasado se acompañan de desesperación. El viejismo, por desgracia, puede predisponer a los adultos mayores a decepcionarse, ya que pueden llegar a creer los estereotipos de que la vejez es un tiempo de despropósitos y decadencia. Las experiencias de toda la vida determinan si la vejez será una oportunidad para la libertad, el crecimiento y la satisfacción, o una condena a una miserable prisión del potencial humano.

CAMBIOS EN LOS ROLES Y LAS RELACIONES FAMILIARES

La aparición de las familias nucleares en la actualidad ha cambiado los roles y las funciones de las personas en una familia. Se espera que los padres mayores tengan un acceso limitado a la vida de sus hijos adultos. Los hijos no están obligados a satisfacer las necesidades de sus padres de edad avanzada con respecto al apoyo financiero, servicios de salud o alojamiento. Cada vez, los padres dependen menos de sus hijos para sus necesidades y la creencia de que los hijos son el mejor seguro para la vejez está desapareciendo. Además, los abuelos, aunque sea gratificante, no suelen desempeñar un papel tan activo como en el pasado, en especial porque los nietos pueden estar dispersos por todo el país. Estos cambios en la estructura familiar y la función no son necesariamente negativos. Los adultos mayores pueden disfrutar de la independencia y la libertad de las responsabilidades que la vida ofrece a la familia nuclear. El ajuste a los cambios en las responsabilidades y los roles con el tiempo representa un reto importante del envejecimiento.

Paternalidad

El papel de los padres es dinámico; cambia con frecuencia para satisfacer las necesidades de crecimiento y desarrollo de padres e hijos. Durante la mitad de la vida y después, los padres deben adaptarse a la independencia de sus hijos, ya que han de convertirse en ciudadanos adultos responsables y dejar la casa. Por lo general, el primer hijo se va de casa y establece una unidad independiente entre los 22 y 25 años de edad. Para las personas que han invertido la mayor parte de su vida adulta en alimentar y mantener a sus hijos, la independencia de éstos puede tener un impacto significativo. Aunque los padres que se liberan de las responsabilidades y las preocupaciones de los niños tienen más tiempo para perseguir sus propios intereses, también pierden el significado y las actividades satisfactorias relacionadas con la crianza de los niños, lo cual con frecuencia da lugar a una profunda sensación de pérdida.

La mujer mayor de la actualidad ha estado influida por un período histórico que hacía hincapié en el rol de esposa y madre. Por ejemplo, para proporcionar oportunidades de empleo para los hombres que regresaron de la Segunda Guerra Mundial, las mujeres fueron alentadas a centrar sus intereses en formar una familia y ceder los escasos puestos de trabajo a los hombres. A diferencia de muchas de las mujeres jóvenes actuales, quienes persiguen y pueden valorar por igual tanto una carrera profesional como la maternidad, las mujeres mayores centraron la vida en sus familias, de las que dependía su sentido de realización. Después de haber desarrollado algunas funciones para lograr la satisfacción, diferentes al rol de esposa y madre, muchas de estas mujeres mayores sienten un vacío cuando sus hijos crecen y se van. El estilo de vida altamente dinámico de gran cantidad de jóvenes agrava este problema, pues limita el grado de contacto directo que una mujer mayor tiene con sus hijos adultos y sus nietos.

El hombre mayor comparte numerosos sentimientos de su esposa. A lo largo de los años, es posible que haya tenido la sensación de haber desempeñado funciones útiles, que lo hacen un miembro valioso de la familia. Es muy probable que haya

trabajado duro para mantener a su esposa e hijos, y su masculinidad se vio reforzada con la demostración de su capacidad para engendrar y mantener a la descendencia. En la actualidad, con sus hijos mayores, ya no está obligado a proveer, lo que puede proporcionar alivio y respiro. Además, descubre que las reglas han cambiado: su capacidad para mantener una familia sin la necesidad de que su esposa trabaje ahora es vista por algunos como angustiada, sus esfuerzos por recuperar territorio no son respaldados y su intento de llenar el rol masculino, para el que ha socializado, se considera opresivo o irrelevante para los estándares actuales.

Sin embargo, esta desvalorización del papel de los padres y los cambios en la función de la familia no son necesariamente negativos. La mayoría de los hijos no abandonan o descuidan a sus padres mayores, ya que mantienen con ellos un contacto regular. Las unidades familiares independientes pueden ayudar a que la relación entre padres e hijos se desarrolle con mejores bases entre adultos, satisfaciendo tanto al joven como al mayor. Si los adultos mayores se adaptan a su nuevo papel como padres de hijos adultos e independientes, pueden disfrutar de la libertad de las responsabilidades anteriores y del desarrollo de nuevas relaciones familiares.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Enumerar por lo menos tres diferencias entre su vida y las vidas de sus padres y abuelos.

Abuelos

Además de los cambios que se experimentan conforme avanza la edad en el papel de criar a los hijos, gran cantidad de adultos mayores se estrenan en un nuevo rol de abuelos. El aumento de la esperanza de vida de los estadounidenses permite a más personas experimentar el papel del abuelo y durar más años en él que a las generaciones anteriores. Más de 65 millones de estadounidenses son abuelos y:

- La mayoría han sido *baby boomers*, con más probabilidades de tener estudios universitarios y continuar trabajando que los abuelos de generaciones anteriores.
- Uno de cada cinco abuelos es afroamericano, hispano o asiático.
- Gastan más en los nietos que las generaciones anteriores ([MetLife, 2011](#)).

Los nietos pueden traer una gran alegría y sentido a la vida de los adultos mayores ([fig. 4-1](#)). A su vez, los abuelos, que no están agobiados con las mismas responsabilidades cotidianas de cuidados que tienen los padres, pueden ofrecer amor, orientación y felicidad a los miembros más jóvenes de la familia. Pueden compartir las lecciones aprendidas de sus experiencias de vida y los antecedentes familiares y tradiciones que ayudan a los jóvenes a entender sus raíces. Existen tantos estilos familiares como personalidades: no hay un modelo único de cómo debe ser un abuelo.

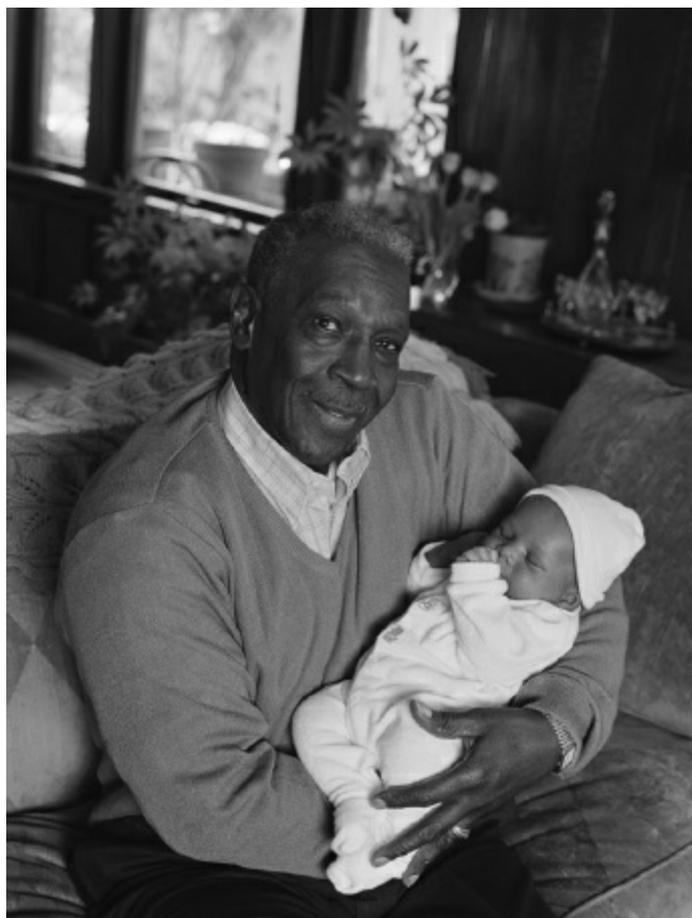


FIGURA 4-1 ● Ser abuelo ofrece nuevas funciones y alegrías a numerosos adultos mayores.

Los cambios en la estructura y las actividades familiares plantean nuevos desafíos a los abuelos de hoy en día. La mayoría de las madres trabajan fuera del hogar, lo cual se agrava por el hecho de que casi un tercio de los niños son criados por uno solo de los padres. Como resultado, los abuelos pueden asumir las responsabilidades de cuidado de los niños en mayor medida de lo que podían hacerlo las generaciones anteriores. Los abuelos pueden incluso proveer o compartir una casa con sus hijos y nietos. Es posible que las estructuras familiares difieran de las de los mayores, con un incremento en el índice de diferentes matrimonios y de familias mezcladas, así como de hogares homosexuales. Más de un tercio de los niños menores de 18 años de edad viven en hogares mixtos y se estima que 9 millones de niños tienen padres gays o lesbianas (Linville y O'Neil, 2015). Como resultado del matrimonio o de la relación de un hijo adulto, los adultos mayores pueden encontrarse con el quehacer de ser abuelos, un papel para el que pocos están preparados. Se necesitarán decisiones conscientes para amar y aceptar a estos nuevos miembros de la familia.

Además de que los adultos mayores tienen que adaptarse a los nuevos estilos de vida y estructuras familiares, es posible que los hijos y los nietos tengan que adaptarse a diferentes estilos de vida de las generaciones anteriores. En lugar de la abuela ama de casa que cocinaba cenas familiares elaboradas y que daba la bienvenida a sus nietos cada vez que necesitaban un cuidador, la abuela de hoy puede tener una carrera activa y una agenda social que no le permita cargar con frecuencia con las responsabilidades del cuidado de niños o las funciones de hospedaje de la familia. Es posible que los abuelos estén divorciados, lo que quizás haga que sus hijos

y nietos se enfrenten a diferentes situaciones, como viajes de fin de semana de la abuela con su nuevo esposo o del abuelo con una esposa mucho más joven. La familia puede requerir asesoramiento profesional para abordar estas cuestiones.

Ser abuelo es un papel aprendido y algunos de los adultos mayores necesitan orientación para convertirse en abuelos eficaces. Las personas mayores pueden requerir una guía para hacer frente a temas como:

- Respetar a sus hijos como padres y no interferir en la relación entre padres e hijos.
- Llamar antes de visitar a sus hijos.
- Establecer normas para el cuidado de los niños.
- Permitir a sus hijos establecer sus propias tradiciones dentro de su familia y no esperar que se cumplan con las tradiciones de los abuelos.

El personal de enfermería debe colaborar con las familias para que encuentren recursos que les permitan afrontar los desafíos de los abuelos. Además, el personal de enfermería puede sugerir actividades que los ayuden a estar en contacto con sus nietos, sobre todo si no se encuentran geográficamente cerca, incluidas las grabaciones de audio e imagen, los mensajes de correo electrónico, las videoconferencias, los mensajes de texto o fax y las cartas escritas a mano (además de ofrecer medios de comunicación, es posible que éstos sean recuerdos duraderos y que se transmitan de una generación a la siguiente). Es factible alentar a los adultos mayores a que elaboren diarios, álbumes y cuadernos familiares, recetas y costumbres que puedan ayudar a que sus nietos y las generaciones futuras tengan conocimientos especiales de sus antepasados.

Además de cumplir con el rol de abuelos, una gran cantidad de adultos mayores pueden asumir responsabilidades de la educación de sus nietos. Un creciente número de abuelos está criando a sus nietos. Más de 6 millones de abuelos tienen nietos menores de 18 años de edad viviendo con ellos y bastantes más viven con sus abuelos de manera intermitente; cada abuelo presta atención a casi una cuarta parte de los niños menores de 5 años de edad ([U.S. Census Bureau, 2012](#)). El cuidado del niño de tiempo completo surge de las crisis de los padres, por ejemplo: abuso de sustancias, embarazo de un adolescente o encarcelamiento. Los adultos mayores pueden necesitar ayuda con respecto a la decisión de criar a un nieto y algunas preguntas que el personal de enfermería puede realizar a los abuelos que deben tomar esta decisión son:

- ¿Cómo va a criar a este niño sin afectar su salud, su matrimonio y su estilo de vida?
- ¿Tiene algún problema de salud que podría interferir con esta responsabilidad?
- ¿Cuál es su plan de ayuda en caso de que se enferme o se encuentre discapacitado?
- ¿Tiene la energía y la salud física necesaria para cuidar a un niño activo?
- ¿Puede darse el lujo de cuidar al niño, pagar gastos médicos, educativos y similares?
- ¿Qué derechos y responsabilidades tendrán los padres del niño?

- ¿Tiene el derecho legal de actuar como un sustituto de los padres (p. ej., para dar su consentimiento para procedimientos médicos)? ¿Ha consultado con un abogado?

Existen organizaciones para ayudar a los abuelos que están criando a sus nietos; algunas se encuentran al final de este capítulo.

PÉRDIDA DEL CÓNYUGE

La muerte de un cónyuge es un acontecimiento frecuente que altera la vida familiar de muchos adultos mayores. La pérdida de esa persona con la que se ha compartido más amor y experiencias de la vida y más alegrías y tristezas que con nadie puede ser intolerable. ¿Cómo, después de muchas décadas de vivir con otra persona, puede adaptarse a su ausencia repentina? ¿Cómo hacer para acostumbrarse a poner la mesa para uno, volver a una casa vacía o no tocar ese cuerpo cálido y familiar en la cama? La adaptación a esta importante pérdida se acompaña de la necesidad de aprender la nueva tarea de vivir solo (fig. 4-2).

La muerte de un cónyuge afecta más a las mujeres que a los hombres, porque ellas tienden a tener una mayor esperanza de vida. De hecho, la mayoría de las mujeres serán viudas en el momento en el que lleguen a su octava década de vida. A diferencia de muchas de las mujeres jóvenes de hoy, que tienen una mayor independencia a través de sus carreras profesionales y de los cambios en sus costumbres, la mayoría de las de edad más avanzada llevan una vida orientada a la familia y han sido dependientes de su marido. La edad, la educación limitada, la falta de habilidades y el largo período fuera del mercado laboral mientras cuidaban a sus familias son limitaciones en un mercado de trabajo competitivo. Si estas mujeres pudieran encontrar un empleo, la adaptación a las nuevas exigencias laborales podría ser difícil y estresante. Sin embargo, la viuda desempleada puede encontrar que las pensiones u otras fuentes de ingresos económicos se reducen o interrumpen cuando muere el marido, lo que exige adaptarse a un presupuesto en extremo limitado. Además de la dependencia financiera, es posible que la mujer haya dependido de los logros de su marido para obtener satisfacción e identidad. Con frecuencia, los logros de los hijos sirven a este fin. Es posible que los deseos sexuales queden insatisfechos debido a la falta de oportunidades, a creencias religiosas en cuanto al sexo fuera del matrimonio, al miedo a la repercusión sobre sus hijos y la sociedad, o a resquicios de las actitudes respecto a la sexualidad. Si el matrimonio de una mujer promueve la amistad con otras parejas casadas e inactiva las relaciones con amigos solteros, la nueva viuda puede encontrar que el número de amigas solteras es escaso.



FIGURA 4-2 ● Para una persona mayor, la pérdida del cónyuge significa la pérdida de su compañero más cercano durante gran cantidad de años.

Cuando el dolor inicial de la muerte del marido pasa, la mayoría de las viudas se adaptan bastante bien. Una alta proporción de mujeres viudas mayores cuenta con amigos que comparten problemas y estilos de vida similares, sobre todo en las zonas urbanas. Se pueden revivir algunas antiguas amistades para mantener condiciones de actividad y alegría. Algunas viudas pueden descubrir que la falta de ciertas responsabilidades, como cocinar y lavar para sus maridos, trae una nueva y agradable libertad. Con funciones alternativas para desarrollar, ingresos económicos suficientes y la elección del estilo de vida, muchas de las mujeres se adaptan con éxito a su viudez.

La probabilidad de que un adulto mayor vuelva a casarse después de perder a su cónyuge disminuye con la edad. Lo anterior es en especial cierto para las mujeres que a menudo viven más tiempo que los hombres y se encuentran con escasez de hombres elegibles, porque los hombres de la misma edad tienden a casarse con mujeres más jóvenes que ellos.

El personal de enfermería puede facilitar la adaptación a la viudez identificando fuentes de amistades y actividades, como clubes, organizaciones de voluntarios o grupos de viudas en la comunidad, y ayudando a la viuda a entender y obtener todos los beneficios a los que tiene derecho. Esto podría requerir tranquilizarla para que disfrute su nueva libertad, ya que las relaciones con otros hombres no son razón para sentirse culpable y puede ayudarla a adaptarse a la pérdida de su marido y al nuevo papel de viuda (véase el [cap. 36](#) para obtener más información respecto a la muerte y

su proceso).



CONCEPTO CLAVE

La alta prevalencia de viudas proporciona oportunidades para las amistades entre mujeres que comparten desafíos y estilos de vida similares.

JUBILACIÓN

La **jubilación** es otro de los grandes ajustes que debe realizar un adulto mayor. Esta transición trae la pérdida del papel laboral y a menudo es la primera experiencia de los efectos del envejecimiento. Además, la jubilación puede requerir la adaptación a una reducción de los ingresos económicos y, por lo tanto, a cambios en el estilo de vida.

Pérdida del rol laboral

La jubilación es especialmente difícil en la sociedad occidental, en la que el valor de una persona suele medirse por su productividad. El trabajo también se ve como una cuota obligada para ser miembro activo de una sociedad productiva. Muchos de los adultos mayores de hoy en día dan tanto valor al trabajo que mantienen la postura de que el desempleo, por el motivo que sea, representa un estado indeseable.



CONCEPTO CLAVE

Los adultos mayores ven con frecuencia el trabajo como la cuota requerida para ser miembro activo de una sociedad productiva.

La identidad laboral determina en gran medida la posición social del individuo y su papel en la sociedad. Aunque los individuos funcionan de manera diferente en roles similares, algunos comportamientos se mantienen vinculados con ciertas funciones, lo que promueve los estereotipos. Algunos continúan escuchándose: el fuerte trabajador de la construcción, la bailarina exótica salvaje, el juez justo, el clérigo con un comportamiento impecable, el abogado letrado y el artista excéntrico. La comprensión de que estas asociaciones no son siempre válidas no impide su difusión. Con mucha frecuencia, las personas se describen en términos de su rol de trabajo en lugar de sus características personales, por ejemplo, “la enfermera que vive en el camino” o “mi hijo el doctor”. Si se toma en cuenta que la identidad social y las expectativas de comportamiento se derivan de la función laboral, no sorprende que la jubilación amenace el sentido de identidad (fig. 4-3). Durante la infancia y la adolescencia, se orienta a las personas hacia un papel de adulto independiente y responsable, y en el ámbito académico se les prepara para roles profesionales; sin embargo, ¿dónde y cuándo se les capacita para el papel de jubiladas?



FIGURA 4-3 • Las personas que se definen por su trabajo pueden tener dificultades para adaptarse a la jubilación.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué se deriva o considera que se va a derivar de ser miembro del personal de enfermería en términos de propósito, identidad, valores, relaciones, actividades, entre otros? ¿Qué ganancias similares está alcanzando en otras funciones en su vida?

Cuando el trabajo es el principal interés, actividad y fuente de contactos sociales de una persona, la separación de éste deja un vacío importante en la vida. Debe instarse a los adultos mayores a desarrollar intereses diferentes a los relacionados con el trabajo. La jubilación se facilita si la persona aprende a usar, apreciar y obtener satisfacción del tiempo de ocio mientras se encuentra desempleada. Además, disfrutar este tiempo es una salida terapéutica para el estrés de la vida durante el proceso de envejecimiento.



CONCEPTO CLAVE

Cuando el trabajo es el principal interés, actividad y origen de las relaciones sociales de una persona, la separación del trabajo deja un vacío importante en su vida.

El personal de enfermería gerontológica debe entender las realidades y las reacciones contradictorias al trabajar con jubilados. A pesar de que la experiencia de jubilación es única para cada individuo, algunas reacciones y experiencias tienden a ser bastante frecuentes. Las fases de la jubilación descritas por Robert Atchley hace décadas ofrecen todavía una idea de este complicado proceso:

- *Fase de prejubilación.* Cuando la realidad de la jubilación es evidente, comienza la preparación para dejar el puesto de trabajo y puede formarse un ideal sobre el papel de jubilado.
- *Fase de jubilación.* Después del evento de jubilación, inicia un período un tanto eufórico, una “luna de miel” en la que las fantasías de la fase de prejubilación se

ponen a prueba. Los jubilados tratan de hacer al mismo tiempo todo lo que nunca pudieron hacer por falta de tiempo. Diversos factores (p. ej., finanzas y salud) limitan esto y dan lugar al desarrollo de un estilo de vida estable. En contraste con los jubilados que desean realizar todas sus fantasías, algunas personas eligen descansar y lo hacen, aunque su nivel de actividad tiende a aumentar después de algunos años.

- *Fase de desencanto.* Conforme la vida comienza a estabilizarse, se experimenta una decepción, a veces una depresión. Mientras menos realista sea la fase de prejubilación, mayor será el grado de desencanto.
- *Fase de reorientación.* A medida que se consideran opciones realistas y fuentes de satisfacción, el desencanto de una nueva rutina de jubilación puede ser sustituido por el desarrollo de un estilo de vida que proporcione cierta satisfacción.
- *Fase de la rutina del jubilado.* Se alcanza la comprensión del rol del jubilado, lo que proporciona un ámbito de trabajo de preocupación, compromiso y acción en la vida del adulto mayor. Algunas personas entran en esta fase justo después de la fase de luna de miel y otras nunca la alcanzan.
- *Fin de la jubilación.* Se pierde el papel del jubilado como resultado tanto de la reanudación de una actividad laboral como de la dependencia por enfermedad o discapacidad (Atchley, 1975, 2000).

Pueden necesitarse diferentes intervenciones de enfermería en cada fase de la jubilación. Ayudar a los adultos mayores con la preparación de la jubilación durante la fase de prejubilación es una intervención preventiva que optimiza el potencial de salud y el bienestar en la vejez. Como parte de este tipo de intervención, el personal de enfermería puede alentar a las personas a establecer la práctica de hábitos de salud apropiados, por ejemplo, seguir una dieta adecuada, evitar el consumo de alcohol, drogas y tabaco, y someterse a exploraciones físicas regulares. El asesoramiento en cuanto a las realidades de la jubilación puede ser parte de su preparación, mientras que ayudar a los jubilados a vivir su nueva libertad con una perspectiva adecuada puede justificarse durante la fase de luna de miel de la jubilación. Es posible que el apoyo a los jubilados durante la fase de desencanto sin fomentar la autocompasión y ayudar a identificar nuevas fuentes de satisfacción favorezca el proceso de reorientación. Apremiar y promover las fortalezas de la fase de estabilidad puede reforzar la adaptación a la jubilación. Cuando la fase de jubilación se termina debido a una enfermedad o discapacidad, el manejo diplomático de la dependencia y el reconocimiento respetuoso de las pérdidas son en extremo importantes.

Como lo han hecho con otros acontecimientos de la vida, los *baby boomers* están cambiando la forma de pensar con respecto al trabajo y la jubilación. Cada vez más, se está sustituyendo el modelo de una persona que se define por su trabajo por el que define el trabajo de una persona en relación con la totalidad de su vida. Los asesores de vida y jubilación ayudan a las personas a que se den cuenta de que la etapa de la jubilación es más significativa cuando crean un equilibrio entre el tiempo dedicado al trabajo, el aprendizaje, el ocio, la familia, el servicio a los demás y los intereses y deseos aplazados durante los años activos de carrera (Corbett, 2007). Más que perder

la función por completo, se sugiere que las personas permanezcan en el mundo laboral, aunque de forma diferente, es decir, que dejen tiempo para el disfrute de otros intereses y para mejorar su calidad de vida. Los *baby boomers* que han permanecido en el mercado laboral durante más tiempo han encontrado nuevos caminos de empleo que les permiten explorar sus pasiones y lograr un sentido diferente a su dedicación, incluso aunque se encuentren en los niveles más bajos de remuneración económica.

Las evaluaciones del personal de enfermería sobre sus propias actitudes hacia la jubilación son beneficiosas. ¿El personal de enfermería percibe la jubilación como un período de libertad, oportunidad y crecimiento o como uno de soledad, dependencia y falta de sentido? ¿Ha planificado de manera inteligente su propia jubilación o la ha negado evitando hacer frente a la realidad de la jubilación? El punto de vista del personal de enfermería acerca de la jubilación afecta la relación jubilado-personal de enfermería. En especial, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica puede proporcionar buenos modelos de prácticas y actitudes para una jubilación constructiva.

Ingresos económicos reducidos

Además de los ajustes en la actividad laboral, la jubilación obliga con frecuencia a que los adultos mayores vivan con una reducción de sus ingresos económicos. Los recursos financieros son importantes a cualquier edad, ya que afectan la dieta, la salud, la vivienda, la seguridad y la independencia, e influyen en muchas decisiones en la vida. Los ingresos económicos por jubilación son inferiores a la mitad de los obtenidos por la actividad laboral. Para los estadounidenses de mayor edad, los ingresos de la seguridad social, originalmente pensados como un complemento, son en realidad la principal fuente de ingresos de los jubilados y no siguen el mismo ritmo que la inflación. Como resultado, el perfil económico de muchas personas mayores es pobre.

Sólo una minoría de la población mayor tiene ingresos derivados de un plan privado de pensiones y los que lo tienen a menudo descubren que los beneficios fijos establecidos cuando se suscribieron al plan ahora son escasos debido a la inflación. De los trabajadores que se encuentran activos en el mundo laboral, más de la mitad no tendrán planes de pensión para cuando se jubilen. Más de uno de cada seis adultos mayores vive en la pobreza, con una tasa entre las personas afroamericanas e hispanas del doble de la que corresponde a las caucásicas. Sólo una minoría está totalmente ocupada o financieramente segura. Pocas personas mayores tienen suficientes activos acumulados durante su vida para proporcionar seguridad financiera durante la vejez.

Una reducción en los ingresos económicos es un ajuste significativo para muchas personas mayores, puesto que desencadena otros ajustes. Por ejemplo, la actividad de la vida social y de ocio puede ser forzada a reducirse de manera muy marcada o eliminarse. Quizá sea necesario trasladarse a una vivienda de menor coste, lo que tal vez obligue a los adultos mayores a romper numerosos lazos familiares y comunitarios. Las prácticas dietéticas pueden verse gravemente alteradas y es posible que el cuidado de la salud sea visto como un lujo más que como otro gasto básico,

como la comida y el alquiler, que tienen prioridad. Si los padres de edad avanzada deben depender de ingresos económicos complementarios de sus hijos, puede ser necesario realizar un ajuste adicional.

Es importante hacer los preparativos financieros para la vejez bastantes años antes de la jubilación. El personal de enfermería debe fomentar que los adultos mayores que todavía se encuentran trabajando determinen si sus planes de ingresos de jubilación mantienen el ritmo de la inflación. Además, los adultos mayores necesitan ayuda para obtener todos los beneficios a los que tienen derecho y para aprender a manejar sus ingresos con prudencia. El personal de enfermería debe ser consciente del impacto del bienestar económico sobre el estado de salud y participar de manera activa en cuestiones políticas que promuevan ingresos económicos adecuados para todas las personas.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cómo se está preparando para su propia jubilación?

CAMBIOS EN LA SALUD Y EL FUNCIONAMIENTO

Los cambios en la apariencia y la función corporal que se producen durante el proceso de envejecimiento requieren que el individuo se adapte a una nueva imagen corporal. El cabello suave lleno de color se vuelve gris y seco, los dedos flexibles y rectos se tuercen y duelen, los contornos del cuerpo se alteran y la estatura disminuye. Las escaleras que alguna vez se subieron varias veces al día demandan más tiempo y energía conforme pasan los años. Aun cuando la presentación de estos cambios es sutil, gradual y natural, en algún momento son evidentes y, en consecuencia, afectan la imagen corporal y el autoestima.

La manera en que las personas se perciben y sus habilidades funcionales pueden determinar los roles que desempeñan. Un albañil cuya fuerza y energía se han reducido puede perder su trabajo, un miembro del club al que le resulta imposible oír las conversaciones quizá deje de asistir a las reuniones, los modelos de moda tal vez dejen de buscar puestos de trabajo cuando se perciben como anticuados. Curiosamente, algunas personas que se encuentran bien en su séptima y octava décadas se niegan a unirse a un club de mayores, porque no se perciben “como esas personas de edad”. El personal de enfermería profundizará en el concepto de los adultos mayores sobre sí al evaluar qué funciones están dispuestos a aceptar y cuáles rechazan. Véase el [Diagnóstico de enfermería destacado 4-1](#) para un análisis de los posibles diagnósticos de enfermería del cumplimiento ineficaz del rol.

Para la persona que está envejeciendo, en ocasiones es difícil aceptar la disminución de la eficiencia de su cuerpo. El deterioro de la memoria, la respuesta lenta, la fatiga fácil y los cambios en su aspecto son algunas de las múltiples consecuencias frustrantes del deterioro funcional, y se abordan de diversas maneras. Con frecuencia, algunos adultos mayores niegan este proceso y demuestran su falta de juicio en un intento de exigir a sus cuerpos lo que hacían cuando eran más jóvenes. Otros tratan de resistirse a estos cambios invirtiendo en cirugía estética, tratamientos de belleza, medicamentos milagrosos y otros costosos esfuerzos y sacrificando su

presupuesto sin aceptar el proceso de envejecimiento normal. Algunos más exageran dichos efectos y se imponen un estilo de vida innecesariamente restringido. Las expectativas de la sociedad suelen determinar a los individuos el ajuste que deben realizar con respecto al deterioro funcional.

Los indicadores más frecuentes de disminución de la función son la enfermedad y la discapacidad. Como se describe en el [capítulo 1](#), la mayoría de los adultos mayores tienen una o más enfermedades crónicas y más de un tercio tienen una discapacidad grave que limita las actividades más importantes, como el trabajo y la limpieza del hogar. Los adultos mayores suelen temer que su enfermedad o discapacidad pueda causar la pérdida de su independencia. Convertirse en una carga para su familia, ser incapaz de satisfacer las exigencias de la vida cotidiana y tener que ingresar en una residencia son algunos de los temores asociados con la dependencia. Los hijos y los padres pueden tener dificultades para convertir las funciones de una persona independiente en dependiente. El dolor físico que surge de una enfermedad no es tan grave como la dependencia que ocasiona.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DESTACADO 4-1

DESEMPEÑO INEFICAZ DE LA FUNCIÓN

Resumen

Existe ineficacia en el desempeño de una función cuando hay un cambio en la percepción o el desempeño. Lo anterior puede asociarse con una limitación física, emocional, intelectual, motivacional, educativa o socioeconómica de la capacidad para percibir una función o con restricciones en el desempeño de funciones impuestas por otras personas. Es posible que haya una considerable angustia, depresión o enojo por no realizar adecuadamente la función a la que se está acostumbrado y las responsabilidades asociadas.

Factores contribuyentes y causales

Enfermedad, fatiga, dolor, deterioro funcional, alteraciones cognitivas, depresión, ansiedad, falta de conocimientos, recursos financieros y transporte, jubilación, pérdida de la pareja, vejeísmo y restricciones impuestas por otras personas.

Objetivo

El paciente evalúa el desempeño de un rol realista, se adapta a los cambios en el desarrollo de su función y aprende a asumir responsabilidades asociadas con la función establecida.

Intervenciones

- Evaluar las funciones y responsabilidades del paciente, identificar las deficiencias en el desempeño de la función y las razones del deterioro; revisión del paciente respecto a su percepción de la función y los sentimientos relacionados con las alteraciones en el desempeño de la función.
- Ayudar al paciente en una evaluación realista de la causa de la alteración en el desempeño de la función y de las posibilidades de mejoría de este desempeño.
- Identificar las estrategias específicas para mejorar el desempeño de la función (p. ej., instrucción, negociación con los miembros de la familia para que permitan al paciente realizar sus funciones, asesorar al paciente para que acepte limitaciones reales, derivación a los recursos de la comunidad, mejorar los problemas de salud, alentar al individuo para que busque ayuda para sus responsabilidades y asesoramiento para el afrontamiento del estrés).
- Animar al paciente para que comente sus preocupaciones con los miembros de su familia; ayudar en la organización de reuniones familiares.

- Derivar al paciente a los recursos de asistencia según el caso, como grupos de apoyo, terapeutas ocupacionales, asesores financieros, servicios de empleo y asesoramiento para mayores de 60 años de edad, visitas del personal de enfermería o los trabajadores sociales.
-

El personal de enfermería debe ayudar a estas personas a comprender el envejecimiento y afrontar los cambios que se asocian con la edad avanzada. Deben fomentarse los factores que promueven un funcionamiento óptimo, incluyendo una dieta adecuada, el ritmo de actividad, las revisiones físicas regulares, la corrección de los problemas de salud en sus fases iniciales, el afrontamiento eficaz del estrés y evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas. El personal de enfermería debe ofrecer asistencia, poniendo especial atención en la preservación tanto de la independencia como de la dignidad en la medida de lo posible.

EFFECTOS ACUMULADOS DE LAS TRANSICIONES DE VIDA

Disminución del entorno social

Una gran cantidad de cambios que acompañan al envejecimiento son el resultado de la pérdida de conexiones sociales y del aumento del riesgo de soledad. Los hijos crecieron y se fueron, los amigos y el cónyuge pueden haber muerto, y quizás otras personas que podrían disipar la soledad eviten al adulto mayor porque les resulta difícil aceptar los cambios que ven o que se evidencian y que les recuerdan el hecho de que ellos también van a envejecer algún día. Vivir en una zona rural poco poblada a veces aísla geográficamente a las personas de edad y los temores acerca de ser víctimas de delitos, cuando se vive en una zona urbana, pueden impedir que los adultos mayores se expongan a salir de sus hogares.

Los deterioros auditivos y del habla y las diferencias lingüísticas también pueden fomentar la soledad. Incluso en compañía de los demás, es posible que estas limitaciones funcionales aislen socialmente a un adulto mayor. Además, la inseguridad resultante de diversas pérdidas en las habilidades comunicativas puede dar lugar a la suspicacia de otras personas y al aislamiento autoimpuesto.

En un momento de muchas pérdidas y ajustes personales, son necesarios el contacto, el amor, el apoyo adicional y la atención, no el aislamiento. Éstas son necesidades humanas esenciales. Es probable que se presenten algunas anomalías en los adultos que se sienten no deseados ni queridos, de la misma forma que lo sienten los niños que experimentan ansiedad, depresión, anorexia y otras alteraciones del comportamiento.

El personal de enfermería debe intentar intervenir cuando detecta aislamiento y soledad en un adulto mayor. Varios programas ofrecen tranquilización vía telefónica o visitas a domicilio como contacto humano cotidiano. La comunidad religiosa del adulto mayor también proporciona ayuda. El personal de enfermería puede ayudar a los mayores a buscar y unirse a grupos sociales, e incluso acompañarlos a la primera reunión. En ocasiones, es necesario un cambio de domicilio para brindar un entorno seguro y propicio para la interacción social. Si el adulto mayor habla un idioma distinto al local, el traslado a un área en la que los miembros de la comunidad hablen el mismo idioma a menudo puede remediar la soledad. Con frecuencia, las mascotas

también sirven como compañía importante y eficaz.

Usar el sentido común en la atención de enfermería facilitará la actividad social, ya que el personal puede revisar y quizá reajustar el horario de la persona para maximizar las oportunidades de socialización y conservar la energía. La administración de fármacos debe planificarse de manera que, durante los períodos de actividad social, los analgésicos ofrezcan alivio, los tranquilizantes no seden al paciente, los diuréticos no tengan su máximo efecto y los laxantes no empiecen a funcionar. Del mismo modo, deben planificarse la ingesta de líquidos y las evacuaciones antes de que comiencen las actividades para reducir el miedo o que se presente un episodio de incontinencia; las actividades para los adultos mayores deben incluir períodos frecuentes de descanso y para ir al baño. El control de estos pequeños obstáculos a menudo puede facilitar la interacción social.

El personal de enfermería también debe entender que estar solo no es sinónimo de ser solitario. Los períodos de soledad son esenciales en todas las edades y proporcionan la oportunidad de reflexionar, analizar y comprender mejor la dinámica de la vida propia. Es posible que los mayores deseen períodos de soledad para recordar el pasado y examinar sus vidas. Algunas personas, jóvenes y mayores, prefieren y eligen estar solas y no se sienten aisladas o solas en modo alguno. Por supuesto, el personal de enfermería siempre debe estar alerta de las alteraciones de audición, visión y otros problemas de salud que pueden ser la causa del aislamiento social.



CONCEPTO CLAVE

Los períodos de soledad resultan esenciales para reflexionar, analizar y comprender mejor la dinámica de la vida.

Consciencia de la mortalidad

La viudez, la muerte de los amigos y el reconocimiento de la disminución de las funciones corporales hacen que los adultos mayores tomen consciencia de la realidad de sus propias muertes. Durante los primeros años de vida, los individuos aceptan que no van a vivir para siempre, pero sus comportamientos suelen negar esta realidad. La falta de una voluntad anticipada y de planes funerarios pueden ser indicios de esta negación. A medida que se agudiza la realidad de la mortalidad, conforme avanza la edad, se presentan signos aparentes, como el interés por la realización de los sueños, la profundización de las convicciones religiosas, el fortalecimiento de los lazos familiares y el interés por el bienestar permanente de la familia y por dejar un legado.

CASO A CONSIDERAR



La Sra. Ko es una mujer coreana de 66 años de edad que ha sido viuda durante 5 años. Ella y su difunto esposo emigraron a los Estados Unidos hace 25 años y, hasta su muerte, tuvieron una pequeña tienda de conveniencia en una zona cercana a donde ella vive en la actualidad. Trabajaron arduamente y pudieron inscribir a sus hijos en la universidad. Su salud es buena y se hace cargo de su hogar sin ningún problema. Tiene dos hijos: uno ha vivido en otro estado durante los últimos 15 años y el otro se acaba de casar y de mudar a otro estado. La Sra. Ko no maneja y no vive en una zona donde haya transporte público. Asiste a una iglesia coreana y es amiga

de una pareja que la lleva ahí y a realizar compras.

La pareja le comenta a la Sra. Ko que se mudarán con su hija, que vive en otra parte del estado, por lo que no podrán seguirla llevando. Sugieren que hable con sus hijos acerca de mudarse con uno de ellos, mencionando que “se supone que nuestros hijos nos tienen que cuidar”. La Sra. Ko está de acuerdo con que esa es la tradición con la que se crió.

Cuando habló con sus hijos por teléfono, la Sra. Ko les informó acerca de la mudanza de sus amigos y que esto ha hecho que piense acerca de su propio futuro. Ninguno de los dos hijos se ofreció a que viviera con su familia. Unos días después, recibió una llamada de uno de sus hijos, que dijo: “mamá, Ron (su hermano) y yo estuvimos hablando y pensamos que tal vez sea mejor que te mudes. Encontramos un pueblo de jubilación cerca de donde vives que será bueno para ti y que estamos dispuestos a pagar. Vamos a ir a la ciudad la próxima semana para llevarte y llenar el papeleo”. La Sra. Ko se sorprende porque nunca se imaginó vivir en una comunidad de jubilación, pero siente que no debería oponerse a la decisión de sus hijos.

PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué opciones hay para un adulto mayor como la Sra. Ko para que se considere su situación y, así, ayudarla a que se respeten y expresen sus preferencias?
2. Si los hijos de la Sra. Ko no pueden o no quieren que se mude con ellos, ¿qué opciones se le podrían recomendar?
3. ¿Cómo aconsejaría a una familia cuando las opiniones de las tradiciones de los padres acerca de la responsabilidad que tienen sus hijos con sus padres mayores difieren de las de ellos?

Quizá sea más tolerable el pensamiento de la muerte inminente si las personas comprenden que su vida ha tenido profundidad y significado. Las culpas no resueltas, las aspiraciones no cumplidas, los fracasos percibidos y gran cantidad de otros “asuntos pendientes” pueden entenderse mejor y quizá resolverse. Aunque el estado de vejez puede proporcionar oportunidades limitadas para las emociones y los logros, es posible obtener cierta satisfacción al recordar los logros y emociones de otros períodos de la vida. La mujer mayor tal vez sea frágil y tenga arrugas, pero aún puede deleitarse con el recuerdo de cómo alguna vez enloqueció a los hombres. El mayor jubilado puede sentir que es inútil para la sociedad actual, pero se da cuenta de su valía a través de la memoria de las guerras en las que luchó para proteger a su país y el orgullo que siente al saber que consiguió que sus hijos tuvieran una educación y comenzaran una vida que sus padres no pudieron proporcionarle. El personal de enfermería puede ayudar a los adultos mayores a adquirir esta perspectiva de sus vidas mediante algunas de las intervenciones que se discuten en las siguientes secciones.

RESPUESTA A LAS TRANSICIONES DE VIDA

Cuando se enfrentan al viejismo y a numerosos cambios que afectan las relaciones, los roles y el estado de salud, los adultos mayores pueden responder de diversas maneras. La capacidad del adulto mayor para afrontar y adaptarse a los cambios de

vida determina si alcanzará una etapa de integridad o caerá en la desesperación. El personal de enfermería puede ayudar a los mayores a responder a estas transiciones facilitando la **revisión de vida**, la realización de la historia de vida, la promoción de la autorreflexión y el fortalecimiento de los **recursos internos**.

Revisión e historia de vida

La revisión de vida es el proceso de reflexión intencional sobre las experiencias pasadas en un esfuerzo por resolver acontecimientos vitales traumáticos o problemáticas y evaluar la vida propia en su totalidad. La revisión de vida es importante para la interpretación y el perfeccionamiento de las experiencias pasadas, ya que están relacionadas con el concepto de nosotros mismos y nos ayudan a entender y aceptar que nuestra historia de vida ha sido bien juzgada (Butler y Lewis, 1982; Webster y Haight, 2002). En la atención gerontológica, la revisión de vida se reconoce desde hace tiempo como un proceso importante para facilitar la integridad en la tercera edad (para ayudar a los adultos mayores a apreciar que sus vidas han tenido significado).

En lugar de ser una conducta patológica, la discusión del pasado tiene importancia terapéutica para los adultos mayores (fig. 4-4). Es posible que la revisión de vida sea una experiencia positiva porque los adultos mayores pueden reflejarse en los obstáculos que debieron superar y en los logros que han obtenido. El proceso también puede proporcionar los incentivos para sanar las relaciones rotas y completar los asuntos pendientes. La revisión de vida, sin embargo, puede ser una experiencia dolorosa para los adultos mayores que se percatan de los errores que han cometido y las vidas a las que han herido. En lugar de ocultar y evitar estos sentimientos negativos, quizá se beneficien al plantearlos abiertamente y trabajar a través de ellos; tal vez sea adecuado derivarlos a terapeutas y consejeros para que los ayuden con los duelos no resueltos, la depresión o la ansiedad.



FIGURA 4-4 • La reminiscencia es un fenómeno cultural y universal del envejecimiento; es una manera en la que el adulto mayor revalora sus experiencias y desarrolla un sentido de logro, satisfacción y recompensas en la vida.

Los jóvenes también pueden beneficiarse de los recuerdos de los adultos mayores mediante la obtención de una nueva perspectiva de vida a medida que aprenden sobre su ascendencia. Imagine las ventajas de oír hablar de la esclavitud, la inmigración, las epidemias, la industrialización o las guerras por quienes han sido protagonistas de esa historia. ¿Qué descripción de un libro de historia acerca de la Gran Depresión puede compararse con el relato de los abuelos mientras describen la repercusión de los acontecimientos en la familia por experiencia propia, como acostarse con hambre durante la noche? Además de su lugar en el futuro, los jóvenes pueden establecer un vínculo con la historia cuando se fomenta el deseo de los adultos mayores de recordar el pasado.

El personal de enfermería puede facilitar la revisión de vida mediante la obtención de la historia de vida del adulto mayor. Con el envejecimiento se acumulan grandes testimonios de experiencias que crean la estructura única de la vida. Cuando el adulto mayor se ve aislado, algunos de estos temas parecen tener poco valor o poco sentido, como un entramado de hilos en el dorso de un antiguo tapiz. Sin embargo, cuando los hilos se entrelazan y el tapiz se contempla como un todo, una persona puede ver el propósito especial de las experiencias, sean buenas o malas. Tejer la trama de las experiencias de vida en el tapiz de una historia de vida puede ser muy

beneficioso tanto para el adulto mayor como para otras personas. Permite apreciar los éxitos y resaltar el valor de los retos y fracasos. Otros son capaces de obtener una perspectiva de la vida de la persona en su totalidad, en lugar de tener una comprensión limitada que puede ser sólo un segmento representativo de la vida que ahora analiza. Es posible reconocer las costumbres, el saber y el conocimiento, lo que permitirá su preservación y herencia a las generaciones posteriores.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles son las principales tramas que se han tejido en el tapiz de su propia vida hasta ahora?

El recuerdo de las historias de vida de los adultos mayores no es un proceso difícil; de hecho, gran cantidad de ellos dan la bienvenida a la oportunidad de compartir sus historias y lecciones de vida con los oyentes interesados. El personal de enfermería puede alentar a los adultos mayores a que discutan y analicen la dinámica de sus vidas, para que sean receptivos y acepten la presencia de espectadores. El [cuadro 4-1](#) resume algunos de los abordajes que el personal de enfermería puede utilizar para recordar historias de vida.

Para los adultos mayores que requieren algún tipo de ayuda, las actividades creativas, como elaborar un libro de recuerdos o dictar una historia familiar, pueden estimular el proceso. Estos esfuerzos creativos, por poco sofisticados que sean, deben reconocerse como legados importantes del adulto mayor al joven. Por ejemplo, un hombre de 75 años de edad comenzó un álbum de recuerdos familiares de cada uno de sus hijos. Reprodujo toda fotografía, artículo o anuncio periodístico referente a cualquier miembro de la familia y los incluyó todos en el álbum. La familia aceptó con paciencia esta actividad y le envió una copia de los programas de graduación y fotografías para cada álbum de recuerdos. La familia consideró que el principal valor de esta actividad era ofrecer al paciente una actividad beneficiosa para mantenerlo ocupado. No fue sino hasta años después de su muerte que se apreció la importancia de esta gran tarea como un regalo de valor incalculable. Estos elementos tangibles pueden servir como una prueba para los jóvenes y los mayores de que la trascendencia de un familiar anciano no cesa con la muerte. Guiar a los adultos mayores a través de esta experiencia de compilación de una historia de vida no sólo constituye un ejercicio terapéutico para ellos y un legado extraordinario para sus seres queridos, sino también ofrece al personal de enfermería geriátrica y gerontológica la posibilidad de compartir y honrar los viajes de vida únicos de cada persona mayor.

Autorreflexión

Una de las características del envejecimiento exitoso es el conocimiento de sí, es decir, la consciencia de la realidad de lo que se es y de su lugar en el mundo. Desde la infancia, participamos en experiencias dinámicas y únicas a las que van dando forma los individuos. En la edad adulta, tenemos formado el esqueleto de nuestras identidades. Las continuas interacciones y experiencias en nuestro viaje por la vida amplían aún más el desarrollo de nuestras identidades.

CUADRO 4-1 Recuerdo de las historias de vida

Los adultos mayores poseen historias de vida bastas que han acumulado a través de los años. Estas historias únicas contribuyen a la identidad y la individualidad de cada persona. Aprender acerca de las historias de vida ayuda al personal de enfermería a comprender las preferencias y las actividades de las personas mayores que facilitan su autorrealización, preservan la identidad y dan continuidad a las experiencias de vida. El conocimiento de historias de vida también permite a los médicos ver a sus pacientes en un contexto más amplio, conectados a un pasado lleno de diversos roles y experiencias.

Un requisito básico para recordar historias de vida es tener voluntad para escuchar. Con frecuencia, una petición expresa será suficiente para abrir la puerta a una historia de vida. Las actividades para facilitar este proceso son las siguientes:

- **Árbol de vida.** Pedir al adulto mayor que escriba los acontecimientos más importantes (graduación, primer empleo, traslados, matrimonios, defunciones, nacimientos, etc.) de su pasado en cada rama y luego discutir cada uno.
- **Línea de tiempo.** Solicitar a la persona mayor que escriba los acontecimientos más significativos y el año o los años en los que se produjeron, y después comente cada uno.
- **Mapa de vida.** Sugerir al adulto mayor que escriba los acontecimientos más significativos en un mapa y que después los explique.
- **Historia oral.** Invitar al adulto mayor a que empiece con su primer recuerdo y registre su historia de vida en una grabadora (se recomienda que realice esta grabación como un regalo para los miembros más jóvenes de su familia). Si la persona necesita orientación para contar su historia, ofrecer un esquema o preguntas, o hacer la función de entrevistador.

El yo, la identidad personal de un individuo, tiene varias dimensiones que básicamente pueden describirse como cuerpo, mente y espíritu. El cuerpo incluye características físicas y su funcionamiento; la mente abarca la cognición, la percepción y las emociones, y el espíritu se compone de significado y propósito derivado de una relación con Dios o un ente superior. Una serie de factores afectan el desarrollo del cuerpo, la mente y el espíritu, como la constitución genética, la composición y la dinámica familiar, los roles, la etnia, el entorno, la educación, las experiencias religiosas, las relaciones, la cultura, el estilo de vida y las prácticas de salud (fig. 4-5).

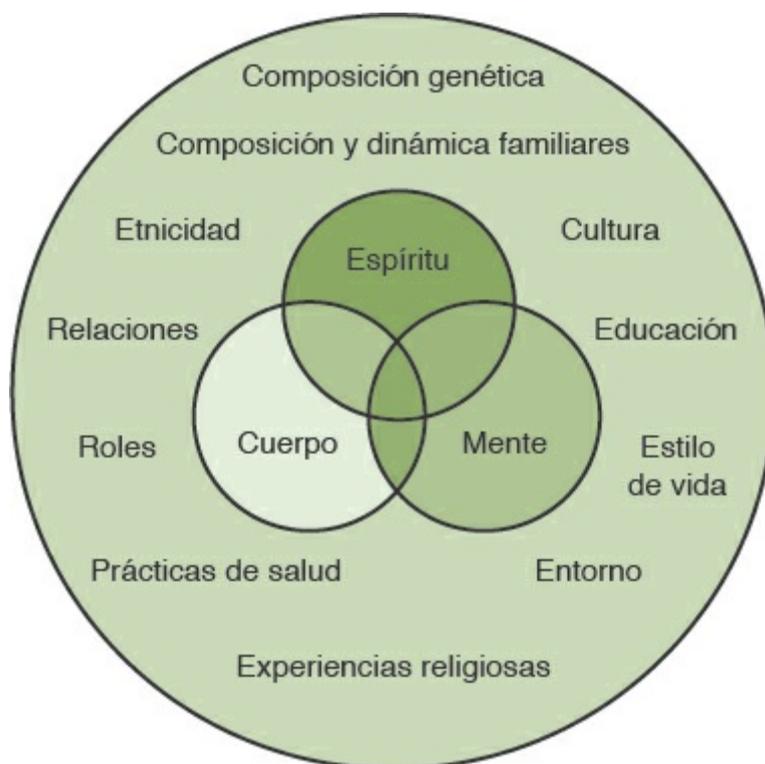


FIGURA 4-5 • El yo integral.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles son los factores significativos de su pasado que influyeron en su cuerpo, mente y espíritu?

Aunque una evaluación realista de la identidad y el lugar en el mundo promueve un envejecimiento saludable, no todas las personas completan esta tarea con éxito. Algunas pueden vivir con expectativas o puntos de vista sobre sí poco realistas, van por la vida desempeñando papeles poco adecuados para ellas y pierden el tiempo en actividades infructuosas o insatisfactorias. Harry es un ejemplo de ello:

Harry, el mayor de cinco hermanos, se crió en una comunidad del centro de la ciudad donde la pobreza era la norma. Su padre era un mecánico de automóviles que tenía dificultades para mantener sus puestos de trabajo. Su madre no perdió la oportunidad de expresar su descontento por los escasos ingresos económicos de su marido ni de insistir a Harry que necesitaba asegurarse de “hacer algo grande y no ser como su padre”.

El mensaje inculcado por su madre y su deseo de una vida mejor que la que disfrutó durante su infancia alentaron a Harry para ser un gran triunfador. A la edad de 30 años, poseía una pequeña cadena de tiendas de conveniencia, una gran casa en los suburbios, varios autos de lujo y la mayoría de las posesiones que reflejan un estilo de vida de la clase media alta. Estaba orgulloso de que podría proporcionar una vida cómoda a su esposa y una educación costosa a sus hijos, todo lo contrario de lo que su padre consiguió. Sin embargo, algo faltaba. Su negocio le exigía la mayor parte de su tiempo y energía; por lo tanto, tenía poco para dedicarlo a él y a su familia. También, tenía poco tiempo para su pasión, la restauración de autos clásicos. Su vida parecía consistir en el manejo de sus negocios y en dormir, y algún acontecimiento social ocasional con su familia. El tiempo para el descanso y la

reflexión no cabía en la ajetreada vida de Harry.

En sus últimos 50 años, con hijos adultos y un negocio que podía darle el suficiente dinero como para proporcionarle una jubilación cómoda, Harry se encontraba en una posición en la que no tenía que trabajar largas jornadas o nada en absoluto si fuera necesario. Su esposa lo animó a considerar la venta de su negocio y pasar su tiempo “jugando con autos y tomando la vida con calma”. A pesar de que se sintió tentado, Harry pensó que simplemente no podía hacerlo. Por desgracia, la secuencia de instrucciones para “hacer algo grande”, programada en la mente de Harry desde que era niño, lo mantuvo prisionero en un papel que le produjo poca alegría y satisfacción. Por otra parte, no tenía ni idea de cuáles eran su propósito e identidad.



CONCEPTO CLAVE

Algunos adultos pueden no haber invertido el tiempo y esfuerzo suficientes para realizar su autoevaluación y, en consecuencia, llegan a la vejez con una identidad propia poco clara.

Al igual que Harry, muchas personas pueden llegar a su vejez sin haber evaluado lo que son en realidad (lo que los lleva a comportarse como lo hacen) o cuáles son sus verdaderos propósitos y placeres.

Explorar y aprender acerca del verdadero *yo* es significativo para la salud integral en la vejez. Examinar y estar conforme con los pensamientos, los sentimientos, las creencias y los comportamientos fomenta en los adultos mayores alcanzar un estado de integridad en lugar de sentir desesperación por las vidas que han vivido. Sin embargo, la autorreflexión, como proceso importante que es, no resulta fácil o natural para algunas personas. En ocasiones, se requieren intervenciones para facilitar este proceso; por lo tanto, la orientación a los adultos mayores mediante actividades de autorreflexión es una importante medida terapéutica que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica quizá deba ofrecer. La revisión de vida y compartir la historia de la propia vida funcionan como actividad autorreflexiva. Además, otras actividades que facilitan la autorreflexión incluyen escribir un diario o cartas y mensajes de correo electrónico y reflexionar a través del arte. Sin duda, no son las únicas estrategias que pueden usarse para fomentar la autorreflexión. El personal de enfermería está limitado sólo por su creatividad en la utilización de métodos para promover la autorreflexión.

Llevar un diario

Ya sea que se haga con lápiz y papel o con un programa de procesamiento de textos, escribir con frecuencia facilita la autorreflexión. No existe una forma única de llevar un diario; los individuos deben desarrollar el estilo que les resulte más cómodo. Algunas personas pueden hacer registros diarios que incluyan detalles acerca de sus comunicaciones, patrones de sueño, estado de ánimo y actividades del día, mientras que otras hacen registros periódicos que abordan los principales problemas emocionales y espirituales. El personal de enfermería puede ayudar a las personas que no han escrito nunca diarios guiándolas en la selección de una hoja en blanco y cualquier instrumento de escritura. Éste es un paso importante no sólo porque estas

herramientas se utilizarán a menudo, sino que, ya que el libro será una recopilación de pensamientos tangibles y sentimientos significativos, puede tener algún significado para las siguientes generaciones. Las personas que escriben por primera vez un diario pueden motivarse iniciando una reflexión sobre su vida y comenzar su libro/diario con un resumen del pasado. Lo anterior sugiere que los sentimientos y pensamientos, además de los acontecimientos del día, pueden contribuir a iniciar el proceso que fomente la autorreflexión.

Escribir cartas y correos electrónicos

Las cartas o los correos electrónicos son otro medio para reflejar y expresar sentimientos. Con frecuencia, los pensamientos y sentimientos que resulta incómodo verbalizar pueden expresarse por escrito. Para algunos adultos mayores, es posible que las cartas de explicación y disculpa a los amigos y la familia con la que han mantenido relaciones tensas sean un ejercicio de alivio. Se puede alentar a los adultos mayores a localizar a amigos y familiares en otras partes del país (o del mundo) con quienes no han estado en contacto durante algún tiempo e iniciar la comunicación sobre lo que ha sucedido en la vida y los acontecimientos actuales. Las cartas a los nietos y otros miembros más jóvenes de la familia proporcionan un medio para compartir antecedentes familiares de interés y ofrecer una atención especial (¡a gran cantidad de niños les encanta recibir su propio correo!). Los adultos mayores pueden disfrutar de comunicarse a través del correo electrónico debido a la facilidad y a su coste relativamente bajo. Si los adultos mayores no tienen sus propios equipos de cómputo, el personal de enfermería debe derivarlos a centros locales para personas mayores o bibliotecas con acceso gratuito a Internet.

Reflexionar a través del arte

Muchas personas perciben que la pintura, la escultura, el bordado y otras formas de expresión creativa facilitan la autorreflexión y la expresión. Es importante que se dé valor al proceso, no al producto terminado. Con frecuencia, las organizaciones locales dedicadas a actividades específicas ofrecen clases y grupos de artes y oficios (p. ej., grupos de tejedores y consejos de artes), escuelas y centros para personas mayores. El personal de enfermería puede ayudar a localizar estos grupos en sus comunidades.



CONCEPTO CLAVE

La producción de una obra de arte, la discusión de una obra literaria y compartir la historia de vida son algunas de las muchas intervenciones que pueden usarse para fomentar la autorreflexión.

Fortalecimiento de los recursos internos

Los deterioros y las dependencias que cada vez se presentan en mayor grado en la vejez pueden llevar a considerar a los ancianos como frágiles e incapaces. Sin embargo, la mayoría poseen recursos internos, físicos, emocionales y espirituales significativos que les han permitido sobrevivir hasta la vejez. Los comportamientos que ejemplifican sus capacidades de supervivencia se describen en el [cuadro 4-2](#).



CONCEPTO CLAVE

Al considerar los puntos fuertes que los adultos mayores muestran conforme cursan su proceso de envejecimiento, el personal de enfermería y otras personas pueden desarrollar una perspectiva más amplia de esta población.

CUADRO 4-2 Características que reflejan las competencias de supervivencia de las personas que envejecen

- Toma de la responsabilidad del cuidado personal.
- Movilización de recursos internos y externos para resolver problemas y manejar las crisis.
- Desarrollo del sistema de apoyo mediante una red familiar, de amigos y profesionales y grupos (p. ej., clubes sociales, iglesias, médicos y voluntarios).
- Sentido de control sobre los acontecimientos de la vida.
- Adaptación al cambio.
- Perseverancia para afrontar los obstáculos y las dificultades.
- Recuperación de un trauma.
- Aceptación de la realidad de que la vida incluye acontecimientos positivos y negativos.
- Descubrimiento del significado de los acontecimientos de la vida.
- Determinación para cumplir las expectativas personales, familiares, comunitarias y laborales a pesar de las dificultades y las distracciones.
- Reconocimiento de limitaciones y competencias.
- Capacidad para confiar, amar, perdonar y aceptar la confianza, el amor y el perdón.

En el contexto de las amenazas a la independencia y la autoestima, el personal de enfermería atiende mejor a los adultos mayores al mantener y reforzar sus fortalezas internas. Para este esfuerzo es básico preservar la salud y el bienestar físico. Es todo un reto para las personas de cualquier edad satisfacer de manera óptima sus necesidades intelectuales y emocionales, así como sus retos socioeconómicos y espirituales cuando sus necesidades físicas básicas no están plenamente satisfechas o están experimentando los síntomas que acompañan a las enfermedades. Las valoraciones periódicas e integrales del estado de salud de la persona, así como las intervenciones para promover un estilo de vida saludable, proporcionan una base sólida, pues alimentan las fortalezas internas.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cómo juzgaría sus “competencias de supervivencia”? ¿Qué experiencias han contribuido a ello?

Al ser facilitadores del empoderamiento, el personal de enfermería puede apoyar las fuerzas internas de los mayores. El personal debe comenzar este proceso mediante el examen y el fortalecimiento de su propio nivel de empoderamiento. Cuando el personal de enfermería desarrolla una mentalidad que le permite apreciar las alternativas a pesar de las posibles limitaciones, están en mejores condiciones para ayudar a los adultos mayores a ver sus propias alternativas a pesar de las potenciales

limitaciones impuestas por la edad y la enfermedad. Además de desempeñar la función de ejemplo, el personal de enfermería puede facilitar el empoderamiento por medio de:

- Incluir y fomentar la participación activa de los adultos mayores en las actividades de planificación de sus cuidados en la medida de lo posible.
- Evitar actitudes de viejismo a través de la forma de hablar con los mayores (p. ej., elevar la voz con base en la suposición de que todos los adultos mayores tienen problemas de audición y usar términos como “corazón” o “abuela”) y de prácticas (p. ej., colocar signos como “riesgo de caída” o “sanitario cada dos horas” a la vista de los demás y etiquetar la vestimenta de manera visible para otros).
- Proporcionar una variedad de opciones para los adultos mayores y la libertad de escoger entre ellas.
- Facilitar a los adultos mayores la realización de más actividades de autocuidado y ofrecer autonomía mediante educación, relaciones, asesoramiento, proximidad y apoyo.
- Apoyar a los adultos mayores en su búsqueda de información, toma de decisiones y ejecución de las estrategias que han seleccionado para su autocuidado.
- Ofrecer retroalimentación, refuerzos positivos, motivación y apoyo. El sentimiento de esperanza promueve el empoderamiento y es un hilo que refuerza el tejido de las fortalezas internas. La esperanza es la expectativa de que un problema se resolverá, se obtendrá alivio o se conseguirá algo deseado. La esperanza permite a las personas ver más allá del presente y dar sentido al sinsentido; las impulsa a realizar acciones. El personal de enfermería fomenta la esperanza en los adultos mayores honrando sus vidas a pesar de debilidades y limitaciones, ayudando en el establecimiento de objetivos, apoyando en el uso de estrategias para afrontar las realidades a partir de las capacidades y adoptando una actitud cariñosa y optimista. Las creencias y prácticas espirituales también proporcionan una fuerza interior que permite que los adultos mayores hagan frente a los retos actuales y mantengan la esperanza y el optimismo en el futuro (véase el [cap. 15](#)); el personal de enfermería debe apoyar a los adultos mayores en sus oraciones, lecturas religiosas, asistencia a la iglesia y otras expresiones de espiritualidad.



Alerta sobre el dominio de conceptos

El personal de enfermería puede facilitar el empoderamiento mediante la evasión de actitudes y prácticas relacionadas con el viejismo, como colocar signos que digan “riesgo de caída” en la puerta de un paciente, a la vista de los demás.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

El rol de la trascendencia en una perspectiva integral del envejecimiento exitoso: un análisis y modelo de concepto de trascendencia en la maduración y el envejecimiento

Los autores adaptaron un método del análisis de concepto (una técnica de descripción sistemática de fenómenos para mejorar su comprensión) a fin de analizar las publicaciones de enfermería y otras disciplinas con el propósito de obtener una mejor comprensión de la trascendencia. La *trascendencia* se refiere a lo que existe más allá del universo material o la experiencia humana física. Se analizaron los estudios empíricos acerca de la trascendencia para aclarar el significado del término e identificar los indicadores con los que se podría medir. Encontraron pocos estudios sobre trascendencia en cuanto al envejecimiento exitoso. Sin embargo, hallaron más estudios relacionados con la autotrascendencia, un proceso en el que hay una expansión gradual de los límites personales y las expectativas de uno mismo, otras personas y el mundo; este es un proceso percibido como alcanzable por personas de cualquier edad.

Se identificaron los antecedentes (condiciones que promovieron la trascendencia) y los atributos (los productos de la trascendencia). Los antecedentes incluyeron narración, expresión de sentimientos, oportunidades para la soledad positiva, tiempo invertido en actividades, acercamiento a la naturaleza, participación en actividades relacionadas con el arte, creatividad intelectual, aprendizaje duradero y pertenencia a una familia, grupo o comunidad. Los atributos de trascendencia incluyeron unidad con el ser y Dios, consciencia de dimensiones mayores que el ser, sentido de propósito, altruismo, aumento de autoaceptación, autosatisfacción e integración del pasado y del futuro para dar significado al presente. De acuerdo con sus hallazgos, identificaron cinco dominios asociados con la trascendencia: las relaciones, la creatividad, la contemplación, la introspección y la espiritualidad.

El modelo conceptual que desarrollaron los autores podría ofrecer al personal de enfermería geriátrica y gerontológica una guía acerca de la planificación de las intervenciones para ayudar a los adultos mayores en un envejecimiento exitoso y saludable. Estas intervenciones podrían incluir proporcionar imaginación guiada para estimular actividades artísticas, ayudar a los adultos mayores para encontrar períodos de soledad en contextos naturales y planificar actividades que les ofrezcan la oportunidad de compartir sus historias de vida.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La señora Knight, viuda de 78 años de edad, vive en la casa donde se crió y en la que formó su familia. Su hijo de 56 años de edad, desempleado, vive con ella y una hija vive en un estado vecino.

A pesar de su independencia, la señora Knight preocupa a su hija, quien cree que su hermano se está aprovechando de su madre. La hija sugirió que la señora Knight viviera con ella. La señora Knight se ha negado diciendo que su hijo “no podría lograrlo por su cuenta”.

La hija comparte su preocupación con el personal de enfermería que trabaja en la institución que vigila la atención de la señora Knight.

¿Cuáles serían las acciones más razonables a llevar a cabo por el personal de enfermería?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué ejemplos de vejeísmo pueden encontrarse en programas de televisión, anuncios y otros medios de comunicación?
2. ¿De qué manera las experiencias de vida de una mujer que hoy tiene 30 años de edad afectarán su capacidad para adaptarse a la vejez? ¿Qué factores le permitirán hacer frente más o menos en comparación con la generación de su abuela?
3. Describir las acciones que el personal de enfermería puede realizar para ayudar a las personas a prepararse para su jubilación.
4. ¿Cómo se puede determinar si el tiempo que un adulto mayor pasa solo es un reflejo de soledad necesaria o el resultado de aislamiento social?
5. ¿Cómo puede el personal de enfermería geriátrica y gerontológica recabar historias de vida de los adultos mayores en un entorno que exige actividades de atención continua en su turno de trabajo?
6. ¿De qué maneras la generación de jóvenes de hoy en día estará en una posición mejor o peor que la población de edad avanzada en el desarrollo de competencias de supervivencia?

Resumen del capítulo

Un desafío y transición que enfrentan las personas conforme envejecen son los cambios en los roles y las relaciones familiares. Las familias nucleares redujeron la interacción cotidiana y la satisfacción de las necesidades entre padres mayores y sus hijos. Una gran cantidad de adultos mayores son abuelos, de los que un número creciente proporciona cuidado a sus nietos menores.

La tendencia de las mujeres de casarse con hombres mayores que ellas y de tener una mayor esperanza de vida que ellos provoca una mayor prevalencia de viudas mayores que de viudos. La adaptación a la viudez puede representar un desafío para ciertas mujeres ancianas.

La jubilación puede ser una transición vista de manera tanto positiva como negativa. La pérdida de los roles, las rutinas y las relaciones puede ser difícil, pero es posible que la libertad de explorar otros intereses y de retirar las responsabilidades no deseadas sea bien recibida. Diferentes tipos de apoyo pueden ser beneficiosos durante las distintas fases de la jubilación.

Los cambios en la salud, la función y el aspecto son recordatorios importantes de los cambios con la edad. El personal de enfermería puede ayudar a los adultos mayores mediante su orientación en las prácticas y medidas positivas de salud para promover una función óptima.

Hay varios procesos que pueden ayudar a los adultos mayores a responder a las transiciones de vida de una manera sana. Éstos incluyen la revisión de vida, las autorre flexiones y el fortalecimiento de los recursos internos. El personal de enfermería analiza la manera en la que los adultos mayores responden a las transiciones de vida y ofrece apoyo y orientación para ayudarlos a cursar estos nuevos desafíos.

Recursos en línea

AARP Grandparent Information Center

<http://www.aarp.org>

AARP Retirement Calculator

<http://www.aarp.org>

Grandparents Raising Grandchildren

<http://www.uwex.edu>

International Institute for Reminiscence and Life Review

<http://www.uwsuper.edu>

Referencias

- Atchley, R. C. (1975). *The sociology of retirement*. Cambridge, MA: Schenkman.
- Atchley, R. C. (2000). *Social forces and aging* (9th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Butler, R. H., & Lewis, M. I. (1982). *Aging and mental health* (3rd ed., p. 58). St. Louis, MO: Mosby.
- Butler, R. H., Lewis, M. I., & Sutherland, T. (1991). *Aging and mental health* (4th ed.). New York, NY: Merrill/MacMillan.
- Corbett, D. (2007). *Portfolio life. The new path to work, purpose, and passion after 50*. San Francisco, CA: John Wiley and Sons.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York, NY: Norton.
- Linville, D., & O'Neil, M. (2015). *Same sex parents and their children*. *American Association for Marriage and Family Therapy*. Acceso el 23 de julio, 2015 from http://www.aamft.org/imis15/aamft/Content/Consumer_Updates/Same-sex_Parents_and_Their_Children.aspx
- MetLife. (2011). *The MetLife report on American grandparents: new insights for a new generation of grandparents*. Westport, CT: MetLife Mature Market Institute.
- U.S. Census Bureau. (2012). *2007 American community survey*. Acceso el 9 de abril, 2012 from <http://www.census.gov/acs/www/>
- Webster, J. D., & Haight, B. K. (2002). *Critical advances in reminiscence work: from theory to application*. New York, NY: Springer.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Cambios frecuentes en el envejecimiento

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Cambios corporales

- Células
- Aspecto físico
- Aparato respiratorio
- Sistema cardiovascular
- Aparato digestivo
- Aparato urinario
- Aparato reproductor
- Sistema musculoesquelético
- Sistema nervioso
- Órganos sensoriales
- Sistema endocrino
- Sistema tegumentario
- Sistema inmunitario
- Termorregulación

Cambios psicológicos

- Personalidad
- Memoria
- Inteligencia
- Aprendizaje
- Capacidad de concentración

Implicaciones de los cambios relacionados con la edad en la enfermería

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Enumerar los cambios frecuentes relacionados con la edad a nivel celular sobre el aspecto físico y los sistemas respiratorio, cardiovascular, digestivo, urinario, reproductor, musculoesquelético, nervioso,

endocrino, tegumentario e inmunitario, así como en los órganos sensoriales y la termorregulación.

2. Describir los cambios psicológicos que se experimentan con la edad.
3. Comentar las intervenciones de enfermería para promover la salud y reducir los riesgos asociados con los cambios relacionados con la edad.

GLOSARIO

Inmunosenescencia: envejecimiento del sistema inmunitario.

Inteligencia cristalizada: conocimiento acumulado durante toda la vida; surge desde el hemisferio dominante del cerebro.

Inteligencia fluida: consiste en la nueva información que emana del hemisferio no dominante; controla las emociones, la retención de la información no intelectual, las capacidades creativas, la percepción espacial y la apreciación estética.

Presbiacusia: pérdida progresiva de la audición que se produce como resultado de los cambios relacionados con la edad en el oído interno.

Presbicia: incapacidad para enfocar adecuadamente debido a una reducción de la elasticidad del cristalino.

Terciarismo esofágico: alteración caracterizada por la disminución de la intensidad de las ondas de propulsión y el aumento de la frecuencia de las ondas no propulsivas en el esófago.

Vivir es un proceso de cambio continuo. Los bebés se convierten en niños pequeños, los niños prepúberes evolucionan en hombres y mujeres jóvenes, y los adolescentes dependientes se convierten en adultos responsables. La continuidad de los cambios en la vida adulta es natural y esperada.

El tipo, la frecuencia y el grado de los cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales que se experimentan durante la vida son individuales; estos cambios están influidos por factores genéticos y medioambientales, la alimentación, la salud, el estrés, el estilo de vida y muchos otros elementos. El resultado de esta combinación no sólo produce variaciones individuales entre los adultos mayores, sino también diferencias en el patrón de envejecimiento de los distintos sistemas corporales en el mismo individuo. Aunque existen algunas similitudes en los patrones de envejecimiento entre los individuos, el envejecimiento es único en cada persona.

CAMBIOS CORPORALES

Células

Los cambios en los órganos y sistemas pueden atribuirse a cambios que se producen a nivel celular básico. El número de células se reduce gradualmente y deja un menor número de células funcionales en el cuerpo. La masa corporal magra disminuye, mientras que el tejido adiposo aumenta hasta la sexta década de la vida. La grasa corporal total se incrementa de manera proporcional (St-Onge y Gallagher, 2010; Woo, Leung y Kwok, 2007). El volumen celular y la masa ósea disminuyen. El líquido extracelular permanece estable, pero el líquido intracelular se reduce, con la consecuencia de una menor cantidad de líquido corporal total. Esta disminución hace que la deshidratación sea un riesgo importante para los adultos mayores.

Aspecto físico

Muchos de los cambios físicos del envejecimiento modifican el aspecto personal (fig. 5-1). Algunos de los efectos más notables del proceso de envejecer empiezan a aparecer después de la cuarta década de la vida. Los hombres experimentan pérdida de cabello y ambos sexos desarrollan canas y arrugas. Como la distribución de la grasa corporal se atrofia, los contornos corporales presentan prominencias óseas marcadas, junto con la profundización de las depresiones de los espacios intercostales y supraclaviculares, así como la de las órbitas y las axilas. El aumento de tamaño de las orejas, la barbilla plegada y los párpados caídos son algunas de las manifestaciones más evidentes de la pérdida de elasticidad de los tejidos por todo el cuerpo. El grosor de la piel se reduce de forma importante en el antebrazo y la parte posterior de las manos. La pérdida del contenido de grasa subcutánea es responsable de la disminución del grosor del pliegue cutáneo y también de la disminución de la protección natural del cuerpo, lo que hace que los adultos mayores sean más sensibles a las temperaturas bajas.



FIGURA 5-1 • Cambios relacionados con la edad perceptibles en la exploración.

La estatura disminuye, con la resultante pérdida de alrededor de 5 cm de altura a los 80 años de edad. La contracción del cuerpo se debe a una menor hidratación, pérdida de cartílago y adelgazamiento de las vértebras. La disminución de la estatura hace que los huesos largos del cuerpo, que no se encogen, parezcan

desproporcionadamente más largos. Cualquier desviación de la columna, la cadera y las rodillas puede reducir aún más la estatura.

Estos cambios en el aspecto físico son graduales y sutiles. Pueden surgir otras diferencias en la estructura y la función fisiológica como resultado de los cambios en sistemas corporales específicos.

Aparato respiratorio

Los cambios en el aparato respiratorio son evidentes desde la nariz. Los cambios en el tejido conjuntivo causan una relajación del tejido en el borde inferior del tabique; la reducción del apoyo estructural hace que la punta de la nariz se desplace un poco hacia abajo. También pueden presentarse desviaciones del tabique. En consecuencia, la respiración por la boca durante el sueño es más frecuente, lo que contribuye a los ronquidos y la apnea obstructiva. Las glándulas submucosas producen menos secreciones y se deteriora la capacidad para diluir la secreción de moco; ello causa mayor dificultad para eliminar las secreciones más espesas y una sensación de congestión nasal en el adulto mayor.

Con la edad tienen lugar diversos cambios estructurales en el tórax, lo que reduce la actividad respiratoria (fig. 5-2). La calcificación del cartílago costal hace que la tráquea y el tórax sean más rígidas; el aumento del diámetro anteroposterior del tórax suele manifestarse con cifosis, y los músculos inspiratorios y espiratorios torácicos son más débiles. Los reflejos tusígeno y laríngeo disminuyen. En los pulmones, se reduce el número de cilios y las glándulas mucosas de los bronquios se hipertrofian, lo que complica aún más la capacidad para expulsar la mucosidad y los productos nocivos. La cantidad y la flexibilidad de los alvéolos disminuyen a causa de la pérdida progresiva de elasticidad, un proceso que comienza en la sexta década de vida. Los pulmones se hacen más pequeños, menos firmes, más ligeros y rígidos, y se retraen menos.

La suma de estos cambios genera una disminución en la expansión pulmonar, una ventilación basal insuficiente y una reducción de la capacidad para expulsar cuerpos extraños o secreciones acumuladas. Los pulmones exhalan con menor eficacia, incrementando así el volumen residual. A medida que el volumen residual aumenta, la capacidad vital se reduce, al igual que la capacidad máxima de respiración. Es posible que la inmovilidad reduzca aún más la actividad respiratoria. La disminución de la capacidad ventilatoria es evidente, sobre todo en presencia de una demanda incrementada, pues el descenso de la reserva pulmonar ocasiona disnea con mayor facilidad. Con un menor intercambio de gases y una carencia de ventilación basal eficaz, los adultos mayores presentan un alto riesgo de desarrollar infecciones respiratorias. El ejercicio de resistencia puede generar un aumento significativo de la capacidad pulmonar de las personas ancianas.

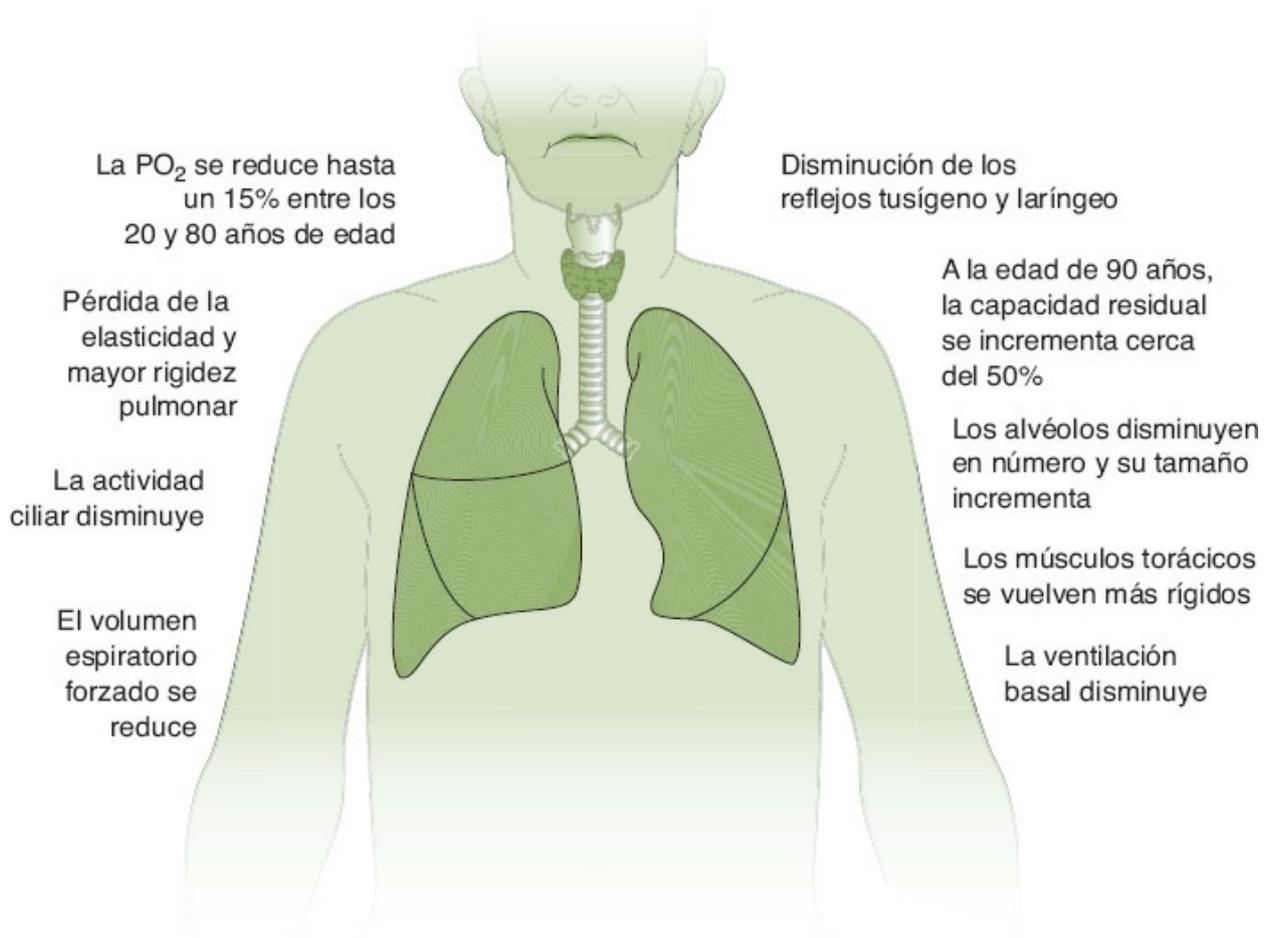


FIGURA 5-2 • Cambios respiratorios que se presentan con el envejecimiento.

Sistema cardiovascular

Algunos cambios cardiovasculares que suelen atribuirse a la edad son en realidad el resultado de alguna entidad patológica. El tamaño del corazón no cambia de manera significativa con la edad, por lo que el aumento del tamaño del corazón se asocia con la presencia de enfermedad cardíaca y la inactividad manifiesta puede causar atrofia cardíaca. Con la edad, se presenta una ligera hipertrofia del ventrículo izquierdo, la aorta se dilata y su tamaño aumenta. Las válvulas auriculoventriculares se vuelven gruesas y rígidas como resultado de esclerosis y fibrosis, lo que agrava la disfunción que acompaña a cualquier enfermedad cardíaca que pudiera estar presente. Es posible que el cierre incompleto de la válvula provoque soplos sistólicos y diastólicos. Pueden producirse bradicardia y arritmias sinusales secundarias a irritabilidad del miocardio.

Los cambios fisiológicos relacionados con la edad en el sistema cardiovascular se presentan en muy diversas formas (fig. 5-3). A lo largo de los años de la edad adulta, el músculo cardíaco pierde su eficacia y fuerza contráctil, cuyo resultado es la reducción del gasto cardíaco bajo condiciones de estrés fisiológico. Las células de marcapasos se vuelven cada vez más irregulares y disminuyen en número, y se engruesa la capa que rodea el nodo sinusal. La fase de contracción isométrica y el tiempo de relajación del ventrículo izquierdo se prolongan; el ciclo de llenado diastólico y vaciado sistólico requiere más tiempo para completarse.



Alerta sobre el dominio de conceptos

El cierre incompleto de la válvula puede provocar soplos sistólicos y diastólicos en adultos mayores. El ciclo de llenado diastólico y vaciado sistólico no disminuye con la edad, pero requiere más tiempo para completarse.

Por lo general, los adultos se adaptan bastante bien a los cambios en el sistema cardiovascular; les resulta más fácil y más cómodo tomar un ascensor que utilizar las escaleras, conducir en vez de caminar una larga distancia y moderar sus actividades. Cuando se producen situaciones inusuales (p. ej., limpiar la nieve por primera vez en la temporada, recibir malas noticias y correr para tomar el autobús), la persona siente los efectos en su corazón. Lo mismo ocurre en personas mayores que no están gravemente afectadas por una menor eficacia cardíaca en condiciones no estresantes. Sin embargo, cuando los adultos mayores se enfrentan a una mayor demanda cardíaca, la diferencia se nota con mayor facilidad. Aunque la frecuencia cardíaca máxima bajo estrés puede no llegar a los niveles experimentados por los más jóvenes, la taquicardia en adultos mayores durará más tiempo. El volumen sistólico puede incrementarse para compensar esta situación, lo que se traduce en una presión arterial elevada, aunque la presión sanguínea puede permanecer estable mientras la taquicardia tal vez derive en insuficiencia cardíaca. La frecuencia cardíaca en reposo se mantiene sin cambios.

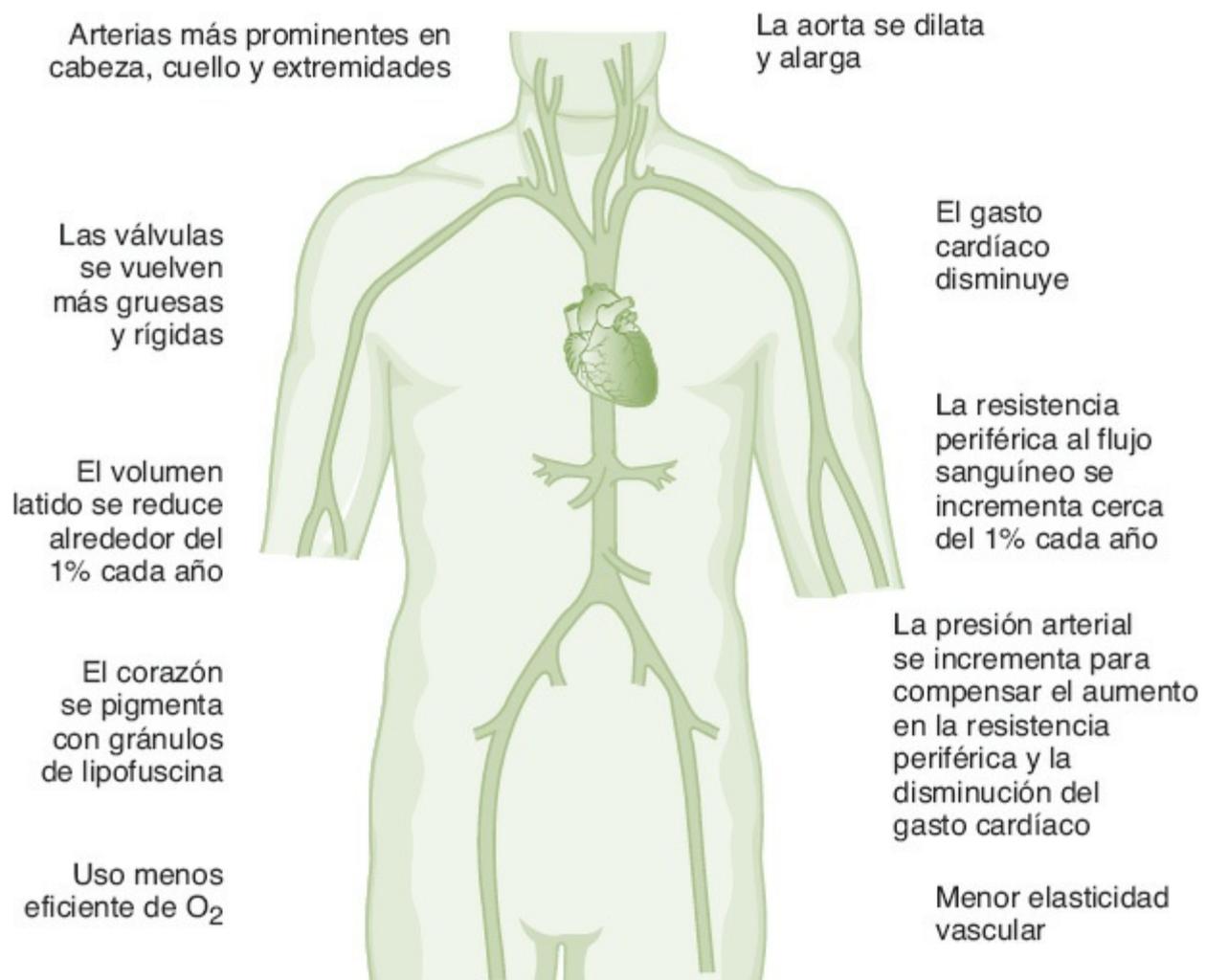


FIGURA 5-3 • Cambios cardiovasculares secundarios al envejecimiento.



CONCEPTO CLAVE

Los cambios cardiovasculares relacionados con la edad son más evidentes cuando se presentan demandas poco habituales para el corazón.

La capacidad máxima para el ejercicio y el consumo máximo de oxígeno varían entre los adultos mayores. Los adultos mayores con buena condición física tienen una función cardíaca comparable con la de las personas más jóvenes que están en peores condiciones para su edad.

Los vasos sanguíneos se componen de tres capas, cada una de las cuales se ve afectada de manera diferente por el proceso de envejecimiento. La capa íntima, la más interna, experimenta los cambios más directos, incluidas fibrosis, calcificación y acumulación de lípidos, así como proliferación celular. Estos cambios contribuyen al desarrollo de aterosclerosis. La capa media, la túnica media, experimenta adelgazamiento y calcificación de las fibras de elastina e incremento de la cantidad de colágeno, lo que endurece los vasos. Se producen deterioro de la función de los barorreceptores y aumento de la resistencia periférica, que pueden conducir a que la presión arterial sistólica se eleve. Curiosamente, a pesar de que el incremento gradual de la presión arterial es frecuente en los Estados Unidos y otras naciones industrializadas, esto no suele presentarse en las sociedades menos industrializadas;

estudios transculturales en curso ayudarán a esclarecer si el aumento de la presión arterial es el resultado del envejecimiento normal o de otros factores. El proceso de envejecimiento no afecta la capa más externa, la túnica adventicia. La disminución de la elasticidad de las arterias ocasiona cambios vasculares en el corazón, el riñón y la hipófisis. La reducción de la sensibilidad de los barorreceptores que regulan la presión sanguínea intensifica los problemas relacionados con hipotensión postural y posprandial (descenso de la presión arterial en al menos 20 mm Hg durante la primera hora después de comer). La reducción de la elasticidad de los vasos, aunada a la piel más fina y una menor cantidad de grasa subcutánea, determina que los vasos de la cabeza, el cuello y las extremidades se vuelvan más prominentes.

Aparato digestivo

Aunque no son tan mortales como los problemas respiratorios o cardiovasculares, los síntomas gastrointestinales pueden crear mayor molestia y preocupación a las personas ancianas (fig. 5-4). El proceso de envejecimiento altera este sistema en todos los puntos. Los cambios en dientes, boca y estructuras accesorias, como el hígado, también afectan la función gastrointestinal. La figura 5-4 resume los cambios del aparato digestivo.

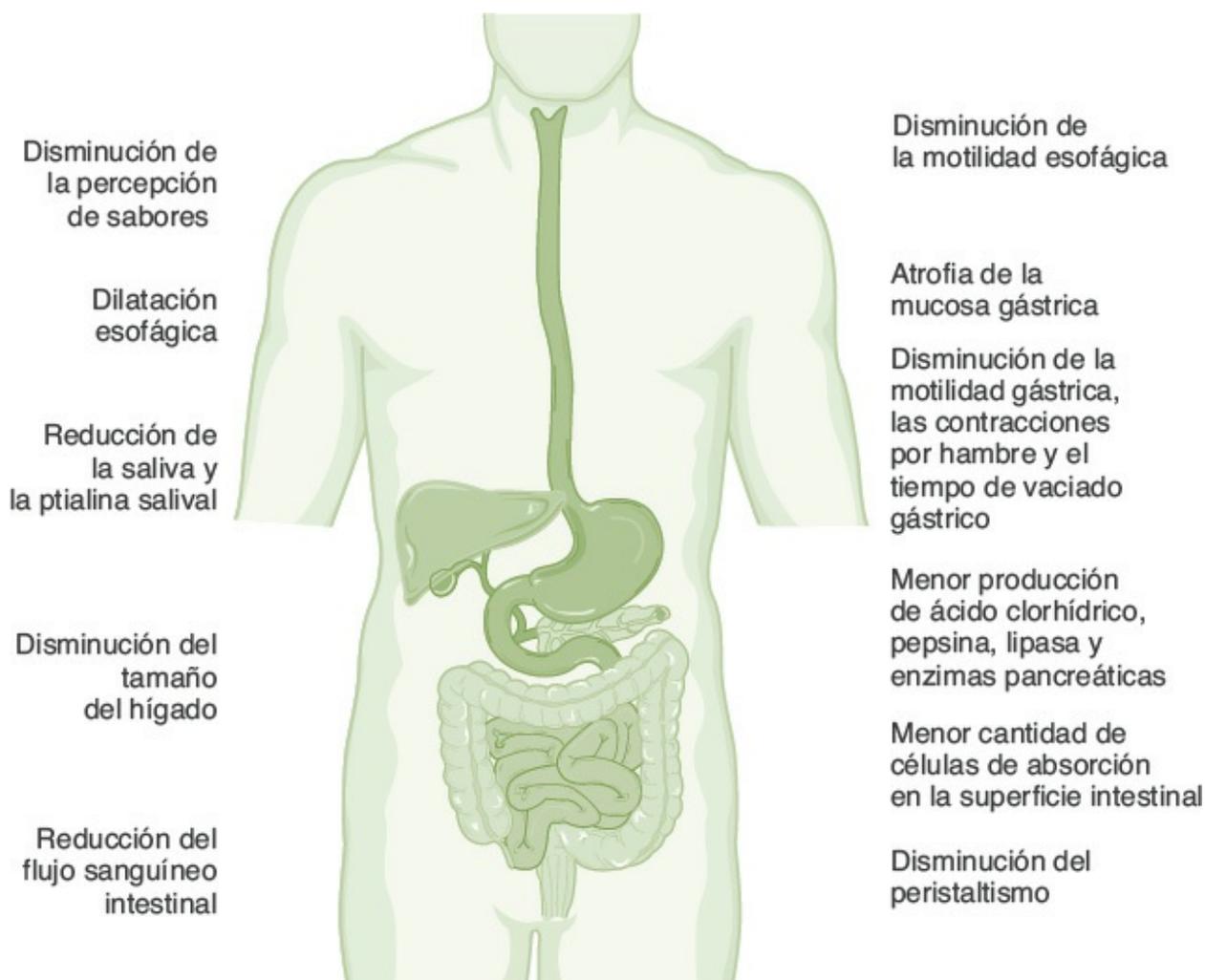


FIGURA 5-4 • Cambios digestivos que se presentan con el envejecimiento.

El esmalte dental se vuelve más frágil con la edad. La dentina, la capa debajo del

esmalte, se torna más fibrosa y se reduce su producción. Las cámaras en las que se encuentran los nervios se estrechan y acortan, y los dientes son menos sensibles a los estímulos. La pulpa de la raíz experimenta contracción y fibrosis, la encía se retrae y se pierde densidad ósea en la cresta alveolar. Las caries profundas y en las superficies de masticación son más frecuentes. El aplanamiento de las cúspides de masticación es frecuente. Los huesos que soportan los dientes disminuyen en densidad y altura, lo que contribuye a la pérdida dental. La pérdida de dientes no es una consecuencia normal del envejecimiento, pero un mal cuidado dental, la dieta y las influencias ambientales contribuyen a que gran parte de la población de adultos mayores tenga problemas dentales. Después de los 30 años de edad, la enfermedad periodontal es la razón principal de la pérdida de dientes. Más de la mitad de los adultos mayores deben depender de prótesis parciales o totales, que tal vez no se utilicen de manera regular por incomodidad o mal ajuste. Si se mantienen las piezas dentales originales, suelen encontrarse en mal estado, se fracturan con mayor facilidad y presentan superficies planas, manchas y diversos grados de erosión y desgaste de la corona y la estructura radicular. La fragilidad dental de algunas personas mayores puede acompañarse de un riesgo de broncoaspiración de fragmentos dentales.

Las sensaciones gustativas se vuelven menos agudas con la edad debido a la atrofia de la lengua, que afecta las papilas gustativas; la irritación crónica (como en los casos de los fumadores con pipa) puede reducir la eficacia del sentido del gusto en mayor grado que el experimentado sólo por el envejecimiento. La percepción del sabor dulce en la punta de la lengua tiende a sufrir una pérdida mayor que la percepción de los sabores amargos, salados o picantes. Los alimentos excesivamente condimentados a los que se recurre para compensar las alteraciones de los sabores podrían generar problemas de salud a los adultos mayores. La pérdida de papilas y las varicosidades sublinguales son también situaciones frecuentes.

Los adultos mayores producen alrededor de un tercio de la cantidad de saliva de la que producían en la juventud (Gupta, Epstein y Sroussi, 2006; Smith, et al., 2013). Con frecuencia, la saliva disminuye en cantidad y aumenta en viscosidad como resultado de algunos medicamentos que suelen usarse para el tratamiento de enfermedades geriátricas. La ptialina salival disminuye, lo que obstaculiza la descomposición de los almidones. La reducción de la fuerza muscular y la capacidad presora de la lengua pueden interferir en la masticación y la deglución (Hiramatsu, Kataoka, Osaki y Hagino, 2015; Ney, Weiss, Kind y Robinson, 2009).

La edad afecta la motilidad esofágica. El **terciarismo esofágico** es una alteración caracterizada por la disminución de la intensidad de las ondas de propulsión y el aumento de la frecuencia de las ondas no propulsivas en el esófago. El esófago tiende a dilatarse ligeramente y su vaciado es más lento, lo que puede causar incomodidad, pues los alimentos permanecen ahí durante más tiempo. Puede presentarse relajación del esfínter esofágico inferior que, combinada con un reflejo de mordida más débil y un vaciado esofágico retardado, incrementa el riesgo de broncoaspiración.

Se considera que la motilidad gástrica disminuye con la vejez, junto con las contracciones gástricas. Los estudios de los cambios en el tiempo de vaciado gástrico no han sido concluyentes: algunos refieren que un retraso es normal durante el envejecimiento y otros lo atribuyen a factores diversos. La mucosa gástrica se atrofia.

El ácido clorhídrico y la pepsina disminuyen con la edad, y el incremento en el pH del estómago contribuye a que aumente la incidencia de irritación gástrica.

En ocasiones, se presenta atrofia en los intestinos delgado y grueso, y hay un menor número de células en la superficie de absorción de las paredes intestinales. Se observa una reducción gradual en el peso del intestino delgado y un acortamiento y ensanchamiento de las vellosidades, lo que lleva al desarrollo de crestas paralelas en lugar de las proyecciones digitales que se observan en el intestino de las personas jóvenes. No hay ningún cambio funcional significativo en el tiempo medio de tránsito intestinal conforme avanza la edad. La absorción de grasa es más lenta y la dextrosa y la xilosa son más difíciles de absorber. La absorción de las vitaminas B, B₁₂, D, calcio y hierro se deteriora. El intestino grueso produce menos secreción mucosa y disminuye la elasticidad de la pared rectal. El envejecimiento normal no interfiere en la motilidad de las heces a través del intestino, aunque otros factores frecuentes en la vejez contribuyen al estreñimiento. La pérdida del tono del esfínter interno relacionada con la edad puede afectar la defecación. La transmisión más lenta de los impulsos nerviosos a la parte inferior del intestino reduce la consciencia de la necesidad de evacuar los intestinos.

Con la edad, el peso y volumen del hígado se reducen, pero al parecer no produce efectos nocivos. El hígado es menos capaz de regenerar las células dañadas. Las pruebas de función hepática se mantienen dentro de un rango normal. La estabilización y la absorción del colesterol son menos eficientes, por lo que se incrementa la incidencia de cálculos biliares. Los conductos pancreáticos se dilatan y distienden, y con frecuencia la glándula prolapsa por completo.

Aparato urinario

El aparato urinario se ve afectado por los cambios en los riñones, los uréteres y la vejiga (fig. 5-5). La masa renal se hace más pequeña con la edad, lo que es atribuible a la pérdida cortical en lugar de la pérdida medular. La disminución del crecimiento del tejido renal y la aterosclerosis pueden causar atrofia renal. Es posible que estos cambios tengan un profundo efecto sobre la función renal, que reduce el flujo sanguíneo y la tasa de filtración glomerular aproximadamente a la mitad entre los 20 y 90 años de edad (Cohen, et al., 2014; Lerma, 2009).

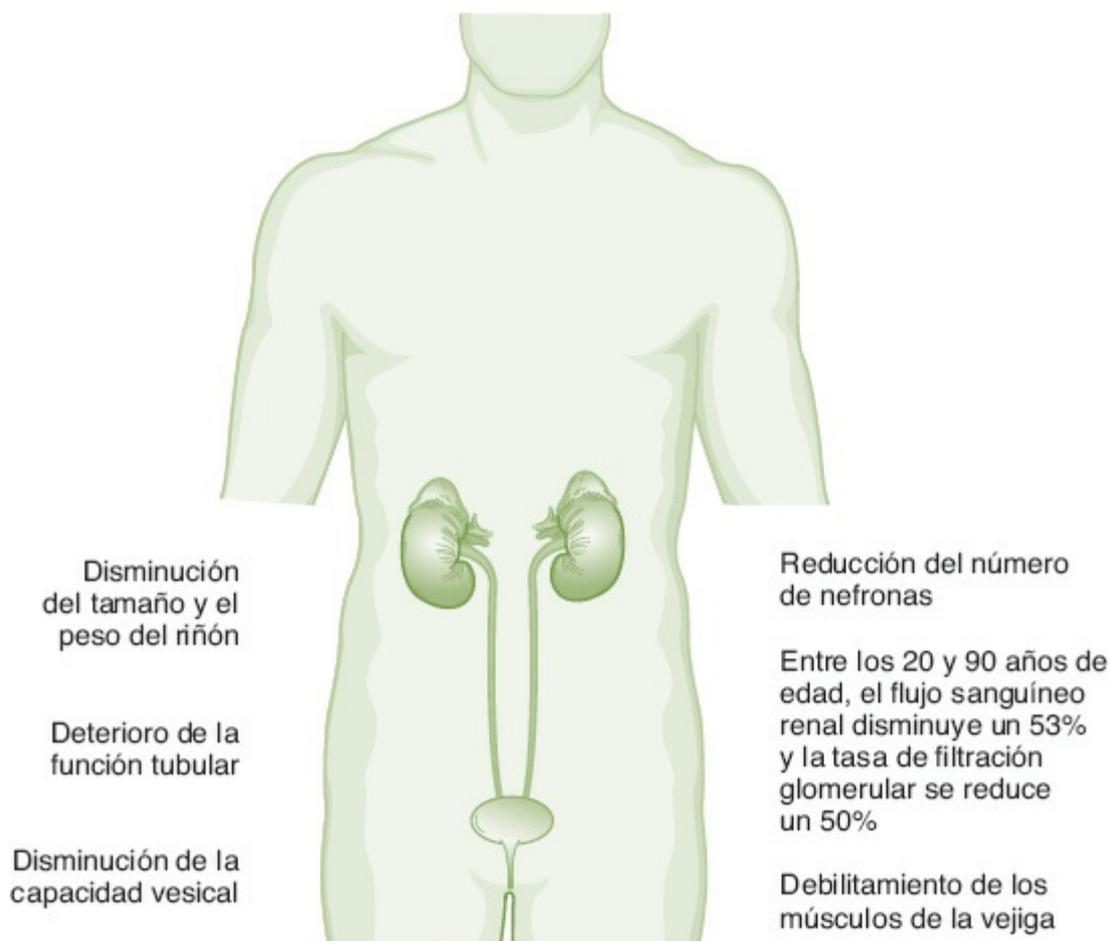


FIGURA 5-5 • Cambios en las vías urinarias relacionados con el envejecimiento.

La función tubular se deteriora. El intercambio de sustancias, la conservación de agua y sodio, y la supresión de la secreción de hormona antidiurética son menos eficientes en presencia de la hipoosmolalidad. Los riñones de los adultos mayores tienen menor capacidad para conservar el sodio en respuesta a su restricción. Aunque estos cambios pueden contribuir a la aparición de hiponatremia y nicturia, no afectan la densidad de manera significativa. La alteración de la función tubular también causa que la reabsorción de la glucosa a partir del filtrado sea menor, lo que puede ocasionar proteinuria y glucosuria (1+), que no debe interpretarse como un hallazgo que tenga significado diagnóstico alguno.

Los cambios vesicales en el adulto mayor provocan polaquiuria, urgencia urinaria y nicturia. Los músculos de la vejiga se debilitan y la capacidad vesical disminuye. El vaciado vesical es más difícil; puede observarse retención de grandes volúmenes de orina. El reflejo de la micción se retrasa. A pesar de que la incontinencia urinaria no es una consecuencia normal del envejecimiento, en algunos casos puede haber incontinencia por estrés secundaria al debilitamiento del diafragma pélvico, sobre todo en las mujeres multíparas.

Aparato reproductor

Con la edad, las vesículas seminales se ven afectadas por debilitamiento de la mucosa debido al adelgazamiento del epitelio, sustitución del tejido muscular por tejido conjuntivo y reducción de la capacidad retentiva de líquido. Los túbulos seminíferos

experimentan degeneración por fibrosis, adelgazamiento del epitelio y engrosamiento de la membrana basal, además de estenosis de la luz del conducto. Los cambios estructurales pueden reducir el recuento de espermatozoides en algunos hombres. La hormona foliculoestimulante (folitropina) y la hormona luteinizante (lutropina) se incrementan en asociación con una disminución de las concentraciones séricas y de la cantidad biodisponible de testosterona. La esclerosis y la fibroelastosis venosa y arterial del cuerpo esponjoso pueden afectar el pene con la edad. El adulto mayor no pierde la capacidad física para lograr erecciones o eyaculaciones, aunque el orgasmo y la eyaculación tienden a ser menos intensos (Sampson, Untergasser, Plas y Berger, 2007). Hay cierta atrofia testicular.

La mayoría de los hombres adultos mayores experimentan crecimiento prostático (Marks, Roehrborn y Andiole, 2006). El grado y el tipo varían entre los individuos. Tres cuartas partes de los hombres de 65 años de edad o mayores tienen algún grado de prostatismo, que causa problemas de polaquiuria. Aunque el crecimiento prostático suele ser benigno, origina un mayor riesgo de malignidad y requiere evaluación constante.

Los genitales femeninos presentan muchos cambios conforme avanza la edad, incluida la atrofia vulvar debida a los cambios hormonales, acompañada de pérdida de grasa subcutánea y vello, y adelgazamiento de los labios. La vagina de la mujer mayor se observa rosada y seca con un conducto liso y brillante a causa de la pérdida del tejido elástico y las rugosidades. El epitelio vaginal se vuelve delgado y avascular. El ambiente vaginal es más alcalino en las mujeres mayores y se acompaña de un cambio en el tipo de flora y una reducción de las secreciones. El cuello uterino es atrófico y más pequeño; el epitelio endocervical también se atrofia. El útero se contrae y el endometrio se atrofia, aunque aún responde a la estimulación hormonal, lo cual puede ser la causa de los incidentes de sangrado después de la menopausia en las mujeres mayores en tratamiento con estrógenos. Los ligamentos de soporte del útero se debilitan y pueden ocasionar un retroceso en la posición del útero; este desplazamiento hacia atrás y el tamaño reducido pueden dificultar la palpación uterina durante la exploración. Las trompas uterinas (de Falopio) se atrofian y se acortan con la edad, y los ovarios atróficos son más gruesos y se reducen a un tamaño tan pequeño que no son palpables durante la exploración. A pesar de estos cambios, la mujer mayor no pierde la capacidad de participar y disfrutar de relaciones sexuales u otras formas de placer sexual. El agotamiento de estrógenos también debilita los músculos del suelo pélvico, lo que puede conducir a la liberación involuntaria de orina cuando se eleva la presión intraabdominal.

La [figura 5-6](#) resume los cambios relacionados con la edad en los aparatos reproductores masculino y femenino.

Sistema musculoesquelético

La cifosis, el agrandamiento de las articulaciones, la flacidez muscular y la pérdida de estatura de muchas personas mayores son el resultado de la variedad de cambios que se presentan en el sistema musculoesquelético ([fig. 5-7](#)). Junto con otros tejidos corporales, las fibras musculares se atrofian y disminuyen en número, por lo que el tejido fibroso sustituye de manera gradual el tejido muscular. Por lo general, la masa,

la fuerza y los movimientos musculares se reducen; estos cambios se observan en especial en los brazos y las piernas, que se tornan flácidos y débiles. La sarcopenia (pérdida de masa muscular, fuerza y función relacionada con la edad) se observa sobre todo en las personas inactivas; por este motivo, debe darse mayor importancia a la realización de ejercicios para minimizar la pérdida de tono y fuerza muscular. Pueden aparecer temblores musculares y se considera que se vinculan con degeneración del sistema extrapiramidal. Los tendones se contraen y endurecen, lo que disminuye el soporte. Los reflejos se reducen en los brazos y se pierden casi por completo en el abdomen, pero se mantienen en las rodillas. Por diversas razones, se producen calambres musculares con frecuencia.

La masa y el mineral óseos se reducen, lo que contribuye a la fragilidad de los huesos en los adultos mayores, en particular en las mujeres de edad avanzada que experimentan un ritmo acelerado de pérdida ósea después de la menopausia. La densidad ósea disminuye a un ritmo del 0.5% anual a partir de la tercera década de vida. Hay reducción en la absorción de calcio, mayor permeabilidad gradual de la superficie interior de los huesos largos y producción más lenta de hueso nuevo en la superficie exterior. Estos cambios incrementan el riesgo de fracturas en los adultos mayores. Aunque los huesos largos no se acortan de manera significativa con la edad, el adelgazamiento de los discos y la reducción de las vértebras acortan la longitud de la columna vertebral, lo que provoca disminución de la estatura, que podría hacerse más evidente debido a diversos grados de cifosis, inclinación posterior de la cabeza y disminución de la flexibilidad de la cadera y las rodillas. El deterioro de la superficie del cartílago de las articulaciones y la formación de nudos y espuelas pueden limitar la actividad y el movimiento.

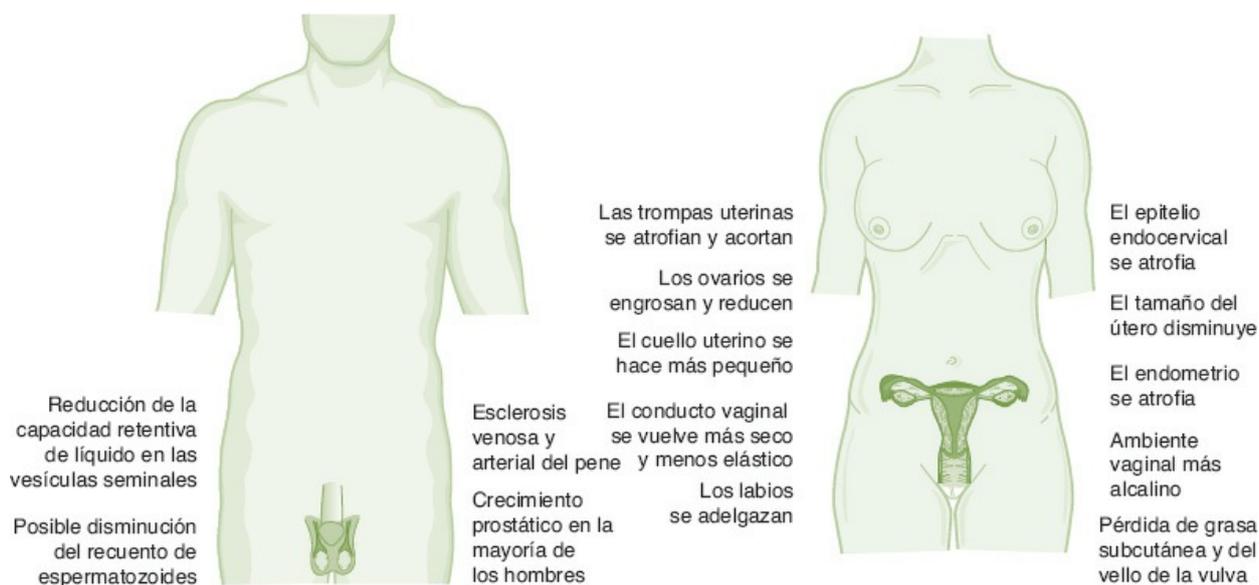


FIGURA 5-6 • Cambios en las estructuras del aparato reproductor masculino y femenino durante el envejecimiento.

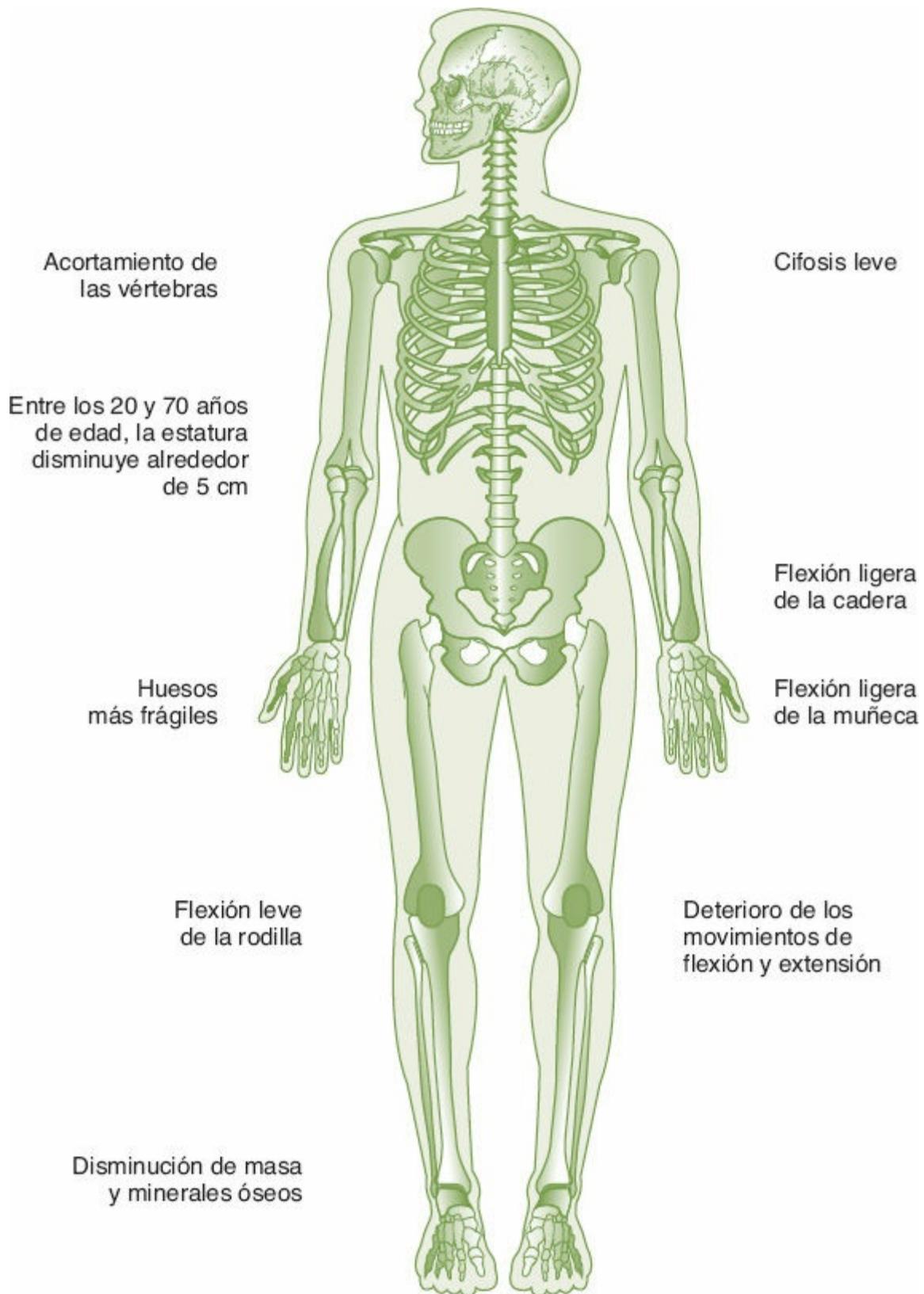


FIGURA 5-7 • Cambios óseos debidos al envejecimiento.

Sistema nervioso

Es difícil identificar con precisión qué tanto afecta el envejecimiento al sistema nervioso debido a la dependencia de éste respecto a otros sistemas del cuerpo. Por ejemplo, los problemas cardiovasculares pueden reducir la circulación cerebral y ser

responsables de la disfunción cerebral. Aunque el peso del cerebro y el flujo sanguíneo cerebral se reducen, estos cambios estructurales no parecen afectar el pensamiento o el comportamiento (Rabbitt, et al., 2007). La disminución de la función del sistema nervioso puede pasar inadvertida, pues a menudo los cambios son inespecíficos y progresan lentamente.

Se sabe que el número de neuronas y la cantidad de fibras nerviosas, el flujo sanguíneo cerebral y el meta-bolismo son menores. La reducción del flujo sanguíneo cerebral se acompaña de disminución del uso de glucosa y de la tasa metabólica de oxígeno en el cerebro. Aunque la presencia de ovillos β -amiloides y neurofibrilares se asocia con la enfermedad de Alzheimer, éstos pueden observarse en los adultos mayores con función cognitiva normal.

La velocidad de conducción nerviosa es menor (fig. 5-8). Estos cambios se manifiestan por reflejos más lentos y por una respuesta tardía a múltiples estímulos. El sentido cinestésico se debilita. La respuesta a los cambios en el equilibrio es más lenta, un factor que contribuye a las caídas. La lentitud en el reconocimiento y la respuesta a los estímulos se asocia con disminución del crecimiento de nuevos axones en los nervios y la reinervación de los nervios periféricos lesionados.

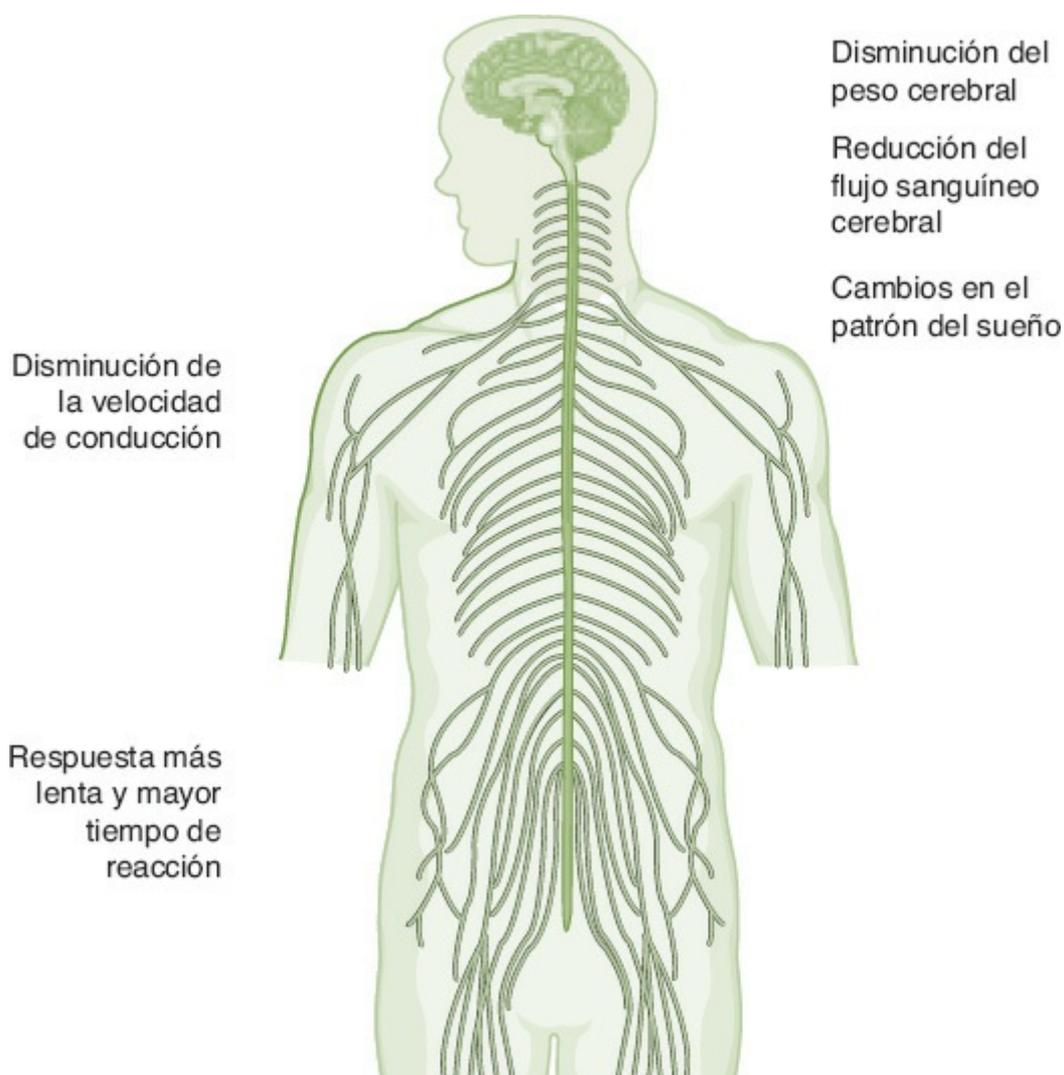


FIGURA 5-8 • Cambios neurológicos que se producen con el envejecimiento.

El hipotálamo regula la temperatura con menos eficacia. Las células cerebrales disminuyen lentamente en los últimos años de la vida, la corteza cerebral sufre alguna pérdida de neuronas y hay cierta disminución del tamaño y el peso del cerebro, sobre todo después de los 55 años de edad. Puesto que el cerebro afecta el ciclo de sueño-vigilia, el ciclo circadiano y los factores homeostáticos de regulación del sueño, se producen cambios en el patrón de sueño, por lo que las fases III y IV son cada vez menos manifiestas (Munch, Knoblauch, Blatter, Wirz-Justice y Cajochen, 2007). Despertarse con frecuencia durante el sueño no es infrecuente, aunque en realidad sólo se pierde una mínima parte.

Órganos sensoriales

Cada uno de los cinco sentidos se vuelven menos eficaces con la edad avanzada, lo que interfiere en mayor o menor grado en la seguridad, las actividades normales de la vida cotidiana y el bienestar general (fig. 5-9).

Visión

Tal vez los cambios sensoriales que tienen mayor impacto son los cambios en la visión. La **presbicia** (la incapacidad para enfocar o acomodar adecuadamente debido a la reducción de la elasticidad del cristalino) es característica de los ojos de personas mayores y comienza a ser evidente en la cuarta década de la vida. El endurecimiento de las fibras musculares del cristalino que se produce con la presbicia disminuye la capacidad del ojo para cambiar la forma del cristalino al enfocar objetos cercanos y reduce la capacidad para adaptarse a la luz. Este problema de visión hace que la mayoría de los adultos de mediana edad y mayores necesiten gafas correctoras para llevar a cabo tareas delicadas. El campo visual se estrecha, lo que hace más difícil la visión periférica. Hay dificultad para mantener la convergencia y la mirada hacia arriba. La pupila es menos sensible a la luz porque su esfínter se endurece, su tamaño disminuye y el contenido de rodopsina en los bastones se reduce. Como resultado, el umbral para la percepción de la luz aumenta y la visión nocturna o en zonas oscuras resulta difícil; los adultos mayores requieren más luz que los más jóvenes para ver adecuadamente.

Las alteraciones en la provisión de sangre a la retina y el epitelio pigmentario pueden causar degeneración macular, anomalía que genera pérdida de la visión central. Los cambios en la retina y la vía retiniana interfieren en el parpadeo crítico (el punto en el que una luz parpadeante se percibe como continua en lugar de intermitente).

La densidad y el tamaño del cristalino se incrementan, haciendo que éste se vuelva más rígido y más opaco. La opacificación del cristalino, que comienza en la quinta década de la vida, conduce al desarrollo de cataratas, que aumentan la sensibilidad al deslumbramiento y la visión difuminada, e interfieren en la visión nocturna. La exposición a los rayos ultravioleta del sol contribuye al desarrollo de cataratas. La coloración amarillenta del cristalino (tal vez relacionada con una reacción química de la luz del sol con ciertos aminoácidos) y las alteraciones en la retina afectan la percepción del color e impiden que la gente mayor pueda distinguir los tonos oscuros de los azules, verdes y violetas.

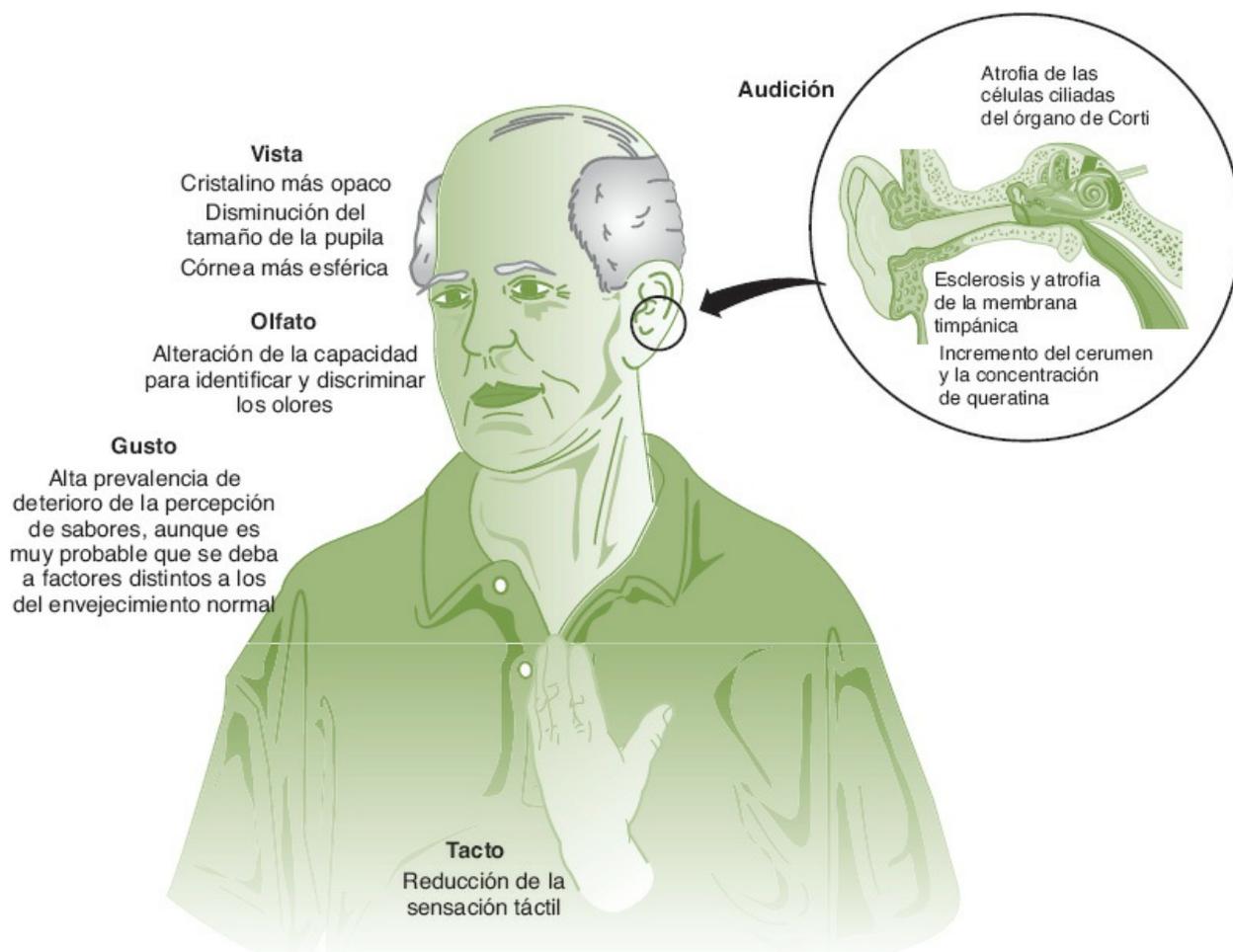


FIGURA 5-9 • Efectos de los cambios sensoriales relacionados con el envejecimiento.

La percepción de profundidad se distorsiona, lo que causa problemas para determinar correctamente la altura de las aceras y los escalones. Este cambio es la consecuencia de una disparidad entre las imágenes de la retina causada por la separación de los ojos y se conoce como *estereopsis*. Se tarda más tiempo en adaptar la visión a la oscuridad y la luz, así como en el procesamiento de la información visual. La reabsorción menos eficaz del líquido intraocular aumenta el riesgo de desarrollar glaucoma en los adultos mayores. El músculo ciliar se atrofia gradualmente y es reemplazado por tejido conjuntivo.

El aspecto del ojo se puede alterar, la reducción de las secreciones lagrimales puede ocasionar sequedad y falta de brillo, y es posible que los depósitos de grasa sean la causa de la aparición de un círculo blanco brillante parcial o completo que se desarrolla alrededor de la periferia de la córnea (arco senil). La sensibilidad corneal se ve disminuida, lo que puede incrementar el riesgo de lesión a la córnea. Asimismo, en ocasiones la acumulación de depósitos de lípidos causa una dispersión de los rayos de luz, que difuminan la visión. En la fosa posterior, la presencia de residuos y la condensación se vuelven visibles y pueden flotar a través del campo visual, lo que suele denominarse *moscas volantes*. La cantidad de humor vítreo disminuye y la proporción de líquido aumenta, haciendo que el cuerpo vítreo se separe de la retina; ello genera visión borrosa, imágenes distorsionadas y presencia de residuos. La agudeza visual se deteriora de modo progresivo con la edad a causa de la reducción

del tamaño de la pupila, dispersión de la luz en la córnea y el cristalino, opacificación del cristalino y el vítreo y pérdida de células fotorreceptoras en la retina.

Audición

La **presbiacusia** es la pérdida progresiva de la audición que se produce como resultado de los cambios relacionados con la edad en el oído interno, incluyendo pérdida de células ciliadas, disminución del suministro de sangre, pérdida de flexibilidad de la membrana basal, degeneración de las células del ganglio espiral y reducción de la producción de endolinfa. Este deterioro auditivo degenerativo es el problema más grave que afecta el oído interno y la zona posterior de la cóclea. Los sonidos de alta frecuencia de 2 000 Hz y superiores son los primeros que se pierden; a medida que la situación progresa, pueden perderse también las frecuencias medias y bajas. Una variedad de factores, entre ellos la exposición continua a ruidos fuertes, contribuye a la aparición de presbiacusia. Este problema hace que el habla se distorsione, porque algunos de los sonidos agudos (*s*, *sh*, *f* y *ch*) se filtran del habla normal y reducen la capacidad de discernir las consonantes. Este cambio es tan gradual y sutil que las personas afectadas pueden no darse cuenta de la magnitud de su deterioro auditivo. Es posible que la audición se agrave por la acumulación de cerumen en el oído medio; la presencia de un mayor contenido de queratina en el cerumen del adulto mayor contribuye a acrecentar el problema. El reflejo acústico, que protege el oído interno y filtra las distracciones auditivas de los sonidos producidos por el propio cuerpo y la voz, se ve disminuido por debilitamiento y rigidez de los músculos y los ligamentos del oído medio. Además de los problemas de audición, el equilibrio puede alterarse a consecuencia de la degeneración de las estructuras vestibulares y de la atrofia de la cóclea, el órgano de Corti y la estra vascular.



CONCEPTO CLAVE

Aunque la audición disminuye con la edad, pueden presentarse problemas auditivos en personas más jóvenes debido a la exposición a altos niveles de volumen, el tráfico y otros ruidos ambientales. Esta pérdida de la audición inducida por el ruido es prevenible.

Gusto y olfato

Cerca de la mitad de todos los adultos mayores experimenta alguna pérdida de su capacidad para oler. El sentido del olfato se reduce con la edad porque el número de células sensoriales en la mucosa nasal y el de células en el bulbo olfatorio del cerebro disminuye. A la edad de 80 años, se tiene casi la mitad de la sensibilidad para detectar olores que se tenía antes. Los hombres tienden a experimentar una mayor pérdida de la capacidad para detectar olores que las mujeres.

Debido a que la mayor parte de la agudeza del sentido del gusto depende del olor, la disminución del sentido del olfato altera también el sentido del gusto. La atrofia de la lengua con la edad puede disminuir las sensaciones de sabor, aunque no hay ninguna evidencia concluyente de que la cantidad o la capacidad de respuesta de las papilas gustativas se reduzcan (Fukunaga, Uematsu y Sugimoto, 2005; Mondon, Naudin, Beaufilis y Atanasova, 2014). La capacidad para detectar el sabor salado se

afecta más que otras sensaciones gustativas. La reducción de la producción de saliva, mala higiene bucal, fármacos y enfermedades como la sinusitis también afectan la percepción del sabor.

Tacto

La edad avanzada se asocia con disminución de la cantidad de receptores del tacto y con cambios en su integridad estructural. La sensación táctil se reduce, como lo muestra la incapacidad de los adultos mayores para sentir la presión y el dolor o diferenciar temperaturas. Estos cambios sensitivos pueden causar errores de percepción del medio ambiente y, como consecuencia, riesgos importantes para la seguridad.

Sistema endocrino

El sistema endocrino contiene grupos de células y glándulas que producen los mensajeros químicos conocidos como *hormonas*. Con la edad, la glándula tiroides experimenta fibrosis, infiltración celular y aumento de la nodularidad. La disminución de la actividad de esta glándula ocasiona una menor tasa metabólica basal y reduce tanto la captación de yodo radiactivo como la secreción y la liberación de tirotrópina. Las concentraciones séricas de yodo unido a proteínas no cambian, aunque el yoduro en el suero total disminuye. La liberación de yoduro de la glándula tiroides se reduce con la edad, así como la excreción de los 17- cetoesteroides. La glándula tiroides se atrofia progresivamente y la pérdida de la función suprarrenal puede disminuir aún más su actividad. La secreción de la hormona tirotrópina (TSH, *thyroid-stimulating hormone*) y la concentración sérica de tiroxina (T_4) no cambian, pero hay una reducción significativa de la triyodotironina (T_3), lo cual se considera como resultado de la menor conversión de T_4 en T_3 . En general, la función de la tiroides sigue siendo adecuada.

Gran parte de la actividad secretora de la corteza suprarrenal está regulada por la hormona corticotropina (ACTH), una hormona derivada de la hipófisis. Debido a que la secreción de ACTH disminuye con la edad, la actividad secretora de la glándula suprarrenal también lo hace. Aunque la secreción de ACTH no afecta la secreción de aldosterona, está demostrado que se produce y excreta menos aldosterona en la orina de los adultos mayores. La secreción de glucocorticoides, 17-cetoesteroides, progesterona, andrógenos y estrógenos, que también está influida por la glándula suprarrenal, se reduce.

La glándula hipófisis disminuye su volumen en cerca del 20% en los adultos mayores. La hormona de crecimiento somatotropina se mantiene en cantidades similares, pero su concentración en sangre puede reducirse con la edad. Las disminuciones de ACTH, TSH, hormona foliculoestimulante, hormona luteinizante y hormona luteotrópica son evidentes en diversos grados. La secreción gonadal disminuye con la edad, incluida la pérdida gradual de testosterona, estrógenos y progesterona. Las glándulas paratiroides mantienen su función durante toda la vida, con la excepción de las alteraciones que se relacionan con los cambios en la concentración plasmática de calcio o la disfunción de otras glándulas.

En los adultos mayores, las células β del páncreas liberan insulina de manera retardada e insuficiente, y se teoriza que la sensibilidad de los tejidos a la insulina circulante disminuye con la edad. La capacidad de los adultos mayores para metabolizar la glucosa se reduce y la ingesta repentina de altas concentraciones de glucosa causa una hiperglucemia más elevada y más prolongada, por lo que no es infrecuente la detección de altas concentraciones séricas de glucosa en los mayores no diabéticos.



CONCEPTO CLAVE

Se suelen encontrar concentraciones séricas de glucosa superiores a las consideradas normales en personas mayores sin diabetes.

Sistema tegumentario

La dieta, la salud general, la actividad, la exposición al sol y los factores hereditarios influyen en el envejecimiento normal de la piel. Los cambios de este sistema suelen ser los más molestos, ya que son evidentes y reflejan clara-mente la edad avanzada. Se evidencian en un aplanamiento de la unión dermoepidérmica, una reducción del grosor y la vascularización de la dermis, la desaceleración de la proliferación epidérmica y el aumento de la cantidad y la degradación de las fibras de elastina. Las fibras de colágeno se tornan más gruesas y menos ordenadas, lo que reduce la elasticidad de la piel. La dermis se vuelve más avascular y más delgada. Conforme la piel es menos elástica, más seca y frágil, y se pierde grasa subcutánea, las líneas, las arrugas y la flacidez se hacen evidentes. La piel se irrita y se rasga con mayor facilidad. El número de melanocitos se reduce un 10-20% cada 10 años a partir de la tercera década de la vida. Los melanocitos se agrupan y causan la pigmentación de la piel que frecuentemente se conoce como *manchas seniles*, con mayor prevalencia en las áreas del cuerpo expuestas al sol. La reducción del número de melanocitos genera en los adultos mayores un bronceado más lento y menos profundo. Puesto que la respuesta inmunitaria de la piel es menor, existe mayor propensión a las infecciones de piel. Las neoplasias cutáneas benignas y malignas se presentan con mayor frecuencia en la edad avanzada.

El vello localizado en el pubis y las axilas se adelgaza y encanece debido a la pérdida progresiva de las células de pigmento y a la atrofia y la fibrosis de los bulbos pilosos; el pelo de la nariz y las orejas se vuelve más grueso. A la edad de 50 años, la mayoría de los hombres caucásicos tienen algún grado de calvicie y cerca de la mitad de las personas muestran canas. El crecimiento del pelo en el cuero cabelludo, el vello púbico y el axilar disminuye; por el contrario, el vello facial se incrementa en las mujeres mayores. En los hombres de edad avanzada, aumenta el crecimiento de pelo de las cejas, las orejas y los orificios de la nariz. Las uñas crecen con mayor lentitud, son frá-giles y quebradizas, desarrollan estrías longitudinales y se reduce el tamaño de la lúnula. La transpiración disminuye ligeramente, pues se degrada el número y la función de las glándulas sudoríparas.

Sistema inmunitario

El envejecimiento del sistema inmunitario, conocido como *inmunosenescencia*, incluye la depresión de la respuesta inmunitaria, que puede originar un riesgo significativo de infecciones en los adultos mayores. Después de la mediana edad, la masa del timo disminuye de manera constante hasta el punto en el que la actividad sérica de las hormonas tímicas es casi imperceptible en los adultos mayores. La actividad de los linfocitos T se reduce y hay más células T inmaduras en el timo. Se produce una reducción significativa de la inmunidad mediada por células y los linfocitos T son menos capaces de proliferar en respuesta a mitógenos. Los cambios en los linfocitos T contribuyen a la reactivación de la varicela zóster y *Mycobacterium tuberculosis*, infecciones que se presentan en muchos adultos mayores. La concentración sérica de inmunoglobulinas (Ig) no se altera de manera significativa; la concentración de IgM es más baja, mientras que las de IgA e IgG son más altas. Las respuestas a la influenza, la parainfluenza, el neumococo y el tétanos son menos eficaces (se recomienda la vacunación a causa de las graves consecuencias potenciales de estas infecciones en los adultos mayores). La respuesta inflamatoria disminuye y la inflamación suele presentarse de manera atípica en las personas ancianas (p. ej., febrícula y escaso dolor). Además, se produce un aumento de la cantidad de citocinas proinflamatorias, un fenómeno probablemente asociado con aterosclerosis, diabetes, osteoporosis y otras enfermedades cuya prevalencia aumenta con la edad.

Además de mantener un buen estado nutricional, los adultos mayores pueden incluir alimentos en su dieta que afecten de manera positiva su inmunidad, como leche, yogurt, queso *cottage* sin grasa, huevos, frutas y vegetales frescos, nueces, ajo, cebolla, col (repollo), miel pura y melaza integral. También es útil un suplemento diario multivitamínico y mineral. La actividad regular física puede mejorar la función inmunitaria, incluyendo ejercicios como yoga y *tai chi*, que son de bajo impacto e inciden de manera positiva en la inmunidad. El estrés puede afectar la función del sistema inmunitario, pues las concentraciones elevadas de cortisona pueden provocar descomposición en el tejido linfático, inhibición de la producción de células citolíticas naturales, incremento en los linfocitos T supresores y reducción en la cantidad de células T cooperadoras y del interferón que disminuye los virus.

Termorregulación

La temperatura corporal normal es más baja en los adultos mayores que en los jóvenes. La temperatura corporal media oscila entre 36 y 36.8 °C por vía oral y entre 36.6 y 37.2 °C por vía rectal. Las temperaturas rectal y del conducto auditivo son los indicadores más precisos y confiables de la temperatura corporal en los adultos mayores.

La capacidad de respuesta a las temperaturas frías está reducida debido a una vasoconstricción ineficiente, reducción de la circulación periférica, disminución del gasto cardíaco, deterioro de la respuesta al escalofrío y reducción de la masa muscular y del tejido subcutáneo. En el otro extremo, las diferencias de respuesta al calor se relacionan con deterioro en los mecanismos de sudoración y disminución del gasto cardíaco. Estos cambios relacionados con la edad causan que los adultos mayores sean más susceptibles al estrés térmico. Las alteraciones en respuesta a los

entornos fríos y calientes aumentan el riesgo de hipotermia accidental, agotamiento por calor y golpe de calor.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Los cambios psicológicos pueden estar influidos por el estado de salud, los factores genéticos, los logros educativos, la actividad y los cambios físicos y sociales. Es posible que el deterioro de los órganos de los sentidos impida la interacción con el medio ambiente y con otras personas, influyendo así en el estado psicológico. Sentirse deprimido y aislado socialmente puede obstaculizar la función psicológica óptima. Al reconocer la variedad de factores que pueden afectar el estado psicológico y la variedad de las respuestas individuales a estos factores, es posible hacer algunas generalizaciones.

Personalidad

Los cambios drásticos en la personalidad básica no se producen normalmente a medida que se envejece. Es muy probable que el amable y gentil mayor fuera así durante su juventud; del mismo modo, el mayor cascarrabias probablemente no era apacible y tranquilo en sus años anteriores. Excluyendo los procesos patológicos, la personalidad es compatible con la mantenida a lo largo de la vida, aunque quizá será más abierta y se expresará más honestamente. La supuesta rigidez de los adultos mayores es más un resultado de las limitaciones físicas y mentales que un cambio de la personalidad. Por ejemplo, la insistencia de un adulto mayor para que sus muebles no sean reorganizados puede interpretarse como rigidez, pero tal vez sea una táctica de seguridad para alguien con mala memoria y déficit visual. Pueden presentarse cambios en los rasgos de personalidad en respuesta a los acontecimientos que alteran la cotidianidad, como la jubilación, muerte de un cónyuge, pérdida de la independencia, reducción de los ingresos económicos y discapacidad. El tipo de personalidad no describe a todos los adultos mayores; la personalidad en la vida tardía es un reflejo de ésta a lo largo de la vida. El ánimo, la actitud y el autoestima tienden a ser estables a lo largo del ciclo vital.

Memoria

Los tres tipos de memoria son: de corto plazo, con una duración de 30 seg a 30 min; de largo plazo, que implica aquello que se aprendió hace mucho tiempo; y sensorial, que se obtiene a través de los órganos de los sentidos y dura sólo unos pocos segundos. La recuperación de la información de la memoria a largo plazo puede ser más lenta, sobre todo si la información no se utiliza o no se necesita todos los días. Se reduce la capacidad para retener información en la consciencia mientras se maneja otra información de la memoria funcional. Los adultos mayores pueden mejorar algunos olvidos relacionados con la edad mediante el uso de ayudas para la memoria (dispositivos mnemotécnicos), como asociar un nombre con una imagen, tomar notas o hacer listas y colocar objetos en lugares significativos. Los déficits de memoria pueden ser el resultado de una variedad de factores distintos a los del envejecimiento normal.

Inteligencia

Por lo general, es conveniente interpretar los hallazgos relacionados con la inteligencia de la población de más edad con mucha cautela, porque los resultados pueden variar según los instrumentos de medición o el método de evaluación utilizados. La investigación geriátrica y gerontológica inicialmente empleada para comparar la inteligencia con el paso de los años fue la causa de estos sesgos. Los adultos mayores enfermos no pueden compararse con personas jóvenes sanas; tampoco pueden compararse las personas con diferente nivel educativo o cultural, ni los individuos expertos y capaces de realizar una prueba de inteligencia con aquellos que tienen deficiencias sensoriales o que no hayan realizado alguna vez este tipo de pruebas. Los estudios longitudinales que miden los cambios en una generación específica a medida que envejece y que consideran las variables sensoriales, de salud y los déficits educativos son relativamente recientes y determinan con mayor exactitud los cambios intelectuales que tienen lugar con el paso de los años.

Con la edad se mantiene la inteligencia básica; una persona no se vuelve más o menos inteligente. Las habilidades de comprensión verbal y de realización de operaciones aritméticas no se modifican. La **inteligencia cristalizada**, que es el conocimiento acumulado durante toda una vida y surge desde el hemisferio dominante del cerebro, se mantiene durante la edad adulta. Esta forma de inteligencia permite a la persona utilizar el aprendizaje y las experiencias del pasado para resolver problemas. La **inteligencia fluida**, que implica la nueva información y que emana del hemisferio no dominante, controla las emociones, la retención de la información no intelectual, las capacidades creativas, la percepción espacial y la apreciación estética; se considera que este tipo de inteligencia puede disminuir en la edad adulta. Una parte del deterioro de la función intelectual se presenta en los momentos previos a la muerte. Se han encontrado altos niveles de estrés psicológico crónico que se asocian con incremento de la incidencia de deterioro cognitivo leve (Wilson, et al., 2007).



COMUNICACIÓN

La audición y la visión deterioradas, la necesidad de más tiempo para procesar información nueva y el estrés de una interacción con algún proveedor de atención de la salud pueden evitar que los adultos mayores compartan información valiosa durante el proceso de evaluación e impedir que escuchen las instrucciones. Al mismo tiempo que respeta el nivel de función del individuo, se deben utilizar estas estrategias: ofrecer tiempo suficiente para que se contesten las preguntas, proporcionar ejemplos para activar la memoria y reforzar instrucciones mediante la repetición y la complementación de las instrucciones orales con instrucciones por escrito.

Aprendizaje

Aunque la capacidad para aprender no se altera seriamente con la edad, pueden interferir otros factores que limiten el aprendizaje, como la motivación, la atención, la transmisión diferida de la información en el cerebro, los deterioros de la percepción y la enfermedad. Las personas mayores tal vez tengan menos disposición para aprender y dependan de la experiencia previa para solucionar problemas en lugar de experimentar con nuevas técnicas. Es posible que las diferencias en la intensidad y duración de la excitación fisiológica de la persona anciana hagan que resulte más

difícil eliminar respuestas aprendidas y adquirir nuevos conocimientos. Las primeras fases del proceso de aprendizaje tienden a ser más dificultosas para los adultos mayores que para los más jóvenes; sin embargo, después de una fase temprana más prolongada, los mayores son capaces de mantener un ritmo similar. El aprendizaje es más eficaz cuando la nueva información se relaciona con la información antes aprendida. Aunque no parece haber mucha diferencia entre los adultos mayores y los más jóvenes en cuanto a la capacidad verbal o abstracta, las primeras muestran ciertas dificultades con las habilidades motoras y perceptivas. Las evidencias indican una tendencia hacia la asociación simple en lugar del análisis. Para los adultos mayores es un problema el aprendizaje de nuevos hábitos, ya que en ocasiones deben desaprender, reaprender o modificar los hábitos arraigados después de muchos años.



CONCEPTO CLAVE

Los adultos mayores mantienen la capacidad de aprender, a pesar de una variedad de factores que pueden interferir en el proceso de aprendizaje.

Capacidad de concentración

Los adultos mayores muestran una disminución de la capacidad de vigilancia (la capacidad para retener la atención durante más de 45 min). Se distraen con mayor facilidad por la información y los estímulos irrelevantes, y son menos capaces de realizar tareas complicadas o que requieren trabajo sincronizado.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

En los últimos 10 años, ¿qué cambios ha experimentado en cuanto a aspecto, comportamiento y actitudes? ¿Cómo se siente con respecto a estos cambios? ¿Cómo se siente acerca de estos cambios?

IMPLICACIONES DE LOS CAMBIOS RELACIONADOS CON LA EDAD EN LA ENFERMERÍA

Es esencial comprender los cambios frecuentes del envejecimiento para garantizar el desarrollo de las competencias de la práctica de la enfermería gerontológica. Este conocimiento puede ayudar a promover prácticas que mejoren la salud, reduzcan los riesgos de enfermedad y aumenten el bienestar. Diferenciar lo normal de las manifestaciones inusuales en los adultos mayores y de la presentación atípica de enfermedades puede ser de gran valor para identificar padecimientos e instaurar un tratamiento oportuno. La [tabla 5-1](#) enumera algunas intervenciones de enfermería asociadas con los cambios secundarios a la edad.



CONCEPTO CLAVE

Mediante la promoción de prácticas positivas en personas de todas las edades, el personal de enfermería puede ayudar a una mayor cantidad de personas a entrar en la edad avanzada con altos grados de salud y funcionalidad.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. G. es un chofer de camiones jubilado de 72 años de edad que ingresó al hospital para el tratamiento de una glomerulonefritis aguda. Su estatura es de 1.77 m y su peso de 81.6 kg. En la historia clínica se observa que el año pasado pesaba 100 kg y que ha experimentado una reducción de peso en cada una de las visitas mensuales a su médico. A pesar de que tiene un grado moderado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, aún fuma un paquete de cigarrillos al día. Tiene venas varicosas en ambos miembros inferiores y hemorroides. El Sr. G. es coherente y responde de forma apropiada. Su esposa comenta que él siempre ha tenido una mente aguda, aunque en los últimos años ha sido mucho más tranquilo y menos sociable. Al observar al Sr. G. durante todo el día, empieza a notarse que:

- Presenta falta de aire con mínimos esfuerzos.
- Desarrolla edema.
- Tiene dificultad para orinar y sus micciones son escasas.
- Añade una cantidad considerable de sal a su comida antes de probarla.
- Tiene dificultad para oír una conversación normal.
- Se mueve muy poco cuando está en cama.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Que signos y hallazgos se relacionan con el envejecimiento normal y cuáles se pueden atribuir a una patología?
- ¿Qué factores contribuyeron a los problemas de salud del Sr. G.?
- Describir los mayores riesgos para el Sr. G. e indicar las intervenciones de enfermería que podrían minimizarlos.

TABLA 5-1 Intervenciones de enfermería relacionadas con los cambios debidos al envejecimiento

Cambio relacionado con la edad	Intervención de enfermería
Reducción del líquido intracelular	Prevenir la deshidratación verificando la ingesta de por lo menos 1 500 mL de agua al día.
Disminución de la grasa subcutánea; disminución de la protección natural	Verificar que se utiliza ropa adecuada para mantener el calor corporal; mantener la temperatura ambiente entre 21 y 24 °C.
Menor temperatura bucal	Usar termómetros que registren temperaturas menores de 35 °C; establecer una referencia para evaluar la temperatura corporal cuando el paciente se encuentre bien a fin de identificar manifestaciones únicas de fiebre.
Disminución del gasto cardíaco y el volumen sistólico; aumento de las resistencias periféricas	Permitir el descanso entre las actividades y las rutinas; reconocer el tiempo requerido para que el ritmo cardíaco vuelva a la normalidad después de un sobreesfuerzo cardíaco y evaluar la presencia de taquicardia; garantizar que el nivel de presión arterial se adecue a las necesidades circulatorias mediante la evaluación de la función física y mental.

Disminución de la expansión y la contracción pulmonares, y la actividad respiratoria; falta de ventilación basal; aumento de la rigidez de los pulmones y la caja torácica; menor eficiencia del intercambio de gases y de la respuesta tusígena	Fomentar la actividad respiratoria que promueve la respiración profunda; reconocer que las infecciones respiratorias pueden acompañarse de síntomas y signos atípicos; controlar la administración de oxígeno manteniendo el nivel a 4 mL, a menos que se prescriba lo contrario.
Fragilidad de los dientes; retracción de las encías	Fomentar el uso de hilo dental y el cepillado diarios; garantizar que el paciente visite al dentista anualmente; revisar la cavidad bucal en busca de enfermedad periodontal, dientes afilados, irregulares u otras alteraciones.
Disminución de la agudeza de las sensaciones gustativas	Observar el consumo excesivo de dulces y sal; verificar que los alimentos se sirvan de manera atractiva; condimentar los alimentos de manera saludable.
Cavidad bucal deshidratada	Ofrecer líquidos durante las comidas; hacer que el paciente beba antes de deglutir comprimidos y cápsulas, y examinar la boca después de su administración para garantizar que los medicamentos se tragaron.
Disminución de la motilidad esofágica y gástrica; disminución del ácido gástrico	Identificar la presencia de indigestión; estimular la ingesta de cuatro a seis comidas pequeñas en lugar de tres grandes; aconsejar al paciente que no se acueste durante al menos 1 h después de las comidas.
Reducción del peristaltismo colónico; impulsos neuronales menos intensos en el intestino distal	Alentar al paciente a ir al baño de manera programada a fin de dar tiempo suficiente para la defecación; vigilar la frecuencia, consistencia y cantidad de las deposiciones.
Disminución del tamaño de la masa renal, la cantidad de nefronas, el flujo sanguíneo renal, la tasa de filtración glomerular y la función tubular	Verificar que las dosis de medicamentos prescritos estén ajustadas a la edad; observar las reacciones adversas a los medicamentos; reconocer que las determinaciones de glucosa en orina pueden ser poco fiables; que la excreción urinaria de creatinina y la depuración de creatinina disminuyan, y que las concentraciones séricas de nitrógeno ureico en sangre sean más altas.
Deterioro de la capacidad vesical	Ayudar a los pacientes con frecuente necesidad de ir al baño; garantizar su seguridad durante la noche.
Debilidad de los músculos vesicales	Observar en busca de signos de infecciones urinarias; ayudar al paciente a mantenerse en posición vertical.
Crecimiento de la próstata	Comentar ventajas y desventajas de someterse a un examen médico.
Sequedad y fragilidad vaginal	Asesorar a las mujeres en el uso seguro de lubricantes para mayor comodidad durante las relaciones sexuales.
Incremento de la alcalinidad del conducto vaginal	Buscar signos de vaginitis.
Atrofia muscular; reducción de la masa y fuerza musculares	Fomentar el ejercicio regular; asesorar a los pacientes para que eviten esfuerzos o el uso inadecuado de los músculos.
Disminución de la masa ósea y de su contenido mineral	Instruir al paciente en las medidas de seguridad para evitar caídas y fracturas; fomentar una adecuada ingesta de calcio y el ejercicio.
Fases III y IV del sueño menos eficaces	Evitar las interrupciones del sueño; verificar que el tiempo y la calidad del sueño sean suficientes.
Disminución de la acomodación visual; reducción de la visión periférica; visión menos eficaz en las zonas oscuras y con poca luz	Garantizar que el paciente se someta a un examen oftalmológico anual, usar luces por la noche, evitar cambios drásticos en la intensidad de la iluminación, verificar que los objetos que los pacientes utilizan estén dentro de su campo visual.
Coloración amarilla del cristalino	Evitar el uso de tonos verdes, azules y violetas juntos.

Disminución de la sensibilidad corneal	Advertir al paciente que proteja sus ojos.
Presbiacusia	Garantizar que el paciente se realice una audiometría si existe un problema; hablar con él en voz alta y grave.
Reducción de la capacidad para sentir la presión y el dolor	Garantizar que el paciente cambie su posición antes de que presente eritema en los tejidos; examinar el cuerpo para detectar lesiones; reconocer las respuestas mínimas al dolor.
Reducción de la respuesta inmunitaria	Prevenir las complicaciones de infecciones; recomendar la aplicación anual de vacunas contra neumococo, tétanos e influenza; promover un buen estado nutricional para mejorar las defensas.
Menor tasa metabólica	Asesorar al paciente para que evite el alto consumo de calorías.
Alteraciones de la secreción de insulina y el metabolismo de glucosa	Asesorar a los pacientes para que eviten el alto consumo de hidratos de carbono; observar las manifestaciones de hiperglucemia o hipoglucemia.
Aplanamiento de la unión dermoepidérmica; reducción del espesor y la vascularidad de la dermis; degeneración de las fibras de elastina	Aplicar los principios de prevención de úlceras.
Piel seca	Reconocer la necesidad de bañarse con menos frecuencia; evitar el uso de jabones fuertes; utilizar suavizantes de la piel.
Respuestas más lentas y mayor tiempo de reacción	Esperar el tiempo necesario para que el paciente responda, procese la información y lleve a cabo las tareas.

El personal de enfermería que cuida a adultos mayores debe ser consciente de que, a pesar de los numerosos cambios que suelen experimentarse con la edad, la mayoría de ellos funcionan admirablemente bien y tienen vidas normales y satisfactorias. Aunque el personal tiene que reconocer los factores que pueden alterar la función con el envejecimiento, también debe hacer hincapié en las capacidades y los activos que poseen los adultos mayores, y ayudar a las personas de todas las edades a lograr un envejecimiento saludable.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

El efecto de una intervención mediante *hatha yoga* en la función ejecutiva en adultos mayores

Fuente: Gothe, N. P., Kramer, A. F. y McAuley, E. (2014). The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 69(9), 1109–1116.

En este estudio, se dividieron al azar dos grupos de adultos mayores no residentes de centros de atención. Un grupo participó en una intervención mediante *hatha yoga* y el otro en una de control de estiramiento y fortalecimiento. Ambos grupos tomaron clases de ejercicios de 1 h durante un período de 8 semanas y realizaron pruebas de la función ejecutiva al inicio y al final de la intervención.

Los resultados demostraron una importante mejoría en las medidas de la función ejecutiva de la capacidad de memoria de trabajo y la eficiencia de movimiento y flexibilidad de un conjunto mental variable en el grupo que realizó yoga. Se necesita más investigación para obtener un entendimiento de los mecanismos subyacentes que

afectan los resultados.

Esta investigación expone que existe una variedad de ejercicios que pueden impactar la función cognitiva. También advierte al personal de enfermería acerca de la importancia de estar abierto a modalidades complementarias y alternativas que puedan tener un impacto positivo sobre la salud y el envejecimiento, así como de la necesidad de aprender a utilizar estas modalidades en la práctica.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Usted trabaja en un consultorio con un grupo de médicos que han tenido algunos de los mismos pacientes en consulta durante casi dos décadas. Aunque muchos de sus pacientes han envejecido, los médicos utilizan básicamente el mismo abordaje, cambian el orden de los medicamentos y no incluyen la revisión de problemas psicosociales.

¿Qué podría sugerir para actualizar la práctica con el fin de garantizar que las necesidades de los pacientes mayores se aborden de manera adecuada?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué esfuerzos deben hacerse para educar a personas de todas las edades en las prácticas que fomentarán un envejecimiento saludable?
2. ¿Qué cambios relacionados con la edad puede identificar en usted y sus padres?
3. Considere las recomendaciones que podrían darse a los jóvenes para la promoción de un proceso de envejecimiento saludable.

Resumen del capítulo

Los cambios en el nivel celular básico impactan todos los sistemas corporales. La atrofia de la grasa corporal, la pérdida de elasticidad del tejido y la reducción de la grasa subcutánea contribuyen a cambios en el aspecto corporal con la edad. Los cambios en los sistemas corporales contribuyen a una mayor prevalencia de enfermedades en la población mayor, como infecciones, hipertensión, estado dental deficiente, indigestión, estreñimiento, polaquiuria, agrandamiento prostático, fracturas, visión reducida, presbiacusia, hipotermia e hipertermia. La inteligencia básica se mantiene y hay cierta reducción de inteligencia fluida. La capacidad para retener información nueva disminuye y la recuperación de información de la memoria a largo plazo puede ser más lenta. La capacidad para aprender se mantiene, aunque existen varios factores que pueden interferir con el aprendizaje. Es posible emplear una variedad de acciones de enfermería para prevenir y reducir el impacto negativo de los cambios del envejecimiento, así como para promover una salud y función óptimas en los adultos mayores.

Referencias

- Cohen, E., Nardi, Y., Krause, I., Goldberg, E., Milo, G., Garty, M., & Krause, I. (2014). A longitudinal assessment of the natural rate of decline in renal function with age. *Journal of Nephrology*, 27(6), 635–641.
- Fukunaga, A., Uematsu, H., & Sugimoto, K. (2005). Influences of aging on taste perception and oral somatic sensation. *Journal of Gerontology, Series A, Biological Sciences*, 60(1), 109–113.

- Gupta, A., Epstein, J. B., & Sroussi, H. (2006). Hyposalivation in elderly patients. *Journal of the Canadian Dental Association*, 72(9), 841–846.
- Hiramatsu, T., Kataoka, H., Osaki, M., & Hagino, H. (2015). Effect of aging on oral and swallowing function after meal consumption. *Clinical Interventions in Aging*, 10(1), 229–235.
- Lerma, E. V. (2009). Anatomic and physiologic changes of the aging kidney. *Clinics in Geriatric Medicine*, 25, 325–329.
- Marks, L. S., Roehrborn, C. G., & Andiole, G. L. (2006). Prevention of benign prostatic hyperplasia disease. *Journal of Urology*, 176(4), 1299–1406.
- Mondon, K., Naudin, M., Beaufelis, E. & Atanasova, B. (2014). Perception of taste and smell in normal and pathological aging: An update. *Geriatric Psychology and Neuropsychiatry*, 12(3), 313–320.
- Munch, M., Knoblauch, V., Blatter, K., Wirz-Justice, A., & Cajochen, C. (2007). Is homeostatic sleep regulation under low sleep pressure modified by age? *Sleep*, 30(6), 781–792.
- Ney, D., Weiss, J, Kind, A., & Robinson, J. A. (2009). Senescent swallowing: Impact, strategies and interventions. *Nutrition in Clinical Practice*, 24(3), 395–413.
- Rabbitt, P., Scott, M., Lunn, M., Thacker, N., Lowe, C., Pendleton, N., ... Jackson, A. (2007). White matter lesions account for all age-related declines in speed but not in intelligence. *Neuropsychology*, 21(3), 363–370.
- Sampson, N., Untergasser, G., Plas, E., & Berger, P. (2007). The aging male reproductive tract. *Journal of Pathology*, 211(2), 206–218.
- Smith, C. H., Boland, B., Daureeawoo, Y., Donaldson, E., Small, K., & Tuomainen, J. (2013). Effect of aging on stimulated salivary flow in adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 805–808.
- St-Onge, M. P., & Gallagher, D. (2010). Body composition changes with aging: The cause or the result of alternations in metabolic rate and macronutrient oxidation? *Nutrition*, 26(2), 152–155.
- Wilson, R. S., Schneider, J. A., Boyle, P. A., Arnold, S. E., Tang, Y., & Bennett, D. A. (2007). Chronic distress and incidence of mild cognitive impairment. *Neurology*, 68(24), 2085–2092.
- Woo, J., Leung, J., & Kwok, T. (2007). BMI, body composition, and physical functioning in older adults. *Obesity*, 15(7), 1886–1894.

Lecturas recomendadas



Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

UNIDAD 2

Fundamentos de enfermería geriátrica y gerontológica



- 6 La especialidad de enfermería geriátrica y gerontológica
- 7 Valoración integral y planificación de la atención
- 8 Aspectos legales de la enfermería geriátrica y gerontológica
- 9 Aspectos éticos de la enfermería geriátrica y gerontológica
- 0 Continuo de atención en enfermería geriátrica y gerontológica



La especialidad de enfermería geriátrica y gerontológica

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Desarrollo de la enfermería geriátrica y gerontológica

Elementos básicos de la práctica de enfermería geriátrica y gerontológica

- Práctica basada en la evidencia
- Estándares
- Competencias
- Principios

Papel de la enfermería geriátrica y gerontológica

- Sanador
- Cuidador
- Educador
- Defensor
- Innovador

Funciones de enfermería de práctica avanzada

Autocuidado y aprendizaje

- Seguir prácticas de salud positivas
- Fortalecimiento y construcción de conexiones
- Comprometerse con un proceso dinámico

El futuro de la enfermería geriátrica y gerontológica

- Usar las prácticas basadas en evidencias
- Avanzar la investigación
- Promover la atención integral
- Instruir a los cuidadores
- Desarrollar nuevos roles
- Equilibrar la calidad de la atención y los costes de atención de la salud

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir la importancia de la práctica basada en la evidencia en la enfermería geriátrica y gerontológica.
2. Identificar los estándares empleados en la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica.
3. Mencionar los principios que guían la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica.
4. Comentar los principales papeles del personal de enfermería geriátrica y gerontológica.
5. Analizar los futuros retos para la enfermería geriátrica y gerontológica.
6. Describir las actividades que contribuyen al auto-cuidado del personal de enfermería.

GLOSARIO

Competencia: tener habilidad, conocimiento y capacidad para realizar alguna actividad de acuerdo con los estándares de práctica.

Enfermería geriátrica: atención de enfermería para los adultos mayores enfermos.

Enfermería gerontológica: práctica de enfermería que promueve el bienestar y la más alta calidad de vida para los individuos en envejecimiento.

Estándar: expectativas deseadas y esperadas acerca de la atención que sirven como un modelo sobre el cual puede valorarse la práctica.

Práctica basada en la evidencia: emplear investigación e información científica para guiar las acciones.

La especialidad de la **enfermería geriátrica y gerontológica** no siempre fue tan popular o respetada en el ámbito de la profesión. No obstante, a lo largo de las últimas décadas, la especialidad ha crecido de forma importante y se ha beneficiado del reconocimiento social de la relevancia del segmento poblacional en envejecimiento. Hoy en día, el personal de enfermería tiene diversas oportunidades para participar de manera significativa en la atención de los adultos mayores e influir en el futuro de la enfermería geriátrica y gerontológica.

DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

El personal de enfermería, quien ha estado desde hace tiempo interesado en la atención de los adultos mayores, parece haber asumido más responsabilidad que cualquier otro profesional sanitario sobre este segmento de la población. En 1904, la *American Journal of Nursing* publicó el primer artículo de enfermería sobre la atención de los adultos mayores, en el cual se postulan diversos principios que aún guían la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica (Bishop, 1904): “No se debe tratar a un niño de la misma manera en la que se trata a un adulto mayor, tampoco se debe tratar a una persona anciana como se trata a una en el comienzo de su vida”. De manera interesante, la misma publicación incluyó un artículo bajo el título “El enfermero anciano”, el cual enfatizaba el valor de la edad sobre la experiencia en la práctica (DeWitt, 1904).

Después de que la Federal Old Age Insurance Law (mejor conocida como *Seguridad Social*) fuera aprobada en 1935, gran cantidad de personas de edad

avanzada tuvieron una alternativa a los asilos tradicionales y pudieron pagar por una habitación independiente. Debido a que numerosos hogares que ofrecían este tipo de vivienda para personas mayores eran operados por mujeres que se autodenominaban *enfermeras*, las residencias llegaron a conocerse como *hogares de enfermería* (*nursing homes*).

Durante cierta época, la atención de los adultos mayores no era un rama de la enfermería con gran popularidad. Las enfermeras y enfermeros geriátricos, aquellos que se encargan de los adultos mayores enfermos, eran percibidos como de menor capacidad, no lo suficientemente capaces para la atención de urgencia ni suficientemente listos para la jubilación. Los centros geriátricos pudieron haber empeorado el problema al desalentar la participación de personal de enfermería capaz debido a los salarios bajos. No era mucho lo que los programas educativos hacían en contra de esta negatividad, pues la interacción con los adultos mayores no era de la calidad o cantidad adecuadas, además de que la atención estaba sobre los enfermos y no en los sanos, quienes representan de mejor manera a la población mayor. A pesar de que los de enfermería se encontraba entre los escasos profesionales implicados en la atención del adulto mayor, la gerontología no estaba presente en la mayoría de los programas docentes, hasta ahora.

La frustración por el escaso valor que se daba a la **enfermería geriátrica** condujo a que la American Nurses Association (ANA) solicitara ayuda para promover el establecimiento de esta área en la práctica. Después de años de estudio, en 1961, la ANA recomendó que se estableciera un grupo especializado en enfermería geriátrica. En 1962, la ANA's Conference Group on Geriatric Nursing Practice realizó su primera conferencia nacional. Este grupo se convirtió en la Division of Geriatric Nursing durante 1966, lo que le valió el reconocimiento formal como una especialidad de la enfermería. En 1969, el desarrollo de los *Standards for Geriatric Nursing Practice* significó una importante contribución del grupo y se publicó por primera vez en 1970. En consecuencia, se desarrolló la certificación por excelencia del personal de enfermería en geriatría. En 1975 se entregó este reconocimiento a 74 personas. La creación del *Journal of Gerontological Nursing*, la primera revista en satisfacer las necesidades y los intereses de la enfermería geriátrica, tuvo lugar en 1975.

A lo largo de la década de 1970, el personal de enfermería obtuvo consciencia de su papel en promover un envejecimiento saludable en todas las personas y garantizar el bienestar de los adultos mayores. Como resultado, estas personas expresaron interés en cambiar el nombre de la especialidad a *enfermería geriátrica y gerontológica*, con la finalidad de reflejar un alcance mayor que sólo la atención de los adultos mayores enfermos. En 1976, la Geriatric Nursing Division se convirtió en la Gerontological Nursing Division. El [cuadro 6-1](#) muestra los hitos en el desarrollo de la enfermería geriátrica y gerontológica.



CONCEPTO CLAVE

La *enfermería gerontológica* implica la atención de las personas de edad avanzada y enfatiza la promoción de la mayor calidad de vida posible y el bienestar a lo largo de la vida. La *enfermería geriátrica* se centra en la atención de los adultos mayores enfermos.

En las décadas pasadas, la especialidad de la enfermería geriátrica y gerontológica ha experimentado gran crecimiento. En 1956, sólo 32 artículos referentes a la atención de enfermería del adulto mayor fueron listados en el *Cumulative Index to Nursing Literature*, y sólo el doble de esta cantidad se listó una década después. No obstante, el número de artículos ha aumentado de forma considerable desde entonces. La cantidad de publicaciones sobre enfermería geriátrica y gerontológica aumentó de unas cuantas en 1960 hasta docenas en la actualidad; así como lo hizo la cantidad, la calidad también ha ido en aumento. Un número creciente de centros de enseñanza de enfermería incluyen la rama de geriatría y gerontología en sus programas de pregrado y ofrecen programas de posgrado en esta área. La certificación es un medio por el cual los conocimientos y las competencias del personal son reconocidas y validadas mediante una organización de enfermería. El personal certificado puede recibir el reconocimiento en enfermería geriátrica y gerontológica general con un curso básico y 2 años de experiencia en la especialidad o mediante un curso avanzado como personal con una licenciatura y experiencia adicional (para mayor información sobre la certificación, véase la sección de *Recursos* al final del capítulo y acceda al American Nurses' Credentialing Center). La administración de la enfermería en la atención a largo plazo, la enfermería gerontopsiquiátrica, de rehabilitación y otras áreas de subespecialización han evolucionado; diversas asociaciones de enfermería especializada han publicado su postura en cuanto la integración de la enfermería geriátrica y gerontológica en su propia rama de la ciencia (las publicaciones suelen encontrarse en los sitios web de las asociaciones). El Hartford Institute for Geriatric Nursing, fundado en 1990, ha contribuido de manera significativa al avance de la especialidad identificando y desarrollando las mejores prácticas y fomentando la implementación de éstas (para mayor información, visite <http://www.hartfordign.org>). En 2003, el Hartford Institute for Geriatric Nursing colaboró con la American Academy of Nursing y la American Association of Colleges of Nursing para desarrollar la Hartford Geriatric Nursing Initiative, que ha contribuido de manera significativa al crecimiento de la **práctica basada en la evidencia** dentro de la especialidad. La enfermería geriátrica y gerontológica ha avanzado de manera acelerada y todo indica que continuará de esta manera.

CUADRO 6-1 Hitos en el crecimiento de la enfermería geriátrica y gerontológica

- 1902 Primer artículo acerca de la atención en el envejecimiento en el *American Journal of Nursing*, escrito por un médico.
- 1904 Primer artículo en la atención del adulto mayor en la *American Journal of Nursing* escrito por una enfermera.
- 1950 Primer libro acerca de enfermería geriátrica publicado (*Geriatric Nursing*, K. Newton).
Primera tesis de maestría acerca de la atención en el adulto mayor (Eleanor Pingrey).
La geriatría se reconoce como un área de especialización en la enfermería.
- 1952 Primer estudio acerca de la atención del adulto mayor *Nursing Research*.
- 1961 La American Nurses Association (ANA) recomienda crear un grupo de especialización para la enfermería geriátrica.
- 1962 Primera edición anual de la ANA Conference on Geriatric Nursing Practice.

- 1966 Establecimiento de la Geriatric Nursing Division de la ANA.
Primer programa de especialidad en enfermería geriátrica y gerontológica (Duke University).
- 1968 Por primera vez una enfermera presenta ante el International Congress of Gerontology (Laurie Gunter).
- 1969 Desarrollo de estándares de la práctica de enfermería geriátrica.
- 1970 Primera publicación de los estándares de la ANA acerca de los estándares de la enfermería geriátrica y gerontológica.
- 1973 Primera certificación en enfermería geriátrica y gerontológica emitida por la ANA (certificación de 74 personas).
- 1975 Primera publicación especializada en enfermería gerontológica, *Journal of Gerontological Nursing*.
Primera conferencia de enfermería en el International Congress of Gerontology.
- 1976 La ANA cambia el nombre de la Geriatric Nursing Division a Gerontological Nursing Division.
Publicación de los *ANA Standards of Gerontological Nursing*.
Certificación de la ANA para personal de enfermería geriátrica y gerontológica.
- 1980 Se establece la revista *Geriatric Nursing* editada por la *American Journal of Nursing*.
- 1981 Primera International Conference on Gerontological Nursing.
La ANA Division of Gerontological Nursing desarrolla los alcances de la práctica.
- 1982 Desarrollo del programa de enseñanza de enfermería en la Robert Wood Johnson Teaching Home.
- 1983 Primer profesor emérito en Enfermería geriátrica y gerontológica en los Estados Unidos (Case Western Reserve).
- 1984 Se forma la National Gerontological Nursing Association (NGNA).
La ANA Division of Gerontological Nursing Practice se convierte en el Council on Gerontological Nursing.
- 1986 Se establece la National Association for Directors of Nursing Administration in Long-Term Care (NADONA/LTC).
- 1987 La ANA publica un conjunto de documentos de *Scope and Standards of Gerontological Nursing Practice*.
- 1989 Se ofrece por primera ocasión la certificación de ANA en especialistas clínicos en enfermería gerontológica.
- 1990 Se establece la Division of Long-Term Care dentro del ANA Council of Gerontological Nursing.
- 1966 Se inicia el financiamiento Hartford Gerontological Nursing Initiatives mediante la John A. Hartford Foundation.
- 2001 La ANA publica una revisión de los *Standards and Scope of Gerontological Nursing Practice*.
- 2002 Comienzo de la iniciativa Nurse Competence in Aging para brindar educación gerontológica y actividades dentro de las asociaciones de especialización de enfermería.
- 2004 La American Association of Colleges of Nursing publica competencias para los programas de práctica avanzada en enfermería geriátrica y gerontológica.
- 2007 Establecimiento de la American Association for Long-Term Care Nursing.
- 2008 Se publica *Retooling for an Aging America* mediante el Institute of Medicine, el cual recomienda mejoras en las competencias geriátricas para los trabajadores de la salud.

Además del crecimiento de la especialidad, se cuenta con una mayor consciencia acerca de la complejidad de la enfermería geriátrica y gerontológica. Las personas de edad avanzada muestran gran diversidad en cuanto al estado de salud, cultura, estilo de vida, condiciones de vida, nivel socioeconómico y demás variables. La mayoría de estas personas tienen enfermedades crónicas que afectan de manera única a las enfermedades agudas, la reacción a los tratamientos y la calidad de vida. Los síntomas de la enfermedad suelen ser atípicos. Pueden coexistir diversas enfermedades y complicar la capacidad de detectar el avance de una sola enfermedad o la identificación de la causa de los síntomas. Las enfermedades que experimenta el adulto mayor pueden atravesar todas las especialidades clínicas, lo que exige que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica cuente con un gran fundamento de conocimientos. El riesgo de complicaciones es elevado. Ciertos factores adicionales,

como finanzas limitadas o aislamiento social, afectan el estado de salud y el bienestar. Además, el hecho de que la enseñanza de la geriatría y la gerontología sea optativa en gran cantidad de centros de enseñanza puede limitar el número de profesionales capacitados en los aspectos únicos de la atención del adulto mayor.

ELEMENTOS BÁSICOS DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

Mediante la formalización y el crecimiento de la enfermería geriátrica y gerontológica, el personal y las organizaciones han desarrollado guías informales y formales para la práctica clínica. Algunos de estos elementos clave incluyen la práctica con base en la evidencia y los **estándares** y los principios de la enfermería geriátrica y gerontológica.

Práctica basada en la evidencia

Alguna vez la práctica de la enfermería fue guiada por el ensayo y el error, en lugar de la investigación y el conocimiento. Por fortuna, ya no es así y la enfermería sigue un abordaje sistemático que emplea investigación clínica existente para sustentar la toma de decisiones, un proceso que se conoce como *práctica basada en la evidencia*. Probar, evaluar y emplear los hallazgos de investigación en la atención de los adultos mayores es de tal importancia que se encuentra entre los *ANA Standards of Professional Gerontological Nursing Performance*.

La práctica basada en la evidencia se apoya de la síntesis y el análisis de la información disponible proveniente de la investigación. Dentro de las formas más frecuentes en las que se publica este tipo de información se encuentran el metaanálisis y el análisis de costes. El *metaanálisis* es un proceso en el que se analizan y acumulan los resultados de los estudios publicados acerca de un tema en específico. Este proceso recopila los resultados de gran cantidad de estudios pequeños para permitir que se saquen conclusiones más significativas. En el caso de los *informes de análisis de costes*, la información financiera recopilada se emplea para hacer comparaciones de resultados. El desempeño también puede ser comparado con las mejores prácticas o con los promedios de la industria mediante un proceso de *evaluación comparativa*. Por ejemplo, la incidencia de úlceras por presión en un centro puede compararse con la de otro de características similares. La información puede usarse para impulsar mejoras.



CONCEPTO CLAVE

Las mejores prácticas se basan en evidencia y se estructuran sobre la experiencia del personal de enfermería.

Estándares

La práctica de la enfermería se guía por estándares. Los *estándares* son reflejo del nivel y las expectativas de la atención que se espera y sirven como modelo frente al que puede compararse la práctica. Por lo tanto, los estándares sirven para guiar y

evaluar la práctica de la enfermería.

Los estándares provienen de diferentes fuentes. Las regulaciones estatales y federales indican los estándares mínimos para la práctica de diversos trabajadores sanitarios (p. ej., desempeño de las enfermeras) y agencias (p. ej., centros de asistencia). La Joint Commission ha desarrollado estándares para diversos escenarios clínicos que intentan establecer el nivel máximo de desempeño que se puede lograr. Los *ANA Scope and Standards of Practice for Gerontological Nursing*, como se muestran en el [cuadro 6-2](#), son los únicos estándares establecidos para la enfermería geriátrica y gerontológica. El personal de enfermería debe valorar de manera continua las prácticas actuales frente a los estándares que se emplean en sus respectivas áreas para garantizar que su ejercicio refleje la atención de la más alta calidad posible.

Competencias

El personal de enfermería que trabaja con adultos mayores necesita competencias específicas de la enfermería geriátrica y gerontológica para lograr promover la atención de la mayor calidad posible en esta población. A pesar de que pueden ser diversos la preparación académica, el grado de experiencia y la situación de práctica, ciertas competencias básicas de la enfermería geriátrica y gerontológica incluyen la capacidad de:

- Diferenciar hallazgos normales y anómalos en el adulto mayor.
- Valorar la función y el estado físico, mental, emocional, social y espiritual del adulto mayor.
- Hacer partícipe al adulto mayor en todos los aspectos de la atención hasta donde sea posible.
- Brindar información y capacitación en un nivel y lenguaje apropiado para el paciente.
- Individualizar el plan de atención e implementarlo.
- Identificar y reducir riesgos.
- Empoderar al adulto mayor para tomar la mayor cantidad de decisiones.
- Identificar las preferencias que se derivan de la cultura, el lenguaje, la raza, la preferencia sexual, el estilo de vida, las experiencias y los roles del adulto mayor.
- Ayudar al adulto mayor en la evaluación, la elección, la ubicación y la transición a los entornos que cumplen con sus necesidades de vivienda y atención.
- Defender y proteger los derechos del adulto mayor.
- Promover la elección y el respeto de la voluntad anticipada.

CUADRO 6-2 Estándares de práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica de la ANA

ESTÁNDAR 1. VALORACIÓN

El personal de enfermería de gerontología y geriatría obtiene información completa acerca de la salud o la situación física y mental del adulto mayor.

ESTÁNDAR 2. DIAGNÓSTICO

El personal de enfermería analiza la información de la valoración para determinar el diagnóstico y los problemas.

ESTÁNDAR 3. IDENTIFICACIÓN DE RESULTADOS

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica identifica los resultados esperados para individualizar el plan de atención del adulto mayor.

ESTÁNDAR 4. PLANIFICACIÓN

El personal de enfermería desarrolla un plan para obtener los resultados esperados.

ESTÁNDAR 5. IMPLEMENTACIÓN

El personal de enfermería implementa el plan establecido, previamente.

ESTÁNDAR 5A. COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

El personal coordina la administración de la atención.

ESTÁNDAR 5B. CAPACITACIÓN EN SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica certificado emplea estrategias para promover la salud y un entorno seguro.

ESTÁNDAR 5C. CONSULTA

El personal de enfermería de práctica avanzada certificado brinda una interconsulta para influir en el plan identificado, mejorar las capacidades de los demás y provocar cambios.

ESTÁNDAR 5D. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES Y TRATAMIENTO

El personal de enfermería de práctica avanzada certificado utiliza autoridad prescriptiva, procedimientos, derivaciones, tratamientos y terapias de acuerdo con las regulaciones y las leyes federales y estatales.

ESTÁNDAR 6. EVALUACIÓN

El personal de enfermería evalúa el progreso del adulto mayor en el camino hacia la obtención de los resultados esperados.

Fuente: American Nurses Association. (2010). *Gerontological nursing scope and standards of practice*. Silver Spring, MD: Nursebooks.org. (Se puede obtener una copia completa de los estándares que incluye los criterios de medición y los *Standards of Professional Performance for Gerontological Nursing* desde el sitio web de la American Nurses Association, <http://www.nursesbooks.org>).

Para lograr mantener y mejorar sus competencias, el personal de enfermería debe estar al tanto de la investigación, recursos y mejores prácticas recientes. Esta práctica constituye una responsabilidad personal de la enfermera o enfermero profesional.

Principios

La información científica referente a las teorías, los ajustes en la vida, el envejecimiento normal y la fisiopatología del envejecimiento se combinan con información de psicología, sociología, biología y otras ciencias físicas y sociales (fig.

6-1) con la intención de desarrollar principios de enfermería. Los *principios de enfermería* son los hechos comprobados o teorías aceptadas ampliamente que guían la práctica de la enfermería. Los profesionales de la enfermería son responsables de emplear estos principios como fundamento para la práctica y verificar mediante medios educativos y administrativos que otros proveedores utilicen un conocimiento adecuado.

Además de los principios básicos que dirigen la administración de atención a la población, ciertos principios específicos y únicos guían la atención de individuos de edades específicas o con enfermedades determinadas. Algunos de los principios que orientan la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica se muestran en el [cuadro 6-3](#) y se comentan más adelante.

CASO A CONSIDERAR



La enfermera Haley es recién graduada y labora en una unidad de atención coronaria de un hospital de atención de urgencias. Dentro de su corta estancia en la unidad, ha notado que el personal de enfermería que trabaja ahí desde hace tiempo muestra ciertas tendencias cuando atiende a los pacientes mayores de 65 años de edad. Por ejemplo, dirigen sus comentarios y preguntas hacia los hijos de los pacientes, en lugar de a ellos, hablan con los pacientes de una forma infantil, no suelen preguntar acerca de sus estilos de vida y preferencias, asumen que tienen vidas tranquilas y omiten temas que sí comentan con pacientes más jóvenes, como sexualidad, ejercicio, actividades laborales y tratamientos alternativos y complementarios. La enfermera Haley percibe que los comportamientos de sus colegas no respetan la individualidad y los derechos de los pacientes mayores y se arriesgan a comprometer la calidad de la atención que se brinda.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles son las competencias de enfermería geriátrica y gerontológica que están ausentes en la práctica de enfermería que describe la enfermera Haley?
- ¿Cuáles son algunos de los factores que pueden haber contribuido a los compartimientos del personal de enfermería?
- ¿Cómo debe abordar la enfermera Haley los problemas que observa para promover la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica de calidad?

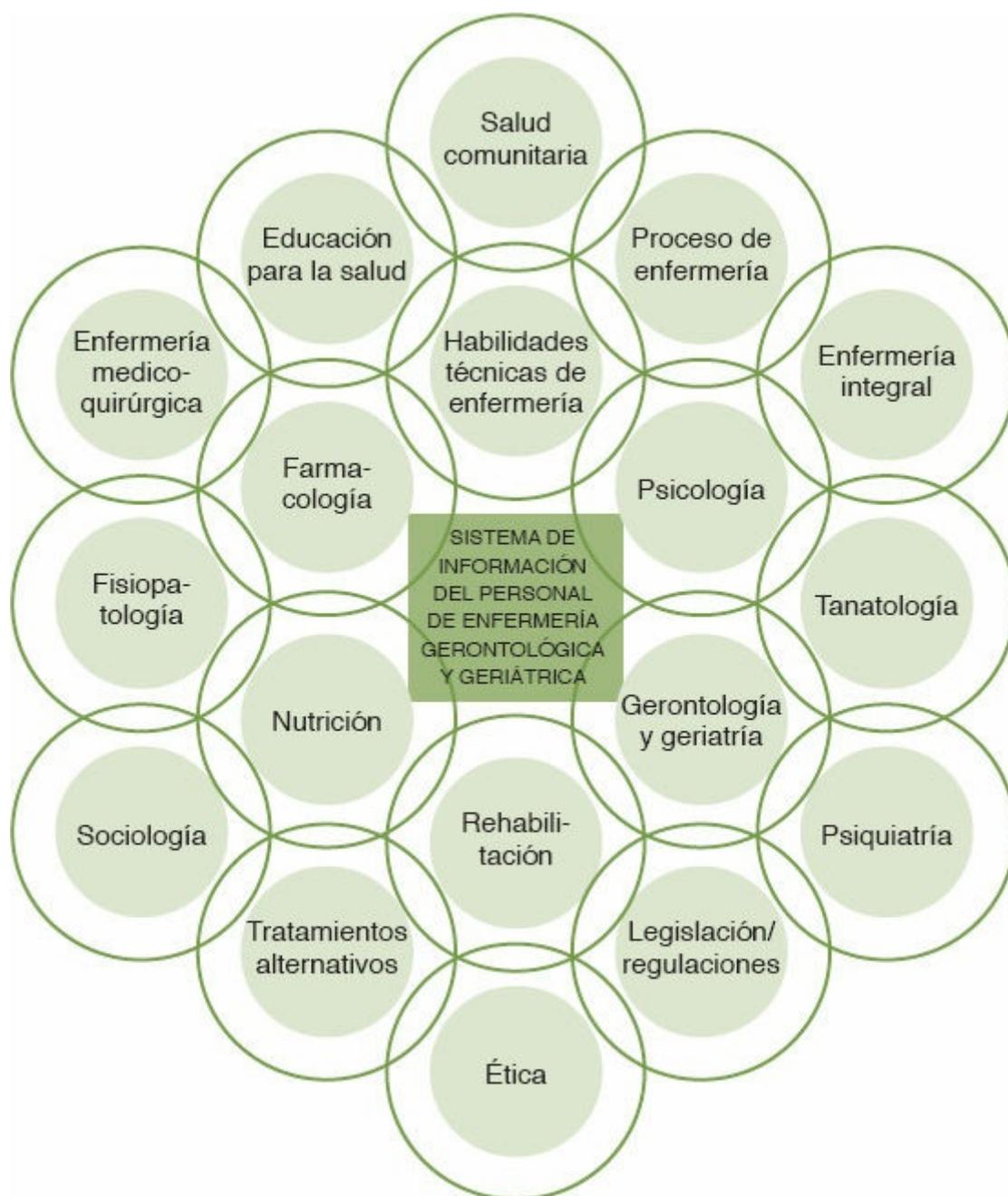


FIGURA 6-1 ● Sistema de información del personal de enfermería geriátrica y gerontológica.

CUADRO 6-3 Principios de la práctica de enfermería geriátrica y gerontológica

- El envejecimiento es un proceso natural en común dentro de todos los organismos vivos.
- Diversos factores influyen el proceso de envejecimiento.
- Se emplean datos y conocimientos únicos en la implementación del proceso de enfermería en la atención del adulto mayor.
- Los adultos mayores tienen necesidades de auto-cuidado y humanas similares a las de los demás individuos.

- La enfermería geriátrica y gerontológica busca ayudar a los adultos mayores a alcanzar la plenitud mediante un estado óptimo de salud física, psicológica, social y espiritual.

Envejecimiento: un proceso natural

Cada organismo comienza a envejecer desde el momento de la fecundación. El proceso de maduración, o envejecimiento, ayuda al individuo a alcanzar el grado de función celular, orgánico y sistémico necesario para cumplir las tareas vitales. De manera continua y constante, cada célula de todo ser vivo envejece. A pesar de la normalidad y naturalidad de este proceso, numerosas personas perciben el envejecimiento como una enfermedad. Por ejemplo, algunos comentarios asociados con el envejecimiento son:

- “Tener un aspecto gris y arrugado”.
- “Pérdida de la función intelectual”.
- “Ser débil y frágil”.
- “Obtener poca satisfacción de la vida”.
- “Retroceder a comportamientos infantiles”.
- “Ser inútil”.

Este tipo de aseveraciones no son válidas para el proceso de envejecimiento en la mayoría de las personas. El envejecimiento no es una enfermedad discapacitante; incluso con las limitaciones que pueden suponer las enfermedades asociadas con la edad avanzada, los escenarios de utilidad, logro y alegría aún se presentan. Un entendimiento realista del proceso de envejecimiento puede promover una actitud positiva frente al avance de la edad.

Factores que influyen el proceso de envejecimiento

Los factores como herencia, nutrición, estado de salud, experiencias de vida, entorno, actividad y estrés tienen un efecto único en todo individuo. Dentro de los factores reconocidos o considerados que afectan el patrón habitual de envejecimiento, los hereditarios son los que algunos científicos proponen como determinantes de su velocidad. La desnutrición puede acelerar los efectos nocivos del proceso de envejecimiento, así como la exposición de toxinas ambientales, enfermedades y estrés. En contraste, la actividad mental, física y social puede reducir la velocidad y grado de deterioro de la función con la edad. Los factores mencionados se analizan con mayor detalle en el [capítulo 2](#).

Cada una de las personas envejece de manera única a pesar de que ciertas características generales son evidentes en la mayoría de los individuos de determinada edad. De igual manera que uno no asumiría que todos los individuos de 30 años de edad son idénticos y se evaluaría, comunicaría y abordaría a las personas de manera individualizada, el personal de enfermería debe reconocer que ninguna persona de 60, 70 u 80 años es idéntica. El personal debe comprender la gran cantidad de factores que influyen en el proceso de envejecimiento y reconocer los

resultados en cada uno de los individuos.

Alcance del proceso de enfermería

La información científica relacionada con el envejecimiento normal y las características psicológicas, biológicas, sociales y espirituales propias del adulto mayor deben integrarse con el conocimiento de la enfermería general. El proceso de enfermería brinda un método sistemático para administrar la atención de enfermería e integra una gran variedad de conocimientos y habilidades. El alcance de la enfermería incluye más que el seguimiento de órdenes médicas o tareas aisladas; el proceso implica una visión integral de los individuos y la atención que requieren. Los retos psicológicos, fisiológicos, sociales y espirituales específicos que suponen los adultos mayores se consideran en cada fase del proceso de enfermería.

Necesidades básicas

Las necesidades centrales que promueven la salud y la calidad de vida óptima para todos los pacientes son:

- *Equilibrio fisiológico.* Respiración, circulación, nutrición, hidratación, excreción, movimiento, descanso, comodidad, inmunidad y reducción de riesgos.
- *Conexión.* Familiar, conyugal, social, cultural, ambiental, espiritual y propia.
- *Satisfacción.* Propósito, placer y dignidad.

Mediante el autocuidado, las personas suelen realizar las actividades de manera independiente y voluntaria para satisfacer sus necesidades vitales. Cuando una situación interfiere con la capacidad de un individuo para cumplir con sus necesidades, debe implementarse la atención de enfermería. Los requisitos de estas necesidades y los problemas específicos que pueden padecer los adultos mayores al intentar cumplirlos se comentan en las unidades III, IV y V.

Salud óptima y plenitud

Se puede considerar al envejecimiento como el proceso de llevar al máximo la humanidad, plenitud e identidad única dentro de un mundo en incesante cambio. Durante la vida tardía, las personas obtienen un sentido de personalidad que permite que demuestren su individualidad y se concentren en la autoactualización. Al lograrlo, pueden experimentar armonía interior y exterior, apreciar su valía, disfrutar relaciones sociales plenas y profundas, lograr un sentido de propósito y desarrollar las múltiples facetas de su ser. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica tiene un rol importante en promover la salud y ayudar a las personas a lograr la plenitud. En la teoría del autocuidado, las acciones de enfermería dirigidas a esta función son:

- Fortalecimiento de la capacidad de autocuidado del paciente.
- Eliminar o disminuir las limitaciones del autocuidado.
- Brindar servicio de manera directa al actuar o intervenir o ayudar a la persona cuando sus necesidades no pueden cumplirse de manera independiente.

La finalidad de todas las intervenciones anteriores es la promoción de la máxima

independencia posible. A pesar de que puede ser más tardado y difícil, permitir que los adultos mayores realicen tanto como puedan de manera independiente produce gran cantidad de desenlaces positivos sobre la salud biopsicosocial.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué prácticas de autocuidado son rutinarias en su vida cotidiana? ¿Qué hace falta?

PAPEL DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

En las actividades con otros adultos mayores, la función del personal de enfermería abarca diversos papeles o roles, los cuales suelen coincidir con la función de sanador, cuidador, educador, defensor e innovador (fig. 6-2).

Sanador

La práctica de la enfermería se basó al inicio en el concepto cristiano de la unión entre espíritu y carne. El papel de la enfermería como un arte de sanación fue reconocido a mediados del siglo XIX, un hecho evidenciado por los textos de Florence Nightingale donde se establece que la enfermería “pone al paciente en la mejor condición posible para que la naturaleza actúe sobre él” (Nightingale, 1860). A medida que el conocimiento médico y la tecnología avanzaron y la enfermería se basó cada vez más en la ciencia, en lugar de las artes de la sanación, el énfasis inicial en el cuidado, la comodidad, la empatía y la intuición se reemplazaron por el énfasis en la imparcialidad, la objetividad y el abordaje científico. No obstante, el repunte del abordaje integral de la atención de la salud ha permitido que el personal de enfermería reconozca de nuevo la independencia de la mente, el cuerpo y el espíritu en la salud y la sanación.

El papel de la enfermería es significativo en ayudar a las personas a mantenerse sanos, afrontar y superar la enfermedad, retomar la función, encontrar significado y propósito en la vida y movilizar los recursos internos y externos. En cuanto al papel de sanador, el personal geriátrico y gerontológico reconoce que la mayoría de los humanos valoran la salud y son responsables y participantes activos en el mantenimiento de la salud y el tratamiento de la enfermedad, además de que desean armonía y plenitud en su entorno. Es vital un abordaje integral que reconozca que se debe evaluar a los pacientes en el contexto de sus elementos biológicos, emocionales, sociales, culturales y espirituales. Se puede encontrar información acerca de la enfermería integral de la American Holistic Nurses' Association, la cual se menciona en la sección de *Referencias* al final de este capítulo.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Henri Nouwen (1990) comentó acerca del “sanador herido”, quien emplea sus problemas o heridas como medio para lograr la ayuda en la sanación de los demás. ¿Qué experiencias de vida o “heridas” posee que le permiten ayudar a los demás en sus vidas?



FIGURA 6-2 ● Funciones de la enfermería geriátrica y gerontológica.

Para lograr que la curación sea un proceso dinámico, el personal de enfermería debe identificar sus propias debilidades, vulnerabilidades y necesidad de autosanación continua. Lo anterior es congruente con el concepto de *sanador herido* y sugiere que al reconocer las heridas de todos los humanos, incluyéndose a sí mismo, el personal de enfermería puede brindar servicios con características de amor y compasión.

Cuidador

El papel de cuidador es el principal del personal de enfermería. En esta función, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica emplea la teoría durante la implementación consciente del proceso de enfermería en el adulto mayor. Como parte de este papel se encuentra la participación activa de los adultos mayores y sus seres queridos en la promoción del máximo grado de autocuidado. Este proceso es especialmente significativo debido a que los adultos mayores enfermos se encuentran en riesgo de que alguien más tome las decisiones en su lugar, en el mejor interés de su cuidado, la eficiencia y los mejores resultados, lo cual los priva de su independencia.

A pesar de que el conocimiento de la geriatría y la atención gerontológica han aumentado considerablemente, gran cantidad de personal carece de ellos. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica se enfrenta con el reto de difundir la práctica con base en conocimientos tangibles que reflejen las características y las respuestas únicas de los adultos mayores mediante la difusión de los principios y las prácticas gerontológicas. El personal que labora en esta especialidad se enfrenta con el desafío de obtener conocimiento y habilidades que permitan el cumplimiento de las necesidades específicas de los adultos mayores y verificar que se utilicen las prácticas con base en la evidencia.

Educatador

Los enfermeros de geriatría y gerontología deben estar preparados para tomar ventaja de oportunidades formales e informales para compartir conocimiento y habilidades relacionadas con la atención de los adultos mayores. La educación se extiende desde los profesionales hasta el público general. Las áreas en las que el personal de geriatría

y gerontología pueden incluir el envejecimiento normal, la fisiopatología, la farmacología geriátrica, la promoción de la salud y los recursos disponibles. Debido a la diversidad y complejidad de los seguros de gastos médicos, un área importante de la educación al consumidor es instruir a los adultos mayores sobre cómo interpretar y comparar los diferentes planes que permitan realizar decisiones informadas. Es esencial una comunicación eficaz para el educador, la cual debe incluir escucha, interacción, aclaración, asesoramiento, validación y evaluación.

El papel de educador del personal de enfermería también se hace evidente durante las interacciones de rutina entre enfermera y paciente. Las enfermeras o enfermeros educan a los pacientes a fin de afrontar los déficits de conocimiento identificados durante el proceso de valoración. Los medicamentos, tratamientos y elecciones novedosos exigen la capacitación del paciente para garantizar que tenga el conocimiento y la capacidad de realizar decisiones competentes y formar parte de su atención. El [cuadro 6-4](#) explica algunos de los principios del aprendizaje del adulto y algunas barreras para la obtención de conocimiento.

CUADRO 6-4 Capacitación del adulto mayor

Al instruir a los adultos mayores:

- Valore los déficits de conocimiento, la preparación para el aprendizaje y los obstáculos que pueden interferir con el proceso de aprendizaje.
- Optimice el material didáctico antes de comenzar la experiencia de docencia.
- Planifique las estrategias para hacerlos partícipes de manera activa en el proceso de aprendizaje.
- Verifique que el entorno facilite el aprendizaje (p. ej., temperatura ambiental cómoda, ausencia de destellos, ruido, distracciones e interrupciones).
- Sea sensible a los déficits de visión y audición que presentan.
- Hable con un nivel y lenguaje que sea comprensible.
- Evite el lenguaje médico.
- Utilice diversos métodos didácticos para complementar la presentación verbal (p. ej., grabaciones, demostración, diapositivas, panfletos y hojas informativas).
- Brinde material por escrito para complementar la instrucción verbal. Debido a que los colores azul y verde son difíciles para los ojos en edad avanzada, evite imprimir en papel con estos colores.
- Resuma lo que se ha compartido y reconozca el conocimiento obtenido.

Sea consciente de las barreras de aprendizaje:

- Estrés
- Deficiencias sensitivas y sensoriales
- Escolaridad o capacidades intelectuales limitadas

- Estado emocional
- Dolor, fatiga y otros síntomas
- Necesidades fisiológicas no cumplidas
- Actitudes o creencias acerca del tema
- Experiencia previa con el problema
- Sentimientos de desesperanza e impotencia

Defensor

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica sirve como defensor de diferentes maneras. En primer lugar, y de mayor importancia, la defensa del paciente es vital y puede incluir la ayuda en hacer valer los derechos del paciente y obtener los servicios solicitados. Además, el personal puede interceder para dar fuerza a los intentos de una comunidad o un grupo para realizar cambios u obtener beneficios para los adultos mayores, así como en la promoción de la enfermería geriátrica y gerontológica, incluyendo nuevos y más amplios papeles del personal dentro de la especialidad.

Innovador

La enfermería geriátrica y gerontológica todavía es una especialidad en desarrollo; por lo tanto, las enfermeras y enfermeros tienen la oportunidad de desarrollar nuevas tecnologías y modalidades de atención. Como innovador, el profesional de enfermería opta por un estilo inquisitivo y toma decisiones conscientes y realiza esfuerzos por experimentar en busca de un mejor resultado de la práctica geriátrica y gerontológica. El método anterior requiere que el personal esté dispuesto a pensar fuera de lo ordinario y tomar riesgos en cuanto a optar por nuevas perspectivas y hacer realidad nuevas visiones.

Los roles pueden convertirse en realidad en una gran cantidad de ámbitos prácticos, los cuales se comentan en el [capítulo 10](#), y ofrecen oportunidades para que el personal de enfermería demuestre creatividad y liderazgo.

FUNCIONES DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA

Para atender de manera eficaz y competente las características clínicas de los adultos mayores, el personal de enfermería necesita preparación en ciertos principios y mejores prácticas de la atención geriátrica. Lo anterior requiere un amplio conocimiento, capacidad de práctica independiente y liderazgo y habilidades de resolución de problemas clínicos complejos, características obtenidas por el personal en las funciones de enfermería de práctica avanzada. Las funciones de práctica avanzada incluyen a las enfermeras geriátricas, especialistas en enfermería geriátrica clínica y enfermeras gerontopsiquiatras clínicas. La mayoría de estas funciones requieren como mínimo la obtención del grado de maestría.

Existe evidencia de calidad que indica que el personal de enfermería de funciones

avanzadas hace gran diferencia en la atención de los adultos mayores. Las enfermeras y enfermeros gerontólogos y geriátricos y los especialistas en enfermería clínica han mejorado la calidad y reducido el coste de la atención de personas mayores en diversos ámbitos, incluyendo hospitales, hogares de asistencia y atención ambulatoria. La influencia positiva clara sobre la salud y el bienestar de los adultos mayores debe motivar a la enfermería geriátrica y gerontológica a buscar este tipo de funciones avanzadas y favorecer el empleo en estas funciones dentro de los escenarios clínicos.

AUTOCAUIDADO Y APRENDIZAJE

La fuerza e intensidad de la relación entre el personal de enfermería y el paciente que deriva de la función de sanador brinda una experiencia terapéutica y significativa que refleja la esencia de la práctica de enfermería profesional. Aunque la preparación docente formal ofrece las bases para este nivel de relación terapéutica, el autocuidado del personal influye en el grado de profundidad que logre la relación. Ciertas estrategias de autocuidado incluyen las prácticas de salud positivas y el fortalecimiento y construcción de conexiones.

Seguir prácticas de salud positivas

Como todos los seres humanos, el personal de enfermería tiene necesidades fisiológicas básicas. Aunque la mayor parte del personal está familiarizado con los requisitos para complacer estas necesidades (p. ej., dieta y descanso adecuados, ejercicio, entre otras), puede no aplicar este conocimiento en sus vidas personales. El autocuidado puede verse afectado como consecuencia de ello.

Puede ser de utilidad una revisión de salud periódica para revelar problemas que no sólo pudieran afectar el desempeño adecuado en la administración de servicios, sino que también amenacen la salud y el bienestar personal. Es posible que sea beneficioso para el personal de enfermería disponer de algunas horas, encontrar un espacio tranquilo y evaluar de manera crítica su estado de salud.

Después de la identificación de los problemas, el personal de enfermería es capaz de planificar intervenciones realistas para mejorar su salud. Escribir las intervenciones en una tarjeta de bolsillo y colocarla en un área donde sea frecuentemente visible (p. ej., armario, escritorio o mesa de trabajo) puede servir como recordatorio regular de las medidas pretendidas.



CONCEPTO CLAVE

Los esfuerzos para mejorar las prácticas de autocuidado pueden promoverse al unirse con un compañero que proporcione apoyo, motivación y sentido de responsabilidad.

Fortalecimiento y construcción de conexiones

Los humanos son seres racionales que están destinados a vivir en comunidades. La riqueza de las conexiones en el personal de enfermería dentro de sus vidas es terreno fértil en el cual pueden florecer conexiones significativas con sus pacientes. Aún así,

las relaciones pueden ser tan básicas como complicadas. Entre los principales retos con los que se encuentra el personal de enfermería se presenta encontrar y proteger el tiempo y la energía para relacionarse con los demás de una manera significativa. Al igual que otros profesionales en actividades de asistencia, el personal de enfermería puede agotar su energía física, mental y emocional en un día de trabajo habitual, lo que deja poco espacio para fomentar las relaciones de amistad y familiares. Las reacciones al estrés relacionado con el trabajo pueden alejar a las personas queridas, una situación que interfiere con las relaciones personales positivas. Para agravar aún más el problema, la preocupación por el bien-estar del paciente o la presión del jefe pueden dar origen al trabajo durante horas extra, lo que conduce a escasez de tiempo y energía para realizar otras actividades además de las básicas durante su tiempo libre. Las relaciones personales agotadas son la hierba mala de los jardines de las relaciones sin atender.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Mencione cinco personas significativas en su vida. Reflexione en la cantidad de tiempo que dispone para cada una de ellas y determine si ésta promueve una relación fuerte.

Relaciones

La disposición de tiempo y energía requiere la misma planificación que cualquier recurso finito. Ignorar esta realidad pone en riesgo al personal de sufrir las consecuencias de las malas relaciones. Reconocer que siempre existirán actividades que compiten por tiempo y energía permite al personal de enfermería tomar el control y desarrollar prácticas que reflejen el valor de las relaciones personales. Lo anterior puede comprender limitar las horas extra a no más de cierta cantidad por semana, dedicar todos los jueves a cenar fuera con la familia o visitar o llamar los domingos a amistades. Expresar las intenciones a través de políticas personales comprensivas (p. ej., informar al supervisor que no se trabajará más de un turno doble por mes) y agendar tiempo en el calendario (p. ej., bloquear cada domingo por la tarde para dedicarlo a los amigos) aumentan la probabilidad de que las relaciones significativas reciban la atención que requieren.

Espiritualidad

El tiempo y la energía también deben protegerse para dedicar suficiente de ambos a establecer conexiones con la fuerza intangible que brinda inspiración, llena de significado la vida e implica algo mayor que el ser. Para algunas personas, esta fuerza puede ser un dios, aunque para otros puede significar una relación con la naturaleza y todo lo que posee vida. La estabilidad espiritual que ofrece esta conexión permite al personal de enfermería comprender de mejor manera y atender las necesidades espirituales de los pacientes. El personal puede mejorar la conexión espiritual a través de la oración, el ayuno, las visitas a la iglesia o el templo, el estudio bíblico o de cualquier otro texto religioso, los retiros periódicos y la práctica de días de silencio y soledad.

Conexión con el ser

La conexión con el ser es esencial para el autocuidado del personal de enfermería, el cual comienza con una auto-valoración realista. Algunos ejemplos de estrategias que permiten este proceso incluyen compartir las historias de vida, escribir un diario, meditar y hacer retiros.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué significa para usted estar conectado con su ser?

Compartir historias de vida

Todos los adultos tienen una gran cantidad de experiencias plenas y únicas que se han establecido en la vida que disfrutaron. Compartir estas historias con otras personas ayuda a los humanos a obtener introspección y trae una perspectiva que brinda significado a las experiencias. A medida que las personas comparten sus historias, comienzan a darse cuenta de que no son las únicas vidas que no han sido ideales, llenas de dolor esparcido o con desenlaces inesperados. También es una oportunidad para reflexionar sobre las experiencias positivas que han influido en sus vidas. Escribir la propia historia de vida es un recurso poderoso para la reflexión, el cual ofrece un registro permanente que puede ser revisado y reconsiderado a medida que el individuo obtiene mayor sabiduría sobre sí y los demás. El proceso de compartir historias de vida puede ser especialmente significativo para el personal de enfermería geriátrico y gerontológico durante la atención de los adultos mayores, quienes a menudo cuentan con historias interesantes que comparten con ansia y suelen ofrecer lecciones de vida.



COMUNICACIÓN

Para motivar a los adultos mayores a escribir sus historias de vida, comente el valor que este registro puede significar para los miembros más jóvenes de la familia y emita otras sugerencias específicas en cuanto a cómo pueden estructurar sus historias, a saber:

- Eventos significativos durante cada década de la vida.
- Descripciones de eventos principales, personas o problemas, como sus padres, amigos de la infancia, vecindario donde crecieron, experiencias en la escuela, primeras veces (citas, autos, trabajos, hogar), experiencias laborales, amigos de la adultez, pasatiempos, logros, desilusiones, situaciones positivas y grandes cambios en la sociedad.

Enfatice que no importa la habilidad de escritura, sino el regalo de la documentación de las memorias que se compartirá con futuras generaciones.

Llevar un diario

Escribir notas personales en un diario puede ayudar en la reflexión acerca de la vida. Este tipo de notas es distinto a las historias de vida escritas en el sentido que registran actividades y pensamientos actuales, en lugar de pasados. Escribir de manera honesta los sentimientos, los pensamientos, los conflictos y los comportamientos puede ser de utilidad para que las personas aprendan sobre ellos y trabajen en la resolución de

problemas.

Meditación

La práctica antigua de la meditación ha ayudado a las personas a organizar sus pensamientos y determinar la forma de actuar desde hace siglos. Gran cantidad de enfermeras y enfermeros opinan que la meditación es complicada debido a que su trabajo consiste en *hacer* y realizar diferentes actividades al mismo tiempo. No obstante, los períodos de *tranquilidad* permiten que el personal ofrezca una presencia que brinda sanación a sus pacientes.

Existen diversas técnicas que se pueden emplear para la meditación. Las personas suelen preferir distintas técnicas. Ciertas personas deciden enfocarse en una palabra o *mantra*, mientras que otras pueden elegir no tener pensamiento intencional y estar abiertos a cualquier idea que atravesase su mente. Los elementos esenciales de cualquier forma de meditación son un entorno tranquilo, una posición cómoda y una actitud relajada y pasiva. Las respuestas fisiológicas asociadas con la relajación profunda que se obtienen durante la meditación tienen diversos beneficios para la salud (p. ej., mejoría de la inmunidad, disminución de la presión arterial y aumento del flujo sanguíneo). A menudo, los problemas con los que se enfrenta una persona se pueden esclarecer mediante la meditación.

Hacer retiros

Para gran cantidad de enfermeras y enfermeros tomarse unos días libres para *hacer nada* puede sonar como un lujo y no ser realista. Después de todo, existe un hogar que mantener en orden, compras que realizar y tiempo extra que trabajar para obtener dinero extra para las vacaciones. Además de estas tareas que compiten por la atención y el tiempo, puede existir un pensamiento interno que indica que es egoísta dejar atrás las actividades productivas para pasar tiempo en pensamiento, reflexión y experiencia. No obstante, a menos que el personal busque que sus relaciones sean únicamente mecánicas (orientadas a tareas), debe tratarse como más que una máquina. La mente, el cuerpo y el espíritu deben recargarse y refrescarse de manera periódica para lograr ofrecer atención integral, y los retiros ofrecen el medio ideal para lograrlo.

Un *retiro* es alejarse de las actividades habituales. El retiro puede ser estructurado o no, guiado por un líder o personalmente, y grupal o individual. A pesar de que se ofrecen retiros en ubicaciones exóticas que brindan exuberantes amenidades, no es necesario que sean lujosos o costosos. Sea cual sea la ubicación y la estructura, los elementos clave del retiro incluyen el respiro de las responsabilidades rutinarias, la libertad de las distracciones (teléfonos, correos electrónicos, hijos y timbres), no preocuparse ni cuidar de nadie más y un lugar tranquilo. La energía que brinda un retiro a las baterías física, espiritual y emocional compensa con creces las actividades que se pospusieron para realizarlo.



CONCEPTO CLAVE

Cuando el personal de enfermería tiene conexiones fuertes y bien establecidas con su ser, se encuentra en mejor posición para crear conexiones significativas con sus pacientes.

Comprometerse con un proceso dinámico

El autocuidado es un proceso continuo que exige atención activa. No obstante, conocer las acciones que facilitan el autocuidado es sólo el comienzo. El compromiso de tomar control del autocuidado completa el ciclo. Ello puede implicar que se establezcan límites en la cantidad de tiempo extra que se trabaja, para así cumplir con un plan de ejercicio, o que se esté dispuesto a afrontar los sentimientos negativos que conlleva participar en experiencias que se consideran poco placenteras. Pueden presentarse sacrificios, decisiones impopulares e incomodidad cuando se decide “trabajar en nuestro ser”. Aún así, es este proceso interno el que contribuye a que el personal de enfermería sea un sanador eficaz y sirva como modelo del proceso de envejecimiento.

EL FUTURO DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

Históricamente, el personal de enfermería era el principal cuidador de los adultos mayores. Con el paso de los años, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe intentar proteger el cuidado de los adultos mayores y la especialidad de la enfermería gerontológica. Ya se han realizado enormes avances. Personas dinámicas ya han elegido la profesión de la enfermería geriátrica y gerontológica como especialidad que ofrece una gran cantidad de oportunidades para emplear una gran cantidad de conocimientos y habilidades y múltiples retos que pueden atenderse de manera independiente dentro del ámbito de la enfermería. La investigación de excelencia realizada por y para el personal de enfermería se encuentra en crecimiento con la intención de brindar fundamentos científicos de peso a la práctica clínica. Cada vez un mayor número de centros de docencia incluyen la especialización en enfermería geriátrica y gerontológica. Se han desarrollado nuevas oportunidades para que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica lleve a cabo su práctica clínica en hospitales de atención de urgencia, centros de cuidados asistenciales, organizaciones de mantenimiento de la salud, comunidades de atención de la vida y centros de día para adultos mayores, entre otros (fig. 6-3). El futuro de la enfermería geriátrica y gerontológica promete ser dinámico y emocionante. No obstante, existe mayor cantidad de desafíos.



FIGURA 6-3 ● La especialidad de la enfermería geriátrica y gerontológica ofrece múltiples oportunidades para emplear una gran variedad de conocimientos y habilidades en diversos entornos.

Usar las prácticas basadas en evidencias

Mediante la investigación, se ha obtenido una cantidad considerable de conocimiento que puede guiar la práctica con base en la evidencia, en lugar de las especulaciones; la cantidad de conocimiento continua en crecimiento y va cambiando. Las prácticas que se establecieron en los años pasados pudieron identificarse como ineficaces o incluso dañinas. Este hecho presenta un desafío para el personal de enfermería para mantenerse al tanto y utilizar las prácticas con base en la evidencia.

Es posible que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica tenga acceso a publicaciones donde se pueden obtener las prácticas basadas en la evidencia. La Cochrane Collaboration (www.cochrane.org) publica sus Reviews, valoraciones sistemáticas de investigación que cumplen con los estándares más elevados en la práctica basada en la evidencia. Entre los recursos valiosos de los colaboradores, hay enlaces a bases de datos que ofrecen acceso en línea a la evidencia médica publicada en diversos sitios de Internet. La National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov), como lo indica su nombre, ofrece guías de práctica clínica basadas en la evidencia. El Hartford Institute for Geriatric Nursing (www.hartfordign.org) publica recursos basados en la evidencia que guían la práctica de la enfermería geriátrica. Además, las revistas y publicaciones geriátricas y gerontológicas de asociaciones profesionales brindan informes e investigación reciente.

El personal de enfermería gerontológico debe verificar que cuando las nuevas políticas y procedimientos se desarrollen en su lugar de trabajo, sean con base en evidencia. Lo anterior puede requerir que el personal realice una investigación de la

información y resume y presente sus hallazgos a los demás miembros del equipo. Es una función importante del personal de enfermería gerontológica poder llevar la información de investigación a la práctica.

Avanzar la investigación

El aumento en la complejidad de los servicios de enfermería geriátrica y gerontológica es emocionante y constituye un reto que se acompaña de la necesidad de obtener un conocimiento sólido sobre el cual pueda basarse la administración de servicios. No existe la oportunidad para el ensayo y error que abundaba en las prácticas del pasado; los adultos mayores poseen un estado de salud en equilibrio delicado, mayores expectativas, mayor riesgo de interponer demandas, y el profesionalismo requiere de fundamentos científicos para la práctica de la enfermería. Se está desarrollando investigación clínica de calidad en diversos temas, y el personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe motivar y apoyar estos esfuerzos mediante varias acciones.

Un método por el cual las enfermeras y enfermeros pueden mejorar la investigación es mediante el trabajo en equipo con investigadores de enfermería. Los investigadores pueden suponer una fuente importante de recursos. Al combinar sus habilidades de investigación con las habilidades de los clínicos pueden resolverse problemas de la práctica. Las instituciones académicas locales, los hospitales de enseñanza y los hogares de servicios asistenciales pueden estar realizando investigación que suele ser relevante en diversos escenarios gerontológicos o en los cuales puede participar una agencia de servicios.

El personal de enfermería también puede ayudar a impulsar la investigación de diversas maneras. Debido a que se necesita financiamiento para los proyectos de investigación, el personal puede escribir cartas de apoyo y testimonio para ayudar a las agencias de financiamiento a comprender mejor el beneficio de la investigación. El contacto habitual con líderes que influyen sobre la distribución de fondos puede brindar oportunidades para comunicar a estas personas el valor de la investigación. No menos importante para el apoyo de los esfuerzos de investigación es verificar que se sigan los protocolos de investigación, pues los esfuerzos de los investigadores pueden ser favorecidos o mermados por los colegas en el ámbito clínico.

Por último, el personal de enfermería debe mantenerse al tanto de los nuevos hallazgos. El conocimiento de la enfermería geriátrica y gerontológica se expande de forma constante y elimina creencias pasadas y ofrece nuevos puntos de vista. El personal puede formar parte de un estudio independiente, cursos formales y programas de educación continua para mantenerse al día. De igual importancia que la adquisición de conocimientos es la implementación de la práctica basada en la evidencia para mejorar la atención de los adultos mayores. El delicado equilibrio de salud de las personas mayores y el alto riesgo de complicaciones, junto con el aumento de las expectativas de los consumidores, refuerzan la importancia de la práctica basada en la evidencia.

Promover la atención integral

En los Estados Unidos, la medicina convencional con énfasis en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades ha impuesto un estándar en la práctica de la atención de la salud. La forma de la administración de la atención y las prioridades de los reembolsos de seguros médicos refuerzan el modelo médico centrado en la enfermedad. Desafortunadamente, la atención de las enfermedades sólo es un aspecto de los servicios que requieren los adultos mayores para ser saludables y experimentar buena calidad de vida. En realidad, las prácticas de bienestar de los adultos mayores, las adaptaciones en el estilo de vida, el sentido de propósito, la esperanza, la alegría, las conexiones con los demás y la capacidad de afrontar el estrés pueden ser de igual importancia, si no es que mayor, para su salud que la atención médica.

El personal de enfermería debe verificar que la atención sea integral, es decir, que se consideren los aspectos espirituales, físicos, emocionales y sociales de los pacientes (véase el [cap. 7](#)). Lo anterior implica que el personal de enfermería no sólo ejerza de forma integral, sino que impulse que las demás disciplinas también lo hagan.

Los tratamientos alternativos y complementarios tienen cierto papel en la atención integral. Este tipo de alternativas suele ser más reconfortante, seguro y menos invasivo que los tratamientos convencionales y empoderan al paciente y sus cuidadores para el autocuidado. Gran cantidad de personas que usan este tipo de tratamientos informan experiencias positivas a sus proveedores de atención alternativa, quienes suelen invertir mayor cantidad de tiempo en comprender y atender la totalidad de las necesidades del paciente, en comparación con el personal en un entorno hospitalario o consultorio típico. No obstante, el uso de este tipo de tratamientos no es equivalente a una atención integral. Un administrador de atención alternativa con visión reducida que considera que una enfermedad puede atenderse con la variante de atención que brinda y excluye la medicina convencional es igual a un médico que prescribe analgésicos y no considera la imaginación guiada, el masaje, la relajación y otros métodos alternos para aliviar el dolor. La integración de las mejores opciones de los tratamientos convencionales y alternativos o complementarios es fundamento de la atención integral.

Una parte de la atención integral es hacer partícipe al cuidador. Los cuidadores profesionales o que forman parte de la familia que se encuentran con mala salud, problemas psicosociales, espiritualmente vacíos o desconectados o afrontan de manera deficiente el estrés, requieren sanarse antes de que puedan desempeñarse como cuidadores eficaces. El personal de enfermería ayuda a estos cuidadores en la identificación de sus necesidades y la obtención de ayuda necesaria para su sanación.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Gran cantidad de enfermeras y enfermeros muestran estados de salud deficientes, fuman, comen productos basura no se permiten tiempo personal y muestran comportamientos poco saludables. ¿Cuáles considera que son las razones para ello? ¿Qué puede hacerse para mejorar los hábitos de salud?

Instruir a los cuidadores

Ya sea el director de enfermería, un miembro de la familia que cuida del adulto mayor, un tercero que tiene contacto más frecuente con el paciente que una enfermera

o enfermero profesional o el médico que ocasionalmente atiende a un paciente mayor, los cuidadores de todos los niveles requieren **competencia** en la administración de atención al adulto mayor. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica puede influir en la educación de los cuidadores mediante:

- Ayudar a los centros de enseñanza en la identificación de problemas relevantes para que se incluyan en los programas educativos.
- Participar en el aula y la práctica de los estudiantes.
- Evaluar los déficits del personal y planificar experiencias docentes para eliminarlos.
- Promover juntas del equipo multidisciplinario.
- Asistir y participar en los programas de educación continua.
- Leer información actual de enfermería y compartirla con sus colegas.
- Servir como modelo al demostrar las prácticas actuales.

Con el aumento en el número de familiares que brindan atención de mayor complejidad en el hogar, es esencial que no se pase por alto la capacitación de este grupo. No debe asumirse que sólo por haber estado en contacto con otros cuidadores o ya haya administrado atención, la familia tenga conocimiento de las técnicas correctas. El personal debe evaluar y reforzar de manera regular el conocimiento y las habilidades de la familia.

Desarrollar nuevos roles

A medida que aumentan las subespecialidades y los entornos de atención, también lo hacen las oportunidades para que el personal de enfermería desempeñe nuevas funciones. El personal de enfermería puede demostrar creatividad y liderazgo a medida que se desprende de las funciones y los entornos tradicionales, y desarrollar nuevos modelos de práctica clínica, los cuales pueden incluir los siguientes:

- Especialista en enfermería gerontopsiquiátrica dentro de centros de servicios asistenciales.
- Administrador de casos independiente dentro de una comunidad de pacientes con enfermedades crónicas.
- Columnista en un periódico local acerca de temas de salud y envejecimiento.
- Director o propietario de un centro de atención de mujeres mayores, programa de centro de día geriátrico, agencia de servicios de relevo o centro de capacitación para cuidadores.
- Asesor para el retiro y educador en la industria privada.
- Enfermera o enfermero en comunidades religiosas.
- Consultor, educador y administrador de casos para pacientes quirúrgicos de edad avanzada.

La lista anterior es sólo el comienzo en las oportunidades que esperan al personal de enfermería geriátrica y gerontológica. Existe una gran cantidad de oportunidades para que el personal de enfermería desarrolle nuevas prácticas en el modelo de atención gerontológica. Será importante que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica identifique las funciones poco habituales y las aborde de manera

creativa, pruebe modelos innovadores de práctica clínica y comparta sus éxitos y fracasos con los colegas para ayudar en el desarrollo de nuevas funciones. El personal de enfermería debe reconocer que su conocimiento en las ciencias biopsicosociales, competencias clínicas y habilidades de relaciones humanas le proporcionan una ventaja competitiva sobre otras disciplinas en numerosos servicios.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Con base en los cambios en el sistema de salud y la mayoría de la población, ¿qué servicios únicos puede ofrecer el personal de enfermería geriátrica y gerontológica en el futuro dentro de su comunidad?

Equilibrar la calidad de la atención y los costes de atención de la salud

El creciente número de adultos mayores ejerce, más que nunca, estrés sobre los diversos servicios de atención de la salud. Al mismo tiempo, las aseguradoras intentan controlar el coste en aumento de los servicios. Las altas hospitalarias tempranas, las visitas domiciliarias limitadas, la mayor complejidad de los residentes de los centros de atención y los mayores pagos independientes de los pacientes demuestran algunos de los efectos de los cambios en las políticas de reembolso. Existe preocupación acerca de que, como consecuencia de estos cambios, los pacientes sean dados de alta de manera precoz y sufran consecuencias. Los centros de atención se encargan de individuos con problemas complicados para los que no están preparados o no cuentan con el personal adecuado; las familias son agobiadas por las cargas del cuidado y los pacientes no reciben atención costosa pero necesaria.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Los cambios en la práctica de los reembolsos derivan en altas hospitalarias más temprano de pacientes con necesidad de atención aguda. El reembolso limitado de los servicios de hogares de asistencia y en el hogar puede no ser suficiente para que se brinde la atención que requieren estos pacientes.

Estos cambios son desconcertantes y pueden provocar que el personal de enfermería se sienta agobiado, frustrado o insatisfecho. Desgraciadamente, es probable que continúe la reducción de gastos. En lugar de sucumbir al agotamiento o considerar un cambio de profesión, el personal de enfermería debe tomar acciones en los esfuerzos de reducción de costes para lograr un equilibrio entre la calidad de la atención y los asuntos financieros. Los esfuerzos para lograr este objetivo pueden incluir lo siguiente:

- *Probar la repartición creativa del personal.* Es posible que seis enfermeras sean más eficaces que tres enfermeras y tres cuidadoras no certificadas. Puede ser que algunos de los costes elevados asociados con el personal no certificado se deban a malas prácticas de contratación y supervisión; mejorar las prácticas administrativas puede aumentar la relación coste-eficacia de esta división de trabajadores.
- *Emplear cuidadoras no experimentadas.* Puede probarse el empleo de vecinos que se apoyan entre sí, miembros de la familia que vigilan al paciente hospitalizado y

otros métodos para maximizar los recursos disponibles.

- *Evitar las prácticas innecesarias.* ¿Por qué es necesario que se invierta tiempo en la administración de medicamentos a pacientes que ya lo han hecho anteriormente con éxito y que continuarán haciéndolo después de su alta, tomar signos vitales cada 4 h a pacientes que no han evidenciado anomalías, bañar a los pacientes en el mismo horario sin importar el estado de la piel o la higiene o volver a escribir valoraciones y planes de atención en intervalos preestablecidos sin importar los cambios en la estabilidad del paciente? A menudo, las regulaciones y políticas se desarrollan con la presunción de que sin ellas nunca se tomarán los signos vitales, no se realizarán las duchas y no se cumplirán otros aspectos de la atención. Es probable que haya llegado el momento en el que el personal de enfermería deba convencer a los demás de que cuenta con juicio profesional para determinar la necesidad y la frecuencia de la valoración, la planificación de la atención y su administración.
- *Garantizar la atención segura.* La implementación de los esfuerzos de limitación de costes debe acompañarse de estudios simultáneos sobre su influencia en las tasas de complicaciones, reingresos, incidentes, satisfacción del paciente y rotación, ausentismo y moral del personal. Las cifras específicas y los casos documentados tienen mayor peso que las críticas vagas o las quejas acerca de la deficiencia de la atención.
- *Proteger a los adultos mayores.* Las prioridades de la sociedad y los profesionales cambian. La historia nos ha demostrado que, en diferentes etapas, el interés se ha puesto sobre diversos grupos poco beneficiados, como los niños, las mujeres embarazadas, los enfermos mentales, los discapacitados, los adictos y, recientemente, los adultos mayores. A medida que los intereses y las prioridades cambian hacia nuevos grupos, el personal de enfermería debe verificar que las necesidades de los adultos mayores no sean olvidadas o menospreciadas.

Debido a que la enfermería geriátrica y gerontológica se deshace de su imagen como especialidad menos complicada para personas menos competentes y emerge como un área dinámica, multifacética y llena de oportunidades, como lo es, será reconocida como una especialidad para el mejor de los talentos que puede ofrecer la profesión. La enfermería geriátrica y gerontológica apenas ha comenzado a demostrar su verdadero potencial.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Percepción del personal de enfermería sobre la atención geriátrica de calidad en centros de atención a largo plazo y de urgencia

Fuente: Barba, B. E., Hu, J., & Efirid, J. (2012). *Journal of Clinical Nursing*, 21(5), 833–840.

Este estudio descriptivo valoró las diferencias entre los centros de atención de enfermería a largo y corto plazo en cuanto a su satisfacción con la calidad de la atención de los adultos mayores. La muestra elegida personal-mente incluyó a 298 miembros del personal de enfermería certificados y auxiliares que brindan atención a

una población de edad avanzada en situación precaria y en desventaja dentro de 89 centros de atención y hospitales de menos de 100 camas en un estado del sur de los Estados Unidos. Todos los participantes llenaron el cuestionario de Agency Geriatric Nursing Care, el cual consiste en una escala de 13 reactivos que determina la satisfacción del personal de enfermería con la calidad de la atención geriátrica en su centro y una escala de 11 puntos que determina los obstáculos en la administración de atención de calidad.

Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de personal de enfermería en cuanto al grado de satisfacción y la percepción de obstáculos en la administración de atención de calidad. El personal de enfermería a largo plazo está más satisfecho y percibe menores obstáculos en la atención en comparación con el personal en hospitales de atención de urgencia. El personal de enfermería de atención a largo plazo consideró que su atención se basa en mayor medida en la evidencia y se especializa en la población geriátrica.

A pesar de que el personal de enfermería de urgencias no suele identificarse como especializado en geriatría, forma parte de la práctica de enfermería geriátrica debido a la gran cantidad de adultos mayores hospitalizados. Este tipo de personal necesita conocer las mejores prácticas para la atención geriátrica. El estudio demuestra que al no tener las guías para dirigir la atención que promueve la auto-nomía, la independencia y la alta calidad de los servicios, el personal de enfermería percibe menor satisfacción con la atención que brindan a los adultos mayores. Puede ser beneficioso para el personal de atención de urgencias que comenten esta necesidad con los encargados administrativos en su centro y apoyen los esfuerzos por llevar la enfermería geriátrica basada en la evidencia a su ámbito clínico.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La enfermera Yen se acaba de graduar de un programa de licenciatura en enfermería y ahora forma parte del equipo de atención subaguda de un hospital local. La mayor parte del personal de enfermería cuenta con diplomados y certificaciones avanzadas y se ha graduado desde hace más de una década.

La enfermera Yen se percata de que cierta cantidad del personal no está al tanto de las mejores prácticas y las tendencias actuales. Como parte de conversaciones informales, descubre que ninguno de los integrantes del personal está suscrito a revistas científicas o pertenece a asociaciones profesionales; las pocas ocasiones en las que el personal de enfermería ha formado parte de programas de educación continua han sido aquellas en las que el hospital los ha enviado.

¿Qué puede hacer la enfermera Yen para ayudar al personal de enfermería a comprender la importancia y formar parte de la educación continua?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Cuáles son algunas de las razones por las que la enfermería geriátrica y gerontológica tuvo mala reputación en el pasado?
2. ¿Por qué es de especial importancia el papel del personal de enfermería como

sanador en la práctica gerontológica?

3. ¿Qué tema en cuanto al papel del adulto mayor es evidente en los estándares de la ANA de la enfermería geriátrica y gerontológica?
4. Describa los diversos problemas que pueden requerir actividades de investigación en enfermería geriátrica y gerontológica.
5. Describa cómo el aumento en el empleo de prácticas integrales puede tener un efecto positivo en los costes y la satisfacción de los usuarios.
6. Mencione las funciones que puede realizar el personal de enfermería geriátrica y gerontológica como a) evaluador de prioridades preadmisión en un centro de asistencia comunitaria, b) asesor de salud en una comunidad de jubilación, c) capacitador de cuidadores, d) docente industrial en salud pre jubilación y e) enfermera en comunidades religiosas.

Resumen del capítulo

A pesar de que el personal de enfermería tiene una larga historia en la atención de los adultos mayores, la creación formal de la especialidad en geriatría y gerontología no sucedió sino hasta la década de 1970. Desde entonces, la especialidad ha crecido de manera considerable debido a la creación de estándares, la determinación de competencias y el desarrollo de diversas organizaciones que inciden en las necesidades específicas de esta rama. Conforme se ha desarrollado la especialidad, se ha diferenciado de la enfermería geriátrica, la cual implica la atención del adulto mayor enfermo, mientras que la gerontológica se encarga de promover el bienestar y la salud de todos los individuos en envejecimiento.

Las principales funciones de la enfermería gerontológica incluyen la de cuidador, sanador, educador, defensor e innovador. También existen funciones avanzadas para el personal en esta especialidad.

Para atender con eficacia a los demás, el personal de enfermería debe cuidarse. Lo anterior incluye prácticas de salud positivas, tener conexiones positivas con los demás, cumplir con necesidades espirituales y tomar tiempo personal. Estas prácticas no sólo promueven la salud en el personal de enfermería, sino que permiten que sean modelos del proceso de envejecimiento saludable.

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica enfrenta retos a medida que crece su especialidad, por ejemplo, verificar que la práctica se base en la evidencia, promover la investigación y la atención integral, educar a los cuidadores, desarrollar nuevas funciones dentro de la especialidad y equilibrar la calidad de la atención con la presión por el control de costes.

Recursos

American Holistic Nurses Association

<http://www.ahna.org>

American Nurses Credentialing Center

<http://www.nursecredentialing.org>

Hartford Institute for Geriatric Nursing <http://www.hartfordign.org>

Referencias

- Bishop, L. F. (1904). Relation of old age to disease with illustrative cases. *American Journal of Nursing*, 4(4), 674.
- DeWitt, K. (1904). The old nurse. *American Journal of Nursing*, 4(4), 177.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. New York, NY: D. Appleton and Company.
- Nouwen, H. J. M. (1990). *The wounded healer*. New York NY: Doubleday. UNIDAD 2

Lecturas recomendadas thePoint

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Valoración integral y planificación de la atención

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Atención geriátrica y gerontológica integral

Necesidades de la atención integral

- Necesidades relacionadas con la promoción de la salud
- Necesidades relacionadas con los desafíos en la salud
- Requisitos para cumplir con las demandas

Procesos de enfermería geriátrica y gerontológica

Ejemplos de aplicación

- Aplicación del modelo integral. El caso de la Sra. D

El personal de enfermería como sanador

- Características de la sanación

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Explicar la atención gerontológica integral.
2. Describir las necesidades de los adultos mayores en cuanto a la promoción de la salud y la atención de los retos de salud.
3. Enumerar los requisitos que influyen en la capacidad de los adultos mayores para cumplir con sus necesidades de autocuidado.
4. Describir los tipos generales de las intervenciones de enfermería que se emplean cuando los adultos mayores presentan déficits en el autocuidado.
5. Describir cuatro características del personal de enfermería que funciona como sanador.

GLOSARIO

Integral: se refiere a la persona como un todo: mente, cuerpo y espíritu.

Presencia: estar totalmente presente o comprometido con otra persona.

Sobrevivir a la edad avanzada es una gran hazaña. Los requerimientos básicos de la vida, como obtener nutrición adecuada, mantenerse relativamente sano y mantener el funcionamiento corporal normal, se han cumplido con éxito para sobrevivir hasta esta etapa. Los adultos mayores han confrontado y superado con diverso éxito las dificultades de enfrentar crisis, ajustarse a cambios y aprender nuevas habilidades. A través de sus vidas, los adultos mayores han afrontado gran cantidad de decisiones importantes, a saber:

- ¿Dejar su país natal para emprender una nueva vida en otro país?
- ¿Mantener el negocio familiar u obtener un trabajo en una empresa local?
- ¿Arriesgar su vida para defender las causas en las que creen?
- ¿Motivar a sus hijos para luchar en una guerra controvertida?
- ¿Invertir todos sus ahorros en emprender un negocio propio?
- ¿Permitir que sus hijos continúen su educación cuando el trabajo de éstos podría aliviar las dificultades financieras?

A menudo, el personal de enfermería acude a recursos externos para cumplir con las necesidades de los adultos mayores, en lugar de reconocer que estas personas tienen gran cantidad de recursos internos para el autocuidado y motivarlos a emplear estas fortalezas. De esta manera, los adultos mayores se convierten en receptores pasivos de la atención en lugar de participantes activos. Lo anterior parece poco razonable debido a que la mayoría de los adultos mayores han pasado gran cantidad de su vida cuidando de ellos y otros, tomando decisiones y afrontando los momentos vitales más difíciles por sí solos. Los adultos mayores pueden enojarse o deprimirse ante el hecho de que los priven de sus funciones de toma de decisiones. Es posible que estos individuos desarrollen sentimientos de dependencia, ineptitud e impotencia. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe reconocer y utilizar las fortalezas y capacidades del adulto mayor para convertirlos en participantes activos y responsables, en lugar del objeto, de la atención. Invocar los recursos de los adultos mayores durante su atención promueve la normalidad, independencia e individualidad; ayuda en la reducción de riesgos de problemas secundarios asociados con las reacciones de los adultos mayores frente a la imposición de un rol dependiente; da lugar a su sabiduría, experiencia y capacidad.



CONCEPTO CLAVE

Los adultos mayores han tenido que ser resilientes e ingeniosos para navegar por las tormentas en la vida. El personal de enfermería no debe ignorar estas fortalezas al planificar la atención de los adultos mayores.

ATENCIÓN GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA INTEGRAL

La integración hace referencia al conjunto de dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de un individuo, donde se considera una suma que es mayor que sus partes individuales; con esto en mente, el objetivo de la enfermería consiste en sanar a una persona como un todo (Dossey y Keegan, 2012). La enfermería gerontológica **integral** incorpora el conocimiento y las habilidades de una variedad de disciplinas para lograr atender la salud física, mental, social y espiritual de las personas. La atención gerontológica integral se encarga de:

- Favorecer el crecimiento hacia la plenitud.
- Promover la recuperación y el aprendizaje a partir de la enfermedad.
- Maximizar la calidad de vida cuando se padece una enfermedad o discapacidad intratable.
- Brindar paz, confort y dignidad a medida que se aproxima la muerte.

En la atención integral, el objetivo no es tratar la enfermedad, sino atender las necesidades de la persona como un todo sanando el cuerpo, la mente y el espíritu.



CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica ayuda a los individuos a alcanzar el sentimiento de plenitud mediante la guía en la búsqueda y la comprensión de su propósito en la vida; la promoción de la armonía entre mente, cuerpo y espíritu; la movilización de recursos internos y externos; y la promoción de los comportamientos de autocuidado.

La promoción de la salud y la sanación mediante el equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu de las personas son el centro de la atención integral y tienen relevancia especial en la atención gerontológica. La influencia de los cambios relacionados con la edad y los efectos de las enfermedades crónicas con alta prevalencia pueden amenazar fácilmente el bienestar del cuerpo, mente y espíritu; por lo tanto, son esenciales las intervenciones de enfermería destinadas a reducir estas amenazas. Debido a que las enfermedades crónicas y los efectos de la edad avanzada no pueden eliminarse, los esfuerzos de sanación en lugar de curación son más beneficiosos en la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica. De igual importancia es ayudar a los adultos mayores en su autodescubrimiento durante la etapa final de su vida para permitir que encuentren sentido, conecten con los demás y comprendan su lugar en el universo.

NECESIDADES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

Existe una gran cantidad de herramientas de valoración con base en la evidencia que pueden ser útiles para el personal de enfermería geriátrica y gerontológica. Una de las listas más completas de estas herramientas puede encontrarse en el Hartford Institute for Geriatric Nursing (*véase* la sección de *Recursos*), la cual incluye recursos para la valoración de las actividades de la vida cotidiana (AVC), audición, sueño, sexualidad, maltrato geriátrico, demencia, riesgo de hospitalización, entre otros. Estas herramientas pueden emplearse para complementar la valoración integral, la cual tiene un énfasis ligeramente diferente. La valoración integral identifica las

necesidades de los pacientes con relación a la promoción de la salud y los retos de salud, y los requisitos para que la persona cumpla con estas necesidades.

Necesidades relacionadas con la promoción de la salud

El concepto de salud parece simple, pero es bastante complejo. Percibir la salud como *ausencia de enfermedad* es igual de impreciso que si se describe el frío como ausencia de calor, lo que requiere una descripción más positiva y amplia. Al hablar de los adultos mayores, la mayoría de ellos con enfermedades crónicas, la definición los posiciona en el estado de enfermos.

Al pedir que las personas describan los factores que influyen en la salud, la mayoría menciona necesidades vitales básicas como respirar, comer, defecar, descansar, ser activo y protección personal frente a riesgos. Los aspectos anteriores son esenciales para mantener el equilibrio fisiológico que permite la vida. No obstante, la realidad es que podemos tener satisfechas todas estas necesidades y no sentirnos bien, lo que demuestra que el equilibrio fisiológico es sólo uno de los componentes de la salud general. La conexión con nuestro ser, los demás y un poder superior y la naturaleza son factores importantes que influyen la salud. Cumplir con las necesidades fisiológicas y el sentido de estar conectado promueve el bienestar de la mente, el cuerpo y el espíritu, un hecho que permite experimentar satisfacción mediante un propósito, el placer y la dignidad. Este modelo integral demuestra que la salud óptima incluye aquellas actividades que no sólo nos permiten existir, sino que nos ayudan a llevar vidas eficaces y enriquecidas (fig. 7-1).

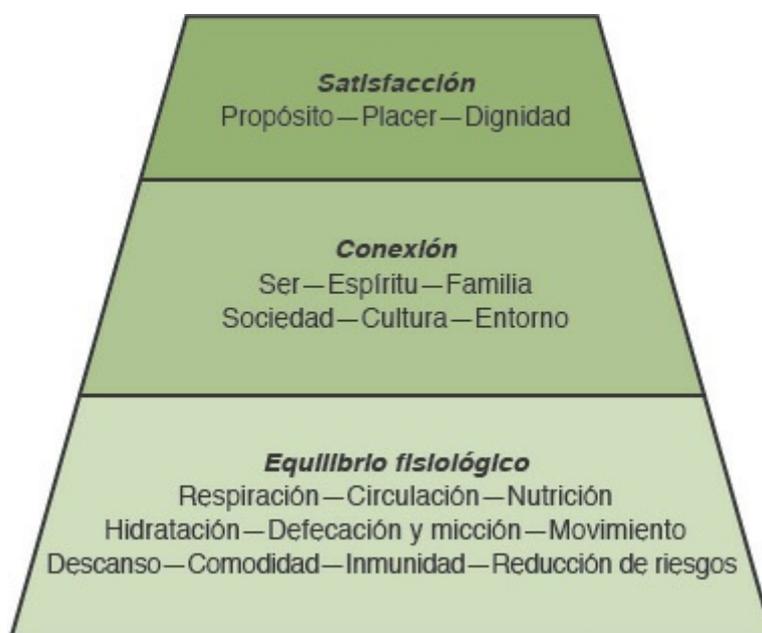


FIGURA 7-1 ● Necesidades relacionadas con la promoción de la salud.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué significa para usted ser saludable y pleno?

Una mejor definición de salud considera la raíz del significado de salud: *plenitud*. Desde este punto de vista, la salud se comprende como un estado de plenitud, una

integración del cuerpo, la mente y el espíritu para alcanzar el grado máximo de calidad de vida todos los días (fig. 7-2). Para algunos individuos, este hecho puede incluir hacer ejercicio en un gimnasio o tener una relación personal con dios; para otros, puede representar poder impulsarse en una silla de ruedas hacia una veranda, disfrutar de la belleza de la naturaleza y conectarse con una energía universal.

Las visiones de salud son variadas no sólo entre individuos, sino también entre el mismo individuo en distintas etapas. Las prioridades y expectativas de salud en alguien de 70 años de edad pueden no ser semejantes a las presentes cuando tenía la mitad de esa edad. Las influencias culturales y religiosas también pueden afectar la visión personal de la salud.

La salud óptima de los adultos mayores depende del grado en que se cumplen las necesidades para el equilibrio fisiológico, las conexiones y la satisfacción. Existe el riesgo de pasar por alto las necesidades menos tangibles de satisfacción y conexión en los ámbitos clínicos ocupados. Como defensores de los adultos mayores, el personal de enfermería gerontológica debe verificar que se brinde la atención más completa y no se obvian estas necesidades.



FIGURA 7-2 ● En lugar de estar limitada a la ausencia de enfermedad, la salud implica la plenitud y la armonía del cuerpo, la mente y el espíritu.

Necesidades relacionadas con los desafíos en la salud

La realidad es que la mayoría de los adultos mayores viven con al menos una enfermedad crónica que pone en riesgo su estado de salud. En realidad, la mayor parte de la interacción que tiene el personal de enfermería con los adultos mayores implica la ayuda en cumplir con las demandas impuestas por los desafíos de salud. Los adultos mayores con enfermedades agudas o crónicas tienen las mismas necesidades de promoción de salud que los sanos (equilibrio fisiológico, conexión y satisfacción); no obstante, las enfermedades pueden suponer nuevas necesidades, a saber:

- *Educación.* A medida que el paciente se enfrenta con un diagnóstico nuevo, debe comprender la enfermedad y su tratamiento.
- *Asesoramiento.* Una enfermedad puede desencadenar gran variedad de sentimientos y requerir cambios en el estilo de vida.
- *Preparación.* De igual manera que los atletas y los músicos requieren de las habilidades de un profesional que sea capaz de sacar lo mejor de ellos, los pacientes también pueden beneficiarse de las técnicas para mejorar el cumplimiento y la motivación.
- *Seguimiento.* La complejidad de la atención de la salud y el estado de salud cambiante de los adultos mayores requieren que el personal de enfermería vigile el progreso y las necesidades.
- *Coordinación.* Los adultos mayores con problemas de salud suelen acudir a diversos proveedores; suele ser necesario ayudar a agendar citas, seguir instrucciones, informar a todos los miembros del equipo y prevenir las interacciones entre tratamientos.
- *Tratamientos.* A menudo, las enfermedades se acompañan de la necesidad de medicamentos, ejercicios, dietas especiales y procedimientos. Los tratamientos pueden incluir medidas convencionales que se usan con frecuencia en la práctica habitual o complementaria, como la biorretroalimentación, remedios herbolarios, acupresión y yoga. Los pacientes pueden requerir ayuda parcial o total conforme se implementan estas prácticas.
- *Defensa.* Existen temporadas en las que los adultos mayores pueden requerir ayuda con algún problema. Ello puede implicar que el personal de enfermería motive al paciente a expresar su opinión negativa con respecto a un tratamiento que el médico y la familia insisten en implementar o ayude a un residente de un centro de atención a contactar a un procurador si que considera que su dinero no se usa de manera correcta.

Requisitos para cumplir con las demandas

Aunque puede parecer que la atención de los retos de salud y la promoción de la salud son claras y simples, las necesidades se cumplen en diferente medida de éxito debido a que dependen de factores que son únicos para cada paciente. El personal de enfermería valora los requisitos del adulto mayor para satisfacer sus necesidades y determina las áreas de intervención.

Capacidad física, mental y socioeconómica

El cumplimiento de incluso las necesidades más básicas depende de diversos factores. Por ejemplo, para satisfacer las necesidades nutritivas normales, una persona debe tener capacidad de percibir hambre; cognición adecuada para elegir, preparar y consumir comida; un estado dental apropiado para masticar comida; un aparato digestivo para utilizar los nutrientes ingeridos; energía para comprar y preparar comida, y medios económicos para adquirir alimentos. Las deficiencias en cualquiera de estas áreas puede crear riesgos para el estado nutricional. Puede emplearse una gran variedad de intervenciones de enfermería para reducir o eliminar los déficits físicos, mentales y socioeconómicos.

Conocimientos, experiencia y habilidades

Existen limitaciones cuando no se cuenta o son inadecuados los conocimientos, la experiencia o las habilidades que se requieren para cierta intervención. Una persona con abundantes habilidades sociales es capaz de una vida normal activa que incluye amistad e interacción social. Las personas que tienen conocimiento acerca de los riesgos de fumar cigarrillos son más capaces de protegerse de amenazas a la salud derivadas de este hábito. Un paciente mayor viudo, por el contrario, puede no ser capaz de cocinar y brindarse una nutrición adecuada porque dependió siempre de su esposa para preparar los alimentos. De igual forma, una persona con diabetes incapaz de inyectarse insulina puede no ser capaz de cumplir las demandas terapéuticas que implica la administración de insulina. En los capítulos siguientes se detallan las consideraciones de enfermería específicas para mejorar las capacidades de autocuidado.

Deseo y decisión para actuar

El valor que una persona percibe de realizar la acción, así como el conocimiento, las actitudes, las creencias y el grado de motivación influyen en el deseo y la decisión de actuar. Se presentan limitaciones si una persona no tiene deseo o va en contra de la acción. Si una persona no está interesada en preparar e ingerir alimentos debido a aislamiento social y soledad, puede presentarse una deficiencia nutricional. Un paciente con hipertensión sin deseo o decisión para excluir el cerdo y las papas fritas de su dieta porque no considera que valga la pena el cambio, puede suponer un grave riesgo a la salud. Quien no se informa sobre la importancia de la actividad física puede no darse cuenta de la necesidad de levantarse de la cama durante una enfermedad y desarrollar complicaciones. La persona que percibe la muerte como un proceso natural puede no aceptar el tratamiento médico para perpetuar la vida y no aceptar las medidas prescritas.

Los valores, las actitudes y las creencias se encuentran establecidas profundamente y no se alteran con facilidad. A pesar de que el personal de enfermería debe respetar el derecho de los pacientes de tomar decisiones que tienen consecuencias en sus vidas, si las limitaciones afectan la capacidad de cumplir con el autocuidado, se puede ayudar al explicar los beneficios de ciertas medidas y brindar información y motivación. En determinadas circunstancias, de igual forma que con las personas con enfermedades mentales o psicológicas, puede ser necesario interponer el juicio profesional ante los deseos y las decisiones personales.



CONCEPTO CLAVE

Puede haber una gran cantidad de razones por las que el paciente mayor sufre deficiencias para cumplir con una misma necesidad. Este hecho obliga al personal de enfermería geriátrica y gerontológica a explorar la dinámica de vida única, y en ocasiones sutil, de cada una de las personas mayores.

PROCESOS DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

El proceso de valoración considera la eficacia de los pacientes en el cumplimiento de las necesidades de promoción de la salud y los retos de salud. Si el paciente cumple con éxito las demandas, no hay necesidad de intervenciones de enfermería, salvo reforzar la capacidad de autocuidado. Cuando el paciente mayor no cumple con las necesidades de manera independiente, son esenciales las intervenciones de enfermería, las cuales se dirigen a empoderar al individuo mediante el fortalecimiento de las capacidades de autocuidado, la eliminación o disminución de las limitaciones de autocuidado y brindar servicios de manera directa al hacer, actuar o ayudar a la persona cuando no es posible cumplir con las necesidades de manera independiente (fig. 7-3). Los factores de la valoración referentes a áreas de función y sistemas específicos se encuentran en los capítulos relacionados a lo largo de esta publicación.

EJEMPLOS DE APLICACIÓN

La atención de enfermería de los adultos mayores suele asociarse con la implementación de acciones cuando existen problemas de salud. Cuando las personas se enfrentan con dificultades de salud, suelen presentarse nuevas necesidades, como tomar medicamentos, vigilar ciertos síntomas y realizar tratamientos especiales; estas necesidades superan y pueden afectar los requerimientos de la promoción de la salud. En el caso de la enfermería geriátrica, debe tenerse en mente la valoración de la influencia del padecimiento sobre la capacidad del autocuidado de una persona, e identificar las intervenciones adecuadas para garantizar que las necesidades, tanto de promoción como de atención de la salud, sean cubiertas de igual forma. Durante la valoración, el personal de enfermería identifica las necesidades específicas relacionadas con los retos de salud, así como los requisitos (p. ej., capacidad física, conocimiento y deseo) que es necesario atender para mejorar la capacidad de autocuidado.

Es importante que las intervenciones incluyan aquellas que pueden empoderar al adulto mayor a alcanzar el mayor grado de autocuidado de las necesidades y los retos de salud. La [figura 7-3](#) muestra cómo el modelo de autocuidado integral se pone en práctica en la enfermería geriátrica. Los siguientes casos muestran la implementación de este modelo.

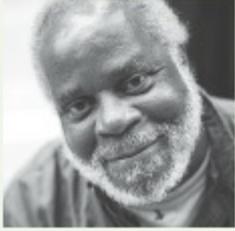


CONCEPTO CLAVE

Es posible que se requiera mayor esfuerzo para instruir y guiar a una persona mayor para realizar el autocuidado de manera independiente. De igual forma, es probable que la persona necesite mayor cantidad de tiempo que cuando la realiza un cuidador; no obstante, los beneficios de la independencia sobre el

cuerpo, la mente y el espíritu justifican la inversión.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. R., quien ha vivido con diabetes desde hace mucho tiempo, se administra insulina diariamente y cumple con su dieta para personas con diabetes. A causa de un problema urológico reciente, es probable que deba tomar antibióticos cada día y realizarse sondaje intermitente. Durante la valoración, el personal de enfermería identifica la presencia de las necesidades impuestas por la enfermedad. Por ejemplo, el Sr. R. realiza el sondaje según el procedimiento y toma los antibióticos como se ha indicado, pero no cumple con su dieta para personas con diabetes y modifica su dosis de insulina de acuerdo con qué tan bien se siente ese día. El Sr. R. está consciente de su dieta especial y desea cumplirla; sin embargo,

ha dependido de su esposa para preparar sus comidas y ahora que ella ha muerto tiene dificultades para preparar sus alimentos de manera independiente. El Sr. R. niega que se le haya informado acerca de las dosis regulares de insulina y menciona que ha dependido de los consejos de su cuñado, también con diabetes, quien recomendó aplicarse una dosis extra de insulina si come golosinas.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuál es el siguiente paso en el proceso una vez que se han identificado las necesidades del Sr. R.?
- ¿Qué factores deben considerarse al determinar las deficiencias que impiden que el Sr. R. cumpla con sus necesidades de salud?
- ¿Qué medidas específicas pueden planificarse para atender las necesidades del Sr. R.?

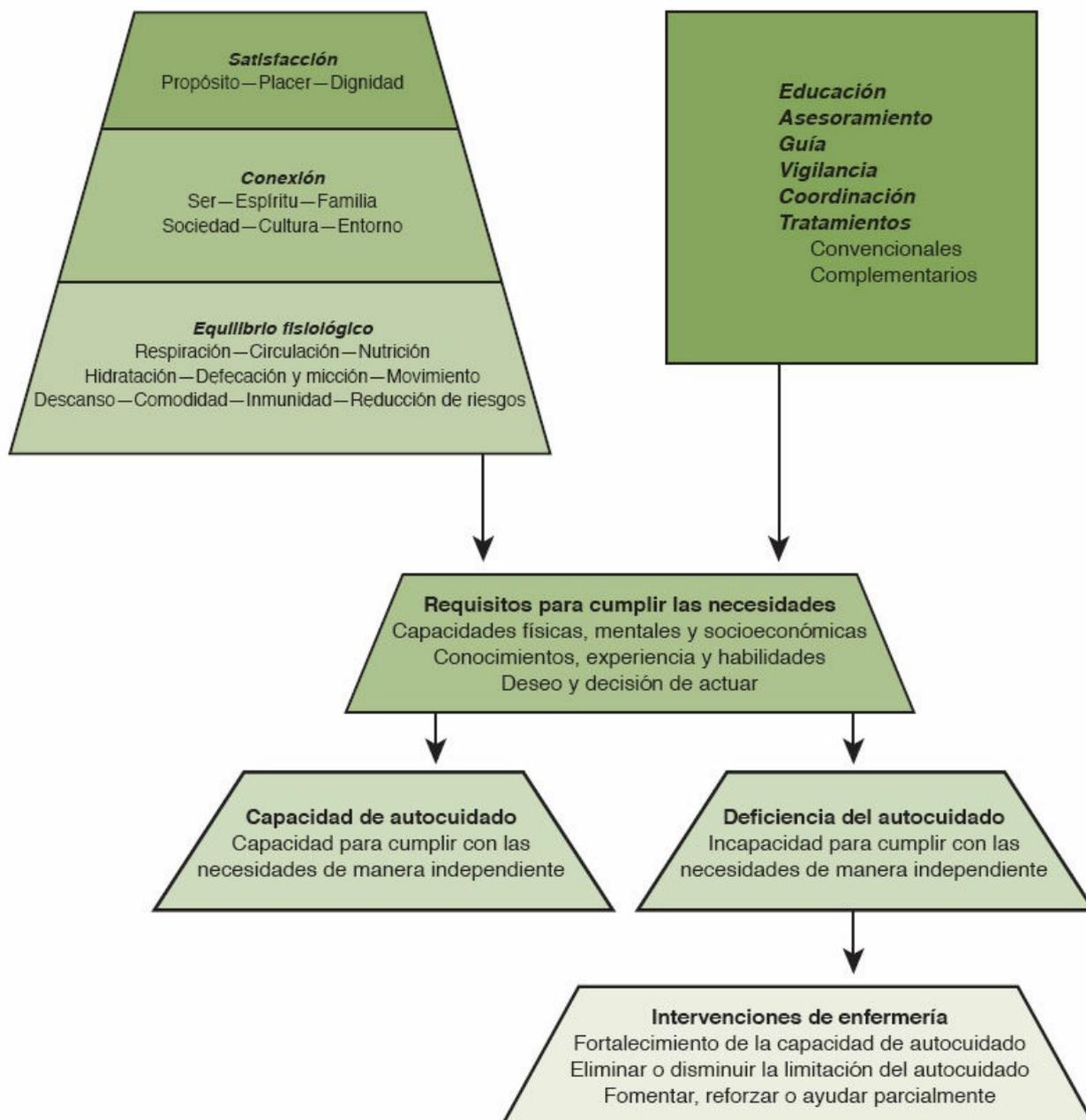


FIGURA 7-3 ● Si el personal de enfermería identifica deficiencias del autocuidado en el adulto mayor requeridas para cumplir con sus necesidades de promoción de la salud y relacionadas con la salud, son necesarias las intervenciones.

Aplicación del modelo integral. El caso de la Sra. D

El siguiente caso demuestra la manera en la que puede funcionar el modelo:

La Sra. D., de 78 años de edad, fue ingresada al hospital debido a situaciones agudas. Se identificó fractura del cuello del fémur y la necesidad de cambio de vivienda. En la observación inicial se identifica a una mujer delgada y de aspecto frágil con signos evidentes de desnutrición y deshidratación. Al momento se encontraba orientada en tiempo, lugar y persona y era capaz de conversar y responder a preguntas de manera coherente. A pesar de que su memoria en los años recientes se ha deteriorado, no deja pasar la oportunidad de comentar a cualquiera que muestre interés que no gusta ni desea estar en un hospital. Su última y única

hospitalización fue hace 55 años.

La Sra. D. había estado viviendo con sus esposo y una hermana que no ha estado casada durante más de 50 años. Entonces, murió su esposo. Durante los 5 años siguientes a la muerte de su esposo, la Sra. D. dependió del apoyo y la guía emocional de su hermana. Después murió su hermana, y ello condujo a sentimientos de ansiedad, inseguridad, soledad y depresión.

Durante el año posterior a la muerte de su hermana, ha vivido sola cuidando de su hogar de seis habitaciones en las afueras de la ciudad sin ayuda de nadie más que un vecino que la auxiliaba con las compras y en ocasiones la transportaba.

En el día de su hospitalización, la Sra. D se cayó en la cocina debido a su debilidad por desnutrición. Su vecino, al descubrirla horas después, llamó a la ambulancia que la trasladó al hospital. Una vez que se estableció el diagnóstico de fractura de fémur, se realizaron planes para la reparación con clavo de metal y la búsqueda de un nuevo lugar de residencia debido a que su hogar demanda más atención de la que es capaz de brindar.

El [plan de atención de enfermería 7-1](#) ilustra cómo las necesidades integrales de la Sra. D. orientaron los diagnósticos de enfermería y las acciones de enfermería asociadas.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 7-1

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SRA. D.

NECESIDADES. Respiración y circulación

Diagnósticos de enfermería. 1) Deterioro de la movilidad física; 2) deterioro del intercambio de gases relacionado con inmovilidad.

Objetivos. La paciente muestra signos de respiración adecuada, no tiene dificultad respiratoria o infección y no hay signos de alteraciones en la circulación.

Intervenciones de enfermería	Tipo de intervención
Mantener respiración normal.	
■ Prevenir bloqueo de la vía aérea o cualquier otra interferencia con la respiración normal.	Ayuda parcial.
■ Detectar y vigilar de manera temprana la presencia de problemas respiratorios.	Ayuda parcial.
Promover ejercicios pasivos y activos.	
■ Instruir y motivar a girar, toser y realizar ejercicios de respiración profunda.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Motivar los ejercicios activos, como el espirómetro de incentivo y la respiración profunda.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Realizar ejercicios pasivos de amplitud de movimiento.	Contribución.
Evitar interferencia externa con la respiración.	
■ Brindar buena ventilación en la habitación.	Contribución.
■ Evitar vestimenta, ropa de cama o equipo restrictivos.	Contribución.
■ Posicionar de forma que se permita la mejor calidad de respiración.	Ayuda parcial.
■ Prevenir las situaciones que provoquen ansiedad, como retrasos en atender la alerta junto a la cama de la paciente.	Contribución.

NECESIDADES. Nutrición e hidratación

Diagnósticos de enfermería. Nutrición inadecuada. Ingesta de nutrientes menor a la requerida asociada con depresión y soledad.

Objetivos. La paciente consume al menos 1 500 mL de líquidos y 1 800 kilocalorías todos los días; aumenta su peso a 56.7 kg.

Intervenciones de enfermería

Tipo de intervención

Estimular el apetito.

- | | |
|---|---|
| ■ Planificar la dieta de acuerdo con las preferencias de la persona y el tratamiento. | Requiere ayuda parcial. |
| ■ Brindar un entorno tranquilo y placentero que permita la socialización con otros. | Contribución. |
| ■ Estimular el apetito mediante el aspecto y el sazón de los platillos. | Mejoría de la limitación del autocuidado. |

Planificación de los alimentos.

- | | |
|--|---|
| ■ Leer el menú al paciente. | Ayuda parcial. |
| ■ Guiar la elección de alimentos ricos en proteínas, hidratos de carbono, minerales y vitaminas. | Mejoría de la limitación del autocuidado. |
| ■ Tomar en cuenta las preferencias de alimentos e incluirlas en el menú. | Acción de promoción. |

Ayudar en el proceso de comer.

- | | |
|--|---|
| ■ Conservar energía y promover la ingesta adecuada preparando la charola de comida, motivando períodos de descanso y alimentando cuando sea necesario. | Fortalecer las capacidades de auto-cuidado, ayudar de manera total o parcial. |
|--|---|

Prevenir las complicaciones.

- | | |
|---|---|
| ■ No dejar soluciones, medicamentos o sustancias dañinas en las ubicaciones donde puedan confundirse y consumirse (especialmente cuando la valoración revela defectos visuales). | Acción de promoción. |
| ■ Verificar la temperatura de los alimentos y las bebidas para prevenir quemaduras (en especial cuando la valoración revela disminución de la sensibilidad cutánea). | Acción de promoción. |
| ■ Ayudar en la elección de alimentos que promueven la curación ósea y la corrección de la desnutrición. | Ayuda parcial. |
| ■ Vigilar los ingresos y egresos de líquidos para determinar desequilibrios de manera temprana. | Mejoría de la limitación del autocuidado. |
| ■ Valorar con frecuencia el estado de salud para detectar nuevos problemas o mejorías que resultan de los cambios en el estado nutricional (p. ej., cambio de peso, turgencia cutánea, estado mental y fuerza). | Ayuda completa y disminución de la limitación del autocuidado |

NECESIDAD. Defecación

Diagnósticos de enfermería. 1) Estreñimiento relacionado con inmovilidad; 2) riesgo de infección relacionado con desnutrición e interferencia con el aseo normal.

Objetivos. La paciente no tiene infección, establece una rutina de defecación regular, no tiene estreñimiento, se encuentra limpia y sin malos olores.

Intervenciones de enfermería

Tipo de intervención

Promover la defecación y micción regular.

- | | |
|---|--|
| ■ Guiar la elección de una dieta con alto contenido de fibra y líquido. | Ayuda parcial. |
| ■ Observar y registrar los patrones de defecación. | Ayuda completa y mejoría de la limitación del autocuidado. |
| ■ Ayudar con los ejercicios que promueven el peristaltismo y la micción. | Ayuda parcial. |
| ■ Establecer un horario para lograr períodos de micción y defecación regulares. | Acción de promoción. |

■ Ayudar con la atención higiénica de las superficies corporales.	Ayuda parcial.
■ Brindar privacidad cuando se utilice el cómodo.	Ayuda completa y mejoría de la limitación del autocuidado.
Desarrollar buenas prácticas de higiene.	
■ Comentar la importancia y el método de limpieza perineal después de la defecación.	Fortalecer la capacidad de auto-cuidado.
Prevenir el aislamiento social.	
■ Prevenir, detectar y corregir los olores corporales.	Ayuda completa y mejoría de la limitación del autocuidado.
NECESIDAD. Movimiento	
Diagnósticos de enfermería. 1) Intolerancia a la actividad relacionada con la desnutrición y la fractura; 2) deterioro de la movilidad relacionada con la fractura.	
Objetivos. La paciente mantiene/logra una amplitud de movimiento articular adecuada para llevar a cabo las AVC y no tiene complicaciones derivadas de la inmovilidad.	
Intervenciones de enfermería	Tipo de intervención
Ajustar las rutinas hospitalarias al ritmo de la paciente.	
■ Espaciar los procedimientos y las demás actividades.	Acción de promoción.
■ Permitir períodos más prolongados para las actividades de autocuidado.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
Intervenciones de enfermería	Tipo de intervención
Atención enfocada en la preservación de la energía.	
■ Brindar seguridad y relajación evitando los cambios frecuentes de personal.	Acción de promoción.
■ Prevenir complicaciones asociadas con la inmovilidad (úlceras por decúbito, estreñimiento, cálculos renales, contracturas, neumonía hipostática, trombosis, edema, letargia).	Mejoría de la limitación del autocuidado.
■ Motivar los cambios de posición frecuentes.	Mejoría de la limitación del autocuidado.
■ Motivar e incentivar la actividad.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Mostrar ejercicios simples para prevenir las complicaciones y mejorar la destreza motora.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Planificar actividades que incrementen la independencia de manera progresiva.	Apoyo y refuerzo de la capacidad de autocuidado.
NECESIDAD. Descanso	
Diagnósticos de enfermería. Alteración del patrón de sueño relacionada con el entorno hospitalario y las limitaciones de movimiento asociadas con la fractura.	
Objetivos. La paciente obtiene suficiente sueño para no estar fatigado y aprender las medidas para facilitar el sueño y el descanso.	
Intervenciones de enfermería	Tipo de intervención
Controlar los estímulos del entorno.	
■ Permitir tiempos de descanso entre procedimientos.	Acción de promoción.
■ Instruir en cuanto a la relajación progresiva.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
NECESIDAD. Confort	
Diagnósticos de enfermería. Dolor agudo relacionado con fractura.	
Objetivos. La paciente no presenta dolor y es capaz de participar en las AVC sin restricciones derivadas del dolor.	

Intervenciones de enfermería	Tipo de intervención
■ Vigilar los signos de dolor.	Mejoría de la limitación del autocuidado.
■ Ayudar en el cambio de posición y los ejercicios para disminuir la incomodidad.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Planificar la administración de analgésicos en conjunto con el equipo de atención de la salud.	Mejoría de la limitación del autocuidado.
NECESIDAD. Inmunidad	
Diagnósticos de enfermería. 1) Mantenimiento de la salud ineficaz; 2) riesgo de infección.	
Objetivos. La paciente no presenta infecciones.	
Intervenciones de enfermería	Tipo de intervención
■ Motivar la ingesta de comida saludable y líquidos.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Instruir a la paciente a incluir en su dieta alimentos que influyan de manera positiva el sistema inmunitario, como leche, yogurt, queso <i>cottage</i> sin grasa, huevo, frutas y vegetales y ajo.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Instruir y ayudar con los ejercicios que benefician el estado inmunitario, como el yoga y el <i>tai chi</i> .	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Revisar los antecedentes de vacunación y agendar la administración de vacunas según la necesidad.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Instruir en las técnicas de manejo del estrés.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
NECESIDAD. Disminución de riesgos	
Diagnósticos de enfermería. 1) Riesgo de lesión relacionado con deficiencia sensorial o sensitiva; 2) riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad, desnutrición y disminución de la sensibilidad; 3) deterioro del mantenimiento del hogar relacionado con estado de salud deficiente o convalecencia.	
Objetivos. La paciente no muestra lesiones, posee integridad total de la piel, emplea los dispositivos de asistencia, los anteojos y las prótesis auditivas de manera eficaz y correcta (como se prescribió) para compensar las deficiencias sensoriales y cuenta con un hogar seguro y aceptable disponible después del alta.	
Intervenciones de enfermería	Tipo de intervención
Compensar la mala visión.	
■ Leer a la paciente.	Mejoría y disminución de la limitación del autocuidado.
■ Escribir información y nombre con letra de tamaño grande y emplear códigos de colores cuando sea posible.	Mejoría de la limitación del autocuidado.
■ Eliminar obstáculos que puedan provocar accidentes, como objetos extraños en la cama o el suelo y soluciones que puedan confundirse con agua.	Mejoría y disminución de la limitación del autocuidado.
■ Comunicar el problema a otros miembros del equipo.	Acción de promoción.
■ Derivar a oftalmología.	Acción de promoción.
Compensar la disminución de la capacidad del olfato.	
■ Prevenir y corregir los olores que derivan de prácticas higiénicas deficientes.	Ayuda parcial y disminución de la limitación del autocuidado.
■ Identificar olores anómalos de manera temprana (pueden ser signo de infección).	Acción de promoción.
Compensar la pérdida auditiva.	

■ Hablar con claridad y con volumen alto cara a cara con la persona.	Mejoría de la limitación del autocuidado.
■ Emplear técnicas de retroalimentación para verificar que la persona ha escuchado y comprendido.	Mejoría de la limitación del autocuidado.
■ Derivar a la clínica de otorrinolaringología.	Acción de promoción.
Mantener un buen estado de la piel.	
■ Inspeccionar en busca de exantemas, eritema y úlceras.	Contribución.
■ Ayudar con la higiene.	Ayuda parcial.
■ Dar masajes de espalda, cambiar con frecuencia de posición a la paciente y mantener la piel suave y seca.	Mejoría, contribución parcial y disminución de la limitación del autocuidado.
Prevenir caídas.	
■ Apoyar a la persona que camina o es transportada.	Ayuda parcial.
■ Instruir y motivar los ejercicios para ayudar a mantener el tono muscular.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Mantener los barandales de la cama elevados y apoyar a la persona en silla de ruedas.	Contribución.
■ Brindar períodos de descanso entre actividades.	Fortalecimiento de la capacidad de autocuidado y disminución de la limitación del autocuidado.
■ Colocar al alcance los objetos que se emplean con frecuencia.	Ayuda parcial.
Mantener la alineación corporal apropiada.	
■ Emplear bolsas de arena, rodetes y almohadas.	Disminución de la limitación del autocuidado y ayuda parcial.
■ Sostener el miembro afectado cuando se mueve o levanta a la persona.	Ayuda parcial y disminución de la limitación del autocuidado.
Conseguir hogar seguro como preparación para el alta hospitalaria.	
■ Evaluar las preferencias, las capacidades y la limitación para recomendar un hogar adecuado.	Acción de promoción y ayuda parcial.
■ Derivar a trabajo social.	Acción de promoción.
NECESIDAD. Conexión	
Diagnósticos de enfermería. 1) Estrés espiritual, desesperanza e impotencia relacionados con la hospitalización, el estado de salud y los cambios en el estilo de vida; 2) deterioro de la interacción social relacionado con la hospitalización y el estado de salud.	
Objetivos. La paciente expresa satisfacción con la cantidad de interacción social, identifica los medios para cumplir con sus necesidades espirituales y no tiene signos de estrés emocional.	
Intervenciones de enfermería	Tipo de intervención
Controlar los estímulos del entorno.	
■ Asignar al mismo personal para la atención.	Acción de promoción.
■ Mantener una agenda regular.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Asignar un compañero de habitación con intereses y cultura similares.	Apoyo y refuerzo de la capacidad de autocuidado.
Promover las interacciones sociales significativas.	
■ Instruir a los demás a hablar con claridad y con volumen adecuado	Fortalecer la capacidad de

cuando interactúan con la paciente.	autocuidado.
■ Planificar actividades significativas.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Promover y mantener un estado de orientación adecuado.	Fortalecimiento de la capacidad de autocuidado y disminución de la limitación del autocuidado.
■ Mostrar interés en las interacciones sociales de la paciente y motivar la continuación.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Iniciar el contacto con las agencias comunitarias para desarrollar relaciones que puedan contribuir después del alta hospitalaria.	Ayuda completa y mejoría de la limitación del autocuidado.
■ Ayudar con el aseo y el aliño.	Ayuda parcial y disminución de la limitación del autocuidado.
■ Aprender sobre la espiritualidad y las creencias religiosas e incorporarlas a la atención.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Programar asesoramiento espiritual.	Apoyo y refuerzo de la capacidad de autocuidado.
■ Motivar la verbalización de los sentimientos acerca del significado de su estado de salud y los cambios de vida.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Brindar oportunidades para la oración.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
NECESIDAD. Satisfacción	
Diagnósticos de enfermería. 1) Ansiedad, temor, desesperanza e impotencia relacionados con la hospitalización y el estado de salud; 2) deterioro de la interacción social relacionado con la hospitalización; 3) baja autoestima crónica relacionada con problemas de salud y situación de vida.	
Objetivos. La paciente demuestra un grado de actividad idéntico al anterior a la lesión, realiza actividades de autocuidado con el máximo grado de independencia, expresa satisfacción con el grado de soledad y no muestra signos de estrés emocional.	
Intervenciones de enfermería	Tipo de intervención
■ Controlar los estímulos del entorno.	Acción de promoción.
■ Respetar la privacidad.	Fortalecer la capacidad de autocuidado
Brindar oportunidades para la soledad.	
■ Brindar diversos períodos de soledad planificada.	Apoyo y refuerzo de la capacidad de autocuidado.
■ Brindar privacidad al cerrar las cortinas alrededor de la cama y durante las visitas a ciertas instalaciones, como la capilla.	Mejoría de la limitación del autocuidado.
Mejorar las limitaciones cuando sea posible	
■ Ayudar con el reentrenamiento de la deambulación.	Ayuda parcial y fortalecimiento de la capacidad de autocuidado.
■ Ejercitar el cuerpo para mantener la función.	Ayuda parcial y disminución de la limitación del autocuidado.
■ Motivar a la paciente a consumir una dieta adecuada.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Derivar a una valoración audiométrica para explorar la utilidad de un auxiliar auditivo.	Ayuda completa y mejoría de la limitación del autocuidado.
■ Derivar a oftalmología para valorar la utilidad de anteojos.	Ayuda completa y mejoría de

	la limitación del autocuidado.
Mantener los componentes habituales del estilo de vida.	
■ Ajustar la rutina hospitalaria a la rutina de la paciente tanto como sea posible.	Ayuda completa y disminución de la limitación del autocuidado.
■ Motivar a la persona a vestir su propia ropa.	Mejoría de la limitación del autocuidado.
■ Brindar a la persona pertenencias de su hogar, como almohada, cobertores, fotografías y taza para café.	Mejoría de la limitación del autocuidado.
■ Promover actividades de divertimento con las que la persona esté familiarizada.	Disminución de la limitación del autocuidado y fortalecimiento de la capacidad de autocuidado.
Promover la participación activa.	
■ Brindar a la persona las oportunidades para tomar sus propias decisiones cuando sea posible.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Hacer partícipe a la persona de su cuidado.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.
■ Estimular y motivar la comunicación.	Fortalecer la capacidad de autocuidado.

COMUNICACIÓN

Una valoración hábil y un plan de atención integral no son útiles si la información permanece en el expediente y no se comparte con los proveedores de atención. Debe desarrollarse un mecanismo para compartir el plan de atención en un formato que sea fácil de utilizar por los cuidadores y esté en un nivel adecuado para ellos.

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA COMO SANADOR

El personal de enfermería no sólo realiza tareas, sino que son una herramienta importante durante el proceso de sanación del paciente. Si el cumplimiento de tareas fuera la única función del personal de enfermería, los robots podrían reemplazarlos fácilmente. Después de todo, ya existe la tecnología que podría permitir que una máquina administre medicamentos, reposicione al paciente, vigile los signos vitales, registre los acontecimientos significativos y realice otras tareas frecuentes. No obstante, la profesión de la enfermería surgió como un *arte de sanación* caracterizada por que sus practicantes ofrecen confort, compasión y atención, factores que son de igual o mayor importancia para la sanación de los pacientes que las tareas mecánicas de la atención. El personal de enfermería funciona como un sanador cuyas interacciones ayudan al paciente a retomar la plenitud (función óptima y armonía entre cuerpo, mente y espíritu).

El personal de enfermería que apoya la sanación y la integridad no actúa como observador, sino que forma parte activa de los procesos de sanación de los pacientes. Este nivel de compromiso es semejante a aquel que muestra un instructor de baile que toma al estudiante de la mano y muestra los pasos correctos en lugar de dar instrucciones desde la distancia.



CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería se compromete de manera activa con la danza del paciente durante la sanación mediante la enseñanza, la guía, el modo-lado, el asesoramiento, la motivación y la ayuda a través de diversos pasos.

Características de la sanación

Las características que permiten al personal de enfermería funcionar como sanadores de los adultos mayores incluyen **presencia**, disponibilidad, disposición para crear conexiones y ser modelos de integración.

Presencia

La capacidad de estar presente en el momento también es una característica de la enfermera o enfermero como sanador. A pesar de las actividades reales que el personal de enfermería suele tener que cumplir, lo agitado de la situación clínica promedio y la lista sin fin de quehaceres, los sanadores deben proteger las interacciones con sus pacientes frente a cualquier distracción. Cuando se encuentran *con* los pacientes, están presentes con su atención plena y dirigida. El personal escucha de manera activa; escucha lo que los pacientes dicen, y no dicen, y emplean sus sentidos para detectar indicadores sutiles de necesidades. Incluso si el tiempo con cada sujeto es corto, este tiempo de verdad pertenece al paciente.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Reflexione sobre una interacción en la que la persona implicada parecía distraída o apresurada. ¿Cómo se afectó su comunicación?

Disponibilidad

El personal de enfermería sanador muestra disponibilidad total del cuerpo, la mente y el espíritu. Brindan el tiempo y el espacio para que los pacientes expresen, exploren y experimenten. No suele escucharse la frase “no es mi trabajo” por parte de los sanadores. Por ejemplo, un miembro del personal puede estar vigilando a un paciente en recuperación en la sala postoperatoria, momento en el que el sujeto confía a una enfermera que se encuentra preocupado porque su nieto fue arrestado por posesión de drogas. Una respuesta similar a “no debe preocuparse por eso ahora” envía el mensaje de que el personal no está disponible para conversar sobre la preocupación del paciente y es probable que cierre la puerta para mayor comunicación. En contraste, responder “debe ser muy difícil para usted” puede ser de mayor ayuda para comunicar apertura e interés. A pesar de que el personal de enfermería en el último ejemplo pudo no haber brindado toda la ayuda que el paciente necesita, sí puede ofrecer un espacio seguro para que el individuo descargue el peso de su mente y ofrecer sugerencias para obtener más ayuda.

Disposición para establecer conexiones

El personal de enfermería sanador establece relaciones con sus pacientes. Este tipo de personal se compromete con el paciente de maneras significativas que requieren

apertura, respeto, aceptación y una actitud sin prejuicios. Además, las enfermeras y enfermeros realizan esfuerzos para aprender qué es lo que hace a cada paciente único, el camino de vida que ha atravesado y la historia que se ha formado. En ocasiones, puede ser necesario que el personal de enfermería ofrezca detalles de su propia experiencia y comparta algunos capítulos de su vida. Puede mejorar la conexión si se exploran las amenazas únicas que se han tejido en el tapiz de la vida del paciente.

Modelos de integración

Los sanadores eficaces son modelos de integración, lo que comienza con buenas prácticas de autocuidado de la salud. No sólo comen una dieta adecuada, se ejercitan y descansan lo suficiente y cumplen con otras prácticas de salud, sino que también son conscientes de su bienestar emocional y espiritual. La integridad exige que el personal de enfermería sepa qué es lo que desea que los demás sepan y se comporte como desea que los demás se comporten. El autocuidado es esencial para realizar cualquier otro papel como personal de enfermería sanador.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

El papel del personal de enfermería certificado como parte del equipo de atención multidisciplinario en el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

Fuente: Madden, K.A., Waldo, M., & Cleeter, D. (2014). Geriatric Nursing, 35(3), 199–204.

PACE es el Program of All-inclusive Care for the Elderly, el cual es considerado como un modelo multidisciplinario innovador en la administración de atención de la salud de los adultos mayores frágiles que el gobierno ha determinado que requieren atención avanzada. Aunque *PACE* ha mostrado resultados positivos en la atención de los sujetos frágiles, hay investigación limitada sobre el papel del personal de enfermería como parte del equipo multidisciplinario del *PACE*. El estudio se realizó con la finalidad de obtener información acerca del rol del personal de enfermería dentro del *PACE* y los modelos de atención de enfermería que se emplean dentro del programa.

El estudio consistió en un cuestionario estructurado en línea acerca de los líderes de enfermería en organizaciones *PACE* en todo Estados Unidos. Un grupo de este personal se entrevistó posteriormente mediante llamadas telefónicas y un cuestionario dirigido.

El estudio determinó que había una gran cantidad de personal de enfermería con grado de licenciatura laborando en las organizaciones *PACE* que se involucra de manera directa con la atención y la planificación de la atención. Se utilizaron una variedad de modelos de atención de enfermería (funcional, primario o de manejo de la atención) y no hubo certeza en cuanto al modelo más adecuado para el programa. El personal de enfermería de *PACE* que participó en el estudio y los investigadores percibieron el valor de realizar mayor investigación empleando indicadores de la calidad (p. ej., rehospitalización, prevalencia de las úlceras por presión, satisfacción

del paciente, entre otros) para determinar el mejor modelo que se debe usar.

Al realizar las valoraciones de los pacientes, desarrollar planes de atención e implementar los servicios de enfermería, el personal puede emplear diversos modelos de atención. A pesar de que cada modelo tiene valor, algunos pueden ser más eficaces que otros para un programa o población específicos. Cuando se crean nuevos programas o servicios, puede ser beneficioso para el personal de enfermería probar diferentes modelos de atención a fin de lograr identificar los indicadores de calidad relevantes, los cuales pueden valorarse y registrarse en un intento de determinar el modelo que brinde los mejores resultados.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Como nuevo miembro del equipo en una residencia de servicios asistenciales, usted se percata de que otros miembros del equipo toman decisiones y realizan actividades en lugar de los residentes que parecen ser capaces de llevarlas a cabo por sí solos. Al atender a algunos de estos residentes, usted ofrece la oportunidad de tomar decisiones acerca de sus preferencias, lo que han hecho con gusto. Además, al motivarlos a alimentarse solos, los residentes han efectuado la actividad, aunque ha tomado algo más de tiempo en realizarse.

¿Cuáles son las posibles razones por las que el personal crea dependencia innecesaria en los residentes? ¿Cómo puede motivarse el cambio en su abordaje?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Identifique las experiencias de vida que han sido únicas para los adultos mayores y que los han preparado para afrontar con algunos de los retos que supone la edad.
2. Mencione los cambios relacionados con la edad que pueden afectar cada una de las necesidades de promoción de la salud.
3. ¿Cuáles son algunas de las razones por las que los adultos mayores no desean funcionar de manera independiente en sus actividades de autocuidado?
4. Describa algunas situaciones en las que los adultos mayores se encuentran en riesgo de perder su independencia como resultado de que el personal de enfermería realice sus tareas en lugar de permitir que las hagan de forma independiente.

Resumen del capítulo

La atención geriátrica y gerontológica integral comprende las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de un individuo, en donde la sinergia de ellas implica algo mayor que la suma de sus partes. No sólo se encarga del tratamiento de la enfermedad, sino que también ayuda en el crecimiento en busca de la plenitud, la maximización de la calidad de vida y el encuentro de paz, confort y dignidad durante el proceso de muerte.

La valoración de la enfermería geriátrica y gerontológica considera el equilibrio fisiológico, la conexión del individuo con su ser, los demás, la cultura y el entorno,

así como el grado en el que la persona logra la satisfacción. Cuando están presentes los retos de la salud, el individuo puede presentar nuevas necesidades, como educación, asesoramiento, guía, vigilancia, coordinación, tratamiento y defensa. Los requisitos que deben cumplirse para que la persona cubra estas necesidades incluyen capacidades mentales, físicas y socioeconómicas; conocimientos, experiencia y habilidades; así como el deseo y la determinación de actuar.

El personal de enfermería debe reconocer la gran cantidad de recursos internos con los que cuenta el adulto mayor y utilizarlos para hacer partícipe a estas personas en su atención. Incluir a los pacientes los empodera y promueve el compromiso con el plan de atención.

Recursos en línea

American Holistic Health Association

<http://www.ahha.org>

American Holistic Medical Association

<http://www.holisticmedicine.org>

American Holistic Nurses Association

<http://www.ahna.org>

Hartford Institute for Geriatric Nursing Try This Assessment Tool Series

http://hartfordign.org/practice/try_this/

Referencias

Dossey, B. M., & Keegan, L. (2012). *Holistic nursing: a handbook for practice* (6th ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas asociadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña a este libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales vinculados con este capítulo.



ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Leyes que rigen la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica

Riesgos legales de la enfermería geriátrica y gerontológica

- Impericia
- Confidencialidad
- Consentimiento del paciente
- Competencia del paciente
- Supervisión del personal
- Medicamentos
- Restricción de la movilidad
- Órdenes telefónicas
- Indicaciones de no reanimar
- Voluntad anticipada y temas relacionados con la muerte y el morir
- Maltrato geriátrico

Protección legal para el personal de enfermería

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Comentar las leyes que rigen la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica.
2. Describir los aspectos legales de la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica y las maneras de disminuir los riesgos.
3. Mencionar las protecciones legales para el personal de enfermería.

GLOSARIO

Consentimiento: dar autorización para permitir que se realice una acción o un procedimiento.

Deber: relación entre individuos en la que cada uno es responsable o ha sido contratado para

brindar servicios al otro.

Derecho privado: establece la relación entre individuos u organizaciones.

Derecho público: establece la relación entre figuras privadas y el gobierno.

Estándar de atención: norma que determina lo que haría un individuo razonable en una situación similar.

HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996, en la cual se asegura la confidencialidad de la información relacionada con la salud y el acceso de los consumidores a sus expedientes clínicos.

Impericia: desviación de los estándares de atención.

Lesión: daño físico o mental a un tercero o violación de los derechos de una persona que resulta en negligencia.

Negligencia: incapacidad para cumplir con los estándares de atención.

Poder notarial: brinda a individuos competentes la capacidad de designar a un tercero para la toma de decisiones en su nombre en caso de que pierdan su competencia.

El personal de enfermería de todas las especialidades debe ser consciente de los aspectos legales de su práctica clínica; el personal de enfermería geriátrica y gerontológica no es la excepción. En realidad, los riesgos legales pueden hacerse más intensos y las preguntas legales pueden surgir durante la atención geriátrica. De manera frecuente, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica se desempeña en posiciones con alto grado de independencia y responsabilidad en las cuales debe tomar decisiones sin abundancia de profesionales con quienes consultar. Este personal también suele ser responsable de supervisar a otros sin certificación y, en consecuencia, son responsables de las acciones de aquellos a quienes supervisa. Además, el personal de enfermería suele afrontar situaciones difíciles en las que los pacientes pueden requerir su asesoramiento y consejo; se pueden realizar preguntas acerca de cómo proteger las pertenencias de un paciente con enfermedad de Alzheimer, cómo escribir un testamento, qué puede realizarse para interrumpir las medidas de soporte vital y quién puede dar su **consentimiento** en lugar del paciente. Asimismo, los múltiples problemas que enfrentan los adultos mayores, la alta prevalencia de fragilidad y la falta de conocimiento de las leyes y los reglamentos pueden hacerlos víctimas de prácticas sin escrúpulos. La defensa es una parte integral de la enfermería geriátrica y gerontológica, una función que refuerza la necesidad de que el personal de enfermería se preocupe por la protección de los derechos de los pacientes mayores. Para protegerse a ellos mismos, a los pacientes y a sus empleadores, las enfermeras y enfermeros deben tener conocimiento básico sobre leyes y verificar que su práctica clínica se apegue a los límites de la legalidad.

LEYES QUE RIGEN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

Las leyes son creadas por distintas instancias. Debido a que gran cantidad de leyes se desarrollan a nivel local o estatal, puede haber variaciones entre estados. Estas variaciones exigen que el personal de enfermería conozca las leyes específicas dentro de su estado, en especial aquellas que rigen la práctica clínica, las relaciones laborales

y la regulación de las agencias de atención de la salud.

Existe el derecho público y el privado. El **derecho público** rige las relaciones entre instancias privadas y el gobierno, e incluye leyes penales y la regulación de las organizaciones y los individuos que forman parte de ciertas prácticas. El alcance de la práctica de la enfermería y los requisitos para poder ejercer son parte de la aplicación de la ley. El **derecho privado** rige las relaciones entre individuos u organizaciones e implica contratos y agravios (actos negativos en contra de un tercero, como agresión, maltrato, secuestro e invasión de la privacidad). Estas leyes protegen los derechos de las personas y establecen estándares de conducta que, de ser violados, pueden producir consecuencias para el ofensor.

Además de las leyes, existen estándares voluntarios mediante los cuales puede evaluarse al personal de enfermería. La publicación *Scope and Standards of Gerontological Nursing* de la American Nurses Association brinda guías para el personal de enfermería geriátrica y gerontológica que describen lo que constituye la atención segura y eficaz (véase el [cap 6](#) para conocer más acerca de estos estándares).

RIESGOS LEGALES DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

La mayor parte del personal de enfermería no comete actos nocivos de manera voluntaria; no obstante, ciertas situaciones pueden aumentar el riesgo de que el personal tenga responsabilidad legal, incluyendo trabajar sin suficientes recursos, no verificar los procedimientos y las políticas de la agencia, tergiversar reglas, cubrir turnos, tomar atajos o intentar trabajar cuando se encuentra agotado física o emocionalmente. No se requieren episodios continuos de descuido, sino que una sola variación en los estándares puede conducir a un problema legal grave. El [cuadro 8-1](#) resume algunos de los actos que pueden provocar que el personal de enfermería rompa las leyes. El personal debe estar al tanto de los riesgos legales potenciales en su práctica clínica y hacer un esfuerzo consciente para disminuirlos. Se muestran a continuación algunos problemas que pueden representar riesgos legales para el personal de enfermería.

Impericia

Se espera que las enfermeras y enfermeros proporcionen servicios a los pacientes de manera cuidadosa y competente, con base en los **estándares de atención**. El *estándar de atención* se considera la norma que determina lo que una persona razonable haría en una situación similar. Cuando una acción se desvía del estándar de atención, el personal de enfermería puede ser culpado de **impericia**. Algunos ejemplos de situaciones que pueden conducir a impericia son los siguientes:

- Administrar la dosis incorrecta de un medicamento al paciente y provocar una reacción adversa.
- Identificar dificultad respiratoria en un paciente y no informar al médico de manera oportuna.

- Dejar una solución en la cabecera de un paciente con estado mental alterado, quien bebe la solución.
- Olvidar girar a un paciente inmóvil durante todo el turno laboral, lo que provoca úlceras por presión.
- Permitir la caída de un paciente debido a que un miembro del equipo intentó levantarlo, cuando se considera el estándar utilizar un dispositivo de elevación.

CUADRO 8-1 Acciones que pueden implicar responsabilidad legal para el personal de enfermería

VIOLENCIA

Una amenaza deliberada o intento de dañar a otra persona que se considera que puede llevarse a cabo (p. ej., mencionar a un paciente que será encerrado sin alimentos durante todo el día si no se comporta).

AGRESIÓN

Contacto físico sin consentimiento de una manera inaceptable o con violencia. Incluso una acción enfocada a ayudar a una persona puede interpretarse como agresión (p. ej., realizar un procedimiento sin consentimiento).

INJURIA

Comunicación oral o escrita que daña la reputación de la persona. Puede ser escrita o verbal. En el caso de la injuria verbal, debe demostrarse daño, excepto cuando:

- Se acusa a alguien de un delito.
- Se acusa a alguien de tener una enfermedad grave.
- Se acusa a alguien de manera que afecte su trabajo o negocio.
- Se acusa a una mujer de impura.

No existe injuria si la aseveración es cierta y se realiza de buena fe y se dirige a personas que tienen una razón legítima para recibir la información. Mencionar que un empleado fue despedido debido al maltrato físico de un paciente no es injuria si el empleado en realidad es culpable de ello. No obstante, asegurar que un trabajador es un ladrón debido a que se perdieron medicamentos cada vez que él estuvo en turno puede constituir una difamación si nunca se comprobó que el empleado era culpable.

SECUESTRO

Sujeción o detención no legal de una persona. Prevenir que un paciente salga de un centro de atención constituye secuestro, a menos que se compruebe que el paciente padece una enfermedad contagiosa o que puede lastimarse a él y a los demás. No es necesario utilizar la restricción física para que se considere secuestro; mencionar a un paciente que será atado a la cama si intenta salir del sitio puede considerarse secuestro.

FRAUDE

Acción intencional y voluntaria que puede provocar daño o pérdida a la persona o sus propiedades (p. ej., vender un anillo al paciente con la excusa de que le ayudará a mejorar su memoria si lo utiliza).

INVASIÓN DE LA PRIVACIDAD

Invasión del derecho de una persona a la privacidad. Puede incluir publicidad no deseada, publicación de

un expediente clínico a personas no autorizadas, brindar información del paciente a un tercero inapropiado o publicar temas personales (la única excepción es el informe de enfermedades infecciosas, heridas de armas de fuego y maltrato). Permitir que un estudiante inspeccione las úlceras por presión de un paciente sin consentimiento puede suponer invasión de la privacidad.

HURTO

Tomar de manera ilegal las pertenencias de otra persona (p. ej., asumir que un paciente no utilizará su silla de ruedas y regalarla a otro paciente sin consentimiento).

NEGLIGENCIA

Omisión o realización de un acto que se desvía de los estándares aceptados y razonables; puede presentarse de diversas maneras:

- *Maleficencia*. Cometer un acto ilegal o inapropiado (p. ej., un enfermero que realiza una cirugía).
- *Abuso de autoridad*. Realizar un acto inapropiado (p. ej., incluir al paciente en un estudio de investigación sin su consentimiento).
- *Omisión*. Incapacidad de tomar medidas apropiadas (p. ej., no notificar al médico de un cambio en el estado del paciente).
- *Impericia*. Incapacidad de seguir los estándares de la profesión (p. ej., no verificar que una sonda nasogástrica está en el estómago antes de administrar alimentación enteral).
- *Negligencia criminal*. Omitir la protección de la seguridad de otra persona (p. ej., permitir que un paciente en confusión, quien cuenta con antecedentes de provocar incendios, tenga fósforos sin supervisión).

El hecho de que se haya cometido negligencia no implica que se deban cubrir los daños; en su lugar, debe demostrarse que se cuenta con las siguientes condiciones:

- **Deber**. Relación entre el paciente y el personal en la que éste tiene la responsabilidad de atender al primero.
- **Negligencia**. Incapacidad de cumplir con el estándar de atención (impericia).
- **Lesión**. Daño físico o mental al paciente o violación de sus derechos debido a un acto de negligencia.



CONCEPTO CLAVE

Deben estar presentes el deber, la negligencia y la lesión para que exista la impericia.

La complejidad que supone la atención de los pacientes mayores, la necesidad de delegar responsabilidades a terceros y las exigencias simultáneas sobre el personal contribuyen al riesgo de impericia. A medida que aumentan las responsabilidades sobre el personal de enfermería, también lo hace el riesgo de impericia. El personal de enfermería debe estar consciente de los riesgos en su práctica y ser proactivo en la prevención de la impericia ([cuadro 8-2](#)). Además, se aconseja que el personal de enfermería contrate su propio seguro de responsabilidad civil y no dependa completamente de las opciones brindadas por su empleador. Los empleadores pueden negar la cobertura si consideran que el personal actuó fuera de sus funciones laborales; aún más importante, el jurado puede imponer sanciones que exceden los límites cubiertos por las pólizas de los empleadores.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Además del tiempo y el dinero que se consumen en los problemas legales, ¿cuáles son algunas de las consecuencias de ser acusado de impericia?

Otras situaciones pueden provocar que el personal de enfermería sea responsable de negligencia o impericia, como las siguientes:

- No actuar (p. ej., no informar un cambio en el estado del paciente o no informar acerca de actos incompetentes realizados por un médico).
- Contribuir a la lesión del paciente (p. ej., no brindar supervisión adecuada a los pacientes con estado de alerta alterado o no utilizar los frenos de la silla de ruedas durante un traslado).
- No informar una situación peligrosa (p. ej., no notificar que el sistema de alarma contra incendios no funciona o no avisar que un médico realiza procedimientos en estado de ebriedad).
- Utilizar las pertenencias de un paciente de manera irresponsable.
- No seguir las políticas y los procedimientos establecidos.

CUADRO 8-2 Recomendaciones para la reducción del riesgo de impericia

- Conozca y cumpla las leyes de la práctica de la enfermería que rigen en su localidad.
- Manténgase al tanto y cumpla las políticas y los procedimientos de la agencia que lo emplea.
- Verifique que las políticas y los procedimientos sean revisados tanto como sea necesario.
- No comente el estado del paciente, comparta información o permita el acceso al expediente clínico a cualquiera, a menos que el paciente haya emitido su consentimiento por escrito.
- Ratifique con el médico cuando una instrucción no sea clara o sea inapropiada.
- Conozca el estado normal del paciente e informe cualquier cambio con prontitud.
- Valore al paciente con atención y desarrolle un plan de atención realista.
- Lea el plan de atención y los registros de enfermería relevantes antes de brindar atención.
- Identifique a los pacientes antes de brindar medicamentos o tratamientos.
- Documente las observaciones acerca del estado del paciente, la atención provista y los acontecimientos significativos.
- Verifique que el registro hecho por usted y los demás sea preciso y que refleje la

atención que fue brindada.

- Conozca las certificaciones y valore la competencia de todo el personal subordinado.
- Comente con los supervisores las tareas que no pueden realizarse debido a falta de personal o provisiones.
- No acepte responsabilidades que estén fuera de sus capacidades y no delegue tareas a otros, a menos que esté seguro de su competencia para realizarlas.
- Informe acerca del equipo no funcional o cualquier aspecto peligroso.
- Informe o llene un reporte cuando se presente una situación atípica.
- Informe inmediatamente todos los casos de maltrato o sospecha de éste a las agencias locales o estatales.
- Asista a programas de capacitación continua y manténgase actualizado en cuanto a los conocimientos y las habilidades pertinentes a su práctica clínica.

Adaptado de: Eliopoulos, C. (2002). *Legal risks management guidelines and principles for long-term care facilities* (p. 28). Glen Arm, MD: Health Education Network.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Conoce las leyes y las regulaciones de la práctica de la enfermería en su localidad dirigidas al área de su ejercicio clínico actual o futuro?

Confidencialidad

No es habitual que un paciente sea atendido sólo por un proveedor. A menudo, el paciente visita una gran variedad de especialistas médicos, terapeutas, centros de diagnóstico, farmacias y centros de atención. Estos proveedores suelen comunicar información acerca del paciente para garantizar la atención coordinada y de calidad. No obstante, con el gran número potencial de personas que tienen acceso a la información médica del paciente y la facilidad con la que se puede compartir, existen grandes oportunidades para que los datos lleguen a las manos equivocadas.

A manera de esfuerzo para proteger la confidencialidad de la información del paciente, el gobierno de los Estados Unidos desarrolló la Insurance Portability and Accountability Act (**HIPAA**). La **HIPAA** brinda a los pacientes el acceso a su información médica y el control sobre cómo ésta se comparte y utiliza. Los pacientes pueden solicitar que los proveedores cambien información incorrecta que han descubierto en su expediente o agreguen información omitida. También se puede solicitar que la información no sea compartida. El Congreso autorizó sanciones civiles y penales para aquellas instancias que utilicen de manera indebida la información de la salud. La Administrative Simplification Compliance Act fue agregada a la HIPAA y estableció que todas las quejas dirigidas a Medicare sean presentadas en línea, un proceso destinado a proteger la privacidad del paciente.

Puede haber variaciones en los procedimientos que utilizan los proveedores y centros para revisar los datos relacionados con HIPAA con los pacientes, proteger la

información de los pacientes y comunicar información relacionada con estos últimos. Es importante que el personal de enfermería conozca y se apegue a las políticas y los procedimientos relacionados con la protección de la privacidad de los individuos.

Consentimiento del paciente

Los pacientes deben saber todas las implicaciones de los procedimientos y realizar una decisión independiente sobre si desean que se les practiquen o no. Lo anterior puede parecer suficientemente simple, pero es fácil que se pase por alto el consentimiento o se consiga de manera equivocada. Por ejemplo, ciertos procedimientos pueden ser rutinarios para el personal y no se percatan de que el paciente debe autorizarlos o el personal puede obtener la firma de un paciente con estado de competencia mental variable que no es capaz de comprender por completo el documento que firma. En el interés de ayudar al paciente y la atención eficaz o por falta de conocimiento acerca del consentimiento, el personal de enfermería puede ponerse en riesgo de responsabilidad legal importante.

El consentimiento debe obtenerse antes de realizar cualquier procedimiento médico o quirúrgico; llevar a cabo procedimientos sin consentimiento puede representar maltrato. Por lo general, cuando un paciente ingresa a un centro de atención de la salud, firma un documento que autoriza que el personal realice procedimientos rutinarios (p. ej., ducha, exploración, tratamientos e intervenciones de urgencia). No obstante, estos documentos no funcionan como *consentimiento universal* para todos los procedimientos. Incluso los consentimientos con carta abierta que autorizan al personal a hacer todo lo necesario para la atención y el cuidado pueden no ser válidos en un juzgado. El consentimiento debe obtenerse para cualquier cosa que sobrepase las medidas básicas y rutinarias. Algunos procedimientos especiales para los que el **consentimiento** debe obtenerse indiscutiblemente son cualquiera que requiera la penetración corporal (ya sea por incisión o por aberturas naturales), el empleo de anestesia, la radiación o el tratamiento con cobalto, el tratamiento con descargas eléctricas y los procedimientos experimentales, invasivos o no, de diagnóstico o tratamiento, que conlleven un riesgo mayor que el mínimo. Cuando exista duda acerca de si es necesario el consentimiento, es mejor irse por la segura.

El consentimiento debe ser *informado*. Es injusto para el paciente y todo aquel no versado en las leyes que se obtenga el consentimiento para un procedimiento sin que se brinde una explicación de lo que implica este acto. De manera ideal, el consentimiento por escrito describe lo que es el procedimiento, el propósito, las alternativas, las consecuencias esperadas y los riesgos; debe ser firmado por el paciente junto con un testigo y mostrar la fecha (fig. 8-1). Es preferible que sea la persona que realizará el procedimiento (p. ej., médico, investigador) quien lo explique y obtenga el consentimiento. El personal de enfermería u otros miembros del equipo no deben obtener el consentimiento en lugar del médico debido a que es ilegal y es posible que no sean capaces de contestar algunas de las preguntas médicas que formulan los pacientes. Las personas que no comprenden por completo o tienen estado mental alterado son incapaces de otorgar el consentimiento de manera legal. El personal de enfermería puede tener un papel importante al verificar que el

consentimiento se obtenga de manera adecuada, respondiendo preguntas, reforzando la información e informando al médico acerca de cualquier malentendido o cambio en la voluntad del paciente. Por último, el personal de enfermería no debe influir en la decisión del paciente de ninguna manera.



FIGURA 8-1 ● Es importante para el paciente que se proporcione el consentimiento informado antes de cualquier procedimiento médico o quirúrgico. Los formularios de consentimiento informado por escrito describen el procedimiento, el propósito, las alternativas para el procedimiento, las consecuencias esperadas y los riesgos.

COMUNICACIÓN

Cuando se obtiene el consentimiento, el personal de enfermería debe valorar si el paciente o su representante comprenden por completo el procedimiento, el propósito, las alternativas, las consecuencias esperadas y los riesgos. Si existe alguna indicación, como preguntas, comentarios o lenguaje corporal, que indique que no se comprende del todo el tema, la enfermera o enfermero debe preguntar si existen dudas o si es necesario brindar más información para asegurarse de cumplir con esta necesidad.

Todo adulto competente y consciente tiene el derecho de negar el consentimiento para un procedimiento. A fin de proteger al centro y al personal, es de utilidad que el paciente firme un documento que indique que niega el consentimiento y que comprende los riesgos asociados con esta decisión. Si el paciente no desea firmar el documento, debe ser atestiguado y el personal que busca el consentimiento y el testigo deben firmar un registro que indique la decisión del paciente para poder agregarlo al expediente médico.

Competencia del paciente

De manera cada vez más frecuente, especialmente en los centros de atención a largo plazo, el personal de enfermería se enfrenta con pacientes confundidos, con demencia o con alguna otra deficiencia mental. Las personas que son mentalmente incompetentes no son capaces de otorgar un consentimiento de manera legal. A menudo, en estas circunstancias, el personal acude con el siguiente en la descendencia para obtener el consentimiento; no obstante, corresponde a la corte determinar un tutor para la persona incompetente. Cuando la competencia del paciente está en duda, el personal debe motivar a la familia a obtener un tutor legal para el individuo o solicitar ayuda a las instancias gubernamentales del

envejecimiento para que se nombre un tutor. A menos que un juez haya determinado la incompetencia, las personas pueden tomar sus propias decisiones.

Se pueden otorgar diversas formas de tutela (o custodia) cuando se determina que una persona no es competente (**cuadro 8-3**), cada una con restricciones distintas. La corte vigila al tutor para verificar que actúa para defender los intereses del representado. En el caso de un tutor de propiedad, éste debe llenar informes financieros ante la corte.

CUADRO 8-3 Tipos de autoridad para la toma de decisiones que pueden poseer los individuos sobre los pacientes

TUTELA

Nombramiento de un individuo u organización por parte de una corte para tomar decisiones a nombre de una persona no competente. Los tutores pueden tener autoridad para la toma de decisiones referentes a diversos temas:

- *Tutela de propiedad (albacea)*. Esta custodia limitada permite al tutor tomar el control de los asuntos financieros, pero no de las decisiones referentes a la salud.
- *Tutela de persona*. La persona con este poder puede tomar decisiones en cuanto al consentimiento o el rechazo de atención y tratamiento.
- *Tutela plena*. La persona con esta capacidad puede tomar decisiones en cuanto a la persona y las propiedades.

PODER NOTARIAL

Mecanismo legal mediante el cual los individuos competentes nombran a terceros para tomar decisiones a su nombre; puede tener las siguientes manifestaciones:

- *Poder notarial limitado*. Las decisiones se limitan a ciertos temas (p. ej., financieros) y el poder pierde validez si el sujeto que lo emite pierde competencia.
- *Poder notarial permanente*. Es un mecanismo que permite la continuación o el inicio del poder notarial en caso de que quien lo emite pierda competencia.

La tutela es distinta al poder notarial en el sentido de que éste es un recurso que emplean las personas competentes para designar a terceros para que tomen decisiones a su nombre. Por lo general, el poder notarial pierde validez en cuanto quien lo otorga pierde su competencia, excepto en el caso del **poder notarial permanente**. Un poder notarial permanente brinda la capacidad a individuos competentes de designar a un tercero capaz de tomar decisiones a su nombre en caso de que pierdan su competencia mental. Este recurso se recomienda a personas que anticipan un deterioro en su capacidad mental, como aquellos con demencia.

Para garantizar la protección de los derechos de los pacientes, el personal de enfermería recomienda que los pacientes y sus familiares busquen asesoramiento sobre la tutela y el poder notarial y, cuando se obtenga la información, determinen el tipo de autoridad que se proporciona a cada implicado.



CONCEPTO CLAVE

Un poder notarial permanente puede ser de utilidad para el paciente con enfermedad de Alzheimer, ya que puede indicar a un tercero para tomar decisiones a su nombre en un período de la enfermedad que aún se lo permita.

Supervisión del personal

En diversos escenarios, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica es responsable de supervisar a otros miembros del equipo, quienes pueden no contar aún con certificación. En estas circunstancias, el personal no sólo es responsable de sus acciones, sino también de las acciones del personal que supervisa. Lo anterior se conforma con la figura *respondeat superior* (que el maestro responda). El personal de enfermería debe comprender que si un paciente sufre lesiones causadas por el personal que supervisa y éste actúa dentro de sus funciones laborales, la o el enfermero puede tener responsabilidad legal. Algunas situaciones que pueden suponer riesgo para el personal de enfermería son:

- Permitir que personas incompetentes o no preparadas brinden atención.
- No evaluar las tareas delegadas.
- Asignar tareas a miembros del equipo no capacitados o competentes para hacerlas.
- Permitir que el personal trabaje en condiciones con riesgos reconocidos (p. ej., no contar con personal suficiente o equipo adecuado).

Esto constituye consideraciones que el personal de enfermería debe tener en mente cuando acepta la responsabilidad de cubrir a un miembro del equipo, envía ayuda a un hogar para ofrecer atención sin saber la competencia del personal, o permite que otro tipo de personal trabaje sin comentar los procedimientos y las políticas del centro.



CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería debe verificar que los cuidadores a quienes delega tareas sean competentes para realizarlas y cumplirlas de manera adecuada.

Medicamentos

El personal de enfermería es responsable de la administración correcta de los medicamentos prescritos. Preparar, mezclar, surtir y vender medicamentos corresponde a la farmacéutica, no a la enfermería; por lo tanto, cuando el personal de enfermería realiza estas acciones está actuando fuera del alcance de su práctica clínica.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Un acto que parece ser benigno, como acudir a la farmacia después del turno laboral, trasvasar comprimidos a otro contenedor y llevarlos hasta el paciente que los requiere de manera urgente, puede resultar ilegal.

Restricción de la movilidad



El Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) aumentó la consciencia sobre las graves consecuencias de la sujeción o inmovilización y estipuló estándares estrictos acerca de su uso en los centros de atención a largo plazo. El aumento de la preocupación y la sensibilidad acerca del empleo de restricciones químicas y físicas se ha difundido a otros escenarios de atención.

Cualquier objeto físico o mental que impida el movimiento del paciente (p. ej., chalecos protectores, charolas sobre sillas de ruedas, cinturones de seguridad, sillas geriátricas, barandales y medicamentos) puede considerarse restricción. El empleo incorrecto de los dispositivos de sujeción no sólo puede violar regulaciones en cuanto a su uso, sino que puede conducir a denuncias por secuestro y **negligencia**. Bajo ninguna circunstancia debe emplearse la restricción de la movilidad por cuestiones de practicidad del personal.

Los adultos mayores con delirium y demencia pueden comportar retos para el personal debido a su conducta. Existen diversos fármacos que pueden resultar útiles en el control de la agitación y la necesidad de sujeción; no obstante, pueden conducir a complicaciones como broncoaspiración debido a supresión del reflejo nauseoso y neumonía a causa de la disminución de la actividad respiratoria. Debe reconocerse que estos medicamentos son una forma de restricción química y deben emplearse sólo cuando otras medidas no han sido eficaces. También debe tenerse en cuenta que las estrategias no farmacológicas para el control del comportamiento pueden disminuir la cantidad de fármaco necesario. Es posible que resulte beneficiosa la consulta con un especialista en gerontopsiquiatría o un psicólogo para identificar otras estrategias.

Debe optarse por alternativas a la sujeción siempre que sea posible. Las medidas que ayudan al control de los problemas de conducta y la protección del paciente incluyen puertas con alarmas, cojines de cama con alarmas, camas y sillas cerca del nivel del suelo y mayor supervisión y contacto por parte del personal. Debe registrarse el comportamiento del paciente específico que crea riesgos para él y los demás. Debe incluirse la valoración de los riesgos que representa el paciente sin restricción y la eficacia de las alternativas.

Cuando se determina que la restricción es absolutamente necesaria, se debe obtener una orden médica para implementarla, la cual indica las circunstancias específicas que requieren la restricción, el tipo y la duración. Es obligatorio que existan políticas institucionales para el empleo de la restricción y deben cumplirse de forma estricta. El registro detallado debe incluir el tiempo de inicio y retiro de las restricciones, la eficacia y la respuesta del paciente. El paciente requiere observación cuidadosa mientras se encuentra inmovilizado.

En ocasiones, el personal puede considerar que se requiere la restricción, pero el paciente o la familia la rechazan. Si el asesoramiento no ayuda a la familia y al paciente a comprender los riesgos implicados en no utilizar la restricción, el centro puede necesitar que se firme un documento que indique los riesgos de no emplear la restricción y el rechazo de la familia o el paciente frente a su empleo. A pesar de que ello puede no deslindar al personal de enfermería o al centro, es posible lograr cierto grado de protección y, al firmar el documento, el paciente y la familia pueden percatarse de la gravedad de la situación.

Órdenes telefónicas

En los ámbitos de atención domiciliaria y centros de atención a largo plazo, no suele haber un médico presente. Los cambios en el estado del paciente y las solicitudes de tratamientos nuevos o cambios en ellos pueden comunicarse vía telefónica. Como consecuencia, los médicos también informan sus órdenes por este medio. Aceptar órdenes telefónicas pone en riesgo al personal de enfermería porque pueden escuchar o escribir de manera incorrecta o el médico puede negar haber emitido tal orden. Es posible que no sea realista o ventajoso eliminar por completo las órdenes telefónicas, pero se debe eliminar el riesgo de todas las maneras posibles:

- Intente que el médico envíe sus instrucciones de inmediato si es posible.
- No implique a otras personas en la orden (p. ej., no permita que el personal administrativo o de otro tipo sea quien comunique al personal de enfermería la instrucción médica).
- Comunique toda la información relevante al médico, como signos vitales, estado general y medicamentos que se administran.
- No comunique interpretaciones diagnósticas o diagnósticos acerca de la enfermedad del paciente.
- Escriba las instrucciones de la forma en la que se emitieron y léalas por completo al médico.
- Coloque las instrucciones en la hoja de indicaciones médicas y estipule que se trata de una orden telefónica, el médico que la emitió, el tiempo, la fecha y la firma del personal de enfermería.
- Obtenga la firma del médico dentro de las siguientes 24 h.

La grabación de las órdenes telefónicas puede ser de cierta utilidad para la validación de lo que se ha escuchado; sin embargo, no confiere protección legal, a menos que el médico sea informado de que la conversación se está registrando o se utilice un equipo especial que emita un tono de 15 s.

Indicaciones de no reanimar

Los casos atendidos por el personal de enfermería geriátrica y gerontológica se componen en gran medida por pacientes con enfermedades terminales. Todas las partes implicadas deben comprender que estos pacientes van a morir y que la reanimación puede ser inadecuada. No obstante, a menos que una orden indique específicamente que el paciente no debe ser reanimado, el hecho de no intentar salvar la vida de una persona puede considerarse negligencia. El personal de enfermería debe verificar que las órdenes de no reanimar sean legales y recordar ciertos aspectos. En primer lugar, las órdenes de no reanimar son médicas y deben estar por escrito y firmadas en la hoja de indicaciones médicas para que sean válidas. Las órdenes de no reanimar colocadas en el plan de atención o indicadas con una marca en la cabecera del paciente no son válidas sin la instrucción médica. En segundo lugar, a menos que se afecte el bienestar del paciente o no sea competente, el consentimiento de no reanimar debe ser emitido por éste; si no es capaz de dar su consentimiento, debe acudir a la familia. Por último, todas las agencias deben desarrollar una política de

no reanimar con el propósito de guiar al personal de enfermería en estas situaciones; lo anterior puede constituir un excelente tema que pueden considerar los comités de ética.

Voluntad anticipada y temas relacionados con la muerte y el morir

Una gran variedad de problemas referentes a la muerte de los pacientes implican asuntos legales para el personal de enfermería. Algunos de estos problemas surgen mucho antes de que se presente la muerte, cuando los pacientes deciden estipular una voluntad anticipada o un testamento en vida. Las voluntades anticipadas explican los deseos del adulto competente en cuanto a la atención terminal, las medias de soporte vital y otros problemas referentes a la muerte y el morir.

CASO A CONSIDERAR



Usted trabaja en un centro de atención que implementa un entorno libre de restricciones. En el mes anterior, una de las residentes cayó de su silla de ruedas y en otra ocasión cayó desde el borde de la cama. A pesar de que la residente no sufrió lesiones en ninguna de las ocasiones, la hija de esta persona se encuentra preocupada porque su madre tiene el potencial de lastimarse durante una caída y solicita que sea sujeta mientras se encuentra en cama o en silla de ruedas. La residente no ha expresado sus preferencias acerca del tema, pero asegura que hará lo que su hija desee. Usted explica el motivo por el cual no se utiliza la sujeción, pero

la hija insiste en que se limite la movilidad de su madre. “Ya saben que mi madre suele caer al piso, así que si no la sujeta a la silla de ruedas y eleva los barandales cuando se encuentra en cama, y ella cae, mis abogados les darán una visita”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo decidiría si la libertad de la paciente sin restricciones justifica el riesgo de lesiones por caídas?
- ¿Cuáles son los dilemas que enfrentaría si consulta con la residente acerca de sus preferencias sin considerar los deseos de la hija?
- ¿Qué tanto debe influir sobre un centro la amenaza de acciones legales?
- ¿Qué puede hacer para proteger a la residente y al centro?



CONCEPTO CLAVE

Existen dos tipos de voluntades anticipadas. Un *poder notarial permanente para la atención de la salud* es un documento que nombra a una persona elegida por el paciente (representante, agente o sucesor) para realizar decisiones en su lugar en caso de que no pueda hacerlas o comunicarlas por cuenta propia. Un *testamento en vida* describe las preferencias del paciente y brinda instrucciones a los proveedores de atención de la salud en caso de que no sea capaz de comunicar o tomar decisiones por cuenta propia en el futuro y no ha designado a un representante.

En 1990, el congreso de los Estados Unidos presentó la Patient Self-Determination Act (que comenzó a implementarse el 1 de diciembre de 1991), la cual requiere que todos los centros médicos que reciben fondos de Medicare o Medicaid pregunten a los pacientes en el momento del ingreso si cuentan con un testamento en vida o un apoderado legal para la atención de la salud. La respuesta del paciente queda asentada en el expediente clínico. El personal puede ayudar comunicando a los médicos y otro personal la decisión del paciente, informando al paciente cualquier situación específica que se requiera para que el documento sea válido y, a menos que

se contraindique, siguiendo los deseos del paciente (fig. 8-2). Cumplir con la voluntad anticipada protege a los profesionales sanitarios de responsabilidad legal o civil si se cumplen con buenas intenciones. El personal debe conocer las condiciones de las leyes sobre voluntad anticipada en su estado específico.

Cuando los pacientes padecen enfermedades terminales y mueren, surgen otros temas, como los testamentos en vida. Los testamentos son el registro de los deseos de los pacientes en cuanto a la administración de sus asuntos tras la muerte. Para que un testamento sea válido, la persona debe contar con facultades mentales intactas y tener edad legal, además de no haber sido obligada o influida en sus decisiones. El testamento debe estar por escrito, aunque en ciertas circunstancias algunos estados de los Estados Unidos reconocen los testamentos orales que son firmados, fechados y atestiguados por personas ajenas al testamento. El número requerido de testigos puede variar entre estados.

Para evitar problemas, como acusaciones familiares acerca de que el personal de enfermería influyó en el paciente debido a su dependencia, se debe evitar ser testigo. Enfermería sí debe ayudar a los pacientes a que busquen información legal cuando muestren interés en hacer o cambiar su testamento. Las agencias de ayuda legal y las escuelas de derecho también son recursos de ayuda para los adultos mayores que desean escribir su testamento. Si un paciente está en el proceso de muerte y desea crear un testamento, el personal de enfermería puede escribirlo tal como se dicta, firmarlo y fecharlo, así como solicitar la firma del paciente si es posible; posteriormente, lo dirige a las oficinas administrativas. Es de utilidad para el personal de enfermería geriátrica y gerontológica motivar a las personas a desarrollar un testamento para evitar que el gobierno sea quien determine cómo se distribuyen sus bienes en caso de muerte.



FIGURA 8-2 ● El personal de enfermería geriátrica y gerontológica guía al adulto mayor durante la consideración de la voluntad anticipada.

La declaración de muerte también es un tema importante. El personal de enfermería suele estar en la posición de poder determinar cuándo ha muerto un paciente y notificar a la familia y el servicio funerario. Suele informarse por teléfono al médico sobre la muerte y firma el certificado de muerte posteriormente. La situación anterior es habitual y puede representar una situación ilegal, pues en ciertos

estados el acto de promulgación de muerte corresponde al ámbito médico, no de enfermería. El personal de enfermería debe cuidar su derecho de ejercicio al hacer responsables a los médicos de la declaración de muerte en caso de que se requiera o abogar por la modificación de las leyes para que obtengan protección en estas situaciones.

Las necropsias pueden ser de utilidad para comprender más acerca de la causa de muerte. Esta práctica también contribuye a la educación médica. En ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando se sospecha que la causa de muerte está asociada con crimen, impericia o enfermedad laboral, puede considerarse un caso legal en el que es obligatoria la necropsia. A menos que se trate de un caso legal, el consentimiento para la necropsia puede ser otorgada, en orden descendente, por el cónyuge, los hijos, los padres, los hermanos, los abuelos, los tíos y los sobrinos.

Maltrato geriátrico

El maltrato geriátrico puede presentarse en los hogares de los pacientes o en los centros de atención y ser emitido por los seres queridos, los cuidadores o las personas extrañas. En particular, el maltrato puede ser consecuencia de las relaciones de larga duración con cuidadores, las cuales pueden conducir al agotamiento del cuidador o el personal. Los factores que contribuyen al maltrato por parte de los cuidadores se comentan en el [capítulo 35](#).



CONCEPTO CLAVE

El estrés del cuidador puede derivar en maltrato de los adultos mayores.

Existen diversos tipos reconocidos de maltrato geriátrico ([National Center for Elder Abuse, 2012](#)), los cuales incluyen:

- Maltrato físico
- Maltrato emocional
- Abuso sexual
- Explotación
- Negligencia
- Abandono

El maltrato puede presentarse de varias maneras, incluyendo causar dolor o **lesión**, robar, administración financiera incorrecta, uso incorrecto de medicamentos, provocación de estrés psicológico, privación de alimentos o atención o limitación de la libertad. Incluso la amenaza de perpetuar cualquiera de estos actos se considera maltrato. El maltrato puede pasar inadvertido debido a la incapacidad del adulto mayor para contactar a otros (p. ej., estar confinado al hogar y no tener comunicación con nadie más que el familiar que lo agrede) o la renuencia de informar el problema por temor o vergüenza. El personal de enfermería puede valorar la presencia de maltrato mediante herramientas como la *Elder Mistreatment Assessment* ([Fulmer, 2012](#)). El personal de enfermería geriátrica y gerontológica también debe estar alerta

de los signos de posible maltrato o negligencia durante las interacciones habituales con los adultos mayores; los signos pueden incluir los siguientes:

- Retraso en la solicitud de atención médica necesaria
- Desnutrición
- Deshidratación
- Equimosis sin explicación
- Mala higiene y aliño
- Olor a orina, vestimenta y ropa de cama con orina
- Excoriaciones y abrasiones genitales
- Administración inadecuada de medicamentos
- Infecciones recurrentes, lesiones o complicaciones prevenibles de enfermedades existentes
- Evasión al describir la enfermedad, los síntomas, los problemas y la vida en el hogar
- Entorno de vida inseguro
- Aislamiento social
- Ansiedad, suspicacia y depresión

El personal de enfermería tiene responsabilidad legal de informar acerca de todos los casos de maltrato conocidos o sospechados. Los mecanismos de informe son distintos en cada estado; el personal debe consultar las leyes locales. La sección de *Recursos* incluye organizaciones que pueden brindar información acerca del maltrato geriátrico y guía para encontrar abogados que puedan ayudar a la persona víctima de las acciones.

PROTECCIÓN LEGAL PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El sentido común puede ser el mejor aliado de la práctica clínica de enfermería segura. Nunca olvide que los pacientes, los visitantes y los empleados no abandonan sus derechos y responsabilidades legales cuando se encuentran en un entorno de atención de la salud. Las leyes y las regulaciones imponen derechos y responsabilidades adicionales en las relaciones de paciente-proveedor y empleado-empleador. El personal de enfermería puede y debe protegerse de las siguientes maneras:

- Familiarizarse con las leyes y las reglas que rigen su agencia o centro específico, la práctica local de enfermería y las relaciones laborales.
- Conocer las políticas y los procedimientos de su agencia y cumplirlos.
- Operar bajo el alcance de la práctica de la enfermería.
- Determinar la competencia de los empleados de los que se es responsable.
- Verificar el trabajo de los empleados bajo su supervisión.
- Obtener asesoramiento legal o administrativa cuando se tenga duda de los alcances legales de una situación.
- Informar y registrar cualquier acontecimiento atípico.
- Rehusarse a trabajar bajo circunstancias que propician riesgos en la atención del

- paciente.
- Obtener un seguro de responsabilidad civil.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Intervención del personal sobre el maltrato entre residentes de centros de atención a largo plazo, aumento de la consciencia del personal, el reconocimiento y el informe. Resultados de un estudio aleatorizado por conglomerados.

Fuente: Teresi, J. A., Ramirez, M., Ellis, J. M., Silver, S., Boratgis, G. et al. (2013). International Journal of Nursing Studies, 50(5), 644–656.

La agresión entre residentes de centros de atención no recibe demasiada atención y puede pasarse por alto. A pesar de que este tipo de incidentes tienen efectos negativos sobre los residentes y el personal y puede derivar en demandas, antes de este estudio no existía preparación con base en la evidencia, intervenciones o estrategias de implementación para combatir este problema. El estudio evaluó la influencia de una intervención de capacitación para aumentar el conocimiento del personal sobre el maltrato entre residentes.

Se eligieron 685 residentes en el grupo de control y 720 en el grupo experimental, a partir de cinco centros diferentes. El personal en el grupo de intervención recibió capacitación, protocolos de implementación en el reconocimiento y la atención del maltrato entre residentes, y guía en la implementación de protocolos. La información se obtuvo al comienzo del proyecto, a los 6 y 12 meses.

El estudio mostró que los trabajadores que reciben capacitación reconocen e informan en mayor medida el maltrato entre residentes. El grupo experimental también mostró menor cantidad de incidentes de maltrato entre residentes a pesar de contar con tasas de maltrato similares al comienzo del estudio.

Reducir los riesgos legales requiere intervenciones eficaces con base en la evidencia que pueda implementar el personal de enfermería. Además del desarrollo de estos recursos, el personal de enfermería debe exigir la educación y la capacitación del personal para permitir que éste sea consciente y utilice los recursos. En los centros de atención y en otros sitios donde se cuenta con personal limitado, puede haber resistencia ante el hecho de destinar tiempo para la capacitación y la implementación de las intervenciones. Al ayudar a los responsables de la administración del tiempo a comprender que este tipo de acciones no sólo reducen los riesgos legales, sino que también previenen lesiones e insatisfacción de los adultos mayores y sus cuidadores, puede apreciarse mejor el coste-beneficio y promoverse el apoyo de las medidas.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Usted se encuentra en el turno nocturno, donde ha habido varios llamados de pacientes en la unidad de atención postoperatoria. Todos los miembros del equipo tienen carga de trabajo mayor de la habitual. Durante este turno, uno de los miembros

del personal de enfermería olvidó elevar los barandales de un paciente bajo sedación intensa. En este estado mental alterado, el paciente intenta levantarse y sufre una caída. Usted y la enfermera responsable acuden a ayudarlo. La otra enfermera solicita ayuda para colocar al paciente de nuevo en la cama. Usted se niega y menciona que se debe valorar al paciente e informar al supervisor. Ella responde: “ya conoces la política, me van a suspender o despedir y tengo hijos que mantener. Lo vigilé y estaba bien, está muy desorientado como para recordar cualquier cosa. No va a pasar nada, vamos, ayúdame”.

El paciente no parece estar lastimado y no desea que la enfermera corra el riesgo de perder su trabajo. ¿Qué debe hacer?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Comente las razones por las que la enfermería geriátrica y gerontológica es una especialidad con alto riesgo de consecuencias legales.
2. Identifique el proceso que se debe seguir en su comunidad para obtener la tutela de un adulto mayor que no tiene familia.
3. Describa el abordaje que emplearía para comentar el desarrollo de la voluntad anticipada con un paciente mayor.
4. Mencione las acciones que llevaría a cabo en caso de enfrentarse con las situaciones siguientes:
 - Un enfermero a quien supervisa realiza errores de manera repetida y no aparenta ser competente para su trabajo.
 - Usted registra sus observaciones, pero su supervisor inmediato le comenta “muérdase la lengua y cállese, pues él es el hijo del administrador”.
 - Un paciente revela que su hijo falsifica su nombre en los cheques y vacía paulatinamente su cuenta bancaria.

Resumen del capítulo

Existen riesgos asociados con la práctica de la enfermería en cualquier especialidad. En el caso de la enfermería geriátrica y gerontológica, los riesgos pueden combinarse debido a los problemas particulares de los adultos mayores en los centros de atención, los cuales pueden contar con un gran número de cuidadores sin certificaciones. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe comprender su riesgo y responsabilidad legal.

Existe un derecho público y privado que debe respetarse durante la práctica clínica. El derecho público rige la relación entre gobierno e instancias privadas; incluye temas como el alcance de la práctica, las regulaciones que deben cumplir los centros de atención y las leyes penales. El derecho privado rige la relación entre individuos u organizaciones e incluye temas como agresión, abuso, secuestro e invasión de la privacidad. Además, existen estándares voluntarios mediante los cuales puede evaluarse al personal de enfermería, como aquellos desarrollados por las asociaciones profesionales de enfermería.

El personal de enfermería debe ser proactivo en su protección, la de sus pacientes

y la de sus organizaciones. Esta responsabilidad incluye el cumplimiento de las leyes y las reglas que dirigen la práctica clínica, verificando la competencia de los individuos a quienes se delegan tareas, informando circunstancias atípicas y obteniendo asesoramiento legal cuando sea necesario.

Recursos

American Association of Retired Persons (AARP) Elder Law Forum

<http://www.aarp.org/research/legal-advocacy/>

American Bar Association Senior Lawyers Division

<http://www.abanet.org/srlawyers/home.html>

Elder Justice Coalition

<http://www.abanet.org/srlawyers/home.html>

Hartford Institute for Geriatric Nursing

Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults. Issue Number 15 (Revised 2007), Elder Mistreatment and Abuse Assessment. http://consultgerim.org/uploads/File/trythis/try_this_15.pdf

National Academy of Elder Law Attorneys

<http://www.naela.com>

National Center on Elder Abuse

<http://www.ncea.aoa.gov>

National Senior Citizens Law Center

<http://www.nscslc.org>

Nursing Home Abuse/Elder Abuse Attorneys Referral Network

Referencias

Fulmer, T. (2012). *Elder mistreatment assessment. Try This*. Hartford Institute for Geriatric Nursing, Issue No. 15. Acceso el 12 de septiembre de 2014 en: http://consultgerim.org/uploads/File/trythis/try_this_15.pdf

National Center for Elder Abuse. (2014). *Fact sheet about elder abuse*. Acceso el 12 de septiembre de 2014 en: <http://www.ncea.aoa.gov/Resources/Publication/docs/FinalStatistics050331.pdf>

Lecturas recomendadas thePoint

Las lecturas recomendadas asociadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña a este libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales vinculados con este capítulo.

Aspectos éticos de la enfermería geriátrica y gerontológica

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Filosofías que rigen el pensamiento ético

Ética en la enfermería

- Estándares éticos internos y externos
- Principios éticos
- Consideraciones culturales

Dilemas éticos que enfrenta el personal de enfermería geriátrica y gerontológica

- Cambios que aumentan los dilemas éticos para el personal de enfermería
- Medidas para ayudar al personal de enfermería a tomar decisiones éticas

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Comentar las diversas filosofías acerca de lo correcto y lo incorrecto.
2. Describir los estándares éticos, los principios y las consideraciones culturales que orientan la práctica de la enfermería.
3. Nombrar los factores que han aumentado los dilemas éticos para el personal de enfermería.
4. Identificar las medidas para ayudar a que el personal de enfermería tome decisiones éticas.

GLOSARIO

Autonomía: respetar la libertad, las preferencias y los derechos individuales.

Beneficencia: hacer el bien por los pacientes.

Confidencialidad: respetar la privacidad.

Ética: sistema de principios morales que guía el comportamiento.

Fidelidad: respetar las palabras y los deberes frente a los pacientes.

Justicia: ser imparcial, tratar a las personas por igual.

No maleficencia: prevenir el daño a los pacientes.

Veracidad: ser sincero.

A pesar de que el concepto de principios que rigen lo que está bien o mal no es nuevo para el campo de la enfermería, la ética profesional ha recibido mayor atención en los entornos de la profesión. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica a menudo se enfrenta con preguntas acerca de la implementación, el alcance y el coste de la atención de los adultos mayores. Gran cantidad de estas preguntas se presentan en la práctica clínica diaria. Es importante que el personal de enfermería comprenda tanto la ética de la profesión como la propia y sea consciente de los dilemas éticos con los que se enfrenta en la actualidad.

FILOSOFÍAS QUE RIGEN EL PENSAMIENTO ÉTICO

La palabra *ética* deriva del griego antiguo *ethos*, que se refiere a aquellas creencias que rigen la vida. Las definiciones actuales de **ética** se centran en el concepto de estándares de conducta aceptados y juicio moral. En resumen, la ética ayuda a determinar las acciones buenas y malas. Aunque parezca simple, diferentes doctrinas difieren en cuanto a lo que constituye el bien y el mal; algunos ejemplos son:

- *Utilitarismo*. Esta filosofía establece que los buenos actos son aquellos que benefician y brindan felicidad al mayor número de personas.
- *Egoísmo*. En el polo opuesto del utilitarismo, el egoísmo propone que un acto es moralmente aceptable si se realiza con el fin del más alto grado de beneficio propio y no hay motivos para realizar acciones que beneficien a los demás, a menos que uno se beneficie de igual manera.
- *Relativismo*. Esta filosofía puede considerarse como ética situacional, donde el bien y el mal son relativos a la circunstancia. Dentro del relativismo existen diversos subgrupos de razonamiento. Algunos relativistas consideran que puede haber desviaciones individuales de lo que es éticamente correcto, mientras que otros consideran que las creencias individuales deben conformarse con aquellas generales de la sociedad en un tiempo y situación determinados.
- *Absolutismo*. Bajo la teoría del absolutismo, existen verdades específicas para guiar las acciones. Las verdades pueden variar de acuerdo con las creencias de una persona; por ejemplo, un cristiano puede tener una visión distinta a un ateo acerca de ciertos comportamiento morales, y una persona que apoya la democracia puede considerar diferentes verdades que una comunista.

Para ilustrar la implementación de estas cuatro corrientes diferentes, considere la situación hipotética de cuatro hombres pobres que habitan juntos. Un día, uno de los hombres encuentra un boleto de lotería en el buzón mientras recogía el correo. El boleto es ganador de un millón de dólares. Con base en la ética, ¿debería compartir las ganancias con sus compañeros? Un *utilitario* propondría que se dividan las ganancias entre los habitantes, pues ello traería beneficios a la mayor cantidad de

personas. Un *egoísta* propondría conservar el boleto y las ganancias, pues ello brindaría el mayor beneficio personal. Un *relativista* propondría habitualmente que conservara las ganancias, pero debido a que en esta situación obtendría más dinero del que necesita, lo justo es compartir las ganancias. Un *absolutista* cristiano puede considerar que conservar el boleto es moralmente incorrecto y debe intentarse encontrar al dueño legítimo.

Ahora considere la aplicación de las teorías filosóficas a la asignación de recursos federales para los adultos mayores. Un *utilitario* podría decir que el 12% de la población no debe obtener un tercio del presupuesto nacional y el dinero debe repartirse *per capita*. Un *egoísta* podría decir que cada adulto mayor debe tomar lo que considere necesario sin importar cómo afecte a los demás. Un *relativista* opinaría que los adultos mayores pueden utilizar esta parte del presupuesto, a menos que se requiera para los niños necesitados o la milicia, entonces ya no tendrían el derecho a utilizarlo. Los *absolutistas* tendrían diversas posturas de acuerdo con su sistema de creencias, desde dar a la población sea lo que sea que necesite debido a la responsabilidad moral de cuidar a los viejos y enfermos hasta negar los recursos a los adultos mayores para disponer de fondos para la milicia y poder cumplir con objetivos políticos específicos.

Existen más corrientes que orientan la ética, pero las escasas que se han definido muestran la diversidad de abordajes al pensamiento ético y refuerzan el hecho de que es complicado determinar lo que está bien o mal.



CONCEPTO CLAVE

Los individuos pueden ser orientados por una gran cantidad de filosofías éticas que provocan que se mire una situación desde diferentes perspectivas.

ÉTICA EN LA ENFERMERÍA

Estándares éticos internos y externos

Las profesiones como la enfermería requieren un código de ética sobre el cual basarse y ser evaluados. Un código de ética profesional es aquel aceptado por quienes practican cierta profesión como la guía formal de sus acciones. Por ejemplo, el *Code of Ethics for Nurses* de la American Nurses Association (ANA) ofrece una descripción de los múltiples valores de la profesión (existe información disponible acerca del código en: <http://www.nursingworld.org/codeofethics>). La American Holistic Nurses' Association ha desarrollado el *Code of Ethics for Holistic Nursing*, el cual brinda una guía para las acciones y las responsabilidades del personal de enfermería con su persona, los demás y el ambiente (puede consultarse el documento completo en <http://www.ahna.org>).

El personal de enfermería también está sujeto a los estándares éticos estipulados fuera de la enfermería. Los estándares federales, estatales y locales, en forma de regulaciones, orientan la práctica de la enfermería. Además, diversas organizaciones como la Joint Commission y la American Healthcare Association desarrollan estándares para situaciones y proveedores de atención específicos. Las agencias también tienen sus filosofías, objetivos y metas individuales que apoyan cierto tipo de

práctica de la enfermería.

Aún más importante, el personal de enfermería tiene sus propios valores que han desarrollado a lo largo de sus vidas, los cuales influirán en su pensamiento ético. De manera ideal, el sistema de creencias individual de la enfermera o enfermero se combina con aquel de la profesión, la sociedad y el empleador; puede haber conflictos si los sistemas son incompatibles.



CONCEPTO CLAVE

Es importante que la enfermera o enfermero comprenda sus valores; puede haber conflicto y estrés cuando éstos son distintos a los del empleador o la población que se atiende.

Principios éticos

Se emplean diversos principios éticos para orientar la atención de la salud, los cuales incluyen:

- **Beneficencia.** Hacer el bien para los pacientes. Este principio se basa en la creencia de que la educación y la experiencia del personal de enfermería permiten tomar decisiones coherentes que prioricen los intereses de los pacientes. El personal de enfermería se enfrenta con el reto de tomar decisiones que favorezcan a los pacientes y al mismo tiempo no ignoren sus deseos. Ignorar las decisiones de los pacientes y refugiarse en la autoridad profesional para tomar decisiones que el personal de enfermería considera que benefician a los pacientes se considera *paternalismo* e interfiere con la libertad y los derechos de los pacientes.
- **No maleficencia.** Prevenir el daño a los pacientes. Este principio puede percibirse como derivado de la beneficencia, pues el interés es actuar en beneficio de los pacientes. Además de no realizar acciones que causen daño, las medidas como informar a la administración que el personal no es suficiente para brindar atención son ejemplos de **no maleficencia**.
- **Justicia.** Ser imparcial, tratar a las personas por igual y brindar a los pacientes el servicio que requieren. En la esencia de este principio se encuentra la creencia de que los pacientes merecen los servicios que necesitan sin importar su capacidad de pago. Los recursos limitados han dificultado este concepto de acceso y provocan el uso ilimitado de los servicios de salud.
- **Fidelidad y veracidad.** La **fidelidad** significa el respeto a las palabras y el deber hacia los pacientes; la **veracidad** se refiere a la sinceridad. Este principio es central para las interacciones entre el personal de enfermería y los pacientes, pues la calidad de la relación depende de la confianza y la integridad. Los pacientes mayores pueden tener mayor grado de vulnerabilidad en comparación con los adultos jóvenes y pueden ser particularmente dependientes de la sinceridad de sus cuidadores.
- **Autonomía.** Respetar las libertades, las preferencias y los derechos de los pacientes. Garantizar y proteger el derecho de los pacientes para otorgar el consentimiento informado es parte de este principio.

- **Confidencialidad.** Respetar la privacidad de los pacientes. Los individuos suelen compartir información con el personal de enfermería y requieren sentirse seguros de que su confianza no será violentada. Además de respetar la **confidencialidad** como un principio moral coherente, la Health Insurance Portability and Accountability Act y otras leyes han brindado a las personas el derecho legal a la privacidad y establecido consecuencias si éste es afectado.

Son pocos los miembros del personal de enfermería que pondrían en duda el valor de estos principios (fig. 9-1). En realidad, las prácticas que refuerzan estos valores están difundidas de manera amplia, como verificar que los pacientes reciban la atención que requieren, respetar el derecho de los individuos a aceptar o negar el consentimiento para un tratamiento, prevenir que el personal incompetente atienda a los pacientes y seguir los estándares de atención aceptados. La práctica de la enfermería real no suele ser tan simple y surgen situaciones que añaden nuevas consideraciones a la implementación de los principios morales en la atención del paciente. Los dilemas éticos pueden surgir cuando otras circunstancias interfieren con la aplicación básica y clara de los principios éticos.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cómo responde e intenta resolver problemas éticos? Si practica la clínica, ¿acepta estándares de profesionales que difieren de los que aceptaría en la vida personal? Si es así, ¿por qué?

Consideraciones culturales

Uno de los problemas a considerar en la práctica de la enfermería es que lo que puede ser considerado ético por algunas personas puede no ser percibido de igual forma por otras debido a cuestiones culturales. Por ejemplo, una mujer caucásica protestante nacida en los Estados Unidos con las creencias que se mencionan en la lista que se presenta más adelante. Una enfermera puede percibir estas creencias como válidas y permitir que orienten su práctica clínica. A pesar de que estas creencias pueden ser aceptadas y apreciadas por muchas personas, tienen conflicto con las creencias de algunos otros; por ejemplo:



FIGURA 9-1 • El personal de enfermería sigue los principios de hacer el bien, tratar a las personas por igual, honrar su palabra y respetar los derechos de los adultos mayores.

- *La creencia de que un individuo tiene el derecho de tomar sus propias decisiones sin importar su sexo y debe motivarse a que lo hagan.* En diversas familias *amish*, alemanas, griegas, haitianas, irlandesas y puertorriqueñas, las personas comentan decisiones importantes con los miembros de la familia y prefieren que formen parte del proceso. Las personas judías pueden buscar la ayuda de un rabino. Algunas personas pueden no desear comentar los problemas y afrontar la toma de decisiones; por ejemplo, los filipinos y los japoneses perciben la muerte como un tabú.
- *Las mujeres son iguales a los hombres.* En las familias árabes, iraníes, hindúes y algunas italianas es frecuente que los hombres asuman el papel de la toma de decisiones y las mujeres deleguen su autoridad a ellos.
- *La oración es un suplemento beneficioso para los tratamientos médicos.* La oración puede no ser aceptada en pacientes agnósticos o ateos. Incluso entre personas que sí creen en la oración existen diferencias en cuanto a la figura que alaban y el método de oración.
- *Las personas tienen derecho a que su información de la salud se mantenga confidencial, incluso ante familiares.* Para aquellos que perciben la intervención familiar como natural y preferible, puede haber el deseo de compartir información referente a la salud con ellos.

El personal de enfermería debe apreciar que los aspectos éticos son influidos por la cultura. Aprender acerca de la cultura y las preferencias que se basan en ella es esencial para asegurarse de que las acciones no propiciarán conflictos éticos

accidentalmente. Además, es importante que el personal de enfermería recuerde que no todos los individuos del mismo grupo cultural comparten las mismas prácticas y creencias, lo que resalta aún más la importancia de conocer las preferencias individuales.



COMUNICACIÓN

Los adultos mayores, en especial cuando su función se ve comprometida debido a una enfermedad, pueden delegar la toma de decisiones a sus familiares. Es posible que los adultos mayores acepten las decisiones que los demás toman a su nombre, incluso si están en conflicto con sus propios deseos.

Si un miembro del personal de enfermería se da cuenta de que alguien más toma las decisiones a nombre de un adulto mayor capaz de hacerlo de manera independiente, es beneficioso verificar la decisión con el adulto mayor para garantizar que comprende por completo, presentar todas las opciones disponibles, solicitar a la persona que describa lo que es importante en cuanto a esta decisión, reforzar el hecho de que el paciente puede tomar decisiones distintas a las de su familia y verificar que la persona esté de acuerdo y acepte la decisión. Es de beneficio comentar con los miembros de la familia la importancia y el derecho del adulto mayor a tomar decisiones propias, incluso si están en conflicto con lo que ellos consideran correcto.

DILEMAS ÉTICOS QUE ENFRENTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

La práctica de la enfermería implica diversas situaciones que pueden producir conflictos (entre los valores del personal de enfermería y los sistemas externos que afectan sus decisiones, y entre los derechos de los pacientes y las responsabilidades de la enfermería frente a ellos). El [cuadro 9-1](#) presenta ejemplos de tales conflictos. Estos ejemplos de las decisiones con las que se enfrenta el personal de enfermería son clásicos y no existen respuestas simples para ellos.

Es fácil mencionar que el personal de enfermería debe seguir siempre las reglas y cumplir con los principios, así como hacer lo mejor para el paciente. Sin embargo, ¿puede esperarse de forma realista que el personal de enfermería siga estas guías el 100% del tiempo? ¿Qué pasa cuando seguir las reglas puede significar perder los ingresos que se utilizan para mantener a sus familias, violar el derecho de los individuos a elegir su propio destino, crear problemas para los compañeros de trabajo o sus jefes o ser catalogados como personas problemáticas? ¿Es correcto violar de manera intencional una ley o regulación si no se produce un daño real? ¿El personal de enfermería debe limitarse en su papel de defensor? ¿El personal de enfermería debe basar sus decisiones en lo que está bien o mal para ellos, sus pacientes o sus empleadores? ¿Frente a quién debe ser el personal de enfermería responsable y confiable?

CUADRO 9-1 Ejemplos de dilemas éticos en la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica

Al trabajar en un programa de extensión para llevar servicios a una comunidad de adultos mayores, usted conoce al Sr. Brooks, un hombre sin hogar de 68 años de edad. El Sr. Brooks pregunta su opinión acerca de los síntomas respiratorios que ha experimentado durante algunos meses. Menciona tos crónica, hemoptisis y disnea. Su aspecto es delgado y asegura que ha perdido peso. El Sr. Brooks ha fumado por lo menos un paquete de cigarrillos diariamente durante 50 años y no tiene intención de dejar de hacerlo. A

pesar de que no cuenta con deterioro cognitivo, se niega a buscar un hogar y agendar una valoración y tratamiento médicos. Usted tiene la seguridad de que el Sr. Brooks no sobrevivirá durante mucho tiempo si continúa sin atención.

¿Usted respeta el derecho del Sr. Brooks a tomar sus decisiones propias, incluso si van en contra de lo que es mejor para la salud y bienestar de este paciente?

Usted es el nuevo director de enfermería de un centro de atención y se encuentra feliz, pues su empleo es el único medio de ingresos económicos de su familia. Se presentan diez casos de diarrea entre los residentes y sabe que las regulaciones requieren que se informe cuando se presenten cinco casos o más. Por lo tanto, menciona al director médico la situación y éste comenta que “no cause problemas llamando la atención del Departamento de Salud”. El director médico asegura que el problema no es grave y que se solucionará por cuenta propia en algunos días. Usted sabe que debe informar al Departamento de Salud, pero está consciente de que el director anterior en su puesto fue despedido por oponerse en una situación similar.

¿Usted permite que se viole una regulación o se arriesga a perder el trabajo que tanto necesita?

La cobertura del seguro de la Sra. Brady, una mujer de 76 años de edad, vence mañana, por lo que el médico ha firmado su alta hospitalaria. Debido a que la Sra. Brady aún está débil y presenta confusión, no es capaz de utilizar de manera segura el oxígeno en casa y continuar con los medicamentos que se proporcionaron durante su estancia. Su esposo de 80 años de edad, quien se espera que sea su cuidador primario, también está débil y tiene mala salud. El trabajador social informa que se han realizado los ajustes necesarios para que un miembro del equipo visite el hogar de la Sra. Brady; sin embargo, la pareja no es candidata a asistencia durante las 24 h. Usted y otro miembro del equipo consideran que la salud de la Sra. Brady se pone en riesgo si es dada de alta. El médico asegura que probablemente sea cierto, pero “el hospital no puede cubrir todos los gastos que Medicare no quiere pagar”.

¿Usted aumenta el riesgo financiero del hospital al insistir que se brinde la atención no cubierta por el seguro?

El Sr. Adams, de 79 años de edad, se encuentra en cama en posición fetal sin responder, excepto a estímulos dolorosos profundos. Tiene múltiples úlceras por presión, infecciones recurrentes y debe ser alimentado mediante sonda nasogástrica. Su esposa e hijos expresan su preocupación acerca de la calidad de vida y aseguran que el Sr. Adams nunca hubiera deseado vivir de esta manera. Los hijos comentan de manera privada con el equipo multidisciplinario que si los gastos de su padre continúan, su madre terminará como indigente; por ello, ruegan que el personal suspenda las medidas de soporte. La familia menciona que no cuenta con los recursos financieros o emocionales necesarios para llevar el asunto a la corte. El médico es comprensivo, pero asegura que desea continuar la alimentación y los antibióticos debido a que no apoya la eutanasia; no obstante, de manera privada, él menciona que actuará como si nada hubiera pasado si usted decide suspender las medidas sin que nadie se dé cuenta.

¿Usted decide actuar más allá de su autoridad y suspender las medidas de soporte para cumplir con la solicitud de la familia?

La Sra. Smith está muriendo de cáncer y su esposo la cuida en su hogar. La pareja ha estado casada durante 63 años y nunca se ha separado desde entonces. Ambos son interdependientes y cada uno de sus mundos gira alrededor del otro. Durante una visita domiciliar, la pareja comparte sus planes con usted. Ambos mencionan que han decidido que si el dolor de la Sra. Smith es muy intenso como para tolerarlo, ambos ingerirán suficiente medicamento como para morir en paz entre sus brazos.

¿Usted decide ignorar su responsabilidad de informar la intención suicida que tiene la pareja para terminar sus vidas en conjunto?

Cambios que aumentan los dilemas éticos para el personal de enfermería

Las preguntas sobre ética no son nuevas en la práctica de la enfermería. No obstante, los cambios dentro de la profesión y el sistema de atención de la salud han introducido nuevas áreas de dilema a la práctica.

Ampliación del rol de enfermería

El personal de enfermería ha ido más allá de simplemente seguir órdenes médicas y brindar atención y comodidad básicas. Las enfermeras y enfermeros realizan

valoraciones sofisticadas, diagnostican problemas de enfermería, vigilan y brindan tratamientos complicados, emplean alternativas de tratamiento y, en especial en la enfermería geriátrica, realizan juicios independientes acerca del estado del paciente. Este alcance más amplio de las funciones, combinado con mejores salarios y estatus, ha aumentado la responsabilidad y confiabilidad del personal de enfermería frente a la atención de los pacientes.

Tecnología médica

Los órganos artificiales, las pruebas genéticas, los nuevos fármacos, los sistemas computarizados, los láseres, los ultrasonidos y otras innovaciones han aumentado la capacidad de los médicos para diagnosticar y tratar problemas, y así salvar vidas que antes no tenían esperanza. No obstante, han surgido nuevos problemas por estos avances, como determinar con quién, cuándo y cómo utilizar esta tecnología.

Nuevas restricciones fiscales

En el pasado, la mayor preocupación de los proveedores de atención y las agencias era proporcionar servicios de calidad para mantener y recuperar la salud. Hoy en día, existen preocupaciones que compiten y superan estos intereses, como coste-eficacia, disminuir las deudas y desarrollar formas alternativas de obtener ingresos. Las necesidades de los pacientes se comparan frente a la supervivencia económica, lo que conduce a tomar decisiones difíciles. Además, en esta era de atención y recursos limitados, surgen dudas acerca del derecho de los adultos mayores a obtener alta calidad y cantidad en la atención de la salud y servicios sociales, mientras otras poblaciones carecen de estos beneficios.



CONCEPTO CLAVE

Cada vez hay mayor cantidad de preguntas en cuanto al derecho de los adultos mayores a obtener mejores beneficios que otros miembros de la sociedad.

Conflictos de intereses

El personal de enfermería puede enfrentar diversas situaciones que se acompañan de conflictos de intereses. Algunos ejemplos pueden incluir: una enfermera que considera inapropiado que la familia y el residente rechacen un tratamiento que en su opinión puede prolongar su vida (como la alimentación por sonda nasogástrica y la administración de antibióticos), el cese de la fisioterapia de un paciente debido a las restricciones del seguro de gastos médicos, aun cuando el personal sabe que se puede seguir progresando con la terapia, y saber que la administración mantiene los niveles de contratación por debajo de lo necesario, pero no exigir o reclamar para garantizar el personal suficiente porque no se desea poner en riesgo su posición laboral.

Mayor cantidad de adultos mayores

Los beneficios de programas y servicios para los adultos mayores tuvieron menores repercusiones cuando esta población era una menor parte de la población; no obstante, el número de adultos mayores aumenta, así como la proporción de personas

dependientes frente a trabajadores productivos. La sociedad comienza a sentir la carga. A pesar de que los problemas y las necesidades de los adultos mayores son más evidentes, la capacidad y la responsabilidad de la sociedad para cumplir con estas necesidades se ha puesto en tela de juicio.

Suicidio asistido

La ANA ha dejado claro que está en contra del suicidio asistido, pues considera que el personal de enfermería debe proporcionar atención competente y compasiva al final de la vida. Sin embargo, a pesar de que no se considera ético o apropiado participar en el suicidio asistido de un paciente, el personal de enfermería puede estar a cargo de un paciente con enfermedad terminal que acepta y desea esta medida. La situación se hace más complicada por el hecho de que se han establecido leyes en algunas localidades (p. ej., Oregón, California, Vermont y Washington) para permitir que las personas con enfermedades terminales pongan fin a su vida mediante medicamentos mortales, además de que pueden rechazar la atención bajo instrucciones de autodeterminación. El personal de enfermería enfrenta el dilema de saber que un paciente se prepara para un suicidio asistido y sentir que se debe hacer algo para impedirlo. En otro caso, pueden saber que un paciente competente está preparando su suicidio asistido y, aunque se comprendan y respeten las decisiones del paciente, se perciba que se violan los estándares al no informarlo para lograr que se impida.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Considera que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica tiene la responsabilidad ética de abogar por los adultos mayores objetando y llamando la atención sobre las políticas de reembolso que no ponen en primer lugar los intereses de esta población?

Medidas para ayudar al personal de enfermería a tomar decisiones éticas

A pesar de que existen guías, ninguna respuesta concreta puede resolver los dilemas éticos que enfrenta el personal de enfermería. El personal de enfermería debe disminuir las dificultades en la toma de decisiones éticas usando el pensamiento crítico y aplicando las siguientes medidas:

- *Motivar a los pacientes a expresar sus deseos.* Aconsejar a los pacientes que expresen sus preferencias en forma de voluntad anticipada, testamentos y otros documentos legales y garantizar que se cumplan los deseos del paciente. El [cuadro 9-2](#) brinda sugerencias para ayudar a los pacientes en la toma de decisiones.
- *Identificar a los seres queridos que participan o son influidos por estas medidas.* Considerar a los miembros de la familia, los amigos y los cuidadores que conviven con el paciente y están implicados en la situación, así como sus preferencias y preocupaciones.
- *Conocerse personalmente.* La enfermera o enfermero debe valorar su sistema personal de creencias. La influencia de la religión, las creencias culturales y las

experiencias personales debe explorarse para comprender la zona de confort particular frente a dilemas éticos específicos.

- *Leer.* Consulte la información médica acerca de discusiones y experiencias de casos de otro personal para obtener una mayor perspectiva acerca de los tipos de problemas éticos que se presentan en la enfermería y las estrategias para afrontarlos. La información ajena al campo de la enfermería puede brindar nuevos puntos de vista a la forma de pensar.
- *Comentar.* En los programas de educación formal o durante los descansos, hable acerca de temas relevantes con otros miembros del equipo de atención. Los miembros de organizaciones religiosas, los abogados, los expertos en ética, entre otros, pueden compartir perspectivas interesantes.
- *Establecer un comité de ética.* Convoque a diversos miembros del equipo de atención de la salud, líderes espirituales, abogados y personas del público para analizar problemas éticos específicos del escenario clínico particular, identifique los límites legales, desarrolle políticas, comente problemas éticos que surjan e investigue las consecuencias de los comportamientos fuera de la ética.
- *Consultar.* El asesoramiento de la ética clínica se manifiesta en forma de un comité de ética o una consulta brindada por individuos o grupos expertos (p. ej., abogados, filósofos y clínicos especialistas en bioética). La consulta de clínica ética brinda educación, actúa como mediador del conflicto moral, promueve la reflexión moral y aboga por el paciente ([American Society for Bioethics and the Humanities, 2010](#)) (visite <http://www.asbh.org/papers> para mayor información sobre las competencias de los Health Care Ethics Consultants).
- *Compartir.* Al enfrentarse con una decisión ética complicada, hable con otros y busque guía y apoyo.
- *Evaluar decisiones.* Evalúe los resultados de las acciones y si se tomarán las mismas acciones en un caso similar futuro. Incluso las peores decisiones proporcionan enseñanza.

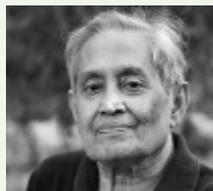
CUADRO 9-2 Ayudar en la toma de decisiones del adulto mayor

- Verifique que la persona sea competente para tomar decisiones. Incluso si el individuo no tiene algún diagnóstico (p. ej., demencia) que pueda interferir con la toma de decisiones, el estrés de la hospitalización, los efectos de los medicamentos y otros tratamientos pueden alterar la capacidad mental para tomar decisiones coherentes. Valore las alteraciones en el estado mental que puedan influir en la toma de decisiones coherentes. Si se pone en duda la competencia, consulte con el trabajador social de la organización u otros miembros profesionales designados para establecer una autoridad representativa.
 - Registre la valoración de los factores que influyen en la capacidad de toma de decisiones, como el estado mental, la capacidad de expresar preferencias, el estado de ánimo, los efectos de los medicamentos y la influencia de la familia.
- Si el individuo es capaz de tomar decisiones:
- Ofrezca explicaciones e información acerca de las opciones de tratamiento para aumentar la comprensión de la persona. Haga partícipes a los miembros de la familia y otros seres queridos en la charla si el paciente así lo desea.
 - Verifique que la persona comprenda el diagnóstico, el pronóstico, las opciones de tratamiento, los

riesgos y los beneficios de los diversos tratamientos.

- Motive a la persona a hacer preguntas y expresar sus preocupaciones.
- Si existe duda o confusión acerca de los procedimientos para los que es necesario otorgar el consentimiento, solicite al proveedor que los realizará que comente el tema con el paciente.
- Garantice que el paciente no está siendo forzado a tomar una decisión o se sienta intimidado frente a la negación del consentimiento.
- Reconozca que la capacidad de tomar decisiones competentes es variable (p. ej., por medicamentos o dolor) y verifique que las explicaciones y las decisiones se realicen durante períodos de lucidez.
- Registre todos los hallazgos de la valoración, las explicaciones proporcionadas, las preferencias y las preocupaciones del paciente, así como otra información relevante.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. J., de 79 años de edad, ha sido diagnosticado con una forma infrecuente de cáncer de hígado. El oncólogo informa al Sr. J. que a pesar de que está dispuesto a intentar un ciclo de quimioterapia, ningún tratamiento ha sido eficaz en prolongar la vida más de unos meses en este tipo de cáncer maligno. El Sr. J. y su esposa de 66 años de edad están devastados por la información y buscan ayuda en Internet. Leen los testimonios de pacientes que han padecido tipos de cáncer similares, cuyas vidas al parecer se han prolongado varios años gracias a un tratamiento alternativo que se ofrece en un hospital de Alemania. La pareja contacta al hospital y les informan que el Sr. J. es candidato al tratamiento, el cual consiste en una estancia de 2 semanas en el hospital alemán cada 2 meses. Cada una de las estancias cuesta US\$25 000 más los costes de viaje de la pareja. Ninguno de ellos cuenta con ahorros, pero tienen una pequeña casa y no tienen hijos. La pareja comenta la alternativa con el oncólogo, quien no la recomienda y menciona “su tiempo y dinero pueden invertirse mejor en disfrutar el tiempo que les queda juntos y realizar los preparativos para la muerte del Sr. J.”. A pesar de las palabras del médico, el Sr. J. desea hipotecar la casa para pagar el tratamiento. La Sra. J. desea ayudar a su esposo, pero se preocupa por la posibilidad de perder su casa o pagar la hipoteca con su pensión después de la muerte del Sr. J. Ella no comparte la idea, pero percibe que si expresa su negación, su esposo, sus amigos y su familia la verán como egoísta.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿El Sr. J. tiene el derecho de agotar los recursos de la pareja para acudir a un tratamiento dudoso que puede extender su vida algunos meses?
- ¿La Sra. J. tiene el derecho de oponerse al plan?
- ¿El médico tiene el derecho de acabar con las esperanzas del Sr. J.?
- ¿Cómo ayudaría a la pareja?

La enfermería geriátrica y gerontológica tiene sus propias preguntas éticas. ¿Deben invertirse recursos en un trasplante cardíaco para una persona de 80 años de edad? ¿Un hijo con abundancia económica debe pagar por la atención de sus padres en lugar de que lo haga el estado? ¿Qué tanto debe sacrificar una familia para atender a uno de sus miembros en el hogar? ¿Qué tanto se puede limitar el plan de atención para mantener la viabilidad del presupuesto? El personal de enfermería debe ser activo en el proceso de desarrollar políticas éticas coherentes y prácticas que afectan la atención de los adultos mayores. La elección de ser un líder o evitar estos temas puede determinar el futuro de la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Valoración de los dilemas éticos que afronta el personal de enfermería en las unidades de cuidados intensivos para adultos referentes al empleo

de la restricción de la movilidad

Fuente: Yont, G. H., Korhan, E. A., Dizer, B., Gumus, F., and Koyuncu, R. (2014). Holistic Nursing Practice, 28(2), 85–90.

Emplear la restricción de la movilidad puede ser un dilema para el personal de enfermería. Por un lado, la restricción puede resultar de beneficio para la protección del paciente y los demás, y así evitar heridas y facilitar la atención y los tratamientos; ello constituye no maleficencia, pues las medidas previenen el daño, y beneficencia, ya que mantienen seguro al paciente. Por otra parte, si el paciente se resiste o no desea que se limite su movilidad de cualquier forma, puede tratarse de una violación a la beneficencia y la no maleficencia, ya que esta medida ignora los deseos del paciente y puede provocar daño emocional.

En este estudio, 55 miembros del personal de enfermería contestaron preguntas acerca de su percepción de los dilemas éticos que derivan de su experiencia en el empleo de sujeción de los pacientes. Un análisis descriptivo encontró que el personal de enfermería se enfrentó a dilemas éticos en cuanto al daño y el beneficio de emplear la sujeción. Los principios éticos particulares que derivaron en dilema fueron la no maleficencia y la beneficencia.

Lo anterior constituye un ejemplo de la manera en que las medidas habituales que se dirigen al beneficio del paciente pueden crear dilemas. El personal de enfermería puede no estar consciente de que cierta parte del estrés en sus labores deriva de estos dilemas. Es importante que el personal de enfermería no sólo experimente y converse acerca de esta problemática con sus compañeros, sino que también debe atender el problema con quienes toman las decisiones en la organización. El personal de enfermería que lleva a cabo acciones que le provocan dilemas éticos, corre el riesgo de sufrir tanto estrés por sus decisiones que puede abandonar el trabajo o desarrollar una barrera emocional entre él y sus pacientes con la intención de no afrontar el pensamiento sobre las implicaciones de sus acciones.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Un grupo de trabajo civil se encarga de los impuestos y desarrolla una lista de recomendaciones para entregarla a sus representantes en el Congreso. Dentro de las recomendaciones se encuentra una que limita el reembolso de Medicaid y Medicare de cirugías costosas (p. ej., reemplazos de cadera y trasplante de órganos) únicamente a personas menores de 80 años de edad. La justificación es que los recursos escasos se pueden dirigir de mejor manera a las personas jóvenes que tienen mayor cantidad de años de vida.

A pesar de que usted comprende que el dinero disponible para la atención de la salud es limitado y conoce las consecuencias de las mayores limitaciones financieras, como parte del personal de enfermería geriátrica y gerontológica percibe la responsabilidad de defender el derecho de los adultos mayores a tener disponibles los mismos servicios que las demás personas.

¿De qué manera reaccionaría frente a este grupo de trabajo?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué factores han influido en su ética personal?
2. Comente los dilemas que se derivan de las siguientes situaciones:
 - Un paciente le confía sus planes para suicidarse.
 - Se le indica dar de alta a un paciente aún cuando sabe que éste no está listo para el alta, pero su atención ya no está cubierta por el seguro de salud.
 - El despido de una enfermera debido a ausentismo, aunque sabe que ella es el único proveedor de ingresos en su hogar.
 - Un grupo comunitario de personas mayores le solicita su apoyo para convertir un parque local en un centro de atención para adultos mayores.
 - La postura de una aseguradora acerca de no reembolsar el coste de diálisis y trasplantes de órganos a los adultos mayores de 75 años de edad.

Resumen del capítulo

La ética se compone de creencias que orientan la vida y ayudan a determinar las acciones correctas. Las diferencias filosóficas pueden conducir a variaciones en la forma en que las personas perciben lo que es correcto o incorrecto. Algunas filosofías que influyen las decisiones éticas incluyen el utilitarismo, el egoísmo, el relativismo y el absolutismo. Además de la ética personal, la toma de decisiones éticas en enfermería está controlada por códigos de ética establecidos por asociaciones profesionales y estándares legales.

Los principios éticos que se emplean en la práctica de la enfermería incluyen beneficencia, no maleficencia, justicia, fidelidad y veracidad, autonomía y confidencialidad. El personal de enfermería debe estar consciente que los antecedentes culturales pueden influir en la ética de los pacientes. También se debe ser sensible a la realidad de que la acción “correcta” para una persona puede competir con la que se considera correcta en la cultura del paciente.

El personal de enfermería puede enfrentarse con dilemas éticos en su práctica diaria. Estos dilemas pueden ser intensificados por los cambios en la profesión y el sistema de salud, como la mayor participación del personal de enfermería, el empleo de tecnología médica, las nuevas regulaciones fiscales, los conflictos de intereses, el mayor número de personas mayores y el mayor interés sobre el suicidio asistido.

Para promover la toma de decisiones éticas es importante que el personal de enfermería motive a los pacientes a expresar sus deseos y haga partícipes a los seres queridos que se encuentran dentro de la vida de los pacientes en la medida que sea apropiado, continúe informándose acerca de la toma de decisiones éticas, comente y consulte con otras personas, establezca un comité de ética y evalúe las decisiones.

Recursos

American Nurses Association, Center for Ethics and Human Rights

<http://www.nursingworld.org/ethics>

American Society of Bioethics and Humanities

<http://www.asbh.org>

Referencias

American Society for Bioethics and the Humanities. (2010). *Core competencies for health care ethics consultation* (2nd ed.). Glenview, IL: American Society for Bioethics and the Humanities.

Lecturas recomendadas thePoint*

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.



CAPÍTULO 10

Continuo de atención en enfermería geriátrica y gerontológica

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Servicios en el continuo de la atención de adultos mayores

- Servicios de apoyo y prevención
- Servicios de atención parcial e intermitente
- Servicios de atención integral y continua
- Servicios complementarios y alternativos

Servicios de acuerdo con las necesidades

Escenarios y funciones de la enfermería geriátrica y gerontológica

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir el continuo de los servicios disponibles para los adultos mayores.
2. Comentar los factores que influyen en la elección de los servicios por parte de los adultos mayores.
3. Describir los diversos escenarios clínicos de la enfermería geriátrica y gerontológica.
4. Nombrar las principales funciones del personal de enfermería geriátrica y gerontológica.

GLOSARIO

Administración de casos: servicios brindados por personal de enfermería certificado y trabajadores que valoran las necesidades individuales, identifican los servicios apropiados y ayudan a la persona a obtener y coordinar estos servicios dentro de la comunidad.

Centros de cuidados paliativos: servicios que brindan apoyo y atención paliativa a las personas en proceso de morir y las familias, ya sea en el hogar o en centros de atención.

Centros tutelados: atención a personas que no requieren de servicios de residencias de adultos mayores, pero no pueden cumplir con todos los aspectos de la atención de la salud de manera independiente; suelen denominarse *comunidades de vida asistida*, *residencias de atención* y *hogares de atención y tutela*.

Relevo: servicio que brindan atención a corto plazo, permitiendo así un alivio a corto plazo a los cuidadores de sus responsabilidades.

Residencia de adultos mayores: centro que brinda supervisión las 24 h y atención de enfermería a personas con enfermedades físicas o mentales que son incapaces de recibir atención en la comunidad.

Servicios de estancias de día: centros que brindan servicios de salud y sociales durante una parte del día a personas con discapacidades físicas o mentales moderadas y brindan un descanso a sus cuidadores.

Los efectos de la dinámica poblacional (envejecimiento de la población) se evidencian por todas partes. Los medios informan mayores costes de Medicare y Seguridad Social, los bancos publicitan hipotecas con pago al final de la vida para ayudar a que los adultos mayores conserven sus hogares, se establece una nueva comunidad para la atención continua durante la jubilación, una empresa inaugura un centro de día, se promulga una nueva ley que permite ausentarse del trabajo para cuidar de un enfermo, el hospital local emite un informe a la comunidad acerca de los nuevos servicios para personas mayores o una iglesia cercana establece un grupo de apoyo para cuidadores.

No es necesario ser enfermera o estudiante de enfermería para estar al tanto de la influencia de los adultos mayores en todos los segmentos de la sociedad. La población está cada vez más consciente de que los adultos mayores son los principales consumidores de casi todos los servicios de atención de la salud. Considere lo siguiente:

- Un mayor número de estadounidenses se interesa en programas de bienestar que ayudan a que permanezcan joviales, activos y sanos.
- Más de un tercio de todos los pacientes quirúrgicos son mayores de 65 años de edad ([Centers for Disease Control and Prevention, 2010](#)).
- La prevalencia de problemas de salud mental aumenta con la edad.
- Las enfermedades crónicas se presentan con tasas cuatro veces más altas en la edad avanzada que en otras épocas y el 80% de los adultos mayores tienen al menos una enfermedad crónica ([Centers for Disease Control and Prevention, 2012](#)).
- Aproximadamente el 40% de los adultos pasarán cierto tiempo en una **residencia de adultos mayores** durante su vida ([Centers for Medicare and Medicaid Services, 2011](#)).
- La mayor parte de las camas en los hospitales de urgencias están ocupadas por adultos mayores.
- Los adultos mayores son los principales usuarios de los servicios de salud domiciliarios.

Ya sea que se encuentren en residencias de adultos mayores, organizaciones de mantenimiento de la salud (OMAS), programas de **cuidados paliativos**, unidades de rehabilitación o práctica privada, los miembros del personal de enfermería se verán

implicados en la enfermería geriátrica y gerontológica.

La diversidad de la población mayor y la complejidad de las necesidades que representa demandan una gran gama de servicios de enfermería. El continuo de la atención, incluidos los servicios para los adultos mayores independientes y sanos, así como para aquellos que están enfermos, es primordial para cumplir con las necesidades complejas y en evolución que representa la población de mayor edad.

SERVICIOS EN EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES

El continuo de la atención consiste en servicios de apoyo y prevención, servicios parciales e intermitentes y servicios completos y continuos (fig. 10-1). El continuo incluye las oportunidades para servicios con base en la comunidad, los centros o una combinación de ambos. Los servicios complementarios y alternativos también pueden ser parte de este continuo.



FIGURA 10-1 • Continuo de la atención del adulto mayor.

Para atender de manera eficaz a los adultos mayores, se deben conocer las distintas formas de atención disponibles. En realidad, puede ser beneficioso para el personal de enfermería geriátrica y gerontológica visitar diversas agencias para conocer sus servicios de primera mano. Aunque los servicios pueden ser diversos entre un área y otra, se describen ejemplos generales en las siguientes secciones.

Servicios de apoyo y prevención

La mayoría de los adultos mayores residen en la comunidad y funcionan con ayuda mínima o informal. Varias de estas personas modifican su vida para dar lugar a los cambios que suelen presentarse con la edad; algunos de ellos cumplen con necesidades de atención complejas. El personal de enfermería debe ayudar a los adultos mayores a mantener su independencia, prevenir riesgos a la salud y el bienestar, establecer estilos de vida significativos y desarrollar estrategias de autocuidado de la salud y las necesidades médicas.

Los servicios de apoyo y prevención brindan ayuda a los individuos para mantener su capacidad de autocuidado de manera que puedan evitar problemas físicos, emocionales, sociales y espirituales. Dentro de esta clase de servicios, es

probable que el personal de enfermería se enfrente con lo siguiente:

- Identificar la necesidad de los servicios.
- Derivar a los pacientes mayores a los servicios apropiados.
- Apoyar y coordinar los servicios.

Las oficinas locales de atención a adultos mayores, las comisiones sobre la educación para la jubilación, las bibliotecas y los departamentos de salud suelen brindar asistencia para que los adultos mayores conozcan los servicios que se encuentran disponibles. El personal de enfermería debe motivar a los adultos mayores a utilizar los recursos para cualquier duda o ayuda necesaria. El directorio de teléfono dirigido a los adultos mayores también es un recurso útil. Además, la Administration on Aging cuenta con un sitio web que funciona como portal para acceder a una gran gama de información y servicios para los adultos mayores y sus familias, el cual puede visitarse en: http://www.aoa.gov/AoARoot/Elders_Families/index.aspx. Los ejemplos de servicios de apoyo y prevención para los adultos que viven en sus comunidades se describen a continuación.



CONCEPTO CLAVE

Al trabajar con los adultos mayores que viven en la comunidad, el personal de enfermería debe concentrarse en mantener la independencia y el bienestar, establecer estilos de vida significativos y desarrollar estrategias de autocuidado para las necesidades de salud y médicas.

Servicios financieros

La Social Security Administration puede ser capaz de ayudar a los adultos mayores a conseguir ingresos después de la jubilación, beneficios por discapacidad, ingreso complementario del Seguro Social y Medicare u otros seguros de gastos médicos. La oficina local de la Social Security Administration puede brindar ayuda e información. El Department of Veterans Affairs ofrece ayuda económica a los veteranos mayores y sus familias; las personas interesadas deben dirigirse a la oficina de asuntos para veteranos. Diversas comunidades ofrecen descuentos a personas mayores en tiendas departamentales, farmacias, teatros, conciertos, restaurantes y servicios de transporte. Es posible obtener una lista de descuentos mediante las oficinas de servicios para personas mayores.

Diversos bancos suelen ofrecer cuentas de débito y otros servicios especiales sin coste para personas mayores. Al llenar una solicitud de depósito directo en sus bancos, los adultos mayores pueden hacer que la Social Security Administration deposite su ingreso de seguridad social y complementario directamente a sus cuentas de débito; de la misma manera, los cheques de jubilación pueden depositarse de forma directa en estas cuentas. Este servicio evita que las personas deban viajar hasta el banco y que se cometan crímenes. Las hipotecas a pagar al final de la vida pueden contratarse en las instituciones bancarias para permitir que los dueños de casas utilicen el valor de sus hogares para permanecer en la comunidad. Se aconseja que el adulto mayor ahonde en los detalles de este tipo de servicios con su institución financiera de preferencia.

La ayuda financiera también puede cubrir los gastos funerarios y de disposición de restos. Por ejemplo, los veteranos de guerra son candidatos para ayuda de las instituciones de asistencia a veteranos. Además, la Social Security Administration brinda una pequeña ayuda para los gastos funerarios a aquellos que han sido asegurados por el programa. Se puede contactar a las oficinas locales de estas administraciones para obtener información; también puede contactarse a los servicios funerarios para obtener información acerca de estos beneficios. Por último, las agencias de servicios locales y las organizaciones religiosas suelen ofrecer ayuda a las personas con recursos insuficientes para pagar los gastos de sepultura.



COMUNICACIÓN

Hablar sobre dinero puede ser complicado para algunos adultos mayores. Lo anterior puede deberse a vergüenza por tener problemas financieros, preocupación por la protección de sus bienes o intención de evitar comentar su situación económica con la familia y los demás. El personal de enfermería que ha establecido una relación de confianza con el adulto mayor puede encontrarse en una buena posición para iniciar una plática sobre las finanzas. Esto puede incluir ayudar a identificar los recursos de ayuda que pueden disminuir la carga financiera, sugerir cómo comenzar los comentarios acerca del tema (p. ej., servicios funerarios, poder notarial permanente, deseos de distribución de bienes) con su familia y derivar con profesionales capaces de ayudar con la planificación financiera y el establecimiento de testamentos.

Empleo

Si el adulto mayor desea trabajar, el personal de enfermería puede derivarlo a los servicios de empleo. Los servicios de empleo y el Over 60 Counseling & Employment Service cuentan con programas que ofrecen asesoramiento y acceso al empleo. Algunas localidades también tienen programas de adopción de personas mayores, asociaciones de empresarios de edad avanzada y apoyo para personas mayores. Las oficinas locales de atención a adultos mayores pueden dirigir a los adultos mayores a los programas de empleo y las oportunidades en su comunidad.

Nutrición

Los departamentos de servicios sociales pueden brindar información acerca de la ayuda económica para alimentación que permite que los adultos mayores se apeguen a su presupuesto. Estos departamentos también pueden ofrecer servicio de compra de víveres y clases de nutrición. Diversos clubes y organizaciones religiosas de personas mayores ofrecen programas de alimentación que combinan la convivencia social con comidas nutritivas. La oficina o el departamento local para el envejecimiento o el departamento de salud puede dirigir a las personas a las ubicaciones de este tipo de programas.

Alojamiento

Las agencias de servicios sociales locales y los departamentos de vivienda y desarrollo comunitario pueden ayudar a los adultos mayores a ubicar alojamiento adecuado con un coste razonable. Estas agencias también pueden ser capaces de dirigir al propietario de bienes raíces con edad avanzada a los recursos de ayuda para reparaciones y brindar información acerca de descuentos en los impuestos sobre la propiedad inmueble. Una variedad de comunidades de personas mayores ([cuadro 10-](#)

1), aldeas, estacionamientos de caravanas y complejos multifamiliares especialmente diseñados para personas mayores se encuentra disponible a lo largo de todo Estados Unidos. Algunos de estos complejos habitacionales incluyen seguridad, transporte, programas de salud, actividades recreativas y modificaciones arquitectónicas (p. ej., repisas bajas, asaderas en la ducha, ventanas polarizadas, rampas en lugar de escaleras y alertas de emergencia). Algunas de estas opciones requieren de un pago inicial, compra o renta mensual o ambas. La persona mayor en busca de alojamiento para la jubilación debe saber que los hechos son más importantes en comparación con las promesas llamativas. Las visitas al complejo habitacional y la investigación de los beneficios y los costes antes de comprometerse con un contrato son de vital importancia.

Atención a la salud

El personal de enfermería puede motivar a los adultos mayores a participar en las prácticas que evitan la enfermedad y en la detección temprana de los problemas de salud. Los servicios de salud para los adultos mayores son proporcionados por el Departamento de Salud, las OMAS, los proveedores privados y los servicios hospitalarios ambulatorios. Además de proporcionar servicios de salud, los proveedores pueden ayudar a los adultos mayores a obtener transporte y ayuda financiera para la atención de su salud. Las personas mayores deben preguntar acerca de estos servicios en su oficina de atención de la salud más cercana.

Apoyo y actividades sociales

Las iglesias, las sinagogas y las mezquitas no sólo ofrecen un lugar para la alabanza, sino también una comunidad que puede brindar gran compañerismo, apoyo y ayuda a personas de todas las edades. Diversos grupos religiosos ofrecen servicios de salud y sociales como programas de comedores comunitarios, residencias de adultos mayores, visitas domiciliarias y ayuda con el quehacer del hogar. En diversas circunstancias, los beneficiarios de los servicios no tienen que ser forzosamente miembros del grupo religioso. Cada vez más comunidades religiosas emplean a personal de enfermería para ayudar a sus miembros en asuntos de salud y sociales, por lo que la enfermería de comunidades religiosas es una especialidad en auge. Pueden contactarse las iglesias y las sinagogas o la organización principal (p. ej., Associated Jewish Charities y Catholic Charities).

CUADRO 10-1 Comunidades de atención continua durante la jubilación

Las comunidades de atención continua durante la jubilación ofrecen una línea de servicios en un solo lugar para proporcionar distintos niveles de alojamiento y servicios con la intención de cumplir con las necesidades en evolución de los adultos mayores. De manera habitual, las personas pagan una cuota de inscripción y una cuota mensual a cambio de que se cumplan sus necesidades mediante la comunidad durante el resto de su vida. Los contratos son diversos y consisten en una cuota fija para servicios ilimitados, una cuota fija para servicios limitados o cargos adicionales si es que se requieren centros tutelados, atención domiciliaria o servicios de enfermería especializada.

Los individuos sanos pueden formar parte y habitar en casas independientes, las cuales pueden ser hogares para una sola familia, departamentos o condominios. Se pueden añadir mediante pagos extra las

labores de intendencia y lavandería, la alimentación, el transporte, las actividades sociales y los servicios de salud.

A medida que una persona requiere de mayor ayuda con su cuidado personal, puede recibir asistencia en su propia unidad habitacional o mudarse a un centro tutelado o una residencia para adultos mayores dentro de la comunidad.

Las cuotas de inscripción, las condiciones para reembolso, los costes mensuales, los servicios disponibles y los términos del contrato son distintos en cada programa, por lo que es útil que los adultos mayores interesados visiten y comparen diversas opciones y analicen con cuidado el contrato.

Las oficinas para la recreación y otros grupos pueden ofrecer clubes y actividades específicamente diseñados para personas mayores. Las comisiones locales y las oficinas de atención para personas mayores brindan información acerca de estos programas, sus actividades, los horarios y las personas que pueden ofrecer más detalles. La división local de la American Association of Retired Persons (AARP) es un recurso de información valiosa acerca de los servicios que mantienen activos e independientes a los adultos mayores, desde divertimento creativo en el hogar hasta oportunidades de viajes con descuentos. La información acerca de las opciones de divertimento es sólo uno de los servicios que ofrece la AARP. Por último, los museos de arte, las bibliotecas, los teatros, las salas de conciertos, los restaurantes y las agencias de viajes pueden ofrecer programas especiales a los adultos mayores.

Voluntariado

El personal de enfermería también debe motivar a los adultos mayores a participar en actividades de voluntariado. La cantidad de conocimientos y experiencia con la que cuentan los adultos mayores los hace especialmente adecuados para el trabajo de voluntariado. No sólo los voluntarios mayores brindan servicios a otros, sino que pueden obtener un sentido de valía a partir de su contribución a la sociedad. Las comunidades ofrecen diversas oportunidades para los adultos mayores como voluntarios en hospitales, residencias de adultos mayores, organizaciones, escuelas y otros lugares. Se debe motivar a los adultos mayores a que pregunten acerca de las oportunidades de voluntariado en la agencia en la cual pretenden participar. De manera frecuente, las agencias sin un programa establecido de voluntariado sí pueden emplear voluntarios si se les contacta. Los programas nacionales también pueden brindar servicios de voluntario en los cuales participan adultos mayores. La Cruz Roja, el Service Corps of Retired Executives y el Retired and Senior Volunteer Program son algunos de estos programas. Contacte a las oficinas locales de estas agencias.

Educación

Algunas escuelas públicas ofrecen cursos de alfabetización, de equivalencia de bachillerato, vocacionales y de intereses personales dirigidos a los adultos mayores. Diversas universidades ofrecen colegiaturas gratuitas para las personas mayores. Contacte a la universidad de interés para conocer los detalles.

Asesoramiento

Los problemas financieros, la necesidad de encontrar nuevo hogar, las relaciones familiares difíciles, el ajuste a la enfermedad crónica y la jubilación son algunas de

las situaciones que requieren asesoría profesional. Las agencias locales de servicios sociales, las organizaciones religiosas y los terapeutas privados son recursos para recibir asesoramiento.

Protección del consumidor

Los adultos mayores suelen ser víctimas de personas sin escrúpulos que se benefician de hacer promesas convincentes e irreales. Es importante que los adultos mayores investiguen aquellos programas que ofrecen la panacea, vacacionales y de ingresos económicos sin esfuerzo antes de invertir su dinero en ellos. Las oficinas locales de protección del consumidor y el Better Business Bureau brindan información útil para prevenir el fraude y el engaño, además de ofrecer asesoramiento en caso de que se presenten problemas.

Servicios legales y de contaduría

Las oficinas de asistencia locales y los servicios de referencia de abogados de la Bar Association pueden ayudar a los adultos mayores a obtener asesoramiento legal de calidad con costes bajos. El Internal Revenue Service ayuda a los adultos mayores a preparar el pago de impuestos federales, mientras que la oficina del interventor estatal puede ayudar con el pago de impuestos locales. Debe acudir a las oficinas pertinentes para mayor información. Contacte a las universidades y las facultades de derecho para obtener servicios legales y de contaduría sin coste para adultos mayores.

Transporte

Las personas mayores suelen recibir descuentos para autobús, taxi, subterráneo y trenes; se debe contactar a las agencias específicas para obtener información. Las comisiones y las oficinas de atención para personas mayores, la salud y los servicios sociales, así como las oficinas locales de la Cruz Roja pueden dirigir a las personas a servicios de sillas de ruedas y otras necesidades especiales. Algunos centros de salud y médicos brindan transporte a personas que utilizan sus servicios; pregunte a cada una de las organizaciones acerca de esta oportunidad.

Sistemas personales de respuesta en urgencias

Un *sistema personal de respuesta en urgencias* (SPRU), también conocido como *sistema de respuesta de urgencias médicas*, es un pequeño transmisor operado con baterías que utiliza la persona (en el cuello, el cinturón, un brazalete o el bolsillo) capaz de enviar una señal de ayuda al presionar un botón. El transmisor envía entonces una señal que contacta al centro de respuesta de urgencias. Cuando recibe la señal, el centro se comunica con la persona o con los contactos predeterminados. Gran cantidad de compañías ofrecen este servicio y, en la mayoría de los casos, no está cubierto por los programas de seguros de gastos médicos. La oficina local de la Area Agency on Aging puede ofrecer información referente a los sistemas que están disponibles en cada región.

Compras desde el hogar

Las personas que se encuentran confinadas a su casa, aisladas geográficamente de los

servicios o tienen agendas muy ocupadas pueden ver que es de utilidad hacer compras mediante catálogos por correo, servicios de compras desde el hogar a través de Internet o televisión. Las compras por correo ya tienen una larga tradición y, junto con su hermano menor, Internet, reducen el esfuerzo y los riesgos asociados con viajar a un centro de compras, maniobrar en las tiendas, tener grandes cantidades de dinero en público y cargar paquetes. Los costes de envío pueden no ser mayores que los de transporte, sin mencionar la energía que se invierte en las compras físicas.

CASO A CONSIDERAR



La Sra. Como, de 78 años de edad, vive sola y ha sido independiente hasta el mes anterior, cuando comenzó a percibir periodos de mareos, debilidad y confusión. La semana anterior tuvo un accidente e impactó su automóvil con otro estacionado; informó a su hija que el episodio se presentó debido a que no fue capaz de identificar cuál de los pedales era el freno. Su hija e hijo, preocupados por los cambios que perciben en su madre, llevan a la Sra. Como a una valoración médica. Se ha determinado que la Sra. Como sufre insuficiencia cardíaca congestiva y es ingresada al hospital para recibir tratamiento.

La señora Como ha sido atendida con éxito y se prepara para el alta. Se siente insegura por regresar a su propia casa e indica que considera mejor la posibilidad de vivir con alguno de sus hijos, quienes viven en la misma ciudad que ella. El hijo de la Sra. Como no está de acuerdo, pues con su agenda de trabajo ocupada no es capaz de alojar a su madre. Aunque la hija tiene varios niños pequeños en casa, trabaja medio tiempo y tiene una vida agitada, considera que no puede rechazar a su madre.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles son los factores que deben considerarse en el plan de alta de la Sra. Como?
- ¿Cuáles son los beneficios y los riesgos de que la Sra. Como viva con su hija?
- ¿Cuáles son los servicios que beneficiarían a la Sra. Como tras el alta?
- Describa el abordaje que sería eficaz en la discusión de los planes de alta con la Sra. Como y sus hijos.

Además, una gran cantidad de bibliotecas tienen servicios que ofrecen préstamo de libros y cintas de audio; se debe motivar a los adultos mayores a preguntar acerca de este tipo de servicios en su localidad. Internet ofrece gran variedad de libros y publicaciones en línea, muchos de ellos sin coste. El U.S. Postal Service ofrece un servicio económico con el que pueden solicitarse estampillas mediante correo o Internet; las solicitudes pueden obtenerse en la oficina postal local, el cartero o en www.USPS.com.

Servicios de atención parcial e intermitente

Los servicios de atención parcial e intermitente brindan asistencia a individuos con limitación parcial en la capacidad de autocuidado o una demanda terapéutica que requiere asistencia eventual. Debido a la limitación del autocuidado o la complejidad del tratamiento, el individuo puede estar en riesgo de mayores problemas o empeoramiento físico, emocional o social si no busca ayuda periódica. Estos servicios se obtienen en la comunidad o en los centros de atención.

Ayuda con el quehacer del hogar

Las agencias de servicios sociales, los departamentos de salud, las agencias privadas de limpieza y las comunidades religiosas tienen servicios dirigidos a personas

mayores para ayudar a que permanezcan en su hogar y mantengan su independencia. Estos servicios incluyen la limpieza superficial, reparaciones básicas, tareas y compras. Contacte las agencias y los programas locales para obtener información específica.

Alimentación a domicilio

Las personas que son incapaces de comprar y preparar comida de manera independiente pueden beneficiarse de recibir alimentos en su hogar. Esta clase de servicios no sólo garantiza la buena nutrición, sino que brinda la oportunidad de contacto social. Meals on Wheels es el programa más conocido para entrega de alimentos a domicilio, aunque diversos grupos comunitarios también ofrecen servicios similares. Si no se tiene disponible un programa parecido a Meals on Wheels, consulte los departamentos de servicios sociales y salud, las comisiones y las oficinas de atención para personas mayores para conocer otros programas.

Monitorización en el hogar

Algunos hospitales, residencias de adultos mayores y agencias comerciales brindan sistemas de monitorización, los cuales consisten en una alarma remota que activa el paciente en caso de caída u otra urgencia. La alarma activa una estación de monitorización central para llamar a las personas de contacto designadas o a la policía para auxiliar al individuo. Esta clase de servicio puede obtenerse llamando a la agencia sobre el envejecimiento local o buscando en el directorio telefónico en la sección de alertas médicas.

Cada vez mayor cantidad de tecnologías de atención a distancia brindan la oportunidad a los pacientes de enviar sus signos vitales, glucemia y otras determinaciones fisiológicas a los proveedores de atención domiciliaria. Los sistemas de rastreo y los sensores pueden permitir a los miembros de la familia y los cuidadores vigilar la actividad del paciente a distancia. Los dispositivos de dos vías de audio e imagen permiten que los pacientes interactúen con sus proveedores de atención de la salud desde el hogar. Los dispositivos pueden emplearse para indicar a los pacientes cuándo tomar sus medicamentos y realizar otras tareas. Los sistemas de administración de medicamentos existen para informar a familiares y cuidadores cuando un paciente no ha tomado los fármacos de la forma prescrita. Una simple búsqueda en Internet acerca de distribuidores de tecnologías de atención de la salud arroja fuentes para obtener los dispositivos para el hogar.

Tranquilización vía telefónica

Los pacientes mayores confinados al hogar y discapacitados o solitarios pueden beneficiarse de un programa de tranquilización por vía telefónica. Aquellos que participan en el programa reciben una llamada diaria, por lo general en un horario establecido, con la que se ofrece contacto social y se verifica que se encuentren a salvo. Consulte la disponibilidad de estos servicios contactando las oficinas locales de la Cruz Roja y otras agencias sociales y de salud.

Atención domiciliaria de la salud

La atención domiciliaria de la salud brinda servicios de enfermería y otros tratamientos dentro del hogar del paciente. Las asociaciones de enfermería a domicilio tienen una larga reputación de brindar atención en el hogar y son capaces de ayudar a gran cantidad de personas a permanecer en sus hogares, en lugar de acudir a centros de atención. Los programas son diversos y los servicios pueden incluir más que enfermería, por ejemplo, asistencia domiciliar para la salud, fisioterapia, educación para la salud, asesoramiento familiar y servicios médicos. Medicare limita el beneficio a atención *especializada*, lo que exige que el paciente:

- Esté postrado en cama.
- Reciba atención solicitada por el médico de atención de primer nivel.
- Necesite atención de enfermería especializada o rehabilitación.
- Requiera atención intermitente, mas no de tiempo completo.

Durante la década de 1970, y las siguientes, los servicios de atención domiciliaria aumentaron en gran medida por la promulgación de la Older American's Act y la Title XX Social Services Act en 1975, las cuales destinaron fondos federales para los servicios de atención en el hogar, y los auspicios del Federal Health Services Program que favorecieron el establecimiento y la expansión de los servicios. Para la década de 1990, la atención de la salud domiciliaria se convirtió en el componente con mayor crecimiento de Medicare y los costes asociados influyeron para que el Congreso impusiera límites a los beneficios de la atención domiciliaria para los beneficiarios de Medicare, ello como parte de la Balanced Budget Act de 1997. Durante esta época, en un esfuerzo por reducir los costes de la atención en residencias de adultos mayores, los estados dentro de los Estados Unidos comenzaron a desarrollar servicios de atención domiciliaria como alternativa.



CONCEPTO CLAVE

Los cambios en la atención domiciliaria son evidencia de la influencia de los recursos gubernamentales sobre la disponibilidad de los servicios para los adultos mayores. En la actualidad, Medicare cubre la atención de enfermería, pero no la atención a largo plazo brindada por personal no capacitado. Los estados tienen distintos programas de Medicaid para ayudar en la atención domiciliaria no capacitada; las agencias privadas también proporcionan estos servicios.

Además de Medicare, el Department of Veterans Affairs, Medicaid y las aseguradoras privadas ofrecen el reembolso de los servicios de atención domiciliaria, aunque las condiciones y la duración de la cobertura pueden variar; consulte la cobertura específica con su aseguradora. Estos programas pueden consultarse mediante los departamentos de salud, directorios telefónicos o trabajadores sociales que ayudan durante el proceso del alta hospitalaria.

Centros de acogida y residencias grupales

Los centros de acogida para adultos y los programas de residencias grupales ofrecen servicios a los individuos que son capaces del autocuidado pero requieren supervisión para evitar que sufran lesiones. Las personas mayores que habitan en estos hogares pueden requerir de alguien que dirija sus actividades de autocuidado (p. ej., recordatorios de duchas y motivación y provisión para la buena alimentación); es

posible que necesiten que alguien vigile sus decisiones (p. ej., manejo de finanzas). Los centros de acogida y las residencias grupales pueden ser alternativas a corto o largo plazo para la residencia de personas mayores que no cuentan con la independencia suficiente en la comunidad. Los departamentos locales de servicios sociales brindan mayor información acerca de estos programas.

Estancias de día para adultos mayores

Las **estancias de día para adultos mayores** son un componente en aumento de la atención a largo plazo con base en la comunidad; su presencia actual alcanza los 4 600 centros a lo largo de los Estados Unidos ([National Adult Day Services Association, 2014](#)). Estos centros brindan servicios de salud y sociales a personas con discapacidades físicas y mentales moderadas y ofrecen un **relevo** a los cuidadores. Los participantes acuden al programa durante una parte del día y disfrutan de un entorno seguro, agradable y terapéutico bajo la supervisión de personal capacitado ([fig. 10-2](#)). Estos programas intentan maximizar la capacidad de autocuidado existente mientras previenen mayores limitaciones. A pesar de que los objetivos primordiales son la recreación y la socialización, existen algunos componentes de salud en estos programas, como detección precoz, supervisión de la administración de medicamentos y vigilancia de las enfermedades. Ciertos períodos de descanso y alimentación se intercalan con las actividades terapéuticas. Se brinda transporte al sitio, por lo general en vehículos equipados para cargar sillas de ruedas y otras necesidades especiales.



FIGURA 10-2 ● Las estancias de día brindan oportunidades para realizar gran variedad de actividades recreativas.

Además de evitar que las personas tengan mayores limitaciones y requieran internamiento en centros de atención, los programas de estancias de día son extremadamente beneficiosos para las familias de los participantes. Las familias interesadas en cuidar a sus miembros de mayor edad deben poder continuar con su rutina (p. ej., conservar su trabajo y criar a sus hijos), con la certeza de que pueden tener un descanso de sus actividades de cuidado durante una parte del día mientras el

adulto mayor es atendido y se encuentra a salvo.

Los servicios de estancias de día son auspiciados por agencias públicas, organizaciones religiosas y grupos privados; un tercio de ellos son independientes y el resto pertenece a organizaciones más grandes. Cada uno de los centros cuenta con su propio horario, actividades, costes y prioridades en el programa. El directorio telefónico o el servicio de orientación local, así como la National Adult Day Services Association, pueden brindar información acerca de los programas específicos dentro de la comunidad.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Las estancias de día brindan servicios sociales y de salud a personas con discapacidad física o mental moderada que requieren cierta cantidad de supervisión y ayuda con las actividades de la vida cotidiana. El principal objetivo de estos programas es ofrecer un descanso a los cuidadores.

Programas de atención y tratamiento ambulatorios

Los programas de atención y tratamiento ambulatorios ofrecen servicios de salud y sociales con foco especial en la atención de la salud. Se brinda ayuda en las actividades de autocuidado (p. ej., ducha y alimentación) y las necesidades terapéuticas (p. ej., administración de fármacos, cambio de vendajes, fisioterapia y psicoterapia). Dentro de los proveedores de salud afiliados a estos programas están médicos, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos y psiquiatras. De igual forma que las estancias de día, los centros de atención geriátrica ambulatoria o los programas de atención hospitalaria ambulatoria, se brinda servicio de transporte hacia y desde el sitio. Estos programas auspiciados por hospitales, residencias de adultos mayores u otras agencias son alternativas a la hospitalización y la admisión a residencias de adultos mayores y pueden favorecer el alta temprana de cualquiera de estos escenarios de atención. Gran cantidad de los programas se enfocan en la atención de personas con enfermedades psiquiátricas. La comisión o la oficina local para el envejecimiento puede orientar a las personas a encontrar centros de tratamiento ambulatorio en su comunidad.

Centros tutelados

Los **centros tutelados** complementan la vida independiente con servicios especiales para maximizar la capacidad de autocuidado del paciente. Las denominaciones que se han empleado para nombrar los centros tutelados incluyen *residencias de atención* y *hogares de cuidado personal y tutela*, por lo que las diversas localidades emplean denominaciones legales específicas. La unidad habitacional se adapta para cumplir con las demandas de los adultos mayores o discapacitados, incluyendo gabinetes bajos, puertas amplias, asaderas en la ducha y luces para solicitar ayuda. Un cuidador, anfitrión o residente vigila y saluda a los visitantes en el vestíbulo. Se brindan diversos grados de asistencia personal. Los residentes son motivados a desarrollar sistemas de apoyo mutuo, por ejemplo, verifican entre ellos si alguno requiere ayuda. Los consejos de administradores son quienes determinan las políticas de los centros. Algunos centros cuentan con profesionales disponibles en el sitio o bajo demanda durante ciertas horas. Como prueba de las necesidades específicas en este tipo de

centros dirigidos por personal de enfermería, la especialidad de atención en centros tutelados está en gran desarrollo. Pueden estar disponibles programas sociales y comedores comunitarios. Las agencias de regulación de la salud estatales y la oficina local del Department of Housing and Urban Development pueden derivar a las personas interesadas a estas instalaciones.

Atención de relevo

Es posible emplear gran cantidad de servicios para brindar un descanso a corto plazo a los cuidadores. Los servicios dependen de la necesidad, el estado del paciente y los recursos económicos. Por ejemplo, puede contratarse ayuda o acompañantes privados o personal de enfermería para vivir con o visitar de manera eventual al paciente mientras el cuidador no se encuentra; los ingresos a corto plazo a los centros tutelados o las residencias de adultos mayores pueden ofrecer un descanso cuando debe brindarse cuidado o supervisión las 24 h durante los 7 días de la semana.

Programas de enfermería ministeriales y parroquiales

Gran cantidad de iglesias y sinagogas cuentan con programas para ayudar a los adultos mayores y sus cuidadores, como grupos de apoyo, clases de educación para la salud, asesoramiento, ayuda con el quehacer y el mantenimiento del hogar, alimentación y visitas de enfermería. Algunos miembros del personal de enfermería son voluntarios en estos programas y algunos otros reciben un salario para desempeñar estos puestos. Los servicios son un método ideal para integrar la atención de la salud con las creencias religiosas. Debido a que son diversos los servicios que se ofrecen, contacte la iglesia o la sinagoga del paciente. Si el paciente no es parte de alguna organización religiosa, diríjase a cualquiera que represente las creencias del paciente para conocer la disponibilidad de los servicios.



CONCEPTO CLAVE

La American Nurses Association ha identificado la enfermería en asociaciones religiosas como una especialidad en conjunto con la Health Ministries Association, hecho publicado en la *Faith Community Nursing: Scope and Standards of Practice*.

Administración de casos

Identificar las necesidades, ubicar y coordinar los servicios y mantener un estilo de vida independiente constituyen tremendos retos para los adultos mayores con enfermedades crónicas. En respuesta a estas exigencias, se desarrolló la rama de la **administración de casos** y atención geriátrica.

Los administradores de atención y casos suelen ser personal de enfermería certificado o trabajadores sociales que valoran las necesidades del paciente, identifican los servicios adecuados y ayudan a la persona a obtenerlos y coordinarlos. Este tipo de servicios incluyen la atención médica, la atención domiciliaria, los programas sociales, la planificación y la administración financiera y el alojamiento. Al coordinar los servicios y la atención, los administradores de atención y casos geriátricos ayudan a los adultos mayores a conservar su independencia en la comunidad tanto como sea posible. Los servicios de los administradores de atención

y casos suelen ofrecer paz y tranquilidad a la familia que no puede convivir diariamente con el adulto mayor.

Debido a que ha surgido un campo de certificaciones en este ámbito, se distingue entre la administración de la atención y la administración de casos. Ambos tipos de disciplinas realizan una valoración, desarrollan planes, ayudan a implementar y coordinar servicios y evalúan la atención. Una de las diferencias entre ambos es que la administración de la atención es una relación de largo plazo que puede perdurar durante varios períodos de atención (p. ej., cuando la familia contrata a un administrador para vigilar la atención de un familiar a largo plazo), mientras que el administrador de casos suele enfocarse en las necesidades durante un episodio específico de la atención (p. ej., desde la hospitalización hasta la rehabilitación de una fractura de cadera). La administración de casos se considera un método para controlar los costes de salud y puede favorecer los servicios que ahorren recursos; la administración de la atención puede incluir la administración de casos, además de servicios no relacionados con la atención de la salud.

Los trabajadores sociales, los servicios de información y derivación locales y la National Association of Professional Geriatric Care Managers (<http://www.caremanager.org>) pueden brindar ayuda en localizar administradores de casos y de la atención.



CONCEPTO CLAVE

La American Nurses Association ha determinado que el personal de enfermería es un excelente administrador de casos debido a sus habilidades y conocimientos, su capacidad para brindar atención (incluidos componentes físicos y socioculturales), su conocimiento de los procesos de derivación a diferentes servicios y las similitudes entre los procesos de enfermería y de administración de casos.

Programas de todo incluido en la atención del adulto mayor

Los programas de todo incluido en la atención del adulto mayor son parte de una iniciativa que permite que las personas de 55 años de edad o mayores candidatas a la atención en una residencia de adultos mayores sean provistas de los servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo en su hogar dentro de la comunidad. El programa ofrecido en conjunto por Medicare y Medicaid está disponible en estados que decidieron incluirlo en su programa de Medicaid. Se puede consultar si existe uno de estos programas en un área específica llamando a la oficina local de Medicaid o visitar www.cms.hhs.gov/PACE.

Centros paliativos

Aunque los centros de cuidados paliativos se presentan entre los servicios de atención parcial e intermitente, también pueden incluirse entre los servicios de atención continua. Ello se debe al tipo de necesidades del paciente, lo que determina el grado con el que se brindan los servicios.

En lugar de ser un centro de atención, los centros paliativos tienen una filosofía de cuidado al individuo en proceso de muerte. Los centros paliativos ofrecen cuidados paliativos y apoyo a los pacientes y las familias. De manera habitual, un equipo multidisciplinario ayuda a los pacientes y las familias a satisfacer sus

necesidades emocionales, sociales y espirituales. El objetivo es la calidad de vida en lo que resta de vida, no la prolongación de ésta. El apoyo al superviviente también es un componente de los cuidados paliativos. Aunque los programas de paliación pueden existir dentro de los centros, la mayoría de los cuidados se brindan en el hogar. Las aseguradoras cubren en diferente medida el reembolso de los servicios paliativos; consulte a su propia empresa para obtener esta información. La atención de la salud y las agencias de servicios sociales pueden ofrecer información acerca de los programas de cuidados paliativos de la comunidad.

Servicios de atención integral y continua

En el extremo final del continuo de atención se encuentran los servicios que brindan ayuda regular o continua a las personas con cierta limitación en la capacidad de autocuidado, cuyas necesidades terapéuticas requieren la supervisión del personal sanitario durante 24 h.

Atención hospitalaria

La atención hospitalaria para los adultos mayores puede requerirse cuando los procedimientos para el diagnóstico necesitan de tecnología especializada o vigilancia continua. Los adultos mayores pueden ser pacientes de prácticamente todos los servicios de atención aguda hospitalaria, excepto, claro, de pediatría y obstetricia (en donde sí pueden ser familiares de los pacientes principales). A pesar de que el procedimiento o el problema por el que ingresan es lo que determina los servicios que requieren, existen ciertas medidas básicas que pueden mejorar la calidad de la experiencia dentro de un hospital, como se describe en el [cuadro 10-2](#).

Cada vez con mayor frecuencia, los hospitales establecen servicios especiales para adultos mayores, como centros de valoración geriátrica, líneas telefónicas, centros de atención a largo plazo y visitas domiciliarias. Las sociedades médicas locales y las asociaciones hospitalarias estatales pueden resolver preguntas acerca de los centros específicos.

CUADRO 10-2 Medidas que mejoran la calidad de la atención de la salud hospitalaria de los adultos mayores

Realizar una valoración completa. No es infrecuente que el diagnóstico del paciente sea el principal y único interés durante la hospitalización. No obstante, el paciente en tratamiento por un infarto de miocardio o hernia puede sufrir depresión, estrés del cuidador, déficits auditivos u otros problemas que afectan de manera significativa su estado de salud. Al priorizar el contacto con el paciente durante la hospitalización y realizar una evaluación completa, el personal de enfermería puede revelar los riesgos y los problemas que afectan el estado de salud y no han sido detectados con anterioridad. Deben considerarse los problemas más graves, además de los que tiene el paciente al momento de la hospitalización.

Reconocer diferencias. No debe valorarse a los pacientes mayores de la misma manera que a los más jóvenes; pueden emplearse diferentes estándares para la interpretación de resultados de laboratorio, los signos y síntomas de una enfermedad pueden ser atípicos, se requiere mayor tiempo para el autocuidado y las dosis de medicamentos deben ajustarse a la edad. Las prioridades de los adultos mayores pueden ser distintas a las de los jóvenes. El personal de enfermería debe ser capaz de diferenciar la enfermedad habitual de la enfermedad en los adultos mayores y comprender las modificaciones que deben hacerse a la atención de esta población.

Reducir riesgos. La experiencia hospitalaria puede ser traumática para los adultos mayores si no se brinda protección especial. Los adultos mayores requieren mayor tiempo para recuperarse del estrés; por lo tanto, los procedimientos y las actividades deben planificarse con períodos de descanso. La función alterada de los principales sistemas y la menor inmunidad favorece el desarrollo de infecciones. La capacidad disminuida del corazón para responder a cambios graves en las demandas hídricas requiere de vigilancia estricta de las tasas de infusión intravenosa. La temperatura corporal menor, la ausencia de escalofríos y la menor capacidad de adaptación a cambios bruscos en la temperatura del entorno requieren que los pacientes mayores reciban protección especial frente a la hipotermia. Las diferencias en la farmacodinámica y la farmacocinética en los adultos mayores modifican su respuesta a los medicamentos y aumentan la necesidad de vigilancia estrecha durante el tratamiento farmacológico. El entorno desconocido, los déficits sensoriales y los efectos de la enfermedad y los medicamentos provocan que las caídas sean más frecuentes y exigen que la prevención de éstas sea una prioridad. La confusión suele ser un signo primario de complicaciones, lo que exige que el personal detecte este estado de inmediato e identifique la causa. El personal de enfermería debe verificar que se tomen medidas para reducir el riesgo de complicaciones y las reconozca de manera temprana cuando ocurran.

Mantener y promover la función. Suele ser prioritario atender la causa principal de ingreso durante la estancia hospitalaria del paciente. Por ejemplo, la arritmia y la infección deben controlarse y la fractura debe corregirse. Entre los procedimientos de diagnóstico y los tratamientos, debe haber consideración de los factores que permiten que el paciente recupere su función óptima e independencia.

Es vital que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica considere dos temas en cuanto a la atención hospitalaria de los adultos mayores, las estancias cortas y la tendencia hacia los servicios ambulatorios en casos que solían requerir hospitalización. A pesar de que las estancias hospitalarias cortas pueden reducir los costes y disminuir o eliminar las complicaciones relacionadas con la estancia, gran cantidad de adultos mayores requieren de mayor tiempo de recuperación en comparación con los jóvenes y no cuentan con ayuda apropiada en el hogar. El personal de enfermería debe valorar la capacidad de autocuidado del adulto mayor, la capacidad de obtener y preparar alimentos y cuidar de su hogar, antes de darlo de alta, y hacer los ajustes necesarios para su ayuda. Una llamada telefónica después del alta para vigilar el estado del paciente también es de ayuda (se brinda mayor información acerca de la atención hospitalaria del adulto mayor en el [cap. 33](#)).

Residencias de adultos mayores

Las residencias de adultos mayores brindan supervisión y atención hospitalaria las 24 h a quienes no pueden ser atendidos en su comunidad. El [capítulo 34](#) analiza este tipo de centros y las responsabilidades de enfermería asociadas.



CONCEPTO CLAVE

Los Centers for Medicare and Medicaid Services ofrecen un documento informativo en línea, *Your Guide to Choosing a Nursing Home*, para ayudar a las personas a encontrar y comparar los centros, comprender el pago de la atención de enfermería y conocer las alternativas a las residencias de adultos mayores. Está disponible en: <http://publications.usa.gov/USAPubs.php?PubID=5337>.

Servicios complementarios y alternativos

A medida que la atención sobre la salud integral y la atención pública y el deseo de tratamientos alternativos y complementarios aumentan, los adultos mayores pueden buscar tipos nuevos o no convencionales de servicios ([fig. 10-3](#)). Los ejemplos de servicios complementarios o alternativos incluyen:

- Centros de bienestar y renovación.
- Educación, asesoramiento y administración de casos por parte de proveedores de atención alternativa.
- Acupresión y acupuntura.
- Clases de *tai chi*, yoga y meditación.
- Toque terapéutico y sanador.
- Prescripciones de medicina herbolaria.
- Remedios herbolarios y homeopáticos.
- Sesiones de imaginación guiada.
- Audio, foto y aromaterapia.



FIGURA 10-3 ● Los adultos mayores tienen cada vez mayor interés en el yoga, la meditación y otras prácticas de salud complementarias.

El personal de enfermería cuenta con una gran cantidad de conocimientos y habilidades que, cuando se combinan con los tratamientos complementarios y alternativos, los convierten en proveedores ideales de este tipo de medidas. Incluso si no actúa como proveedor primario del tratamiento, el personal de enfermería puede interceder por los derechos de las personas para lograr que realicen decisiones educadas con base en los beneficios, los riesgos y las limitaciones, así como ayudar a contactar proveedores con buena reputación. De manera ideal, este tipo de tratamientos se utilizan en conjunto con los convencionales en un modelo de atención integral para permitir que los pacientes obtengan lo mejor de los dos mundos. El personal de enfermería debe verificar que los tratamientos alternativos y complementarios tengan evidencia detrás que apoye sus promesas y no interfieran o interactúen con las demás medidas.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Cada vez más enfermeros ofrecen tratamientos complementarios en su práctica privada. ¿Qué tipos de factores deben considerarse al establecer una práctica privada? ¿Qué considera que previene que mayor

SERVICIOS DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES

Las necesidades de la población mayor son bastas y diversas. Además, las necesidades del adulto mayor son dinámicas; en otras palabras, las necesidades cambian conforme lo hacen la capacidad y las demandas de la vida. Estas condiciones requieren que se planifique la atención geriátrica y gerontológica considerando diversos factores:

- *Los servicios deben incidir en factores físicos, emocionales, sociales y espirituales.* Los servicios deben estar disponibles para lograr cumplir con las necesidades específicas de la población en envejecimiento de una manera integral. Estos servicios deben planificarse para atender cualquier problema o necesidad que sea probable que el adulto mayor desarrolle y deben implementarse de una forma relevante según las características de esta población. Por ejemplo, un departamento de salud local interesado en cumplir con las necesidades específicas de los adultos mayores debe implementar programas de detección precoz de problemas auditivos y visuales, hipertensión y cáncer. De la misma manera, una agencia con abundantes servicios sociales para familias jóvenes puede decidir que el apoyo a una mujer viuda y el asesoramiento para la jubilación son servicios que vale la pena añadir. La consideración de los factores físicos, emocionales, sociales y espirituales es esencial para brindar atención de enfermería integral.
- *Los servicios deben considerar las necesidades únicas y en evolución.* Los servicios físicos, emocionales, sociales y espirituales se basan en las necesidades específicas del individuo en un tiempo determinado y reconocen que las prioridades no siempre son las mismas. Un adulto mayor puede ser atendido en un servicio ambulatorio para el control de la hipertensión y durante su visita expresar su preocupación por el aumento del coste de la renta. A menos que se obtenga ayuda para aumentar los ingresos o disminuir los costes, este problema social puede tener consecuencias, como estrés y restricciones alimenticios, que pueden afectar la hipertensión del paciente. Ignorar la necesidad de servicios sociales específicos de esta persona puede disminuir la eficacia de los servicios de salud brindados.
- *La atención y los servicios deben ser flexibles.* Deben presentarse oportunidades para que el paciente mayor se mueva a lo largo del continuo de atención de acuerdo con sus capacidades y limitaciones en distintos momentos. Tal vez una mujer mayor vive con sus hijos y asiste a un programa de día para adultos mayores. Si esta mujer sufre una fractura de cadera, puede avanzar por el continuo de atención hacia la hospitalización para atención de emergencia y después a una residencia de adultos mayores debido a convalecencia. A medida que mejora su estado y obtiene independencia, avanza por el continuo hacia la atención domiciliaria y después, probablemente hasta que logre retomar la independencia total, a un centro de día.
- *Los servicios deben ser ajustados a las necesidades.* Se debe practicar la individualización para cumplir con las necesidades únicas de cada persona mediante servicios específicos. Asumir que todas las personas de más de 65 años de edad requieren vivir en una residencia para adultos mayores es igual de inadecuado que aseverar que todas las personas se benefician del asesoramiento, los hogares de acogida, los alimentos a domicilio, los centros de día o cualquier otro servicio. Las personas mayores tienen capacidades y limitaciones específicas y, aún más importante, sus preferencias deben tomarse en cuenta para identificar los servicios más apropiados para ellas.

La lista de recursos al final de este capítulo puede ayudar al personal de enfermería geriátrica y gerontológica y los estudiantes de enfermería a localizar e incluso promover los servicios para los adultos mayores. El personal de enfermería puede contactar a sus oficinas de atención para personas mayores y centros de información y derivación para ubicar los servicios específicos en la comunidad.

ESCENARIOS Y FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA

Debido a que el continuo de la atención incluye servicios basados en la comunidad, en los centros o una combinación de ambos, el personal de enfermería geriátrica y

gerontológica tiene una emocionante oportunidad de ejercer en gran variedad de escenarios. Algunos de estos escenarios, como los centros de atención a largo plazo y las agencias de atención domiciliaria, tienen antecedentes de mucho tiempo en cuanto a la participación de la enfermería. Algunos otros, como los complejos habitacionales y los centros de día, ofrecen oportunidades para que el personal de enfermería demuestre su creatividad y liderazgo.

A pesar de que son diversos los papeles y las responsabilidades en cada uno de los escenarios, el personal de enfermería es capaz de atender en cada uno de ellos necesidades similares (**cuadro 10-3**). Estas funciones son variadas y multifacéticas y tienen los siguientes objetivos:

- Educar a las personas de todas las edades acerca de las prácticas que promueven la experiencia positiva del envejecimiento.
- Valorar y brindar intervenciones relacionadas con los diagnósticos de enfermería.
- Identificar y reducir riesgos.
- Promover el autocuidado y la independencia.
- Colaborar con otros profesionales de la salud en la atención.
- Mantener la salud y la integridad de la familia que envejece.
- Proteger y defender los derechos de los adultos mayores.
- Promover y utilizar la ética y los estándares en la atención del adulto mayor.
- Ayudar a otras personas a afrontar la transición hacia la muerte con paz, confort y dignidad.

CUADRO 10-3 Funciones de la enfermería geriátrica y gerontológica

Guiar a personas de todas las edades a lo largo del proceso de envejecimiento.
Eliminar el viejismo.
Respetar los derechos de los adultos mayores y verificar que los demás lo hagan.
Observar y promover la calidad de la atención.
Notificar y reducir los riesgos para la salud y el bienestar.
Tomar en sus manos la educación y el apoyo a los cuidadores.
Obtener medios para el crecimiento continuo.
Lograr escuchar y apoyar.
Ofrecer optimismo, motivación y esperanza.
Generar, apoyar, compartir y participar en la investigación.
Implementar medidas curativas y de rehabilitación.
Administrar y coordinar la atención.
Comenzar la valoración, la planificación, la implementación y la evaluación de la atención de manera integral e individualizada.
Lograr la concordancia entre necesidades y servicios.
Incentivar al personal de enfermería geriátrica y gerontológica a desarrollar más la especialidad.
Nombrar los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales únicos de cada adulto mayor.
Identificar y motivar de manera eficaz los asuntos éticos.
Compartir apoyo y confort a lo largo del proceso de morir.
Ayudar en la educación y la promoción del autocuidado y la independencia.

A medida que la presencia de los adultos mayores aumenta en diversas situaciones de atención, es importante que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica obtenga experiencia en estas áreas. Esta clase de personal de enfermería debe comprender el envejecimiento normal y la presentación única y la atención de los problemas de salud, la farmacodinámica y la farmacocinética en

etapas avanzadas de la vida, los retos psicológicos, los problemas psicológicos, la espiritualidad, la dinámica familiar, los riesgos únicos para la salud y el bienestar y los recursos disponibles. Al poseer conocimientos y habilidades de enfermería geriátrica y gerontológica, el personal es capaz de promover servicios de atención eficientes, eficaces y apropiados a los pacientes mayores en una gran variedad de situaciones.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Necesidades de atención y discapacidad de los adultos mayores estadounidenses

Fuente: Freeman, V. A., & Spillman, B. C. (2014). Milbank Quarterly, 92(3), 509–541.

Esta investigación, la cual implicó el estudio de beneficiarios de Medicare que formaron parte del *2011 National Health and Aging Trends Study*, se realizó para brindar datos y temas de creación de políticas para las futuras necesidades de los adultos mayores. Las áreas de investigación incluyeron las limitaciones de la actividad y la ayuda, la escasez de recursos y las necesidades no cubiertas.

Casi la mitad de los adultos mayores, o 18 millones, tienen dificultades con las actividades de la vida cotidiana. El 25% de aquellos que recibieron ayuda viven en una residencia para adultos mayores o en otro tipo de centro de asistencia. Otros 3 millones de personas recibieron ayuda en centros distintos a las residencias de adultos mayores o centros de asistencia; las personas con menores ingresos económicos son una población con ayuda desproporcionada en comparación con su tamaño. Casi todas las personas mayores en centros distintos a las residencias para adultos mayores tienen al menos un cuidador potencial. Para las personas en la comunidad, los cuidadores informales brindaron en promedio 164 h de ayuda al mes. Menos de un tercio recibió ayuda de cuidadores asalariados y el 60% de estas personas sufrieron una consecuencia adversa en el último mes derivada de una necesidad no cubierta.

El estudio concluyó que son necesarias políticas para mejorar los servicios de atención a largo plazo y apoyó que debe beneficiarse a los adultos mayores y sus cuidadores.

Debido al mayor número y complejidad de los adultos mayores que viven y son atendidos en la comunidad, el personal de enfermería debe exigir servicios que cumplan con las necesidades de esta población y sus cuidadores. Mediante la orientación integral y un vasto conocimiento, el personal de enfermería se encuentra en la posición ideal para coordinar y brindar servicios que aseguren la salud y la seguridad de los pacientes mayores y sus cuidadores. Puede resultar de beneficio la investigación en enfermería que muestre las ventajas económicas de los distintos modelos de enfermería para brindar servicios.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Una mujer de 81 años de edad, la Sra. Jacobs, siempre ha sido independiente. Nunca se casó y, al no tener familiares con vida, vive sola en una casa grande que se

encuentra dentro de varios acres en un área rural, en la cual ha vivido durante casi 50 años. No tiene interés en mudarse, pues disfruta de su jardín y que puede tener mascotas.

A pesar de que aún es independiente, la Sra. Jacobs no puede desempeñarse con la misma facilidad de antes; en el año anterior, ha tenido algunos accidentes leves al manejar hacia la ciudad. La Sra. Jacobs es competente y tiene el derecho de permanecer en su hogar, pero usted se preocupa por su seguridad y bienestar.

¿Qué puede hacer para ayudar a la Sra. Jacobs? ¿Cómo pueden equilibrarse las necesidades en evolución con el deseo de independencia?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Cómo puede defender la posición que establece que el personal de enfermería es un administrador de casos geriátricos ideal?
2. La Sra. Johns es una mujer de 79 años de edad que ha ingresado al hospital debido a una fractura de fémur. El cirujano ortopédico no anticipa complicaciones con la deambulacion para la Sra. Johns y logrará regresar a la comunidad si cumple su programa de rehabilitación. Usted se entera de que ella vive con la familia de su hijo en un área metropolitana de gran tamaño. La Sra. Johns sufre demencia que requiere supervisión estricta y recordatorios para defecar y orinar, vestirse y alimentarse; no obstante, mediante estos recordatorios, ella es capaz de desempeñar las actividades de la vida cotidiana. Con base en esta información, ¿cuáles son los diversos tipos de servicios que pueden ayudar a la Sra. Johns y su familia a lo largo de la recuperación?
3. ¿Qué puede hacer para promover el desarrollo de servicios para los adultos mayores dentro de su comunidad? ¿Qué recursos puede utilizar para ayudar en este esfuerzo?

Resumen del capítulo

Las necesidades de los adultos mayores pueden encontrarse a lo largo del continuo de atención con base en su salud, las enfermedades que deben atenderse, los recursos disponibles y el grado de función e independencia. No sólo cada uno de los adultos mayores requiere diferentes tipos de servicios, sino que un individuo puede necesitar diferentes tipos de servicios en momentos determinados de acuerdo con los cambios en su estado.

Los servicios de apoyo y prevención ayudan a las personas independientes que viven en la comunidad a mantener su autocuidado y evitar problemas físicos, emocionales, sociales y espirituales. Los servicios parciales e intermitentes brindan atención a personas con limitaciones parciales en su capacidad de autocuidado o con demandas terapéuticas que requieren ayuda eventual. Los servicios completos o continuos ofrecen ayuda a personas que necesitan supervisión o atención las 24 h.

Los servicios complementarios y alternativos son utilizados con mayor frecuencia por parte de los adultos mayores. A pesar de que este tipo de tratamientos pueden ser de beneficio al complementar los servicios convencionales, deben emplearse con

precaución.

Al ayudar a los adultos mayores en la elección y el empleo de tratamientos, es importante que el personal de enfermería verifique que se cumplan con las necesidades integrales de los pacientes, exista flexibilidad en el acceso y el empleo de los servicios y éstos sean individualizados para las necesidades específicas. Sin importar el ámbito de atención, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe cumplir con los estándares de enfermería, proteger a los pacientes, promover de manera activa la máxima independencia e identificar y reducir los riesgos potenciales.

Recursos

Generales

Administration on Aging Elder Page

http://www.aoa.gov/AoARoot/Elders_Families/index.aspx

American Association of Retired Persons

<http://www.aarp.org>

American Geriatrics Society

<http://www.americangeriatrics.org>

American Health Care Association

<http://www.ahca.org>

American Holistic Nurses Association

<http://www.ahna.org>

American Nurses Association Council on Gerontological Nursing

<http://www.nursingworld.org>

American Society on Aging

<http://www.asaging.org>

Children of Aging Parents

<http://www.caps4caregivers.org>

Design for Aging, American Institute of Architects

<http://www.aia.org/dfa>

The Gerontological Society of America

<http://www.geron.org>

Gray Panthers

<http://www.graypanthers.org>

Hispanic Federation

<http://www.hispanicfederation.org>

National Adult Day Services Association

<http://www.nadsa.org>

National Association of Area Agencies on Aging

<http://www.n4a.org>

National Association of Professional Geriatric Care Managers

<http://www.caremanager.org>

National Caucus and Center on Black Aged, Inc.

<http://www.ncba-aged.org>

National Center for Complementary and Alternative Medicine

<http://www.nccam.nih.gov>

National Council on Aging

<http://www.ncoa.org>

National Eldercare Locator

<http://www.eldercare.gov>

National Gerontological Nursing Association

<http://www.ngna.org>

National Hospice and Palliative Care Organization

<http://www.nho.org>

National Institute on Aging

<http://www.nia.nih.gov>

Residencias de adultos mayores

American Association of Homes and Services for the Aging

<http://www.aahsa.org>

American Association for Long Term Care Nursing

<http://www.aaltcn.org>

American Nurses Association Council on Nursing Home Nurses

<http://www.nursingworld.org>

American Public Health Association, Section on Aging and Public Health

http://www.apha.org/membergroups/sections/aphasections/a_ph/

National Association of Directors of Nursing Administration in Long-Term Care

<http://www.nadona.org>

National Association for Home Care & Hospice

<http://www.nahc.org>

Consumer Voice

<http://www.theconsumervoice.org>

Visiting Nurse Associations of America

<http://www.vnaa.org>

Estancias de día

National Adult Day Services Association

<http://www.nadsa.org>

Grupos de apoyo

Diríjase a las secciones de *Recursos* a lo largo del libro para consultar los detalles de cada una de las enfermedades.

Referencias

- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *National hospital discharge survey*. Acceso el 26 de septiembre de 2014 en: http://www.cdc.gov/nchs/data/nhds/3firstlisted/2010first3_numberage.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Chronic disease overview*. Acceso el 15 de mayo de 2012 en: <http://www.cdc.gov/nccdphp/overview.htm>
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2011). *Your guide to choosing a nursing home*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; también disponible en línea en: <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/02174.pdf>
- National Adult Day Services Association (2014). *Overview and facts*. Acceso el 26 de septiembre de 2014 from <http://www.nadsa.org/consumers/overview-and-facts/>

Lecturas recomendadas thePoint™

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Promoción de la salud



- 11 Nutrición e hidratación
- 12 Sueño y descanso
- 13 Confort y atención del dolor
- 14 Seguridad
- 15 Espiritualidad
- 16 Sexualidad e intimidad
- 17 Empleo seguro de medicamentos

Nutrición e hidratación

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Requerimientos nutricionales de los adultos mayores

- Requerimientos calóricos cualitativos y cuantitativos
- Suplementos alimenticios
- Necesidades especiales de las mujeres

Requerimientos de hidratación de los adultos mayores

Promoción de la salud bucal

Amenazas a la buena nutrición

- Indigestión e intolerancia alimentaria
- Anorexia
- Disfagia
- Estreñimiento
- Desnutrición

Atención de los estados nutricional e hídrico de los adultos mayores

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Mencionar los factores asociados con la edad que afectan las necesidades dietéticas en la edad avanzada.
2. Identificar los riesgos asociados con el empleo de suplementos alimenticios.
3. Describir las necesidades nutricionales especiales de las mujeres mayores.
4. Describir los cambios relacionados con la edad que afectan la hidratación de los adultos mayores.
5. Identificar los factores causales y los signos de deshidratación.
6. Describir los problemas bucales que pueden influir en el estado nutricional y la higiene bucal recomendada para los adultos mayores.
7. Describir las amenazas a la buena nutrición en la vida tardía y las maneras de evitarlas.

GLOSARIO

Anorexia: pérdida del apetito.

Disfagia: dificultad para deglutir a causa de complicaciones acerca del movimiento de la comida desde la boca hasta el esófago (disfagia de transferencia), a través del esófago (disfagia de transporte) o desde el esófago hacia el estómago (disfagia de entrega).

La nutrición influye en gran medida sobre la salud y la capacidad funcional. El estado nutricional influye en la capacidad del cuerpo para defenderse de las enfermedades, mantener la normalidad anatómica y estructural, pensar con claridad y tener la energía y el deseo de actividades sociales. Gran cantidad de cambios relacionados con la edad, los cuales suelen ser sutiles y progresivos, puede interferir paulatinamente con la capacidad de los adultos mayores para mantener un buen estado nutricional; estos cambios requieren atención especial de enfermería (tabla 11-1).

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DE LOS ADULTOS MAYORES

Requerimientos calóricos cualitativos y cuantitativos

A pesar de que las necesidades nutricionales del cuerpo son constantes a lo largo de la vida, la cantidad de ellos sí puede variar. Una de las diferencias más significativas de los requerimientos nutricionales a lo largo de la vida es la cantidad de calorías necesarias. Diversos factores contribuyen a la disminución de las necesidades calóricas de los adultos mayores.

- El cuerpo en envejecimiento tiene menor masa muscular y un aumento relativo en la cantidad de tejido adiposo. El tejido adiposo metaboliza con mayor lentitud, en comparación con la masa magra, y no quema calorías con la misma velocidad.
- La tasa metabólica basal disminuye 2% por cada década de vida después de los 25 años de edad, lo cual contribuye al aumento de peso cuando se consumen las mismas calorías que en la juventud.
- El nivel de actividad de la mayoría de los adultos mayores suele ser menor que la de su vida joven.

A pesar de que cada persona tiene necesidades calóricas específicas para su tipo de cuerpo, metabolismo, estado de salud y grado de actividad, pueden hacerse algunas generalizaciones. Las necesidades calóricas disminuyen gradualmente a lo largo de la adultez como resultado de cambios relacionados con la edad, por lo que se recomienda la reducción de la ingesta calórica a partir de la cuarta década de la vida. La investigación actual indica que una alta ingesta calórica en combinación con un estilo de vida sedentario aumenta el riesgo de deterioro cognitivo en la vida tardía (Frechette y Marracinni, 2014). Se debe vigilar la calidad y la cantidad de ingesta calórica. Un método eficaz para determinar las necesidades calóricas en reposo

considera la edad y la tasa metabólica basal, entre otros factores. Este método se denomina ecuación Harris-Benedict, también conocida como *gasto calórico en reposo*. Mediante esta ecuación, se obtiene un número que representa la cantidad de calorías que deben consumirse diariamente para mantener el peso corporal actual sin gasto de energía.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 11-1 Envejecimiento y riesgos para el estado nutricional

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería ^a
Los dientes tienen diversos grados de erosión; abrasiones en las estructuras de la corona y la raíz; alta prevalencia de pérdida dental.	Deficiencia nutricional relacionada con la capacidad limitada de masticar alimentos. Dolor agudo relacionado con deficiencia del estado dental.
Reducción del volumen de saliva a un tercio del que se presenta en edades jóvenes.	Deficiencia nutricional relacionada con mezcla de alimentos menos eficaz.
Digestión de almidón ineficaz debido a menor ptialina salival.	Deficiencia nutricional relacionada con menor desintegración de almidones.
Atrofia del revestimiento epitelial de la mucosa bucal. Aumento en el umbral de palación; cerca de un tercio de las papilas gustativas funcionales del que se cuenta en años jóvenes.	Alteración de la integridad de la mucosa bucal. Riesgo de exceso en la ingesta nutricional relacionada con el aumento de consumo de sal y golosinas en compensación de las alteraciones del gusto.
Disminución de la sensación de sed; disminución de las contracciones intestinales relacionadas con hambre.	Deficiencia nutricional relacionada con la menor capacidad de percibir sensaciones relacionadas con el hambre. Déficit del volumen hídrico relacionado con disminución de la sed.
Reflejo nauseoso débil, disminución del peristaltismo esofágico, relajación del esfínter esofágico inferior, disminución de la motilidad estomacal.	Riesgo de aspiración. Deficiencia nutricional relacionada con restricciones autoimpuestas con la intención de disminuir las molestias.
Menor producción de ácido clorhídrico, pepsina y ácido pancreático. Menor tolerancia a lípidos.	Deficiencia nutricional relacionada con la descomposición ineficaz de alimentos. Dolor agudo relacionado con la ingesta.
Disminución del peristaltismo colónico; disminución del reflejo para la defecación.	Deficiencia nutricional relacionada con menor apetito y restricciones autoimpuestas relacionadas con el estreñimiento.
Menor eficacia en las estabilización y la absorción de colesterol.	Riesgo de infección relacionado con la formación de cálculos biliares.
Aumento en la concentración de lípidos en el páncreas; disminución de las enzimas pancreáticas.	Deficiencia nutricional relacionada con problemas en la digestión normal.

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

Peso en kilogramos/estatura en centímetros:

$$\text{Hombres: } 66 + [13.7 \times \text{peso (kg)}] + [5 \times \text{estatura (cm)}] - [6.76 \times \text{edad (años)}]$$

$$\text{Mujeres: } 655 + [9.6 \times \text{peso (kg)}] + [1.8 \times \text{estatura (cm)}] - [4.7 \times \text{edad (años)}]$$

Peso en libras/estatura en pulgadas:

$$\text{Hombres: } 66 + [6.23 \times \text{peso (lb)}] + [12.7 \times \text{estatura (pulgadas)}] - [6.76 \times \text{edad (años)}]$$

$$\text{Mujeres: } 655 + [4.35 \times \text{peso (lb)}] + [4.7 \times \text{estatura (pulgadas)}] - [4.7 \times \text{edad (años)}]$$

Además de vigilar la cantidad, es importante considerar la calidad de las calorías ingeridas. Debido a que las necesidades calóricas y la ingesta suelen disminuir en la vida tardía, las calorías que se ingieren deben ser de mayor calidad para garantizar el consumo de otros nutrientes (fig. 11-1). Es una buena práctica disminuir el consumo de lípidos a menos del 30% del total de calorías diarias. La tabla 11-2 menciona la ingesta recomendada diaria (IRD) para los adultos mayores.



FIGURA 11-1 • Aunque con frecuencia deben ingerir menor cantidad de calorías que los adultos jóvenes, los adultos mayores deben incluir en sus dietas nutrientes de alta calidad.

TABLA 11-2 Ingesta diaria recomendada para personas mayores de 50 años de edad

	Hombres	Mujeres
Proteína (g)	50	46
Hidratos de carbono (g)	100	100
Vitaminas		
Vitamina A (mg)	900	700
Vitamina D (UI)	400	400
Vitamina E (UI)	15	15
Vitamina C (mg)	90	75
Tiamina (vitamina B ₁) (mg)	1.2	1.1
Riboflavina (vitamina B ₂) (mg)	1.3	1.1
Niacina (vitamina B ₃) (mg)	16	14
Piridoxina (vitamina B ₆) (mg)	1.7	1.5

Folato (µg)	400	400
Vitamina B ₁₂ (mg)	2.4	2.4
Minerales		
Calcio (mg)	1 200 ^a	1 200
Yodo (mg)	150	150
Hierro (mg)	8	8
Magnesio (mg)	420	320
Fósforo (mg)	700	700
Cinc (mg)	11	8

La fibra cobra especial importancia en la dieta del adulto mayor. Las fibras solubles, presentes en alimentos como la avena y la pectina, ayudan a disminuir el colesterol sérico, mejoran la tolerancia a la glucosa en la diabetes y previenen la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de colon (Dahm, et al., 2010; Du, et al., 2010; Hopping, et al., 2010). Las fibras insolubles promueven el buen funcionamiento intestinal y se encuentran en cereales y diversas verduras y frutas.

Los hidratos de carbono constituyen fuentes importantes de energía y fibra. No obstante, debido a su ineficacia para controlar los valores de glucemia, los adultos mayores deben consumirlos en pocas cantidades. Una dieta alta en hidratos de carbono puede estimular la liberación anómala alta de insulina en el paciente mayor. Este efecto puede causar hipoglucemia, cuyo primer síntoma es la confusión.

Debe consumirse al menos 1 g de proteína por cada kilogramo de peso para reponer la proteína corporal y el protoplasma y mantener los sistemas enzimáticos del cuerpo. Si del 10-20% de la ingesta calórica proviene de las proteínas, es probable que se cumplan las necesidades. Están disponibles diversos suplementos proteicos en el mercado y pueden ser de utilidad como adición en la dieta del adulto mayor.

MyPlate para adultos mayores

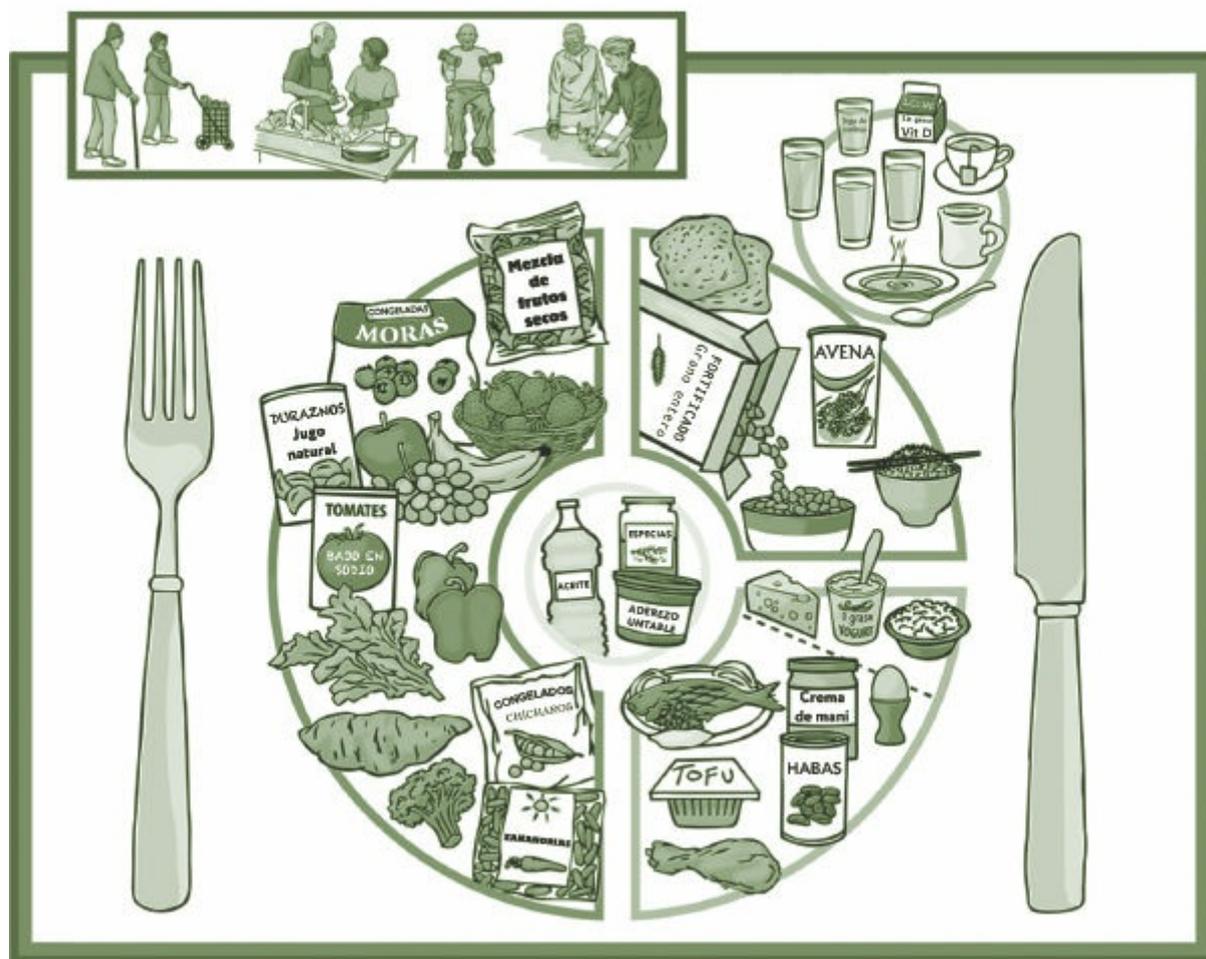


FIGURA 11-2 ● MyPlate modificado para los adultos mayores (disponible en: <http://www.nutrition.tufts.edu/research/myplate-older-adults>).

Aunque la capacidad de absorber calcio disminuye con la edad, aún se requiere de éste para mantener saludable al sistema musculoesquelético, así como para conservar el funcionamiento adecuado de los sistemas de coagulación. Los adultos mayores pueden beneficiarse de los suplementos de calcio; sin embargo, deben comentar su consumo con los médicos para garantizar que no haya contraindicaciones. Además, debe tenerse cuidado para evitar el exceso de calcio (*véase* mayor información en la sección *Suplementos alimenticios*). La ingesta adecuada de vitamina D y magnesio mejora la absorción del calcio.

Se recomienda que los adultos mayores consuman al menos cinco porciones de frutas y verduras cada día. Por desgracia, sólo un tercio de los adultos mayores consumen las cantidades recomendadas (McCoy, 2014). El personal de enfermería puede comentar con ellos la importancia del consumo adecuado de frutas y verduras y hacer sugerencias acerca de la diversidad de formas en las que pueden prepararse (p. ej., batidos o con yogurt o gelatina).

Investigadores en el U.S. Department of Agriculture (USDA) Human Nutrition Research Center on Aging (HNRCA) en la Tufts University han propuesto una modificación para MyPlate de la USDA con la intención de reflejar de manera más precisa las necesidades de los adultos mayores de 70 años de edad (fig. 11-2) (Tufts,

2014). Esta propuesta reemplaza la Modified MyPyramid for Older Adults y brinda ejemplos de alimentos que cumplen con las guías de alimentación gubernamentales de los Estados Unidos propuestas en 2010. Estas guías limitan los alimentos altos en grasas *trans* y grasas saturadas, así como sal y azúcares añadidos. Las medidas fomentan el consumo de cereales enteros y alimentos con gran contenido de vitaminas y minerales por porción.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cómo percibe que su dieta influye sobre su cuerpo, mente y espíritu, y viceversa? ¿Existen patrones que deba cambiar? De ser así, ¿cómo?

CASO A CONSIDERAR



La Sra. Valenti es una mujer de 80 años de edad de origen italiano que vive en la comunidad con su esposo. Es una mujer activa que realiza las tareas del hogar y cocina por cuenta propia, además de permanecer activa en la iglesia.

A lo largo de su vida adulta, la Sra. Valenti se ha mantenido de 5-7 kg por encima de su peso ideal. En los años recientes, su presión arterial y valores de colesterol han aumentado. Al verificar su dieta, el personal de enfermería descubre que a pesar de que consume frutas y verduras diariamente, la Sra. Valenti consume una dieta alta en grasa y calorías. En el momento en el que el personal de enfermería comenta las modificaciones de la dieta con la Sra. Valenti, ella ríe y menciona “mi esposo y yo siempre hemos comido alimentos italianos; no queremos cambiar eso. ¿Cuál es el punto de vivir durante muchos años si no se puede disfrutar la vida?”

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo puede influir el personal de enfermería sobre la dieta de la Sra. Valenti al mismo tiempo que respeta sus preferencias?
- ¿Cuál es el plan de atención que puede desarrollarse para los problemas de alimentación de la Sra. Valenti?

Suplementos alimenticios

En la actualidad, más de la mitad de los adultos consumen suplementos alimenticios diariamente. Las necesidades de vitaminas y minerales para los adultos mayores no se han establecido, por lo que las IDR para la población general también se aplican a esta población. Aunque no son la panacea, los suplementos nutricionales pueden compensar la ingesta inadecuada de nutrientes y las deficiencias que provocan las enfermedades y los medicamentos. Los nutrientes que con mayor frecuencia se hallan en déficit en los adultos mayores incluyen la niacina, riboflavina, tiamina y vitaminas B₆, C y D. No obstante, se recomienda precaución, pues las vitaminas, minerales y remedios herbolarios en altas dosis pueden causar efectos adversos ([tablas 11-3 y 11-4](#)) e interactuar con diversos medicamentos ([tabla 11-5](#)).

Por ejemplo, el exceso del consumo de calcio (más de 2 000 mg/día) puede resultar en alteraciones como cálculos renales. Si se emplean suplementos de calcio, no deben consumirse más de 500 mg en cualquier toma, pues las cantidades mayores no se absorben de manera eficaz. Debido al aumento de la cantidad de productos fortificados con calcio que se encuentran disponibles, los adultos mayores deben verificar las etiquetas y la cantidad de calcio que reciben de las diversas fuentes. Deben considerarse también los alimentos y los suplementos que se consumen porque

el salvado de trigo, la soja y otras legumbres pueden interferir con la absorción de calcio.

TABLA 11-3 Riesgos asociados con la ingesta excesiva de ciertas vitaminas y minerales

Vitamina/mineral	Posibles efectos adversos con dosis altas
Vitamina D	Depósitos de calcio en riñones y arterias
Vitamina K	Trombos
Ácido fólico	Deficiencia de vitamina B ₁₂ oculta (causa de demencia)
Calcio	Cálculos renales; alteración de la absorción de otros minerales
Potasio	Infarto cardíaco

TABLA 11-4 Efectos adversos del empleo prolongado o excesivo de ciertas hierbas

Efecto adverso	Hierba
Anorexia	Té verde
Arritmias	Aloe (interior), cáscara sagrada, <i>ma huang</i>
Estreñimiento	Acacia, agrimonia, hidrastis y hierba de San Juan
Diarrea	Cáscara sagrada, pimienta roja, narcisos, eucalipto, té verde, soja.
Eccema	Ajo, cebolla
Edema	Aloe, espino cervical, cáscara sagrada, ruibarbo
Fiebre	Equinácea
Malestar gastrointestinal	Pimienta roja, <i>kava</i> , serenoa, valeriana
Cefalea	Cimífuga, té verde, lirio de los valles, <i>ma huang</i> , valeriana
Hipocalemia	Espino cervical, cáscara sagrada, ruibarbo
Hipotensión	Cimífuga, espino
Insomnio	Té verde, <i>ma huang</i> , valeriana
Ictericia	<i>Kava</i>
Daño hepático	Pimienta roja, zamarrilla de los muros, gayuba
Náuseas y vómitos	Cimífuga, celidonia, narcisos, equinácea, eucalipto, té verde, lirio de los valles, sándalo, gayuba.
Urticaria	Levadura de cerveza, <i>psyllium</i>
Vértigo	Té verde

TABLA 11-5 Interacciones entre hierbas y fármacos

Hierba	Fármaco	Efecto de la interacción
<i>Aloe barbadensis</i>	Glucósidos cardíacos	Aumento del efecto del fármaco
	Corticoesteroides	Aumento de la excreción de potasio

	Diuréticos tiazídicos	Aumento de la excreción de potasio
Cascara sagrada	Diuréticos tiazídicos	Aumento de la excreción de potasio
Matricaria	Salicilatos	Aumento del efecto antitrombótico
	Warfarina	Aumento del efecto antitrombótico
Ginkgo biloba	Medicamentos antitrombóticos	Aumento del efecto antitrombótico
Kava	Depresor del sistema nervioso central	Aumento de la sedación
Sauce blanco	Salicilatos	Aumento del efecto antitrombótico

La valoración de enfermería debe incluir una revisión del tipo y la cantidad de suplementos nutricionales que se emplean. El personal de enfermería puede motivar a los adultos mayores a evitar el consumo excesivo de suplementos y evaluar su uso con los proveedores de atención a la salud.

 **CONCEPTO CLAVE**

Las vitaminas, los minerales y los suplementos herbolarios pueden ser benéficos, pero se recomienda precaución para evitar efectos adversos derivados de su consumo.

Necesidades especiales de las mujeres

Las cardiopatías, el cáncer y la osteoporosis son algunas de las enfermedades relacionadas con la nutrición a las que son susceptibles las mujeres de edad avanzada. La consciencia de las necesidades y la disminución de los riesgos relacionados con la nutrición puede prevenir algunas de estas complicaciones.

Desde los 64 hasta los 74 años de edad, la tasa de enfermedades cardíacas es igual entre hombres y mujeres. La reducción de la ingesta de grasa al 30% del total de kilocalorías o menor (70 g en una dieta de 1 800 kilocalorías) puede ser benéfica en la reducción de cardiopatías en mujeres mayores. La investigación está en el proceso de determinar el papel de la dieta baja en grasa en la reducción del riesgo de cáncer de mama, lo que puede ser otro beneficio de la limitación de la ingesta de lípidos. El consumo de alcohol también tiene un papel en el cáncer de mama, pues la ingesta de 40 g o más han demostrado incrementar el riesgo de éste (900 mL de cerveza o 90 mL de whisky). Por lo tanto, se recomienda la reducción en la ingesta de alcohol.

Casi todas las mujeres sufren algún grado de osteoporosis en el momento en el que llegan a los 80 años de edad. El riesgo de la pérdida ósea aumenta debido a disminución de estrógenos, obesidad, inactividad, hábito tabáquico y consumo excesivo de cafeína y alcohol. El riesgo de fracturas por fragilidad ósea y las complicaciones que resultan exigen la prevención de la pérdida ósea mediante el control de riesgos. Las mujeres posmenopáusicas deben ingerir diariamente al menos 1 000 mg de calcio. El calcio proveniente del carbonato y el citrato es la forma más habitual de suplementación de calcio. El carbonato de calcio es la forma de mayor coste-eficacia; debe ingerirse con los alimentos en dosis no mayores de 500 mg en cada toma para garantizar la absorción óptima (Dang, Levis, and Lagari, 2014).

REQUERIMIENTOS DE HIDRATACIÓN DE LOS ADULTOS

MAYORES

Con el incremento de la edad, se pierde líquido intracelular, lo que provoca reducción de los líquidos corporales. Mientras que el agua compone el 60% del peso corporal en adultos jóvenes, conforma sólo el 50% o menos del peso corporal en adultos mayores. Lo anterior disminuye el margen de seguridad para la pérdida hídrica; las alteraciones mínimas en la ingesta o la pérdida de agua que no serían mayor problema en una persona joven pueden poner en riesgo la vida de un adulto mayor. El Institut of Medicine recomienda la ingesta de 3.7 L/día para los hombres de 50 años de edad y 2.7 L/día para las mujeres del mismo grupo etario (equivalente a 11-15 vasos de 240 mL). Algunas enfermedades requieren una menor ingesta de agua. El personal de enfermería debe valorar ciertos factores que pueden provocar que el adulto mayor ingiera menor cantidad de líquidos, como:

- Disminución en la sensación de sed relacionada con la edad.
- Temor a incontinencia (por enfermedad o ausencia de oportunidad para la micción).
- Ausencia de acceso a líquidos.
- Incapacidad de obtener o beber líquidos de manera independiente.
- Falta de motivación.
- Alteración del estado de ánimo o el estado cognitivo.
- Náuseas, vómitos y alteraciones gastrointestinales.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DESTACADO 11-1

DÉFICIT DEL VOLUMEN HÍDRICO

Generalidades

El déficit del volumen hídrico es aquel estado de hidratación en el cual los líquidos intracelular, extracelular o vascular son menores a los requeridos por el cuerpo. Esta alteración puede evidenciarse debido a aumento de excreción, menor ingesta, orina concentrada, pérdida de peso, hipotensión, aumento del pulso, turgencia deficiente, piel y mucosas secas, aumento de la temperatura corporal, debilidad y aumento de la creatinina sérica, el nitrógeno uréico y el hematócrito.

Factores contribuyentes y causales

Vómitos, diarrea, poliuria, drenaje excesivo, sudoración abundante, aumento de la tasa metabólica, ingesta insuficiente debida a limitación física o cognitiva, líquidos inaccesibles y medicamentos (p. ej., diuréticos, laxantes, sedantes).

Objetivo

El paciente obtiene un equilibrio de ingresos y egresos con margen de 200 mL y se ha identificado y corregido la causa del desequilibrio.

Intervenciones

- Realizar una valoración completa para identificar la causa subyacente del déficit del volumen hídrico; implementar el tratamiento para la causa en la medida necesaria.
- Mantener un registro fiel de ingresos y egresos.
- Vigilar de manera continua los signos vitales, la densidad urinaria, la turgencia cutánea y el estado mental.

- Vigilar diariamente el peso del paciente hasta que se corrija el problema.
- Motivar la ingesta de líquidos, al menos 3.7 L/día para hombres y 2.7 L/día para mujeres, a menos que esté contraindicado; ofrezca alimentos con alto contenido de agua (gelatina, sorbetes, sopa); mantenga los líquidos accesibles.
- Consultar con el médico la necesidad de reposición intravenosa; si es necesario, vigile de cerca la administración debido al riesgo de hiperhidratación en los adultos mayores.
- Ayudar o brindar buena higiene bucal.
- Identificar a las personas con alto riesgo de deshidratación y vigilar de cerca sus ingresos y egresos.

Cuando estos factores se presentan o hay algún indicio de la ingesta de líquidos inapropiada, debe vigilarse y registrarse la ingesta hídrica (véase [Diagnóstico de enfermería destacado 11-1](#), *Déficit del volumen hídrico*).

La restricción hídrica no sólo predispone a los adultos mayores a la infección, el estreñimiento y la disminución de la distensibilidad vesical, sino también a desequilibrios hidroelectrolíticos graves. La deshidratación, una alteración mortal en los adultos mayores debido a la cantidad de líquido ya disminuida, se manifiesta con piel seca y ausencia de la elasticidad, lengua seca y café, mejillas hundidas, orina concentrada, urea sérica en valores mayores de 60 mg/dL y, en algunos casos, confusión.

En el extremo contrario, los adultos mayores también son más susceptibles de hiperhidratación a causa de la disminución de la función renal y cardiovascular. La hiperhidratación cobra importancia si se requieren líquidos intravenosos por razones terapéuticas.



CONCEPTO CLAVE

La disminución de los líquidos corporales relacionada con la edad disminuye el margen de seguridad cuando se consume una cantidad insuficiente de líquido o se pierde una cantidad mayor de líquido.

PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL

La ausencia de dolor o lesiones gingivales y dentales promueve la ingesta de una gran variedad de alimentos. La capacidad de cumplir con las necesidades nutricionales en la vida tardía es influida por el cuidado dental a lo largo de la vida. La mala higiene dental, las influencias del entorno, la nutrición inadecuada y los cambios en el tejido gingival suelen contribuir a la pérdida dental grave en los adultos mayores. Después de la tercera década de la vida, la enfermedad periodontal es la primera causa de pérdida dental; a los 70 años de edad, la mayoría de las personas pierden todos sus dientes. Un mayor número de adultos mayores conservan sus dientes conforme envejecen; no obstante, sin atención para prevenir la enfermedad periodontal, también pasarán su vejez sin sus dientes naturales. Además de la instrucción de métodos para prevenir la enfermedad periodontal, el personal de enfermería debe verificar que los adultos mayores y sus cuidadores comprendan los signos de esta enfermedad para que puedan solicitar atención oportuna. Los signos de la enfermedad periodontal incluyen:

- Encías con hemorragia, en especial cuando se cepillan los dientes.

- Encías con edema, eritema y dolor.
- Material purulento que se secreta cuando se ejerce presión sobre el área.
- Mal aliento crónico.
- Pérdida de la firmeza dental en el borde gingival.

El empleo de un cepillo de dientes es más eficaz que el de hisopos u otros dispositivos suaves para mejorar el estado gingival y eliminar restos de comida suaves de los dientes. Los hisopos con limón y glicerina secan la mucosa bucal y contribuyen a la erosión del esmalte dental. Los enjuagues bucales con alto contenido de alcohol pueden ser muy irritantes para la boca del adulto mayor; se recomienda diluir en partes iguales un enjuague bucal comercial con agua. Se debe tener precaución de no lesionar los tejidos al realizar la higiene bucal debido a que son más sensibles, frágiles y susceptibles de irritación. Los dientes que han perdido firmeza deben extraerse para evitar su aspiración y que provoquen abscesos pulmonares.



Alerta sobre el dominio de conceptos

La mala higiene bucal puede causar desnutrición. Las encías y los dientes sin dolor o lesiones promueven la ingesta de una gran variedad de alimentos e influyen en el estado nutricional.

Es de esperarse que una vida de mala higiene dental no pueda revertirse. Los problemas dentales geriátricos requieren prevención en la etapa temprana de la vida. A pesar de que ha aumentado el campo de la odontología geriátrica, gran cantidad de personas no tienen acceso a este servicio o no tienen la capacidad financiera para obtener esta atención. Mediante la educación, el personal de enfermería puede crear conciencia pública de la importancia de la higiene bucal y dental de calidad y regular en todas las etapas de la vida e informar a los pacientes que el envejecimiento no significa la pérdida dental.



COMUNICACIÓN

Cuando se identifica que una persona mayor no ha visitado al dentista en el último año, el personal de enfermería debe determinar la causa y ajustar sus acciones con base en ella. Por ejemplo, si el adulto mayor admite que no puede cubrir el coste de atención odontológica, puede ayudarse a encontrar atención dental de bajo coste o gratuita. Por otro lado, si el paciente admite que no considera que necesita atención debido a la edad o el empleo de dentaduras, debe brindarse educación acerca de la necesidad de cuidados bucales a lo largo de la vida.

Gran cantidad de adultos mayores consideran que tener dentaduras postizas elimina la necesidad de la higiene dental. El personal de enfermería debe corregir esta idea errónea y motivar el cuidado dental continuo en pacientes con dentaduras postizas. Las lesiones, las infecciones y otras enfermedades pueden ser diagnosticadas por los odontólogos y corregirse para evitar que se desarrollen complicaciones graves. Los cambios en la estructura tisular pueden alterar el ajuste de los dispositivos dentales, lo que requiere alteración del equipo. Las dentaduras con mal calce no siempre deben reemplazarse; en algunas ocasiones, pueden modificarse para garantizar un ajuste adecuado. El personal de enfermería puede explicar lo

anterior a los adultos mayores, pues es probable que exista preocupación acerca de los costes. Aún más importante, los dispositivos dentales deben utilizarse, no permanecer guardados en el bolsillo o el gabinete. Utilizar dispositivos dentales permite la masticación correcta, lo que motiva a los adultos mayores a incluir mayor variedad de alimentos en sus dietas.



CONCEPTO CLAVE

Los problemas dentales pueden afectar prácticamente cualquier sistema corporal; por lo tanto, deben identificarse y tratarse de manera oportuna.

AMENAZAS A LA BUENA NUTRICIÓN

Indigestión e intolerancia alimentaria

La indigestión y la intolerancia alimentaria son frecuentes entre los adultos mayores debido a la disminución en la motilidad gástrica, menor secreción gástrica y mayor tiempo de vaciado gástrico. Los adultos mayores suelen controlar estos problemas usando antiácidos o limitando la ingesta de alimentos, pero estas medidas pueden ponerlos en riesgo de otras complicaciones. Deben identificarse otras medidas para atender estos problemas. Por ejemplo, el enfermero puede sugerir comer varias comidas pequeñas en lugar de tres abundantes. El método anterior no sólo brinda menor cantidad de alimento para la digestión en una sola ocasión, sino que también ayuda a mantener la glucemia estable durante el día. Puede ser de utilidad evitar o limitar el consumo de alimentos fritos debido a que es más fácil digerir alimentos asados, hervidos u horneados. Cuando se presentan intolerancias a alimentos, el paciente puede evitar productos específicos en la dieta. A menudo, los adultos mayores pueden requerir ayuda para identificar alimentos problemáticos, en especial si los han consumido durante toda su vida. Sentarse en una posición Fowler alta al momento de la toma de alimentos y 30 min después es útil debido a que aumenta el tamaño de las cavidades abdominal y torácica, lo que brinda más espacio para el estómago y facilita la deglución y la digestión. Por último, garantizar la toma de líquidos y la actividad adecuadas promueve el avance de la comida a lo largo del tubo digestivo.



CONCEPTO CLAVE

Las restricciones dietéticas autoimpuestas y el mal empleo de los antiácidos para alivio de la indigestión pueden crear una nueva gama de problemas en los adultos mayores.

Anorexia

La **anorexia** puede relacionarse con diversas enfermedades, incluyendo los efectos adversos de los medicamentos, la inactividad, las enfermedades físicas, los cambios relacionados con la edad, como la disminución en el olfato y el gusto, la disminución en la producción de la hormona leptina y los cambios gástricos que producen saciedad con menores volúmenes de ingesta de alimentos. Especialmente en los adultos mayores, las pérdidas y los factores estresantes (muerte de seres queridos,

soledad, problemas financieros y vivir con los efectos de las enfermedades crónicas) pueden causar ansiedad y depresión que pueden afectar el apetito.

El paso inicial para atender el problema es la identificación de la causa. De acuerdo con ella, el tratamiento puede consistir en dieta con alto contenido calórico, derivación a programas sociales, alimentación por sonda, hiperalimentación, terapia psiquiátrica o medicamentos. Se puede lograr cierta cantidad de estimulación del apetito mediante el empleo de ciertas hierbas, como jengibre, *ginseng*, *gotu kola* y menta. Deben vigilarse los ingresos, los egresos y el peso; las pérdidas de peso mayores del 5% en un período de 1 mes y mayores del 10% dentro de un período de 6 meses se consideran significativas y requieren valoración.

Disfagia

La incidencia de la **disfagia** aumenta con la edad y puede presentarse de diversas maneras, como dificultad del paso de la comida desde la boca hasta el esófago (disfagia de transferencia), a través del esófago (disfagia de transporte) o desde el esófago hasta el estómago (disfagia de entrega). Las enfermedades neurológicas, como el ictus, pueden provocar disfagia, aunque la mayoría de los casos son resultado de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Una valoración cuidadosa que identifica problemas de deglución específicos es de utilidad para la planificación de las mejores intervenciones en la persona que sufre disfagia. Los factores que se deben considerar incluyen el inicio, los tipos de alimentos que provocan principalmente el problema (sólidos o líquidos), presentación continua o periódica y otros síntomas y complicaciones relacionados (p. ej., aspiración o pérdida de peso). La derivación con el terapeuta del lenguaje es benéfica para la valoración del problema y el desarrollo de un plan individualizado.

A pesar de que se emplean intervenciones específicas para atender las necesidades del individuo, algunas medidas generales son útiles en todas las personas con disfagia, como permanecer sentado de forma erecta al consumir alimentos o líquidos, destinar suficiente tiempo a las comidas; verificar que no existan restos de alimentos en la boca antes de ofrecer más comida; colocar pequeñas porciones en la boca; evitar hablar al comer; tener un dispositivo de succión disponible; y vigilar los ingresos, los egresos y el peso. A menudo, los líquidos espesos o los alimentos con propiedades físicas modificadas pueden ser benéficos. Inclinar la cabeza a los costados y colocar la comida en una porción específica de la lengua puede estar recomendado, así como la eliminación de problema subyacentes, como la obesidad o la obstrucción estructural.

Estreñimiento

El estreñimiento es un problema frecuente entre los adultos mayores debido a la menor velocidad del peristaltismo, la inactividad, los efectos adversos de los medicamentos y una tendencia hacia la reducción de la ingesta de fibra y líquidos. Si se reduce la ingesta de alimentos para aliviar los síntomas, puede alterarse el estado nutricional. Los laxantes y otras medidas de alivio pueden provocar diarrea y deshidratación; en los casos en que se emplean laxantes oleosos, es posible la

deficiencia vitamínica de sustancias liposolubles (vitaminas A, D, K y E).

El personal de enfermería debe reconocer el estreñimiento como un problema frecuente en los adultos mayores y motivar las medidas preventivas. Los líquidos abundantes, las frutas, las verduras y la actividad son recomendables, así como el tiempo suficiente y la frecuencia de las defecaciones. La actividad promueve el peristaltismo y debe motivarse. La fibra es importante, pero debe emplearse con precaución porque causa cólicos y distensión. La acidez gástrica disminuida contribuye a la formación de bezoares, lo que provoca náuseas, vómitos, plenitud, dolor abdominal y diarrea. La *Senna* es una planta que funciona como laxante natural y puede consumirse en forma de té o comprimido. A menudo, los pacientes están al tanto de los alimentos que facilitan la defecación (plátanos, ciruelas, zanahorias y avena), los cuales deben incorporarse a la dieta regular. Los laxantes deben considerarse sólo después de que otras medidas no han sido exitosas. Cuando son necesarios, es importante emplearlos con precaución.

Desnutrición

Debido a que la desnutrición es una amenaza potencial y grave para los adultos mayores, exige vigilancia estricta. Los factores que contribuyen a este problema incluyen disminución del gusto y el olfato y la capacidad de masticación, peristaltismo lento, menor contracción intestinal derivada del hambre, disminución de la secreción de ácido gástrico, menor absorción de nutrientes como resultado de disminución del flujo sanguíneo intestinal y disminución de la cantidad de células en la superficie intestinal de absorción. Los efectos de los medicamentos pueden contribuir a la desnutrición (cuadro 11-1), reforzando la importancia de los métodos no farmacológicos para atender los problemas de salud cuando sea posible. Los factores socioeconómicos que contribuyen a la malnutrición también deben considerarse junto con los patrones de alimentación a lo largo de toda la vida (antecedentes de no comer en el desayuno o consumo frecuente de “comida chatarra”).

El aspecto del adulto mayor puede ser engañoso y retrasar la detección de un estado de desnutrición. Algunos signos clínicos de desnutrición incluyen los siguientes:

- Pérdida de peso mayor del 5% en el mes anterior o del 10% en los 6 meses anteriores.
- Peso 10% menor o 20% mayor del ideal.
- Albúmina sérica menor de 3.5g/100 mL.
- Hemoglobina menor de 12 g/dL.
- Hematócrito menor del 35%.

CUADRO 11-1 Riesgos nutricionales asociados con medicamentos específicos

Anemia

Colchicina
Indometacina
Metildopa
Nitrofurantoina
Antinflamatorios no esteroideos
Oxifenbutazona
Fenilbutazona
Sulfamidas

Anorexia

Ácido aminosalicílico
Glucósidos cardíacos
Estimulantes del sistema nervioso central
Propranolol
Pirazinamida

Estreñimiento

Hidróxido de aluminio
Carbonato de calcio
Cimetidina
Codeína
Opiáceos
Antinflamatorios no esteroideos
Sedantes hipnóticos

Diarrea

Ampicilina
Ácido ascórbico
Glucósidos cardíacos
Cimetidina
Laxantes
Preparaciones a base de magnesio
Neomicina
Antinflamatorios no esteroideos
Penicilinas
Tetraciclina

Alteraciones hídricas y electrolíticas

Corticoesteroides
Diuréticos
Estrógenos
Laxantes
Prednisona

Malestar gastrointestinal

Ácido acetilsalicílico
Colchicina
Corticoesteroides
Eritromicina
Estradiol
Estrógenos
Fenoprofeno
Ibuprofeno
Indometacina
Naproxeno
Antinflamatorios no esteroideos
Oxifenbutazona
Fenilbutazona
Probenecid
Tetraciclina

Tolmetina
Náuseas y vómitos
Alopurinol
Antibióticos
Medicamentos anticancerosos
Anticolinesterasas
Anticonvulsivos
Antiarrítmicos
Antihistamínicos
Antihipertensivos
Glucósidos cardíacos
Hidrato de cloral
Codeína
Colchicina
Diuréticos
Ibuprofeno
Levodopa
Naproxeno
Opiáceos
Antinflamatorios no esteroideos
Potasio
Probenecid
Propranolol
Reserpina
Tamoxifeno
Tiamina
Tolmetina
Vasodilatadores

Otros problemas pueden indicar desnutrición, como delirio, depresión, alteraciones visuales, dermatitis, pérdida de cabello, palidez, retraso en la cicatrización de heridas, letargo y fatiga. Es importante que el personal de enfermería utilice habilidades de valoración de calidad para reconocer de manera precoz la desnutrición en los adultos mayores y motive las buenas prácticas de nutrición para prevenir su desarrollo.

ATENCIÓN DE LOS ESTADOS NUTRICIONAL E HÍDRICO DE LOS ADULTOS MAYORES

Un gran número de factores físicos, mentales y socioeconómicos afectan el estado nutricional en la vida tardía. Debido a que estos factores pueden cambiar, es necesaria la valoración nutricional regular. La valoración nutricional eficaz requiere colaboración entre el médico, el enfermero, el nutriólogo y el trabajador social. La [guía de valoración 11-1](#) describe los componentes básicos de la valoración nutricional.

Las intervenciones específicas que se comentan en este capítulo pueden ayudar a atender amenazas a la nutrición y la hidratación. Además, es importante que se considere que suele ser suficiente la derivación a un servicio para mejorar el estado nutricional del paciente. Al atender las necesidades nutricionales de los adultos mayores, el personal de enfermería debe considerar una gran cantidad de servicios,

incluyendo el Supplemental Nutrition Assistance Program, antes conocido como vales para alimentación, Meals on Wheels, ayuda para la preparación y compra de alimentos mediante organizaciones voluntarias, ayuda de alimentos a domicilio, programas de alimentación en grupos y asesoría nutricional y psicológica.

Además de las consideraciones fisiológicas, deben tenerse en cuenta los aspectos sociales y culturales de la comida. Para gran cantidad de personas, la preparación, servir y el consumo de alimentos pueden equipararse a un acto de amor. La conexión social con los demás y las celebraciones a menudo incluyen alimentos. El aprecio suele expresarse mediante el regalo de un detalle comestible. Es útil motivar a familiares y amigos a traer alimentos especiales para los adultos mayores hospitalizados o en centros de atención y ayudarlos a que formen parte de las celebraciones. Por ejemplo, en una residencia de adultos mayores, el personal de enfermería puede ayudar a la familia del paciente a encontrar un área privada donde puedan llevar a cabo un almuerzo familiar para celebrar una situación especial.

El personal de enfermería también debe considerar las variables culturales que rigen la nutrición. Los factores étnicos y religiosos pueden influir en la elección y la preparación de alimentos, así como los patrones y las prácticas de alimentación. En algunas culturas, ciertos alimentos se perciben con beneficios de sanación. Por ejemplo, los asiáticos americanos consideran que la salud es el equilibrio entre en *yin* y el *yan*, por lo que eligen ciertos alimentos *fríos* o *calientes* para restaurar el equilibrio. Es importante comprender los factores culturales específicos que dirigen las prácticas nutricionales para lograr una atención individualizada.



COMUNICACIÓN

A pesar de que existen diversas prácticas alimenticias frecuentes y preferencias dietéticas específicas entre grupos étnicos y religiosos, no todos los miembros de un grupo siguen estas prácticas. El personal de enfermería debe consultar con los pacientes acerca de las preferencias dietéticas específicas.



GUÍA DE VALORACIÓN 11-1 ESTADO NUTRICIONAL

ANTECEDENTES

- Verifique los antecedentes patológicos y los registros médicos para identificar enfermedades y diagnósticos que pueden alterar la compra, preparación, ingesta, digestión, absorción y excreción de alimentos.
- Revise los medicamentos para identificar aquellos que afectan el estado nutricional y el apetito.
- Determine el tipo y la cantidad de cualquier suplemento alimenticio empleado.
- Solicite al paciente que describa su dieta, hábitos de alimentación, preferencias y restricciones.
- Consulte con el paciente si se ha presentado algún cambio en el apetito, la digestión, el consumo de alimentos o la capacidad de masticar y deglutir.
- Pida al paciente lleve un diario de toda la ingesta de alimentos durante una semana.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Inspeccione el cabello. La pérdida o la debilidad del cabello pueden estar asociadas con desnutrición.

- Inspeccione la piel. Identifique la persistencia de erección pilosa (deficiencia de vitamina B₆), palidez (anemia), púrpura (deficiencia de vitamina C), pigmentación café (deficiencia de niacina), áreas escamosas con eritema en los pliegues alrededor de los ojos y entre la nariz y la comisura labial (deficiencia de riboflavina), dermatitis (deficiencia de cinc) e infecciones micóticas (hiperglucemia).
- Valore la turgencia cutánea. La turgencia cutánea, aunque deteriorada en gran cantidad de adultos mayores, suele ser mejor en las áreas sobre la frente y el esternón; por lo tanto, se prefiere evaluar estas zonas.
- Valore el tono muscular, la fuerza y el movimiento. La debilidad muscular puede asociarse con deficiencias vitamínicas y de minerales.
- Inspeccione los ojos. Interrogue acerca de los cambios en la visión y la visión nocturna (deficiencia de vitamina A). Registre el percentil del paciente.
- Inspeccione la cavidad bucal. Identifique la sequedad (deshidratación), las lesiones, el estado de la lengua, el mal aliento y el estado de los dientes o las dentaduras.
- Interrogue acerca de signos y síntomas: dolor lingual, indigestión, diarrea, estreñimiento, sabor de la boca, debilidad, calambres, sensación de ardor, mareos, adormecimiento, dolor óseo, dolor articular, abscesos recurrentes, disnea, disfagia, anorexia y cambios en el apetito.
- Observe si existen dificultades para deglutir alimentos o líquidos.

Evaluación bioquímica

- Obtenga muestras de sangre para la detección de capacidad de fijación de hierro total, saturación de transferrina, proteínas, albúmina, hemoglobina, hematócrito, electrolitos, vitaminas y tiempo de protrombina.
- Obtenga muestras de orina para determinar la densidad.

Mediciones antropométricas

- Determine e interrogue acerca de cambios en la estatura y el peso. Emplee tablas ajustadas para la edad a fin de valorar el peso. Registre las pérdidas del 5% del peso en el mes anterior y del 10% dentro de los 6 meses anteriores.
- Determine el grosor del panículo tricípital (GPT). Para realizar esta determinación, tome un pliegue cutáneo junto con la grasa subcutánea en el punto medio entre el hombro y el codo y mida con un plicómetro. Registre el percentil del paciente.
- Determine el perímetro medial del brazo (PMB) con una cinta métrica (en centímetros) y utilice esta cifra para determinar el perímetro muscular medial del brazo (PMMB).

$$\text{PMMB (cm)} = \text{PMB (cm)} - (0.314 \times \text{GPT [mm]})$$

El PMMB estándar es de 25.3 cm en hombres y de 23.2 cm en mujeres. Los PMMB menores del 90% del estándar se consideran desnutrición; menores del 60%, se consideran desnutrición proteínico calórica.

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

- Valore la función cognitiva.
- Identifique las alteraciones en el estado de ánimo, el comportamiento, el estado cognitivo y de consciencia. Manténgase alerta ante signos de depresión (puede estar asociada con deficiencias de vitamina B₆, magnesio y niacina).
- Interrogue acerca de cambios en el estado de ánimo o la cognición.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Intervención nutricional y entrenamiento físico en personas mayores frágiles y con desnutrición dentro de la comunidad, realizada por compañeros capacitados pero no certificados. Protocolo de un estudio aleatorizado controlado

Fuente: Dorner, T. E., Lackinger, C., Haider, S., Luger, E., Kapan, A., et al. (2013). BMC Public Health, Publicado en línea en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880970/>

En este estudio, se inscribieron a 80 adultos frágiles con desnutrición residentes de la comunidad y 80 compañeros (voluntarios no certificados) mayores de 50 años de edad. Los compañeros fueron capacitados en intervenciones para mejorar la actividad física y el conocimiento sobre nutrición, y se les asignó la visita a personas mayores en desnutrición y frágiles en sus hogares dos veces a la semana durante un período de 12 semanas. Del total de participantes con desnutrición y fragilidad, 40 recibieron intervenciones para mejorar su ingesta de líquidos, proteínas y calorías y realizar ejercicios de resistencia para mejorar su funcionamiento basal, mientras que el resto sólo recibió la visita domiciliaria.

Se realizaron diversas determinaciones en diferentes intervalos, incluyendo estado nutricional, calidad de la dieta, frecuencia de hospitalizaciones y caídas, estado de fragilidad, función cognitiva, fuerza muscular y actividad física diaria. El estudio mostró que los compañeros sin certificación fueron capaces de influir de manera positiva sobre el estado de salud y desnutrición de los adultos frágiles. El estado general de salud de los compañeros también mejoró. El estudio también sugiere que además de promover las intervenciones que mejoran el estado nutricional, este abordaje tiene el potencial de disminuir el aislamiento social. El estudio muestra que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica puede influir sobre mayor cantidad de adultos mayores si utiliza la creatividad en sus métodos de intervención. No sólo los programas como éste brindan educación y apoyo para mejorar la nutrición de adultos en riesgo, sino que también tienen el potencial de ofrecer oportunidades de actividades benéficas a los voluntarios con edad mayor, lo que previene complicaciones nutricionales y de otros tipos en ellos. El personal demuestra liderazgo al identificar la necesidad de estos programas y los grupos susceptibles de implementarlos, abogar por la implementación de éstos, diseñar programas, brindar educación y apoyo a los voluntarios y seguir el progreso de las intervenciones.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

El enfermero Timms comenzó en fechas recientes a trabajar en una residencia de adultos mayores. Se ha percatado de que en la unidad a la que está asignado no se realizan cuidados bucales. Aunque algunos residentes tienen dientes en mal estado y dentaduras mal ajustadas, no hay un plan de atención dental.

Durante una reunión del personal, el Sr. Timms preguntó acerca de los planes de atención dental para los residentes. El personal respondió, “estas personas no cuentan con el dinero para visitar al odontólogo; además, el consultorio dental más cercano se encuentra a casi una hora de viaje”. El médico menciona que si un residente tiene una molestia dental, se prescribe una derivación al odontólogo, pero en cualquier otro caso es una pérdida de tiempo y dinero.

El Sr. Timms no se conforma con esta respuesta, pero como empleado de reciente ingreso no desea causar conflictos dentro del equipo.

¿Cuáles son las medidas que puede implementar el enfermero Timms?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Mencione los diversos requisitos físicos, mentales y socioeconómicos para la ingesta nutricional adecuada.
2. ¿Cuáles son los temas que deben incluirse en el programa de educación de higiene bucal para los adultos mayores?
3. ¿Cómo han influido la publicidad y los medios de comunicación sobre el empleo de suplementos alimenticios? ¿Qué puede hacer el personal de enfermería para ayudar a los adultos mayores a identificar la realidad y los mitos relacionados con los beneficios propuestos por los fabricantes y los distribuidores de los suplementos alimenticios?
4. Describa los factores que pueden influir de manera negativa en la ingesta calórica de los adultos mayores en una residencia de adultos mayores, un hospital o el hogar.
5. Mencione los componentes de una valoración nutricional completa.

Resumen del capítulo

El estado nutricional saludable influye de manera importante sobre la salud mental y física. En la edad avanzada, las necesidades alimenticias se alteran por factores como disminución de la tasa metabólica basal, menor actividad y reducción de la masa corporal magra acompañada de aumento en el tejido adiposo. Por lo general, se recomienda la reducción de la ingesta calórica junto con una ingesta nutricional de calidad.

Cada vez más personas de edad avanzada consumen suplementos vitamínicos, minerales y herbolarios. Al valorar la ingesta nutricional, también es importante determinar el empleo de suplementos para evaluar si se usan de manera adecuada, en dosis seguras y no interfieren con medicamentos y otros suplementos.

Una variedad de factores contribuyen con el riesgo de ingesta calórica inadecuada

en los adultos mayores. El personal de enfermería debe valorar de forma cuidadosa la ingesta adecuada de líquidos.

La enfermedad periodontal es la principal causa de pérdida dental en los adultos mayores y puede afectar la ingesta de alimentos. Se debe asesorar a los adultos mayores acerca de la importancia del cepillado de dientes y las visitas regulares al odontólogo para conservar sus dientes. El personal de enfermería debe verificar que los adultos mayores en cualquier ámbito de atención reciban cuidados bucales adecuados.

La anorexia, la disfagia, el estreñimiento y la desnutrición son los problemas nutricionales más frecuentes en los adultos mayores. Debido a la variedad de factores que pueden contribuir a cada uno de estos problemas, el personal de enfermería debe valorarlos de manera minuciosa para desarrollar el mejor plan de atención.

Recursos

American Dental Association

<http://www.ada.org>

Academy of Nutrition and Dietetics

<http://www.eatright.org>

Food and Nutrition Information Center

www.nal.usda.gov/fnic

Mini Nutritional Assessment

<http://mna-elderly.com>

National Institute of Dental and Craniofacial Research

www.nidcr.nih.gov

Nutrition.gov: Seniors

<http://www.nutrition.gov/life-stages/seniors>

Overeaters Anonymous

<http://www.overeaters.org>

U.S. Department of Agriculture Library: Aging

<http://fnic.nal.usda.gov/lifecycle-nutrition/aging>

Referencias

- Dahm, C. C., Keogh, R. H., Spencer, E. A., Greenwood, D. C., Ket, T. J., Fentiman, I. S., ... Rodwell Bingham, S. A. (2010). Dietary fiber and colorectal cancer risk: A nested case-controlled study using food diaries. *Journal of the National Cancer Institute, 102*(9), 614–626.
- Dang, S., Levis, S., & Lagari, V.S. (2014). If you take it, it works... *Journal of Women's Health, 23*(3), 278.
- Du, H., Van Der, A. D., Boshuizen, H. C., Forouhi, N. G., Wareham, N. J., Halkjaer, J., ... Feskens, E. J.. (2010). Dietary fiber and subsequent changes in body weight and waist circumference in European men and women. *Journal of Clinical Nutrition, 91*(2), 329–226.
- Frechette, J. D., & Marracinni, M. E. (2014). Role of nutrition in the prevention of cognitive decline. *Annals of Long Term Care, 22*(2), 41–48.
- Hopping, B. N., Erber, E., Grandinetti, A., Verheus, M., Kolonel, L. N., & Maskarinec, G. (2010). Dietary fiber, magnesium, and glycemic load alter risk of type 2 diabetes in a multiethnic cohort in Hawaii. *Journal of Nutrition, 140*(1), 68–74.
- McCoy, K. (2014). Getting the fruits and vegetables you need. *Mayo Clinic's Everyday Health*. Acceso el 15 de octubre de 2014 en: <http://www.everydayhealth.com/senior-health/health-benefits-of-fruits-and->

[vegetables.aspx](#)

Tufts University. (2014). *My plate for older adults*. Acceso el 15 de octubre de 2014 en: <http://www.nutrition.tufts.edu/research/myplate-older-adults>

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Sueño y descanso

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Cambios en el sueño relacionados con la edad

- Ciclos circadianos de sueño y vigilia
- Etapas del sueño
- Eficacia y calidad del sueño

Alteraciones del sueño

- Insomnio
- Miclonía nocturna y síndrome de piernas inquietas
- Apnea del sueño
- Enfermedades que afectan el sueño
- Medicamentos que afectan el sueño
- Otros factores que afectan el sueño

Promoción del descanso y el sueño en los adultos mayores

- Medidas farmacológicas para promover el sueño
- Medidas no farmacológicas para promover el sueño
- Control del dolor

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Explicar las diferencias entre las etapas y ciclos de sueño entre adultos jóvenes y mayores.
2. Describir los factores que afectan el sueño en los adultos mayores.
3. Describir las medidas farmacológicas y no farmacológicas para promover el sueño.
4. Comentar la importancia del control del dolor para promover el descanso y el sueño.

GLOSARIO

Adelanto de fase: dormir antes de la tarde y despertar temprano por la mañana.

Apnea del sueño: enfermedad en la que se presentan al menos cinco episodios en una hora de cese en la respiración, los cuales duran al menos 10 s y se acompañan de somnolencia diurna.

Insomnio: incapacidad de conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormido o despertar precoz.

Latencia del sueño: retraso en el inicio del sueño.

Mioclónia nocturna: enfermedad caracterizada por al menos cinco movimientos súbitos de los miembros inferiores en 1 h durante el sueño.

Síndrome de piernas inquietas: alteración neurológica que se caracteriza por una necesidad incontrolable de mover las piernas cuando se está en decúbito.

Todos los humanos deben cesar la actividad y la estimulación para renovar sus reservas de energía. La presencia de varios períodos de relajación a lo largo del día y un período dedicado al sueño ayudan en la promoción de un patrón de descanso saludable. El hecho de que una persona pase cerca de un tercio de su vida durmiendo y en descanso recalca la importancia de estas actividades. El sueño es con frecuencia un reflejo de nuestro estado de salud y bienestar en el sentido de que puede ser complicado o imposible obtener suficiente sueño si se presenta dolor, estrés o alteración de las funciones corporales. El sueño también es un factor que afecta la salud y el bienestar; la calidad y la cantidad inadecuadas de sueño se asocian con riesgos para la salud mental y física.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles son sus necesidades de sueño y descanso específicas y qué tanto cumple con ellas? ¿Qué percibe acerca de sus estados físico y emocional cuando no ha obtenido el sueño y el descanso adecuados?

Los cambios que ocurren con la edad y las enfermedades presentes en la edad avanzada pueden interferir con la capacidad de obtener sueño y descanso adecuados (tabla 12-1). Es necesaria una valoración hábil para verificar que el adulto mayor cumple con las necesidades de sueño y descanso e identificar los obstáculos que deben atenderse.

CAMBIOS EN EL SUEÑO RELACIONADOS CON LA EDAD

El **insomnio**, la somnolencia diurna y las siestas son altamente prevalentes entre los adultos mayores. En la mayoría de los casos, estas situaciones se presentan debido a cambios relacionados con la edad sobre el ciclo circadiano de sueño y vigilia, la arquitectura del sueño (etapas) y la eficacia y la calidad del sueño (Morales, et al., 2014).

Ciclos circadianos de sueño y vigilia

Los adultos mayores son más propensos a dormir temprano por la tarde y despertar temprano por la mañana, un comportamiento que se conoce como **adelanto de fase**. La cantidad de sueño no se altera, pero sí las horas en las que ocurre. Este cambio puede ser frustrante para los adultos mayores que perciben quedarse dormidos

durante las actividades de la tarde y estar con gran cantidad de energía en las horas tempranas de la mañana, cuando todos los demás se encuentran dormidos. Además, pueden ser necesarias las siestas en horarios de vigilia para compensar la reducción del sueño nocturno. Puede ser útil ajustar las actividades para dar lugar a los biorritmos alterados. También es útil aumentar la cantidad de luz natural para retrasar el ciclo circadiano hacia una hora de sueño posterior.

Etapas del sueño

Para que el sueño sea más reparador, las personas experimentan diversas etapas. La cantidad de tiempo que se destina a cada etapa se altera con el paso de la edad (tabla 12-2). Después de la mediana edad, comienza a presentarse una reducción en la etapa de movimiento ocular rápido (REM, *rapid eye movement*) y la etapa no REM. Las personas mayores duermen con menor profundidad; alternan entre la etapa I en mayor medida que los adultos jóvenes y pasan más tiempo en las etapas I y II. Se presenta una disminución en la proporción de tiempo que permanecen en las etapas más profundas III y IV.

Eficacia y calidad del sueño

La *latencia del sueño*, un retraso en el inicio del sueño, se presenta con mayor frecuencia en la vida tardía. Al comenzar la mediana edad, las personas se hacen más sensibles al ruido durante el sueño y se despiertan con ruidos que pueden no desencadenar reacción alguna en los adultos jóvenes. De la misma manera, los adultos mayores son más propensos en comparación con los jóvenes a ser despertados por las luces encendidas o los cambios en la temperatura de la habitación. Es importante considerar estos factores durante la atención del adulto mayor en los diversos centros. Si el área destinada para el sueño es ruidosa, se puede emplear un generador de ruido blanco, un ruido tranquilizante capaz de enmascarar otros tipos de sonidos. Algunas personas consideran que el radio produce el mismo efecto.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 12-1 Envejecimiento y riesgos a la capacidad de obtener descanso

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería ^a
Aumento del despertar durante el sueño, menor presencia de etapas del sueño III y IV	Alteración de los patrones de sueño relacionada con menor presencia de ciertas etapas del sueño
Aumento en la incidencia de nicturia	Alteración del patrón de sueño relacionada con nicturia
Percepción del entorno nocturno deficiente relacionada con déficits auditivos y visuales	Ansiedad y temor relacionados con dificultad para conciliar el sueño
Aumento de la incidencia de calambres musculares durante los períodos de descanso	Dolor agudo relacionado con calambres musculares

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

TABLA 12-2 Etapas del sueño y diferencias en el adulto mayor

Etapa	Características	Diferencias en el adulto mayor
I	Comienza a cabecear Puede despertar fácilmente Si se permite, alcanza la siguiente etapa en minutos	Pasa mayor cantidad de tiempo en esta etapa, probablemente a causa de despertar con frecuencia; aumento en el número de despertares y cambios hacia el sueño de movimiento ocular rápido (REM)
II	Se alcanza una etapa de relajación más profunda Cierta cantidad de movimientos oculares es visible con los párpados cerrados Puede despertar con facilidad	No hay cambios significativos, aunque el adulto mayor puede permanecer más tiempo en esta etapa
III	Etapa temprana de sueño profundo Menor temperatura corporal y frecuencia cardíaca Relajación muscular Despertar más difícil	Disminuida
IV	Sueño y relajación profundos Disminución de todas las funciones corporales Se requiere estimulación considerable para el despertar La insuficiencia de sueño de etapa IV puede provocar alteración emocional	Disminuida
REM	Se presenta el sueño REM Aumento de los signos vitales (en ocasiones irregulares) Se presenta el sueño REM aproximadamente una vez cada 90 min de sueño en etapa IV La insuficiencia de sueño REM puede provocar disfunción emocional, incluyendo psicosis	Disminución debido a menor cantidad de sueño ^a

^aCiertos fármacos también pueden disminuir el sueño REM, incluyendo el alcohol, los barbitúricos y los derivados de la fenotiazina.



CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería debe estar consciente de que los adultos mayores despiertan fácilmente a causa de ruido o luz asociados con la atención y las actividades del personal durante la noche.

ALTERACIONES DEL SUEÑO

Cerca de la mitad de los adultos informan problemas del sueño, y el principal de ellos es el insomnio. El personal de enfermería puede identificar las alteraciones del sueño en el adulto mayor mediante una herramienta de autovaloración, como el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (véase la sección de *Recursos*). Además del insomnio, los movimientos de piernas, la apnea del sueño, las enfermedades mentales y los medicamentos pueden alterar el sueño de los adultos mayores.

Es importante que se identifique la mala calidad de sueño y se atienda, pues

puede evidenciar otras alteraciones y riesgos. Las investigaciones han mostrado que la calidad de sueño deficiente es un mejor indicador de suicidio en los adultos mayores que los síntomas de depresión (Bernert, Turvey, Conwell y Joiner, 2014). Además, la menor duración del sueño y el sueño poco reparador se han asociado con mayores cantidades de β -amiloide en el cerebro, el cual es un marcador para enfermedad de Alzheimer (Spira, et al., 2013).

Insomnio

El *insomnio* es la dificultad para iniciar el sueño, permanecer dormido o despertar precoz. Puede ser complicado obtener un estimado preciso acerca del problema, pues el insomnio tiene diversos significados. Las personas pueden informar insomnio debido a que despiertan a las 5 de la mañana, tienen dificultad para conciliar el sueño, no duermen profundamente o se levantan al inodoro en diversas ocasiones durante la noche. Lo anterior recalca la importancia de reconocer el insomnio como síntoma y valorar exhaustivamente los factores que contribuyen a la alteración del sueño. El insomnio puede ser un problema temporal asociado con el cambio de entorno, la enfermedad, el estrés adicional o la ansiedad. El insomnio crónico (3 o más semanas) puede relacionarse con enfermedades mentales o físicas, factores ambientales, abuso de sustancias o medicamentos. Los sedantes no son necesarios si el problema de base es susceptible de atenderse.



COMUNICACIÓN

Durante la valoración del sueño en los adultos mayores, si el paciente informa insomnio, el personal de enfermería debe indagar en los detalles para identificar si el problema es la mala calidad del sueño o la escasa cantidad de éste. Preguntar a los pacientes acerca de factores específicos que pueden afectar el sueño puede ayudarlos a recordar factores específicos que contribuyen al insomnio que no consideraron anteriormente. Estos factores pueden incluir tomar una taza de té con cafeína antes de dormir o no utilizar medidas analgésicas adecuadas para el control del dolor.

Mioclónia nocturna y síndrome de piernas inquietas

Los movimientos súbitos de miembros inferiores durante el sueño pueden despertar a la persona durante las noches. Una de las causas de ello es lo que se conoce como *mioclónia nocturna*, una enfermedad caracterizada por al menos cinco movimientos de miembros inferiores durante una hora de sueño. La mioclónia nocturna se asocia con el consumo de antidepresivos tricíclicos e insuficiencia renal crónica.

El *síndrome de piernas inquietas*, una alteración neurológica que se caracteriza por deseo incontrolable de mover las piernas, aumenta en incidencia y gravedad con la edad. Las personas con síndrome de piernas inquietas pueden informar sensaciones con palabras como *incomodidad, electricidad, picazón, pinchazos, tirones, movimientos de insectos y dolor*. Mover las piernas brinda alivio a estas sensaciones, pero interfiere con el sueño. El síndrome puede resultar de deficiencia de hierro, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, diabetes, lesiones neurológicas; se considera que se relaciona con alteraciones en el metabolismo de hierro y dopamina. Los antidepresivos, los antihistamínicos, los antipsicóticos, el alcohol, la cafeína, la hipoglucemia y los hidratos de carbono simples y refinados contribuyen al síndrome.

La deshidratación empeora los síntomas; beber un vaso de agua alivia los síntomas en algunas personas, así como el masaje y la aplicación de calor y frío.

A pesar de que no se ha investigado la eficacia a largo plazo en los adultos mayores, tanto la mioclonía nocturna como el síndrome de piernas inquietas se tratan con medicamentos dopaminérgicos, benzodiazepinas, opiáceos, anticonvulsivos, adrenérgicos y suplementos de hierro.

Apnea del sueño

La **apnea del sueño** es una alteración importante en la cual se presentan al menos cinco episodios de cese en la respiración en 1 h y con duración mayor de 10 s; se acompaña de somnolencia diurna. El padecimiento se caracteriza por ronquidos y despertar súbito para tomar aire. La prevalencia es tres veces mayor en hombres que en mujeres y aun mayor en personas con obesidad o sobrepeso.

La enfermedad es consecuencia de un defecto en el sistema nervioso central que afecta el diafragma (apnea central), una obstrucción en la vía aérea superior que interfiere con el flujo normal de aire (apnea obstructiva) o una combinación de ambas (apnea mixta). Los ronquidos suelen presentarse en el tipo obstructivo. La interrupción del sueño se manifiesta como somnolencia y fatiga diurnas; el personal de enfermería debe valorar la presencia de apnea siempre que se presenten estos síntomas.

Las clínicas de enfermedades del sueño y otros recursos son de utilidad en la valoración del padecimiento y la determinación del mejor plan de tratamiento, el cual consiste en reducción del peso, medicamentos, presión positiva de la vía aérea o cirugía para eliminar obstrucciones o realinear la mandíbula.

Debe evitarse dormir en decúbito supino, pues causa que la lengua se desplace hacia la parte posterior de la faringe y obstruye la vía aérea. El alcohol y otras drogas con efectos depresores empeoran el problema disminuyendo el reflejo respiratorio y relajando los músculos de la faringe. Se debe advertir a los pacientes acerca de manejar o emplear maquinaria cuando presentan somnolencia diurna.

Enfermedades que afectan el sueño

Las enfermedades, en particular las crónicas, pueden interferir con el sueño debido a que producen síntomas como nicturia, incontinencia, dolor, ortopnea, apnea, calambres musculares y temblores. Las enfermedades cardiovasculares que producen isquemia cardíaca nocturna interfieren con el sueño debido a la presencia de disnea y angina temporal. La glucemia variable afecta el sueño de las personas que padecen diabetes. El dolor gástrico puede despertar a las personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otro tipo de alteraciones pueden afectar el sueño debido a tos y disnea. Las enfermedades de origen muscular pueden producir dolor. Las personas con demencia tienen etapa II y REM escasas, no presentan etapa IV y se despiertan con frecuencia. La depresión y otras alteraciones emocionales alteran el sueño.

Debido a que las enfermedades son capaces de modificar el sueño, es importante considerar que los cambios en el patrón de descanso indican signos de otros

problemas no determinados en la población mayor. A pesar de que no es infrecuente que se levanten temprano durante la mañana, la aparición repentina de despertar precoz o insomnio en el adulto mayor puede indicar la presencia de alteraciones emocionales o abuso de alcohol. Las alteraciones del sueño también pueden presentarse como parte de problemas cardíacos y respiratorios, por ejemplo, ortopnea y dolor relacionados con circulación periférica deficiente. La inquietud y la confusión presentes durante la noche pueden ser indicación de efecto adverso a medicamentos sedantes. Si se presenta polaquiuria nocturna, debe considerarse la presencia de diabetes. Es importante valorar la cantidad y la calidad del sueño.

Medicamentos que afectan el sueño

Al igual que las enfermedades, los medicamentos empleados en el tratamiento de estas alteraciones pueden tener consecuencias sobre el sueño. Los adultos mayores con problemas del sueño deben identificar y revisar sus prescripciones con sus médicos. Algunos ejemplos de medicamentos capaces de interrumpir el sueño incluyen anticolinérgicos, antidepresivos, antihipertensivos (centrales), benzodiazepinas, β -bloqueadores, diuréticos, levodopa, esteroides, teofilina y hormonas tiroideas. Los hipnóticos interfieren con el sueño REM y las etapas de sueño profundo y pueden producir somnolencia diurna (debido a sus vidas medias prolongadas en los adultos mayores), por lo que causan dificultad para conciliar el sueño.

Algunos ejemplos de medicamentos que afectan el sueño incluyen la difenhidramina, la nicotina, la fluoxetina, la teofilina y el alprazolam. Gran cantidad de los medicamentos de venta libre para ayudar con el sueño contienen difenhidramina como ingrediente principal; debido al alto riesgo de producir efectos anticolinérgicos en los adultos mayores, también deben evitarse.

El sueño puede interrumpirse mediante pesadillas provocadas por medicamentos, en especial aquellos que afectan la secreción de neurotransmisores. Algunos de estos fármacos incluyen medicamentos ansiolíticos, antidepresivos, antihistamínicos, β -bloqueadores, analgésicos, antiparkinsonianos, sedantes, medicamentos para dejar de fumar, estatinas y medicamentos para el tratamiento de la demencia. Si el paciente informa la presencia de pesadillas, es útil revisar los fármacos.

La cafeína y el alcohol también alteran de manera negativa el sueño. Eliminar la cafeína y el alcohol es una medida deseable si se presentan alteraciones del sueño. El personal de enfermería debe educar a los adultos mayores acerca del contenido de cafeína de los alimentos y las bebidas.

Otros factores que afectan el sueño

Algunos ejemplos de factores del entorno que alteran la capacidad del sueño incluyen un departamento en una calle muy transitada, una pareja que ronca, una habitación excesivamente cálida y luces brillantes en pasillos de las residencias de adultos mayores. Ajustarse a un nuevo entorno, como cuando una persona se muda a una comunidad de vivienda asistida o casa de un hijo, pueden afectar el sueño. El consumo de alcohol y cafeína puede deteriorar la capacidad de conciliar el sueño y

obtener una calidad de sueño satisfactoria. El dolor y otros síntomas, como la disnea en decúbito supino, pueden causar problemas para iniciar y continuar el sueño, de la misma manera que lo logra un colchón incómodo. Explorar estos problemas cuando se presentan alteraciones del sueño es un paso importante en la valoración del sueño.

PROMOCIÓN DEL DESCANSO Y EL SUEÑO EN LOS ADULTOS MAYORES

La valoración inicial debe incluir antecedentes del sueño, los cuales se componen de:

- Determinación del tiempo que se pasa en el sueño y las siestas y la calidad del sueño.
- Revisión de medicamentos.
- Rutinas de sueño.
- Presencia de alteraciones del sueño. Determinar:
 - Cronicidad.
 - Características (p. ej., inicio del sueño, continuación del sueño, despertar precoz).
 - Tipo de cama y entorno para el sueño.
 - Alimentos y bebidas consumidos momentos antes de la hora de dormir.
 - Medicamentos utilizados para atender las alteraciones del sueño.
 - Factores que interfieren con el sueño (p. ej., dolor, micción, pesadillas).
 - Efectos (p. ej., somnolencia diurna, irritabilidad fatiga).
 - Atención.

Cuando el adulto mayor presenta una alteración en el patrón de sueño, el personal de enfermería tiene un papel importante para determinar las maneras en las que se puede mejorar (Diagnóstico de enfermería destacado 12-2). Los planes incluyen medidas farmacológicas y no farmacológicas para promover el sueño y controlar el dolor.

Medidas farmacológicas para promover el sueño

Los adultos mayores suelen tener problemas para conciliar el sueño. Desafortunadamente, los primeros métodos que se utilizan para lograr el sueño incluyen la administración de sedantes. Los sedantes deben emplearse con el mayor de los cuidados. Los *barbitúricos* son depresores generales, en especial del sistema nervioso central, y pueden disminuir de manera importante ciertas funciones corporales, desacelerar la tasa metabólica más de lo que ya está y disminuir la presión arterial, la actividad mental y el peristaltismo tanto como para provocar otros problemas. Estos efectos adversos graves, en combinación con la mayor susceptibilidad a otros efectos adversos, exigen que los barbitúricos se empleen con precaución. Los sedantes que no son barbitúricos también producen problemas y deben utilizarse sólo cuando sea absolutamente necesario. Debido a la vida media prolongada de los medicamentos en los adultos mayores, los efectos de los sedantes pueden perdurar hasta las horas de la mañana y provocar confusión y falta de habilidad. En alguna ocasiones, estos efectos se tratan con otros medicamentos, lo que da origen a un empeoramiento de la situación. En otras instancias, los medicamentos para ayudar a dormir normalizan los patrones de sueño. Todos los sedantes son capaces de disminuir los movimientos corporales durante el sueño y

predisponen al individuo a complicaciones causadas por la menor movilidad.

Medidas no farmacológicas para promover el sueño

Deben emplearse alternativas a los sedantes para la inducción del sueño siempre que sea posible. El personal de enfermería debe valorar los horarios de descanso y actividad, el entorno para el sueño y la dieta para identificar áreas de intervención probable.

Horarios de actividad y descanso

El horario de actividad del individuo debe valorarse en primer lugar (fig 12-1). La actividad satisfactoria y regular promueve el descanso y la relajación. Si una persona ha permanecido inactiva en cama o en silla de ruedas durante todo el día, es probable que no tenga sueño cuando llegue la hora de dormir. Incluir mayor grado de estimulación y actividad durante el día puede constituir una solución.



FIGURA 12-1 • La actividad diurna promueve el sueño nocturno.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DESTACADO 12-1

ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO

Generalidades

La alteración del patrón se presenta cuando la calidad o la cantidad de sueño produce modificaciones en la función diaria. Esta alteración puede evidenciarse mediante problemas al dormir o permanecer despierto, sueño nocturno menor de 4 h, somnolencia diurna, bostezos frecuentes, falta de motivación o energía para realizar actividades, ojeras, debilidad y alteración en el estado de ánimo o la cognición.

Factores contribuyentes y causales

Disminución del sueño de etapa IV relacionada con la edad, nicturia, calambres musculares, ortopnea, disnea, angina, circulación periférica deficiente, tos, incontinencia, diarrea, actividad o ejercicio insuficiente, inmovilidad, dolor, entorno nuevo, depresión, confusión, ansiedad, medicamentos (p. ej., antidepresivos, antihipertensivos, tranquilizantes), ruido, interrupciones, alto consumo de cafeína.

Objetivos

El paciente:

- Obtiene 7-8 h de sueño diariamente.
- No tiene síntomas o signos asociados con alteraciones del sueño.

Intervenciones

- Valorar el patrón de sueño. Preguntar al paciente acerca de la cantidad, la duración y la calidad de las siestas; el patrón de acostarse; el horario de sueño; la calidad de sueño; el horario para despertar; y síntomas e interrupciones relacionados con el sueño. Buscar identificar y corregir los factores asociados con las alteraciones del sueño.
- Aumentar la actividad diurna; limitar las siestas y reducir el consumo de cafeína.
- Consultar con el médico la posibilidad de eliminar los fármacos que se sabe que alteran el sueño.
- Mantener la temperatura de la habitación entre 21 y 24 °C; eliminar las interrupciones; brindar una lámpara de noche.
- Estimular la micción antes de dormir. Ser consciente de que la circulación renal mejora con el decúbito; por lo tanto, el paciente puede requerir orinar poco tiempo después de acostarse a dormir.
- Emplear medidas que se sabe que estimulan el sueño, como música tranquila, televisión, beber leche caliente.
- Brindar masajes de espalda, atención por las noches y otro tipo de medidas de comodidad que relajen al paciente e induzcan el sueño.
- Indicar al paciente las medidas que mejoran el sueño.
- Si son necesarios los sedantes, emplear aquellos que alteren en menor medida el ciclo de sueño y vigilar los efectos del fármaco las 24 h.
- Reducir el potencial de lesiones mediante el descenso de la cama, el uso de barandales y lámpara nocturna y el ajuste de la iluminación para que el paciente no deba trasladarse de una habitación oscura a otra con iluminación intensa; motivar al paciente a solicitar ayuda con el traslado y la deambulación en la medida que sea necesario.
- Registrar o solicitar que el paciente lleve un diario de patrón del sueño (p. ej., hora de dormir, hora de acostarse, número de veces que despierta durante la noche, signos y síntomas durante el sueño, hora de despertar, autovaloración del descanso).

Se requiere mayor cantidad de descanso en los adultos mayores y éste debe alternarse con períodos de actividad a lo largo del día. Numerosos adultos mayores centran su actividad en la primera parte del día para lograr tener la tarde libre. Por ejemplo, las primeras horas de la mañana se dedican a los quehaceres del hogar, las compras, las reuniones de clubes, la jardinería, la cocina, el lavado de ropa, y las horas de la tarde se dedican a mirar televisión, lectura o costura. Este patrón puede ser la continuación de décadas de empleo, en las que la persona trabajaba durante el día y se relajaba durante la noche. Las personas mayores requieren información acerca de las ventajas de espaciar sus actividades a lo largo de todo el día y colocar períodos extensos de descanso y siestas en medio de las actividades. El personal de enfermería puede opinar que es de utilidad la revisión de las actividades cotidianas de una persona hora por hora y ayudar a desarrollar patrones que distribuyan de manera equilibrada la actividad y el descanso a lo largo del día.

Además, debe determinarse la cantidad de tiempo que se destina al sueño. No debe esperarse que el adulto mayor que duerme a las 8 de la noche sea capaz de dormir hasta las 8 de la mañana del día siguiente.

Entorno

La exposición a la luz solar durante el día puede mejorar la capacidad de sueño durante la noche. Un baño caliente antes de dormir puede promover la relajación

muscular y favorecer el sueño, de igual forma que lo hace un masaje de espalda, una posición cómoda y el alivio del dolor o las molestias. Debe contarse con un entorno tranquilo y con temperatura agradable para la persona. Las cubiertas de franela y eléctricas pueden promover la comodidad y la relajación; las cubiertas eléctricas se emplean para calentar la cama antes de acostarse y es importante apagarlas una vez que el individuo se acuesta, pues así se reduce el riesgo de lesiones asociadas con los campos electromagnéticos.

Alimentos y suplementos

Los alimentos con alto contenido de hidratos de carbono suelen aumentar las concentraciones de serotonina en el cerebro, lo que puede provocar sedación; por lo tanto, un refrigerio con hidratos de carbono y proteína promueve el sueño. El té de raíz de valeriana o las infusiones herbolarias consumidas 45 min antes de la hora de dormir también pueden mejorar el sueño. Los suplementos de melatonina (una variante sintética de la hormona secretada de manera natural en respuesta a la oscuridad) ha obtenido popularidad debido a que mejora la calidad del sueño en adultos de todas las edades y corrige alteraciones del ritmo circadiano. Debido a que los suplementos de melatonina interactúan con inmunosupresores, antidepresivos, antipsicóticos, warfarina y otros medicamentos, es recomendable que el médico y el farmacéutico verifiquen la seguridad del empleo concomitante de melatonina y otros medicamentos.



CONCEPTO CLAVE

El ejercicio regular, la exposición a la luz solar durante el día y los tés herbolarios sin cafeína a la hora de dormir constituyen tres medidas que ayudan a los pacientes mayores a dormir naturalmente.

Afrontamiento del estrés

El estrés es una parte normal de la vida, pero puede interferir con el sueño y el descanso. La mayoría de las personas se enfrentan con una gran variedad de estresantes físicos y emocionales a lo largo del día, como cambios de temperatura, contaminantes, virus, lesiones, conflictos personales, presión por el tiempo, temor, malas noticias y tareas desagradables o complicadas. Diversas amenazas reales o percibidas a nuestro bienestar físico, emocional y social son capaces de provocar estrés. La cantidad y el grado de actividad no se relacionan con el estrés; por ejemplo, una agenda llena o gran cantidad de responsabilidades que se deben manejar no son más estresantes que una vida monótona y aburrida.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. y la Sra. E., ambos de 83 años de edad, viven solos en un área transitada y con altos índices delictivos en una gran ciudad. El Sr. E. tiene demencia, pero es capaz de funcionar correctamente con la ayuda y la supervisión de su esposa. A lo largo del año anterior, él ha experimentado cambios significativos en el patrón de sueño; se despierta en diversas ocasiones en la noche para orinar y duerme la mayor parte del día. El Sr. E. suele tomar refrescos con cafeína al despertar si su esposa no logra evitarlo, por lo que ella se levanta de la cama al mismo tiempo que él para evitar que tome líquidos con cafeína. Los despertares frecuentes de la Sra. E. se ven agravados por el hecho de que se levanta de la cama con frecuencia desde hace tiempo cada vez que escucha un ruido en la calle para verificar que nadie ha

ingresado a su casa. La Sra. E. no gusta de tomar siestas durante el día y suele sentirse cansada la mayor parte del tiempo.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué riesgos suponen estos patrones de sueño para el Sr. y la Sra. E.?
- ¿Cuáles son las recomendaciones que haría a esta pareja?

Sin importar la fuente de estrés, el cuerpo reacciona mediante la estimulación del sistema nervioso simpático. Lo anterior provoca que se estimule la glándula hipófisis, se libere hormona adrenocorticotrópica y aumente la producción de adrenalina en el cuerpo.



CONCEPTO CLAVE

El estrés crónico sin atender puede causar enfermedades cardíacas, hipertensión, ictus, úlceras y otras alteraciones de la salud.

Por lo tanto, es importante evitar el desarrollo de estrés. La clave para el control del estrés no es evitarlo, sino atenderlo con medidas compensatorias. Algunas de estas medidas se explican a continuación:

- *Reaccionar al estrés de una manera saludable.* La buena nutrición, el descanso, el ejercicio y otras buenas prácticas de salud aumentan la capacidad del cuerpo para afrontar el estrés. Al encontrarse en una situación de estrés, es importante mantener el cumplimiento de estas medidas. Es beneficioso aprender a permanecer tranquilo frente al estrés; reaccionar de una manera poco saludable empeora la situación.
- *Organizar el estilo de vida.* En la mayor parte de las personas, son pocas las situaciones que en verdad detienen por completo el mundo si no se cumplen en un tiempo determinado. Deben ponerse las situaciones en perspectiva; por ejemplo, ¿qué diferencia real hace no lavar la ropa hoy o llegar 10 min tarde? Cuando sea posible, anticipe las consecuencias de una situación para lograr reducir el estrés de una situación imprevista.
- *Relajarse.* Ya sea un buen libro, nadar, tejer, viajar, escuchar música o tallar madera, se debe encontrar algo en qué sumergirse para liberarse un poco de las demandas de la vida. El yoga, la meditación, el *qigong*, la imaginación guiada y los ejercicios de relajación son eficaces. Además, las hierbas pueden tener beneficios, incluyendo la manzanilla y la lavanda para la relajación y el *ginseng* americano para la protección del cuerpo frente a los efectos adversos del estrés.
- *Orar.* Las personas religiosas son guiadas por un poder mayor con el cual pueden compartir y comprender las penas de la vida. “Descargar” los problemas personales durante la oración también puede ser una actividad para disminuir el estrés debido a que libra la mente de los factores estresantes cotidianos. Además, la repetición de palabras y los rituales asociados con la oración pueden ofrecer los mismos beneficios terapéuticos que la meditación y los ejercicios de relajación.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles son los tres principales estresantes en su vida? ¿Qué medidas toma para disminuir sus efectos negativos? ¿Qué más puede realizar para controlar el estrés en su vida?

Control del dolor

La presencia de dolor puede amenazar la capacidad de los adultos mayores para obtener descanso y sueño adecuados. A pesar de los resultados de estudios no concluyentes acerca de los efectos del envejecimiento sobre la sensibilidad al dolor, la prevalencia de enfermedades que provocan dolor crónico (como la artrosis y la

neuralgia postherpética) es mayor entre los adultos mayores. El dolor no sólo interfiere con el sueño, sino que puede disminuir la actividad, deprimir el estado de ánimo y conducir a otros factores que afectan el sueño y los patrones de descanso.

Identificar la causa del dolor es el primer paso importante en su control. Las enfermedades no diagnosticadas pueden ser la causa del problema, pero también pueden serlo los factores psicológicos, la mala postura y las reacciones adversas a medicamentos. Es importante la valoración completa. Deben considerarse los factores que precipitan, agravan y alivian el dolor. El personal de enfermería debe ayudar a los pacientes en la autoevaluación del dolor mediante el uso de escalas de puntuación que emplean números o diagramas para indicar la gravedad del dolor (véase el [cap. 13](#)).



Alerta sobre el dominio de conceptos

En el caso de un paciente que padece dolor crónico, como artritis, tomar su medicamento durante la noche alivia el dolor que evita que descanse de forma adecuada. A pesar de que existen otras estrategias útiles, como evitar cafeína 30 min antes de dormir, éstas no ayudan a disminuir el dolor del paciente y su influencia sobre el sueño.

Debido a los riesgos relacionados con los medicamentos, siempre que sea posible deben implementarse medidas no farmacológicas con el propósito de controlar el dolor. Entre estas medidas se encuentran la posición correcta, las actividades de distracción, la imaginación guiada, la biorretroalimentación, el yoga, el masaje, el toque terapéutico, la acupuntura y la magnetoterapia. En caso de que las medidas no farmacológicas sean ineficaces y sean necesarios los medicamentos, se recomienda comenzar con el tipo más débil y la menor dosis de analgesia e incrementarlos en la medida que se requiera (véase el [cap. 13](#) para mayor información acerca del control del dolor).



CONCEPTO CLAVE

Los masajes, los baños calientes, los ejercicios de relajación, la imaginación guiada y la distracción pueden proporcionar alivio eficaz de diversos tipos de dolor.

Resumen del capítulo

El proceso de envejecimiento afecta el sueño de diversas maneras. Los adultos mayores suelen dormir y despertar antes en comparación con años anteriores, dormir menos profundamente y con menor etapa IV del sueño.

El insomnio, la mioclonía nocturna, el síndrome de piernas inquietas y la apnea del sueño se encuentran entre las alteraciones del sueño más frecuentes en el adulto mayor. Además, las enfermedades que provocan nicturia, incontinencia, dolor, calambres musculares y disnea, así como los ruidos y los efectos de ciertos fármacos pueden interferir con la calidad y la cantidad de sueño. La variedad de factores que pueden afectar el sueño requiere que se obtengan los antecedentes del sueño de manera precisa como parte de la valoración completa.

Se pueden utilizar diversas medidas para promover el sueño, incluyendo el ajuste del tiempo de actividad y siestas, la limitación del consumo de cafeína, la música

tranquila, los masajes de espalda, los tés descafeinados, el manejo del estrés, el control del ruido y la iluminación. Los sedantes deben emplearse con máximo cuidado debido al alto riesgo de efectos adversos en los adultos mayores.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Síntomas de insomnio y características del sueño estimadas mediante monitor ActiGraph en una población representativa de adultos mayores estadounidenses

Fuente: Chen, J. H., Waite, L., Kurina, L. M., Thisted, R. A., McClintock, M., & Lauderdale, D. S. (2014). The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. Acceso el 21 de octubre de 2014 en: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/early/2014/09/18/gerona.glu144.abstract?sid=f73c9b0c-a90d-497f-92d5-875d72b96be9>

Partiendo del hecho de que no se conoce lo suficiente acerca de la relación entre los informes subjetivos y las determinaciones objetivas del insomnio, los investigadores realizaron un estudio en 727 adultos de edades entre 62 y 91 años. Se preguntó a los participantes con cuánta frecuencia habían tenido dificultades para conciliar el sueño, despertar precoz sin ser capaces de volver a dormir, sensación de descanso al despertar y problemas por despertarse durante la noche. Las respuestas de los participantes se compararon con las características del sueño registradas durante tres noches mediante monitor ActiGraph, el cual es un método de vigilancia de los ciclos de actividad y descanso que se utiliza en la muñeca. Se ajustaron los resultados por edad, sexo, etnia, ingresos económicos, nivel educativo y raza. Los resultados indicaron que los informes de la calidad del sueño no se correlacionan con las determinaciones del equipo ActiGraph.

Los hallazgos de este estudio resaltan la necesidad de preguntar aspectos específicos cuando los pacientes indican insomnio (p. ej., ¿a qué hora suele dormir y despertar habitualmente?, ¿con cuánta frecuencia se despierta durante la noche y durante cuánto tiempo permanece despierto?). Dormir 9 h durante la noche y despertar cansado o despertar temprano, pero volver a dormir puede ser indicador de mala calidad de sueño, mas no de insomnio. Las medidas para atender la mala calidad de sueño pueden ser diferentes a las que se utilizan para tratar el insomnio, por lo que es importante la valoración completa.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Una de las unidades del hospital está dedicada a las personas que no se encuentran en riesgo inmediato, pero que requieren observación estricta y tratamiento durante algunas semanas. No es infrecuente que los signos vitales se determinen y los tratamientos se implementen en cualquier hora durante el día. El tráfico en la unidad es similar al de una unidad de cuidados intensivos.

El personal de enfermería se ha percatado de que especialmente los adultos mayores tienen dificultades para dormir, un alto grado de fatiga durante el día y suelen presentar delirium. El personal considera que las interrupciones del sueño son uno de los principales factores que contribuyen a ello.

¿Qué puede hacer el personal de enfermería para ayudar a que los adultos mayores obtengan descanso y sueño adecuados mientras se atienden sus necesidades de atención crítica?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué medidas no farmacológicas pueden emplearse en la rutina del adulto mayor para facilitar el sueño?
2. ¿Qué factores estresantes enfrentan los adultos mayores y cuáles no se presentan en otros grupos de edad?

Recursos

American Sleep Apnea Association

<http://www.sleepapnea.org>

Hartford Institute of Geriatric Nursing

Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults, The Pittsburgh Sleep Quality Index

http://www.nursingcenter.com/prodev/ce_article.asp?tid=790064

National Sleep Foundation

<http://www.sleepfoundation.org>

Restless Leg Syndrome Foundation

<http://www.rls.org>

Referencias

Bernert, R. A., Turvey, C. L., Conwell, Y., & Joiner, T. E. (2014). Association of poor subjective sleep quality with risk for death by suicide during a 10-year period: A longitudinal, population-based study of late life. *JAMA Psychiatry, 71*(10), 1129–1137.

Moraes, W., Piovezan, R., Poyares, D., Bittencourt L. R., Santos-Silva, R., & Tufik, S. (2014). Effects of aging on sleep structure throughout adulthood: A population based study. *Sleep Medicine, 15*(4), 401–409.

Spira, A. P., Gamaldo, A. A., An, Y., Wu, M. N., Simonsick, E. M., et al. (2013). Self-reported sleep and β -amyloid deposition in community-dwelling older adults. *JAMA Neurology, 70*(12), 1537–1543.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Confort y atención del dolor

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Confort

Dolor. Un fenómeno complejo

Prevalencia de dolor en los adultos mayores

- Tipos de dolor
- Percepción del dolor
- Efectos del dolor no aliviado

Valoración del dolor

Abordaje integral de la atención del dolor

- Tratamientos complementarios
- Cambios en la dieta
- Medicamentos
- Brindar tranquilidad

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Definir confort.
2. Describir las características y los efectos del dolor sobre los adultos mayores.
3. Describir los componentes de una valoración del dolor completa.
4. Establecer los componentes del plan de control del dolor, incluyendo tratamientos complementarios, cambios en la dieta, medicamentos y estrategias para brindar confort.

GLOSARIO

Dolor agudo: dolor de inicio repentino que dura un período corto.

Dolor neuropático: se presenta como consecuencia de un procesamiento anómalo de los estímulos dolorosos en los sistemas nerviosos periférico o central.

Dolor nociceptivo: dolor causado por estímulos mecánicos, térmicos o químicos; puede ser somático o visceral.

Dolor persistente: dolor crónico que ha estado presente durante 3 meses o más.

CONFORT

El *confort* es un término relativo. Para algunas personas puede significar el control del dolor suficiente como para obtener algunas horas de descanso; otras personas perciben el confort como la ausencia de estrés físico o emocional; algunas más lo perciben como sinónimo de estilos de vida exuberantes y lujosos. La palabra *confort* se deriva de la palabra latina *confortare*, la cual significa “reforzar ampliamente”. El diccionario Webster ofrece definiciones que incluyen “aliviar la preocupación, disminuir el sufrimiento, ausencia de dolor y preocupación, calma e inspirar esperanza”. Desde un punto de vista integral, el confort puede percibirse como un estado de bienestar físico, emocional y social y paz espiritual.

El confort suele ser un estado que se da por hecho hasta que se ve amenazado. Las personas viven sin preocupación o dolor sin dar mucha importancia al confort que experimentan. No obstante, cuando algo sucede, como dolor gástrico intenso, dolor articular al realizar tareas cotidianas, o una masa nueva en la mama, se altera el estado de confort. Por desgracia, con el paso de los años, la incidencia de factores que pueden amenazar el confort aumenta.

DOLOR. UN FENÓMENO COMPLEJO

El dolor es la mayor amenaza al confort. Durante décadas, se describió al dolor como “una experiencia sensitiva y emocional incómoda asociada con daño real o potencial de tejidos”, lo que supone que tenía que estar presente una causa objetiva de dolor. En la actualidad se acepta que el dolor es subjetivo y depende de la percepción y el informe del paciente (American Pain Society, 2014).



CONCEPTO CLAVE

El dolor suele identificarse como el quinto signo vital debido a que es un indicador muy importante del estado de salud de una persona.

PREVALENCIA DE DOLOR EN LOS ADULTOS MAYORES

La prevalencia del dolor en los adultos mayores es alta; más de la mitad de los adultos mayores experimentan algún tipo de dolor diariamente (Patel, Guralnik, Dansie y Turk, 2013).

Las consecuencias del dolor son graves y su prevalencia aumenta con la edad. El [National Center for Health Statistics](#) (2009) informa lo siguiente:

- Uno de cada cuatro adultos informa haber padecido una crisis con duración del día entero en el mes anterior.

- Tres cuartas partes de la población de 65 años de edad y mayor informaron haber experimentado dolor que persistió durante 1 año o más.
- El dolor de espalda baja se encuentra entre las molestias más frecuentes, junto con la migraña o la cefalea intensa y el dolor, la molestia o la rigidez articulares. La rodilla es la articulación que causa la mayor cantidad de dolor de acuerdo con el informe. De manera interesante, las cirugías de reemplazo de rodilla han aumentado de manera drástica en personas mayores de 65 años de edad.
- Los informes de dolor articular grave aumentan con la edad; las mujeres lo informan con mayor frecuencia que los hombres.

Puede ser complicado determinar la precisión de la prevalencia de dolor informada por los adultos mayores. Por un lado, las personas mayores pueden no informar el dolor debido a que no desean ser percibidos como “quejumbrosos”, no cuentan con los recursos económicos necesarios para obtener tratamiento o perciben de manera equivocada que el dolor es parte normal del envejecimiento. Por otro lado, el dolor puede ser informado de manera excesiva por los adultos mayores que lo perciben como un medio para obtener atención de la familia o los proveedores sanitarios. Estas posibilidades refuerzan la importancia de indagar acerca del dolor en toda valoración y revisar la relación de otros factores (físicos, emocionales, socioeconómicos y espirituales) con este síntoma.



CONCEPTO CLAVE

El dolor es un fenómeno complejo que pone en estrés el bienestar físico, emocional y espiritual.

Tipos de dolor

Existen diversas formas en las que se clasifica el dolor. Una clasificación se basa en el mecanismo fisiopatológico que lo provoca. Los dos tipos principales de dolor que se derivan del daño tisular son el **dolor nociceptivo** y el **dolor neuropático**. El *dolor nociceptivo* se deriva de estímulos mecánicos, térmicos o químicos dañinos sobre los nociceptores aferentes A- δ y C. Estos nociceptores se encuentran en la fascia, los músculos, las articulaciones y otras estructuras profundas; su activación produce la conducción de estímulos dolorosos a lo largo de las fibras aferentes primarias en el asta posterior de la médula espinal. Los neurotransmisores (p. ej., somatostatina, colecistoquinina y sustancia P) transportan la señal hacia neuronas secundarias y el cerebro, lugar donde se interpreta la señal. Los tipos frecuentes de dolor nociceptivo incluyen:

- *Dolor somático*. Característico del dolor óseo y de tejido blandos. El dolor es bien delimitado y puede describirse como punzante.
- *Dolor visceral*. Asociado con enfermedades que provocan dolor generalizado o referido. El dolor se describe como profundo y sordo.

El *dolor neuropático* se presenta como consecuencia del procesamiento anómalo

de los estímulos sensitivos en los sistemas nerviosos central y periférico, y se asocia con neuropatía diabética o neuralgia postherpética, así como otras alteraciones del sistema nervioso. El dolor es agudo, penetrante, punzante o ardoroso y su comienzo es súbito y de alta intensidad. Puede durar algunos segundos o permanecer durante una mayor cantidad de tiempo.

El dolor también se describe de acuerdo con su inicio y duración. El **dolor agudo** tiene un inicio súbito, puede ser grave y durar sólo un lapso breve; suele responder al tratamiento con analgésicos y otras medidas de control del dolor. El **dolor persistente o crónico** es aquel que ha estado presente durante 3 meses o más y puede ser de intensidad media o alta. El *dolor agudo* tiene el potencial de avanzar a dolor crónico.

Percepción del dolor

El papel de la edad en la percepción del dolor no es claro. Existe cierta evidencia de que aumenta el umbral y disminuye la tolerancia al dolor con el avance de la edad (Yeziarski, 2012). Comprender los efectos del envejecimiento sobre el dolor es aún más complicado debido a las enfermedades crónicas que se presentan con frecuencia en la vida tardía. Por ejemplo, es posible que los adultos mayores no tengan disminución de la percepción del dolor, pero sí disminución de la transmisión de las señales provenientes de tejidos dañados. Aún hay mucho que aprender acerca de la relación entre el envejecimiento y la percepción del dolor.



CONCEPTO CLAVE

La influencia del envejecimiento sobre el dolor y la tolerancia no se comprende del todo; por lo tanto, el personal debe intentar valorar y comprender cada una de las experiencias únicas de los pacientes.

Efectos del dolor no aliviado

El dolor no aliviado conduce a diversas complicaciones en los adultos mayores. Por ejemplo, si el movimiento provoca dolor, la capacidad de movilidad puede verse limitada; en consecuencia, se desarrollan úlceras por presión, neumonía y estreñimiento. La persona que experimenta dolor puede tener falta de apetito o motivación para comer y beber de forma correcta; la desnutrición y la deshidratación suelen ser las consecuencias. La experiencia de dolor crónico que no se alivia puede provocar depresión, desesperanza y estrés espiritual. Para brindar alivio adecuado del dolor y disminuir el riesgo de complicaciones, es importante el control eficaz del dolor.



PUNTO A CONSIDERAR

Refleccione sobre el peor dolor que ha experimentado. ¿Cómo afectó sus actividades, relaciones y perspectivas?

VALORACIÓN DEL DOLOR

El control eficaz del dolor comienza con la valoración cualitativa y cuantitativa del síntoma. Las preguntas sobre la presencia de dolor son esenciales en toda valoración. Cuando los pacientes indican que experimentan dolor, el personal de enfermería puede solicitar que describan sus características mediante preguntas similares a las que se presentan en la guía [de valoración 13-1](#). Las preguntas que facilitan una descripción en lugar de respuestas de tipo sí o no ofrecen mejores datos de la experiencia del dolor. Si se emplean medicamentos para el control del dolor, pregunte acerca del tipo, la dosis, la frecuencia y la eficacia. Entre más detallada sea la información del dolor, es mayor la probabilidad de desarrollar un plan eficaz de control del dolor.

La exploración física ofrece mayor información acerca del dolor del paciente. Deben explorarse las regiones dolorosas que se identifican durante el interrogatorio para detectar cambios de color, edema, puntos dolorosos y otros signos. El personal de enfermería registra la sensibilidad al tacto y la restricción de movimiento de la región, junto con el lenguaje corporal que indica dolor (p. ej., gesticulación, posición en un lado preferente o masajear el área).

La valoración continua es esencial para determinar el estado del dolor y la eficacia de las intervenciones.

Los pacientes con alteraciones cognitivas suponen un reto especial en la valoración del dolor. Estas personas pueden no tener la capacidad de interpretar o informar sus síntomas; por lo tanto, existe mayor responsabilidad sobre el personal de enfermería en la identificación y la valoración del dolor. El cambio en la función, la ausencia de apetito, la agitación, las alteraciones del sueño o el rechazo a participar en las actividades o la atención deben considerarse indicadores de dolor. Preguntar a los cuidadores y los miembros de la familia que están acostumbrados al comportamiento de los pacientes puede ser útil para que ellos indiquen si han identificado cambios sutiles en el estado, que pueden asociarse con síntomas de dolor. El [cuadro 13-1](#) menciona los signos que pueden indicar dolor en personas con alteraciones cognitivas. Cuando se identifica alguno de estos signos, debe realizarse la exploración física para detectar anomalías (p. ej., ruidos pulmonares anómalos, dolor abdominal, disminución de la amplitud de movimiento, equimosis, entre otras). El hecho de que los pacientes con anomalías cognitivas no manifiesten síntomas específicos no significa que no padezcan dolor. Cuando enfermería identifica las manifestaciones únicas de dolor en una persona, debe asegurarse de registrarlas en el expediente para poder consultarlas en las valoraciones posteriores.

También deben valorarse los factores culturales durante la valoración del dolor. En algunas culturas, las personas pueden estar condicionadas a tolerar el dolor sin expresión, mientras que en otros grupos la expresión dramática del dolor suele ser la norma. De la misma manera, algunos hombres han sido criados para creer que “los verdaderos hombres no demuestran dolor”, lo que evita que acepten la gravedad de su experiencia. Estos factores apoyan el hecho de que el personal de enfermería debe ser exhaustivo y habilidoso durante la valoración del dolor.



DOLOR

ANTECEDENTES DE SALUD

- Enfermedades agudas
- Enfermedades crónicas
- Estado cognitivo
- Cirugías
- Medicamentos
- Acontecimientos recientes significativos (p. ej., cambio de residencia, muerte de cónyuge, caída)

INSPECCIÓN GENERAL

- Gestos, llanto, gemidos, puños cerrados con fuerza
- Limitaciones del movimiento, cambios de posición
- Inclinación sobre una parte del cuerpo o masaje en el área
- Cambios de color
- Edema
- Agitación, depresión

INTERROGATORIO

- ¿Dónde se localiza el dolor? ¿El dolor permanece en un lugar o se desplaza a otro?
- ¿Cómo se siente el dolor? ¿Como puñalada? ¿Punzante? ¿Vago? ¿Sordo? ¿Intenso?
- En una escala del 0 al 10, donde 0 es sin dolor y 10 es dolor insoportable, ¿cómo califica su dolor en un día habitual? ¿Cómo califica su dolor en el mejor de los estados? ¿En el peor?
- ¿Con qué frecuencia se presenta el dolor? ¿Varias ocasiones al día? ¿Diariamente? ¿Algunas veces a la semana? ¿En algunas semanas?
- ¿Durante cuánto tiempo persiste el dolor? ¿Algunos segundos? ¿Algunas horas? ¿Todo el día?
- ¿El dolor se relaciona con alguna enfermedad, lesión o episodios atípicos?
- ¿Qué factores lo propician?
- ¿Que factores lo empeoran? ¿La actividad? ¿El clima? ¿El estrés?
- ¿Es más intenso en ciertos momentos del día?
- ¿Qué ayuda a mejorar el dolor? ¿Medicamentos?
- ¿Ciertas posiciones? ¿Tratamientos especiales?
- En caso de que tome medicamentos para el dolor, ¿cuáles son?, ¿cómo los toma?,

¿qué efectos producen?

- ¿Utiliza algún método alternativo o complementario? De ser así, ¿cual?, ¿cómo lo utiliza?, ¿qué resultados obtiene?
- ¿Cómo afecta su vida el dolor? ¿En el sueño? ¿En el apetito? ¿En la actividad? ¿En las interacciones sociales? ¿En el autocuidado? ¿En las responsabilidades del hogar? ¿En las relaciones?

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Amplitud de movimiento
- Sensibilidad al tacto, defensa
- Temperatura del área afectada en comparación con áreas cercanas
- Debilidad, adormecimiento
- Edema
- Equimosis, lesiones
- Inflamación

CUADRO 13-1 Signos que pueden indicar dolor en personas con alteraciones cognitivas

Gestos
Llanto, gemidos
Alteración de los signos vitales
Sudoración
Deambulación o movimiento en aumento
Comportamiento agresivo
Golpes a personas u objetos
Soporte o actitud de defensa de una parte corporal
Agitación
Deterioro de la función
Cambios en el patrón de sueño
Cambio en el apetito o la alimentación
Disminución de la socialización

El personal de enfermería debe ser sensible a las barreras potenciales para la valoración del dolor eficaz, las cuales pueden incluir:

- *Déficits de conocimiento.* El personal de enfermería puede no estar familiarizado con las presentaciones atípicas de dolor que suelen presentar los adultos mayores o las personas con demencia.
- *Valoración inadecuada del dolor.* No preguntar acerca de la presencia del dolor o hacerlo con palabras que pueden no tener significado para ciertos pacientes previene que se identifique el síntoma. No documentar los signos y síntomas del dolor dificulta la atención adecuada.

- *Sesgos y prejuicios.* Algunos miembros del personal de enfermería pueden considerar que los pacientes exageran sus síntomas o que los síntomas no se justifican con la enfermedad. La preocupación de que los pacientes desarrollen adicción a los analgésicos provoca que el personal de enfermería disminuya la administración de este tipo de fármacos.
- *Problemas de personal.* La falta en la regularidad de la asignación de personal evita que el equipo de enfermería identifique cambios y síntomas nuevos que se relacionan con el dolor, pero que el paciente no comparte. De la misma manera, tener tiempo limitado con los pacientes disminuye las oportunidades para que éstos informen sus síntomas.

Una gran gama de instrumentos de valoración del dolor brindan métodos estandarizados para la detección objetiva de este síntoma, como los siguientes:

- *Escala de calificación numérica.* Esta herramienta de uso frecuente requiere que el paciente califique su dolor del 1 al 10, donde 1 es dolor mínimo y 10 es el peor dolor imaginable. Es importante valorar la capacidad del paciente para comprender y seguir instrucciones al emplear esta escala.
- *Escala análoga visual.* Esta herramienta de valoración simple pero eficaz emplea una línea horizontal para “sin dolor” en el extremo izquierdo y “el peor dolor posible” en el extremo derecho. El paciente indica dónde se posicionan sus síntomas en la escala. Una versión modificada utiliza rostros, donde 0 es una sonrisa y 6 es un gesto de llanto.
- *Cuestionario para el dolor de McGill.* Esta herramienta popular y de amplio empleo contiene 78 palabras en 20 grupos, un dibujo del cuerpo y una escala para la intensidad del dolor actual (Melzack y Katz, 2011). La herramienta es eficaz para el empleo en personas con habilidades cognitivas normales o disminuidas (Hodgson, Gitlin y Huang, 2014). La longitud y el requisito de la capacidad de lectura o audición puede ser problemática para algunas personas.



Alerta sobre el dominio de conceptos

El personal de enfermería debe tener en mente que, a pesar de que los pacientes con cognición normal o alterada pueden llorar o quejarse, este acto no es un indicador fiable de dolor. El cuestionario para el dolor McGill es apto para utilizarse en personas con cognición normal o alterada.

Deben valorarse las barreras para el empleo de herramientas estandarizadas. Los pacientes deben recibir instrucciones claras y tener la oportunidad de practicar en el empleo de la herramienta. Utilizar la misma herramienta de manera constante facilita la obtención de datos que son comparables y significativos.



COMUNICACIÓN

El hecho de que los pacientes no informen dolor no garantiza que éste no se presente en sus vidas. Quienes sufren dolor pueden no informarlo a sus médicos, sin importar qué tanto afecte la calidad de vida. La realidad de que muchas personas intentan vivir con el dolor refuerza la importancia de que el personal

de enfermería pregunte acerca del síntoma durante las valoraciones de rutina. Preguntar específicamente acerca del dolor puede traer recuerdos a los pacientes y motivar que compartan sus síntomas (p. ej., ¿Tiene dolor de articulaciones durante las mañanas? ¿Hay algo que le cause dolor? ¿El dolor afecta su sueño, actividad o alimentación? ¿Toma de manera regular algún medicamento para el dolor?).

ABORDAJE INTEGRAL DE LA ATENCIÓN DEL DOLOR

El personal de enfermería puede influir en el desarrollo del plan de control del dolor individualizado y completo. Antes de implementar el tratamiento sintomático, deben identificarse las causas subyacentes del dolor y corregirse tanto como sea posible. Los objetivos son el fundamento de las intervenciones planificadas, por lo que deben ser realistas, específicos y alcanzables, por ejemplo:

- Disminuir el grado de dolor de 9 a 5 en los siguientes 5 días.
- Obtener al menos 5 h de sueño sin interrupciones por dolor.
- Ducharse y vestirse independientemente sin restricciones impuestas por el dolor en una semana.



CONCEPTO CLAVE

Además de los problemas médicos, la mala postura, la inactividad, los problemas emocionales y los efectos adversos de los medicamentos pueden ser la raíz de un dolor nuevo o más grave. Mejorar estos factores es el primer paso en el control del dolor.

Aunque las causas subyacentes del dolor no puedan identificarse o corregirse, el personal de enfermería debe planificar las intervenciones para controlar el dolor crónico ([Diagnóstico de enfermería destacado 13-1](#), *Dolor crónico*). Los componentes frecuentes de los planes de control del dolor incluyen tratamientos complementarios, cambios alimenticios, medicamentos y confort mediante atención de enfermería.

Tratamientos complementarios

Aunque los fármacos tienen un papel importante en el control del dolor, no deben ser la única herramienta utilizada. Cada vez con mayor frecuencia, los tratamientos que alguna vez se consideraron “alternativos” o “no ortodoxos” se emplean de manera complementaria para el control del dolor como parte de la atención integral eficaz. Al emplear esta visión para añadir opciones a la atención del dolor, se pueden obtener intervenciones para utilizar en un programa de atención integral como las siguientes:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DESTACADO 13-1

DOLOR CRÓNICO

Generalidades

El dolor persistente (crónico) es un estado en el cual la sensación incómoda de dolor no se limita en el tiempo y debe atenderse a largo plazo.

Factores contribuyentes y causales

Artritis, herpes, cáncer terminal, miembro fantasma, depresión, ineficacia del analgésico.

Objetivo

El paciente experimenta una reducción o ausencia de dolor y utiliza de manera eficaz las medidas de alivio del dolor.

Intervenciones

- Realizar una valoración completa para ayudar en la identificación de la causa y el tipo de dolor. Revisar las medidas de alivio empleadas y su eficacia.
- Si el paciente no emplea ninguna, instruir el empleo de una escala de autoevaluación del dolor.
- Enseñar al paciente o el cuidador las medidas de control, como imaginación guiada, autohipnosis, biorretroalimentación y yoga.
- Comentar los beneficios de la acupuntura, la quiropráctica, la homeopatía, los remedios herbolarios y otras medidas complementarias con los proveedores de salud y derivar según la necesidad.
- Verificar que los analgésicos se utilicen de forma correcta.
- Controlar los estímulos del entorno que pueden influir en el dolor (p. ej., ruidos intensos, luces brillantes y temperaturas extremas).
- Emplear la música como medio terapéutico para la relajación.
- Derivar a los recursos para el control del dolor, como la American Pain Society y la National Chronic Pain Outreach Association, en los Estados Unidos.
- Vigilar continuamente la intensidad del dolor y la eficacia de los métodos de alivio.
- *Yoga*. Disciplina ancestral que combina ejercicios de respiración, meditación y posturas específicas (*asanas*) para ayudar a lograr un sentimiento de equilibrio y salud.

-
- *Acupresión*. Empleo de presión sobre puntos a lo largo de meridianos (conductos invisibles de energía [*qi*] en la medicina china) para desbloquear el flujo de energía y restablecer o promover el equilibrio del *qi*.
 - *Acupuntura*. Colocación de agujas en la piel sobre puntos a lo largo de los meridianos para desbloquear el flujo de energía y recuperar o promover el equilibrio del *qi*.
 - *Aromaterapia*. Rama de la medicina herbolaria que emplea aromas de aceites esenciales o plantas para crear efectos fisiológicos y emocionales (p. ej., uso de esencias de lavanda, geranio, rosas y sándalo para la tranquilidad).
 - *Biorretroalimentación*. Proceso de capacitar a las personas para controlar de manera voluntaria las funciones corporales específicas.
 - *Quiropráctica*. Empleo de manipulación o ajuste vertebral y articular para corregir

la falta de alineación que puede ser el origen de la disfunción y el dolor.

- *Estimulación eléctrica.* Empleo de corrientes eléctricas administradas en la piel y los músculos mediante electrodos colocados sobre la región dolorosa en el cuerpo.
- *Ejercicios.* Ejercicios leves de estiramiento y amplitud de movimiento.
- *Imaginación guiada.* Imágenes que pueden provocar reacciones específicas del cuerpo.
- *Tratamiento con calor y frío.* Empleo de compresas, apósitos, paquetes o inmersión (parafina), baños, masajes o entornos (sauna) calientes o fríos.
- *Medicina herbolaria.* Administración de plantas con beneficio terapéutico ([cuadro 13-2](#)).
- *Remedios homeopáticos.* Consumo de material biológico diluido (plantas, animales o minerales) que puede producir síntomas similares a los de la enfermedad.
- *Hipnosis.* Guiar a la persona hacia un estado de trance en el cual aumenta la receptividad y es posible la sugestión.
- *Masaje.* Manipulación de tejidos blandos mediante frotamiento, compresión, palmadas y percusión (llamada *manipulación corporal* cuando se combina con masaje profundo, consciencia de movimiento y equilibrio de energía).
- *Meditación.* Relajación para tranquilizar el cuerpo y la mente y traer consciencia sobre el presente.
- *Naturismo.* Uso de nutrición adecuada, agua pura, aire fresco, ejercicio, descanso y otros métodos naturales.
- *Osteopatía.* Rama de la medicina física en la que se emplea la fisioterapia, la manipulación articular y la corrección postural.

CUADRO 13-2 Hierbas empleadas en el control del dolor

Debido a que diversas hierbas pueden interactuar con los medicamentos, el personal de enfermería debe consultar a un experto en remedios herbolarios antes de sugerir el uso de una hierba específica. Las que se utilizan con frecuencia para el control del dolor incluyen las siguientes:

- *Capsaicina/capsicum* (aceite de chile). Se emplea de manera tópica para el dolor nervioso o articular; el alivio se presenta en algunos días.
- *Garra del diablo.* Es eficaz para el dolor inflamatorio; se toma de manera oral en forma de extracto; puede tardar varias semanas en tener efecto.
- *Matricaria.* Es de beneficio para la prevención de migraña; se toma oralmente; es preferible tomar en cápsulas o extracto porque las hojas pueden ser muy irritantes.
- *Jengibre.* Disminuye la inflamación y las náuseas.
- *Cúrcuma.* Útil en las enfermedades inflamatorias.
- *Valeriana.* Relaja los músculos; tiene un efecto sedante leve.
- *Sauce blanco.* Alivia la inflamación y el dolor general.

- *Oración*. Plegarias a un dios o un poder superior mediante la oración directa o intercesora.
- *Relajación progresiva*. Serie de ejercicios que ayudan al cuerpo a alcanzar un estado de relajación profunda.
- *Suplementos*. Empleo de productos nutricionales específicos (p. ej., complejo vitamínico B para mejorar la función del sistema nervioso; bromelina, aceite de pescado, jengibre, cúrcuma y garra del diablo para disminuir el edema; capsaicina tópica para eliminar la señal del dolor; matricaria y vitamina B₂ para disminuir la migraña).
- *Tacto*. El toque terapéutico (TT) y el toque sanador (TS) son formas de sanación energética en las cuales el sanador coloca sus manos sobre diversas partes corporales del paciente para manipular la energía (cuadro 13-3).

CUADRO 13-3 Empleo del tacto para el confort

El tacto es una manera de brindar confort desde hace mucho tiempo. Además de sus beneficios terapéuticos, el contacto físico ofrece cariño y calidez, lo que promueve el confort emocional y el bienestar. Una variedad de modalidades que puede aprender el personal de enfermería emplean alguna forma de tacto para promover el confort; estos métodos incluyen:

ACUPRESIÓN

Es una modalidad de tratamiento de la medicina tradicional china que ha existido durante más de 2 000 años; la acupresión utiliza la fuerza sobre partes del cuerpo específicas. Este método se basa en la creencia de que existen vías, denominadas *meridianos*, a lo largo del cuerpo por las cuales fluye la energía (*qi*). Se propone que la enfermedad y los síntomas se desarrollan cuando el flujo de energía es obstruido o está en desequilibrio. Ejercer presión en los puntos que corresponden a cierta parte del cuerpo con molestias puede aliviar el dolor. Por ejemplo, ejercer presión durante algunos minutos en los surcos en la parte posteroinferior del cráneo a 5 cm de la línea media durante algunos minutos puede aliviar la cefalea.

MASAJE

El masaje se emplea con frecuencia como método para ofrecer confort y relajación. La práctica consiste en la manipulación de tejidos blandos mediante frote, presión, palmadas y percusión. Además de los masajes de espalda, los masajes en manos y pies pueden promover relajación, descanso y confort.

TRATAMIENTOS MEDIANTE CONTACTO

El toque terapéutico y el toque sanador son tratamientos complementarios populares que emplea el personal de enfermería para aliviar el dolor, disminuir la ansiedad y mejorar la función inmunitaria. El toque terapéutico se popularizó en la enfermería en la década de 1970 gracias al trabajo de la investigadora Delores Krieger, quien propuso la teoría de que las personas son campos energéticos y la obstrucción de la energía puede ser causante de estados de mala salud. Al tomar energía del campo universal y transferirla al paciente, pueden aprovecharse los recursos de éste. Aunque la palabra *toque* se utiliza para describir el método, en realidad requiere poco tacto. En su lugar, el personal de enfermería mueve sus manos sobre el cuerpo del paciente para valorar el campo de energía y dirigir energía hacia las áreas donde existe un bloqueo de ésta.

El toque sanador es una variante del toque terapéutico que emplea estrategias adicionales de sanación para abrir bloqueos energéticos, arreglar fugas de energía y reequilibrar el campo de energía. Se encuentra disponible un programa de seis niveles para la capacitación en el toque sanador.

Véase la sección de *Recursos* para mayor información acerca de estos tratamientos.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué métodos, además de los medicamentos, utiliza para el control del dolor? ¿Qué promueve o limita que elija abordajes alternativos o complementarios para el control del dolor?

El personal de enfermería debe conocer las indicaciones y las contraindicaciones de los diversos tratamientos para que sea capaz de ofrecer orientación a los pacientes. Además, es necesario que esté al tanto de los requisitos de certificación para la gama de proveedores de tratamientos complementarios y alternativos y ayuden a los pacientes a identificar personal capacitado. La instrucción y el asesoramiento son importantes para asegurar que los pacientes tomen decisiones informadas acerca de sus proveedores.

Cambios en la dieta

La dieta puede influir sobre la presencia de inflamación y el dolor que produce, en especial en el caso del dolor por artritis, el cual es frecuente en los adultos mayores. El ácido araquidónico es el principal precursor durante la síntesis de omega-6 en eicosanoides proinflamatorios. Por lo tanto, la eliminación de alimentos que contengan ácido araquidónico o que se conviertan en esta sustancia puede ser de beneficio para los adultos mayores que padecen enfermedades inflamatorias. Los alimentos que debe considerarse eliminar incluyen aquellos de origen animal, alimentos lácteos con alto contenido graso, yemas de huevo, grasa de carne de res y aceites de cártamo, maíz, girasol, soya (soja) y maní. También se postula que la harina blanca, los azúcares y la comida chatarra contribuyen a la inflamación.

La deficiencia de complejo vitamínico B puede aumentar el dolor que resulta del daño o la activación anómala de nervios. Consumir vegetales de hoja verde puede brindar las vitaminas del complejo B, junto con los químicos que mejoran la acción de la serotonina.

Además, algunos alimentos pueden reducir o proteger frente a la inflamación. Los productos con alto contenido de ácidos grasos omega-3 son capaces de disminuir la inflamación; estos incluyen peces de agua dulce (p. ej., salmón, atún, sardinas, fletán y verdel) y sus aceites, así como linaza y aceite de linaza, aceite de canola, nueces, semillas de calabaza y huevos ricos en omega-3. Los antioxidantes ofrecen protección en contra de la inflamación, principalmente los flavonoides. Los flavonoides inhiben enzimas que sintetizan eicosanoides; por lo tanto, interfieren con el proceso inflamatorio. Las fuentes de flavonoides incluyen frutas rojas, moradas y azules, como las moras y sus jugos (zumos); té negro o verde; vino tinto; chocolate y cacao. La piña (ananá) fresca también se considera adyuvante en la reducción de la inflamación. También se considera que algunas hierbas, como el ajo, el jengibre y la cúrcuma (el principal ingrediente del polvo para *curry*), tienen efectos antiinflamatorios.

Medicamentos

El empleo de medicamentos para el control del dolor en los adultos mayores puede ser complicado debido a la gran cantidad de fármacos que consume este grupo de

edad y la farmacocinética y la farmacodinamia particular (véase el [cap. 17](#)). El riesgo de efectos adversos es mayor que en los grupos de edad jóvenes, pero este hecho no debe alterar la decisión de emplear analgésicos en los pacientes con mayor edad. En lugar de ello, los analgésicos deben emplearse de manera correcta y vigilarse rigurosamente.

Si las medidas no farmacológicas son ineficaces y se requieren medicamentos, se recomienda comenzar con el tipo más débil y la menor dosis de analgesia e incrementarlos según la necesidad. Deben realizarse pruebas terapéuticas con no opiáceos antes de recurrir a medicamentos opiáceos. Los medicamentos adyuvantes (p. ej., antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivos, antihistamínicos y cafeína) pueden ser útiles en el control del dolor no maligno o al emplearse en conjunto con los opiáceos.

Los opiáceos deben emplearse con reservas en los adultos mayores debido al riesgo elevado de delirium, caídas, disminución de la respiración y otros efectos adversos. Administrar un analgésico no opiáceo reduce la cantidad del medicamento opiáceo que se requiere. Los analgésicos deben administrarse de manera regular para mantener su concentración sanguínea constante; el temor a la adicción no debe ser un factor para que se empleen de manera errónea los analgésicos durante el control del dolor. Se recomienda que la meperidina, la indometacina, la pentazocina y los relajantes musculares no formen parte del control del dolor en los adultos mayores debido a su alta incidencia de efectos adversos (American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel, 2012).

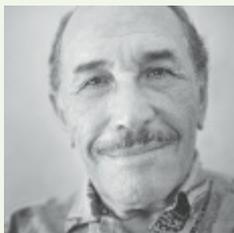
El paracetamol es el medicamento que se utiliza con mayor frecuencia en el tratamiento del dolor leve o moderado en los adultos mayores, seguido por antiinflamatorios no esteroideos (AINE), de los cuales el más frecuente es el ibuprofeno. Antes de introducir el tratamiento con un opiáceo, el paciente debe probar otro AINE. En caso de dolor moderado o grave, los opiáceos de elección incluyen codeína, oxicodona e hidrocodona, que están disponibles en formulaciones combinadas con no opiáceos para tomar ventaja de los efectos aditivos. La morfina y el fentanilo en forma de parches se emplean para el dolor grave.

La pentazocina está contraindicada en las personas mayores debido al alto riesgo de presentar delirium, crisis convulsivas y toxicidad cardíaca y nerviosa central.

El personal de enfermería debe vigilar de cerca las respuestas a los medicamentos para determinar si el fármaco y la posología son apropiados. Los esquemas de administración a lo largo del día y las presentaciones de liberación prolongada son de utilidad en el control del dolor persistente. Si es posible, los medicamentos deben utilizarse en un esquema dirigido a la prevención del dolor, no a su tratamiento después de que se ha presentado.

La reevaluación de la respuesta del paciente frente al medicamento es de vital importancia. La eficacia de los fármacos puede cambiar a lo largo del tiempo, un suceso que requiere un cambio de prescripción. Además, los efectos adversos pueden presentarse aún cuando un fármaco se ha utilizado durante períodos prolongados sin anomalías.

CASO A CONSIDERAR



El señor O'Day, de 66 años de edad, visita el consultorio de su médico de cabecera pa anual. Durante ésta, la enfermera se percató de que el señor O'Day tiene limitación del movimiento articular grave en los miembros inferiores debido a artritis y una fractura con alivio ineficaz. Cuando es interrogado acerca del dolor, el señor O'Day parece evasivo y responde, "lo controlo". No es específico cuando la enfermera pregunta acerca del método con el que lo controla. "Lo tengo todo bajo control", menciona.

La enfermera sale de la sala de exploración para brindar privacidad al señor O'Day, y la señora O'Day se aproxima. Ella menciona "probablemente no se lo diré, pero él padece dolor grave en su cadera y rodillas; lo controla con marihuana y medicamentos para el dolor que compra a unos sujetos en el vecindario. Algunas veces está tan aturrido que apenas puede caminar o hablar".

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué debe responder la enfermera a la información que ha compartido la señora O'Day?
- Describa los riesgos para el señor O'Day derivados de su plan de alivio del dolor actual.
- Describa las posibles razones por las que el señor O'Day ha elegido el método que emplea para el control del dolor.
- ¿Qué plan puede desarrollarse para brindar un control del dolor más seguro para el señor O'Day?

Brindar tranquilidad

Las tareas difíciles, los horarios agitados y las presiones para completar labores son algunas experiencias frecuentes con las que se enfrenta el personal de enfermería cotidianamente en el sistema de salud actual. En medio de toda la *actividad* requerida, puede olvidarse la importancia de *estar* con los pacientes. No obstante, brindar tranquilidad y sanación es posible cuando se destina tiempo a los pacientes.

Queda claro que el tiempo que el personal de enfermería tiene disponible para dedicar a los pacientes es escaso; sin embargo, la calidad de este tiempo es lo importante para brindar tranquilidad y sanación (fig. 13-1). La calidad del tiempo que se destina a los pacientes para ofrecer tranquilidad se refleja mediante:



FIGURA 13-1 ● La calidad del tiempo que el personal de enfermería pasa con sus pacientes es importante para brindar tranquilidad y sanación. Pasar tiempo de calidad con los pacientes requiere atención plena, sin importar la duración de la interacción.

- *Prestar atención plena al paciente, sin importar la duración de la interacción.* Uno de los métodos para lograr esta tarea es tomar un respiro antes del contacto con el paciente, respirar de manera profunda y afirmar mentalmente que se pretende prestar atención al paciente durante el tiempo que estarán juntos. En algunas ocasiones, es útil visualizar una canasta en la que se depositan las cargas y las tareas del día antes de entrar a la habitación o el hogar del paciente.
- *Escuchar con atención.* Motive al paciente a hablar y demuestre interés mediante el lenguaje corporal y la retroalimentación. El paciente puede sentirse incómodo si percibe que no está siendo escuchado.
- *Explicar.* Describa los procedimientos, los cambios y el progreso. No asuma que el paciente comprende un procedimiento de rutina.
- *Hacer contacto.* Toque de manera suave los hombros del paciente, proporcione masaje en los pies o sostenga la mano para establecer una conexión de interés y preocupación.
- *Percibir.* Ponga atención a los signos que pueden indicar molestia, como suspiros, lágrimas y estado de ánimo plano. Valide sus observaciones y pregunte acerca de la causa (p. ej., “Señora Haines, parece estar un tanto distraída hoy, ¿hay algo que le gustaría comentar?”). Aunque sea tentador ignorar un problema que no se verbaliza, esta acción no constituye un abordaje de sanación.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Alguna vez ha tenido la tentación de ignorar algún problema que sospecha en una persona, pero ésta no lo ha verbalizado? ¿Cuáles fueron sus motivos para ello?

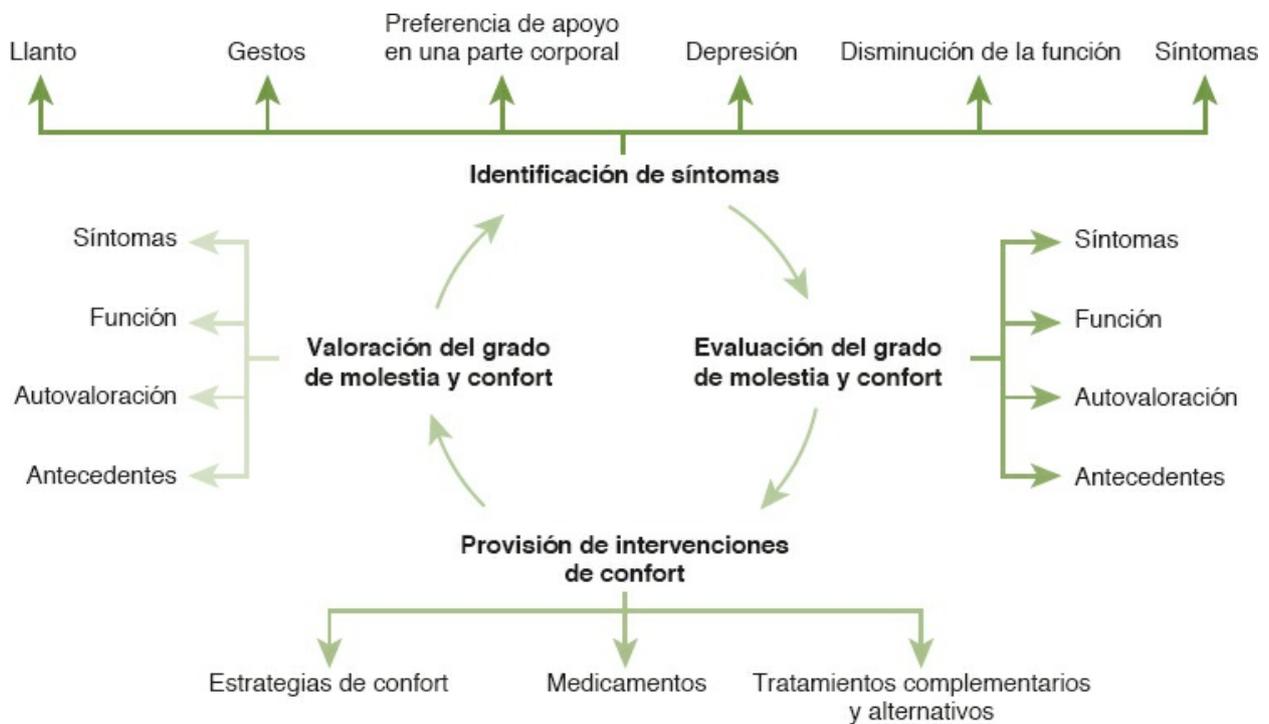


FIGURA 13-2 ● Ciclo de dolor y alivio.

Brindar confort a los pacientes consiste en un proceso (fig. 13-2) dinámico que requiere reevaluación y reajuste a medida que cambian las necesidades y el estado. Se requiere sensibilidad del personal de enfermería frente a los indicadores de molestia y compromiso para aliviar el sufrimiento. Estas acciones ofrecen la oportunidad al personal de enfermería para demostrar el arte de sanación de su profesión.

Resumen del capítulo

La prevalencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad y gran cantidad de ellas presentan dolor asociado. La relación entre el envejecimiento y la percepción del dolor no se comprende por completo, aunque existe evidencia del aumento del umbral del dolor y disminución de la tolerancia a éste con el paso de la edad.

Los diferentes tipos de dolor incluyen el nociceptivo (con origen en las estructuras somáticas y viscerales) y el neuropático (con origen en problemas que afectan los sistemas nerviosos central y periférico). El dolor también puede describirse con base en el inicio y la duración; el dolor agudo tiene un inicio súbito y su duración es corta, mientras que el dolor crónico tiene un inicio gradual y perdura durante 3 meses o más.

La valoración de enfermería sobre el dolor incluye una revisión de los antecedentes médicos, la inspección general, el interrogatorio y la exploración física. Se encuentran disponibles diversos instrumentos de valoración, como la escala de calificación numérica, la escala analógica visual y el cuestionario para el dolor de McGill.

Debido a que suelen presentarse problemas con el empleo de medicamentos en los adultos mayores, deben considerarse los métodos no farmacológicos para el control del dolor, incluyendo los cambios en la dieta y las medidas de confort. Es de beneficio un abordaje integral, en el que se emplean los métodos más apropiadas

tanto de la medicina convencional como de la medicina complementaria y alternativa. Algunas de las medidas complementarias pueden ser ofrecidas por el personal de enfermería.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

La influencia de las alteraciones del sueño y la percepción del dolor en indicadores de la calidad de vida en personas con demencia que viven en sus hogares

Fuente: Hodgson, N., Gitlin, L. N., & Huang, J. (2014). *Geriatric Nursing*, 35(5), 394–398.

El dolor con tratamiento ineficaz y las alteraciones del sueño se han identificado como factores prevalentes y modificables que afectan la calidad de vida de los adultos mayores, pero no se ha investigado la influencia de estos factores sobre la calidad de vida de los adultos mayores con demencia que viven en su comunidad. Este estudio se centró en determinar la prevalencia de alteraciones del sueño frecuentes y dolor, y su efecto sobre la calidad de vida en adultos mayores con demencia que viven en su comunidad.

El estudio incluyó a 88 personas con demencia que viven en sus casas o con un cuidador miembro de la familia y que obtuvieron una puntuación en el Mini Mental Status Examination de 10 o mayor. Las herramientas empleadas para valorar la calidad de vida incluyeron la *Dementia Quality of Life Caregiver version* (DEMQL-Proxy), la cual es una entrevista de 31 preguntas que determina la calidad de vida; la escala análoga visual del dolor en la versión con rostros, en la cual el paciente mayor indica la gravedad de su dolor en una escala del 0 al 10 mediante una serie de rostros que van desde el llanto hasta una sonrisa; y el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), en el cual los cuidadores valoraron el sueño de los adultos mayores.

La mayoría (55%) de los adultos mayores informaron dolor y casi la mitad (49%) informaron tener problemas con el sueño al menos una vez a la semana. El análisis indicó que, a pesar de que el dolor y la mala calidad de sueño afectan la calidad de vida, existen diferencias. Por ejemplo, la calidad del sueño no se asocia significativamente con el dominio de memoria en el DEMQL, pero el dolor sí.

Los investigadores concluyeron que la mala calidad de sueño puede empeorar el dolor; en consecuencia, el dolor puede provocar mala calidad de sueño. El dolor también afecta la memoria. Tanto las alteraciones del sueño como el dolor pueden interferir con la capacidad de una persona para cumplir con las actividades cotidianas.

Esta investigación refuerza la influencia del dolor sobre la función y la calidad de vida de los adultos mayores, además de demostrar la importancia de otros factores, como el sueño. Identificar y controlar con eficacia el dolor y los factores que lo modifican es esencial para promover la mayor calidad de vida y la mayor función posible en los adultos mayores.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

El Sr. Petro de 82 años de edad vive en la comunidad con su esposa, quien padece

demencia. Es muy dedicado a su esposa y realiza un excelente trabajo cuidando de ella y en la administración del hogar.

Usted está consciente de que el Sr. Petro tiene artrosis y se ha percatado de las gesticulaciones que realiza y algunos otros signos de dolor en el momento en que se mueve. Al interrogar acerca de estos síntomas, el Sr. Petro admite tener dolor grave y menciona que no utiliza fármacos, pues pretende estar alerta para su esposa. “Si se trata de una decisión entre estar adormecido por los medicamentos y estar mental y físicamente capaz, prefiero lo segundo”. El Sr. Petro muestra las recetas de analgésicos que no ha surtido y está decidido a no consumir medicamentos.

¿Qué puede hacerse para ayudar al Sr. Petro a atender su necesidad de control del dolor?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Cómo refuerza la sociedad el tratamiento sintomático del dolor en lugar de la corrección del problema de base?
2. Desarrolle un plan de atención integral para el control del dolor de un adulto mayor que padece dolor crónico por artritis.
3. ¿Por qué puede ofrecer alivio la oración a alguien que sufre de manera física y emocional?
4. Describa las posibles razones por las que se ofrece el reembolso de los costes de procedimientos médicos para el alivio del dolor y no en el caso de estrategias de confort que brinda el personal de enfermería.

Recursos en línea

American Academy of Pain Management

<http://www.aapainmanage.org>

American Chronic Pain Association

<http://www.theacpa.org>

American Massage Therapy Association

www.amtamassage.org

American Pain Society

<http://www.ampainsoc.org>

City of Hope Pain and Palliative Care Resource Center

<http://prc.coh.org//elderly.asp>

Geriatric Pain

<http://www.geriatricpain.org>

Healing Touch International, Inc.

www.healingtouch.net

Nurse Healers and Professional Associates (Therapeutic Touch)

www.therapeutic-touch.org

Referencias

- The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. (2012). The American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 616–631.
- American Pain Society. (2014). *Pain: Current understanding of assessment, management, and treatment* (p. 4). Chicago, IL: American Pain Society. En: <http://www.americanpain-society.org/uploads/pdfs/npc/npc.pdf>
- Hodgson, N., Gitlin, L. N., & Huang, J. (2014). The influence of sleep disruption and pain perception on indicators of quality of life in individuals living with dementia at home. *Geriatric Nursing*, 35(5), 394–398.
- Melzack, R., & Katz, J. (2011). The McGill pain questionnaire: Appraisal and current status. En: D. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook on pain assessment* (3rd ed., pp. 18–32). New York, NY: Guilford.
- National Center for Health Statistics. (2009). *National Center for Health Statistics Report: Health, United States, 2006, special feature on pain*. Acceso el 15 de noviembre de 2014 en: <http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/06facts/hus06.htm>
- Patel, K. V., Guralnik, J. M., Dansie, E. J., & Turk, D. C. (2013). Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: Findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. *Pain*, 154(12), 2649–2657.
- Yeziarski, R. P. (2012). The effects of age on pain sensitivity: Pre-clinical studies. *Pain Medicine*, 13(Suppl. 2), S27–S36.

Lecturas recomendadas thePoint*

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recur-sos adicionales asociados con este capítulo.



ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Envejecimiento y los riesgos para la seguridad

Importancia del entorno para la salud y el bienestar

Influencia del envejecimiento sobre la seguridad del entorno y la función

- Iluminación
- Temperatura
- Colores
- Aromas
- Cubiertas del piso
- Muebles
- Estimulación sensorial
- Control del ruido
- Peligros en el cuarto de baño
- Peligro de incendio
- Consideraciones psicosociales

El problema de las caídas

- Riesgos y prevención
- Riesgos asociados con la restricción de la movilidad

Intervenciones para disminuir los riesgos intrínsecos para la seguridad

- Disminuir los riesgos para la hidratación y la nutrición
- Atender los riesgos asociados con las deficiencias sensoriales
- Atender los riesgos asociados con las limitaciones de la movilidad
- Vigilar la temperatura corporal
- Prevenir la infección
- Recomendar vestimenta adecuada
- Emplear cuidadosamente los medicamentos
- Evitar el crimen
- Promover la conducción segura

Promover la detección precoz de los problemas
Atender los riesgos asociados con las deficiencias funcionales

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir los efectos del envejecimiento sobre la seguridad.
2. Comentar la importancia del entorno para el bienestar físico y psicológico.
3. Nombrar la influencia de los cambios relacionados con la edad sobre la función y la seguridad del entorno.
4. Describir los ajustes que pueden realizarse en el entorno para promover la seguridad y la función de los adultos mayores.
5. Identificar los riesgos en el cuarto de baño y las medidas para disminuirlos.
6. Comentar el efecto del entorno sobre la salud psicosocial.
7. Nombrar los factores que contribuyen a las caídas en los adultos mayores.
8. Mencionar las medidas para reducir los riesgos intrínsecos a los adultos mayores para la seguridad y el bienestar.
9. Comentar los riesgos para la seguridad específicos para las personas con deficiencias funcionales.

GLOSARIO

Lesión: acto que produce daño.

Macroentorno: elementos en el mundo que afectan grupos o poblaciones completas.

Microentorno: espacio inmediato con el que interactúa una persona.

Restricción: cualquier objeto que evite el movimiento; puede ser física o química.

A lo largo de la vida, los seres humanos enfrentan amenazas para sus vidas y bienestar, como actos de la naturaleza, contaminantes, enfermedades transmisibles, accidentes y crímenes. De manera normal, los adultos toman medidas precautorias ante estas amenazas y, en los casos en los que se presentan, intentan controlarlas o disminuir sus efectos. Las personas mayores enfrentan los mismos problemas que cualquier adulto, pero sus riesgos se hacen más graves por factores relacionados con la edad que disminuyen su capacidad para protegerse e incrementan su vulnerabilidad. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe identificar los riesgos para la seguridad durante la valoración del adulto mayor y ofrecer intervenciones para atender amenazas actuales y potenciales para la seguridad, la vida y el bienestar.

ENVEJECIMIENTO Y LOS RIESGOS PARA LA SEGURIDAD

La tasa de **lesiones** en los adultos mayores se encuentra en la media para todos los grupos de edad, 196 por cada 1 000 personas de 65 años de edad o mayores (Department of Commerce, 2010). Las mujeres de edad avanzada tienen una mayor tasa de lesiones en comparación con cualquier grupo de edad de mujeres, mientras que la tasa de lesiones en hombres disminuye con la edad. La tasa de muerte debida a accidentes es significativa en los adultos mayores. Los datos indican 45, 106 y 287 muertes por lesiones por cada 100 000 personas en los rangos de edad de 65-74, 75-

84 y 85 años o mayores, respectivamente (Census Bureau, 2012). Los adultos mayores experimentan más de 2.3 millones de lesiones accidentales no mortales en el hogar cada año; más de 7 000 mueren a causa de ellas (Shields, et al., 2013). Los accidentes son la sexta causa de muerte en los adultos mayores; las caídas son la principal causa de lesiones que derivan en la muerte.

Los cambios relacionados con la edad, la respuesta antígeno-anticuerpo alterada y la alta prevalencia de enfermedades crónicas causan que los adultos mayores sean altamente susceptibles a las infecciones. La neumonía y la influenza son la cuarta causa de muerte en este grupo de edad, mientras que la neumonía es la principal causa de muerte relacionada con infección. Los adultos mayores tienen una incidencia tres veces mayor de neumonía intrahospitalaria en comparación con personas más jóvenes; los adultos mayores presentan gastroenteritis por especies de *Salmonella* de manera más frecuente que las personas menores de 65 años de edad; la prevalencia de infecciones de vías urinarias aumenta con la edad. Este grupo de edad constituye más de la mitad de los casos informados de tétanos, endocarditis, coleditiasis y diverticulitis. Los síntomas atípicos suelen conducir al retraso en el diagnóstico de infección, lo que contribuye a la mortalidad más alta debida a infecciones; por ejemplo, los adultos mayores son más susceptibles de morir debido a apendicitis que una persona joven como consecuencia de la presentación atípica de los síntomas, lo que conduce a un retraso en el diagnóstico.

La alteración de la farmacocinética, la autoprescripción y la gran cantidad de fármacos que consumen los adultos mayores también conducen a problemas de seguridad importantes. Los riesgos incluyen efectos adversos, como somnolencia y mareos, y accidentes como resultado de ellos. Se estima que el 5-30% de los ingresos hospitalarios geriátricos se asocian con la administración incorrecta de medicamentos.

La [tabla 14-1](#) menciona diversos factores relacionados con la edad que pueden suponer un riesgo para la seguridad y el bienestar de los adultos mayores, así como probables problemas de enfermería asociados con estos riesgos.

IMPORTANCIA DEL ENTORNO PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR

El entorno puede considerarse dividido en dos partes, el **microentorno** y el **macroentorno**. El *microentorno* es aquel espacio inmediato con el que se tiene interacción directa (p. ej., muebles, tapices, iluminación, temperatura y ruidos de la habitación). El *macroentorno* se compone de elementos en el mundo que afectan a grupos de personas o, incluso, poblaciones completas (p. ej., el clima, la contaminación, el tránsito y los procesos naturales). Debido a que el microentorno puede manipularse de manera más fácil y brinda beneficios inmediatos, éste es el foco del capítulo.

De manera ideal, el entorno brinda más que alojamiento; debe promover el desarrollo continuo, la estimulación y la satisfacción de mejorar nuestro bienestar psicológico. Lo anterior es especialmente importante para los adultos mayores, quienes pasan gran parte de su tiempo en sus hogares o en la habitación de un centro

de atención. Para lograr la mayor satisfacción de su microentorno, los adultos mayores deben satisfacer diversos niveles de necesidades dentro de sus alrededores. Este hecho puede ejemplificarse mediante la comparación de las necesidades del entorno con las necesidades básicas del ser humano propuestas por Maslow (tabla 14-2). De manera similar a la teoría de Maslow, puede postularse que no es viable obtener un mayor nivel de satisfacción del entorno a menos que se cumpla con necesidades en niveles inferiores. Lo anterior puede explicar la razón por la que algunos adultos mayores tienen las siguientes prioridades y problemas:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 14-1 Envejecimiento y los riesgos para la seguridad

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería ^a
Disminución del líquido intracelular.	Deficiencia del volumen hídrico relacionado con mayor facilidad de desarrollo de deshidratación.
Pérdida del tejido subcutáneo; menor aislamiento natural; menor tasa metabólica.	Riesgo de traumatismo y confusión aguda relacionado con hipotermia.
Disminución del rendimiento cardíaco.	Intolerancia a la actividad relacionada con la alteración (disminución) del gasto cardíaco.
Disminución de la fuerza y la elasticidad de los músculos respiratorios; disminución de la expansión pulmonar; respuesta tusígena ineficaz; menor actividad ciliar.	Riesgo de infección relacionado con la disminución de la capacidad de expulsar secreciones u objetos extraños desde los pulmones.
Disminución del empleo de oxígeno bajo estrés.	Disminución de la perfusión de tejidos periféricos y reducción de la perfusión del tejido encefálico asociada con cambios en la respuesta cardiovascular ante el estrés.
Estado dental deficiente.	Riesgo de infección relacionado con enfermedad dental o broncoaspiración de partículas dentales.
Reflejo nauseoso débil.	Riesgo de infección asociado con aspiración.
Alteración del sentido del gusto.	Exceso nutricional relacionado con mayor ingesta de sal o golosinas para compensar la deficiencia del gusto.
Disminución de la filtración renal.	Riesgo de lesión asociado con eliminación ineficaz de los desechos sanguíneos.
Mayor prevalencia de retención urinaria.	Riesgo de infección debido a estasis urinaria.
Secreciones vaginales alcalinas.	Riesgo de infección relacionado con entorno ácido inadecuado para la inhibición del crecimiento bacteriano.
Disminución de la fuerza muscular.	Riesgo de traumatismo relacionado con menor fuerza muscular.
Desmineralización ósea.	Riesgo de traumatismo y deterioro de la movilidad física asociado con aumento de la probabilidad de fracturas.
Respuestas retrasadas y mayor tiempo de reacción.	Riesgo de traumatismo relacionado con la incapacidad para reaccionar de manera oportuna.
Déficit visual y auditivo.	Riesgo de traumatismo e incapacidad total o parcial para organizar o mantener el hogar asociado con la percepción anómala del entorno.
Disminución de la secreción de lágrimas.	Riesgo de traumatismo y riesgo de infección

Alteración de la percepción de la profundidad.	relacionados con disminución de la capacidad para proteger la córnea. Riesgo de traumatismo asociado con la disminución en la capacidad de detectar cambios en el nivel de la superficie de deambulación.
Aumento del umbral del dolor y el tacto.	Riesgo de traumatismo, riesgo de infección y deterioro de la integridad cutánea relacionado con la menor capacidad de percibir problemas, como dolor y presión.
Menor elasticidad y humectación; mayor fragilidad de la piel.	Deterioro de la integridad cutánea y riesgo de infección relacionado con mayor facilidad de lesión de la piel.
Déficit de la memoria a corto plazo.	Riesgo de traumatismo relacionado con la incapacidad para recordar la administración de medicamentos o tratamientos.
Alta prevalencia de polifarmacia.	Alteración del mantenimiento de la salud y riesgo de traumatismo asociado con administración concomitante de medicamentos, interacciones farmacológicas y efectos adversos.

^a Adaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

TABLA 14-2 Necesidades del entorno con base en la jerarquía propuesta por Maslow

Necesidades humanas básicas	Necesidades del entorno
Autorrealización	Un espacio que brinde realización de todo el potencial, objetos inspiradores, alrededores agradables y ayudas para la relajación.
Reconocimiento (autoestima)	Un hogar que brinde orgullo, decoración elegante y símbolos de estatus.
Confianza	Un lugar en el cual se sienta seguro, tenga control sobre el estilo de vida, la disposición de muebles, la temperatura y la iluminación.
Sociales (amor)	Un lugar del que se obtenga satisfacción por pertenecer, sea familiar y atractivo, cuente con muebles cómodos y objetos favoritos.
Seguridad	Un refugio de las amenazas externas que pueda asegurar las pertenencias, con iluminación, seguridad, detectores de humo y alarmas adecuados.
Necesidades fisiológicas	Un sitio en el cual se pueda vivir, con adecuada ventilación, temperatura de 24 °C, amenidades y electrodomésticos funcionales y control de plagas.

- No consideran que instalar un detector de humo resulte importante cuando hay roedores en su departamento.
- Se niegan a remodelar sus hogares debido a que podría dar la impresión de que cuentan con gran cantidad de recursos económicos dentro de un vecindario con alto índice delictivo, lo que los haría objetivo de robos.
- Permanecen aislados de la sociedad en lugar de invitar a personas a su hogar que se

percibe como *modesto*.

- No están dispuestos a realizar tareas y actividades creativas como parte del reajuste a una residencia nueva o desconocida.

El personal de enfermería debe ser realista en su valoración del entorno y determinar los niveles de necesidades que requieren atención y planificar las medidas para promover la satisfacción de necesidades de los niveles más altos.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué aspectos del entorno de su hogar contribuyen a la satisfacción de necesidades en niveles superiores con base en la jerarquía propuesta por Maslow?

INFLUENCIA DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA SEGURIDAD DEL ENTORNO Y LA FUNCIÓN

Los capítulos anteriores han descrito algunos de los cambios que se pueden presentar con el avance de la edad. Estos cambios, junto con las limitaciones impuestas por las enfermedades crónicas y la alta prevalencia, dan origen a problemas en el entorno particulares para los adultos mayores, como los que se mencionan en la [tabla 14-3](#).

Por supuesto, ciertas discapacidades acompañan a diversas enfermedades y provocan problemas del entorno específicos, como se puede percibir en una persona con deterioro cognitivo.

TABLA 14-3 Influencia potencial del entorno sobre distintas limitaciones físicas

Limitación	Influencia potencial del entorno
Presbicia.	Disminución de la capacidad para enfocar y visualizar objetos cercanos.
Córnea menos traslúcida; transmite menor cantidad de luz.	Se necesita mayor cantidad de luz para producir una imagen adecuada en la retina.
La disminución de la opacidad de la esclera permite que mayor cantidad de luz entre en el ojo.	Los colores pueden perder intensidad, por lo que se requiere mayor contraste.
Opacidad del cristalino.	Los colores se alteran, en especial los marrones, los beis, los azules, los verdes y los violetas.
Cataratas seniles que opacan el cristalino.	Destellos más molestos.
Degeneración macular.	Visión más difícil, se requiere mayor ampliación.
Miosis senil, disminución del tamaño de la pupila, menor cantidad de luz alcanza la retina.	Acomodación más lenta al pasar de la luz a la oscuridad.
Menor campo visual.	Menor visibilidad periférica.
Presbiacusia.	Distorsión de ruidos normales.
Dependencia de auxiliar auditivo	Amplificación de los ruidos ambientales.
Disminución del olfato	Dificultad para detectar aromas, humo y fugas de gas.
Menor discriminación al tacto	Menor estimulación causada por texturas.
Menor aislamiento corporal, menor temperatura corporal	Mayor sensibilidad a las temperaturas ambientales bajas.

Conducción nerviosa más lenta	Respuesta a estímulos más lenta, menor capacidad para recuperar el equilibrio.
Menor tono y fuerza musculares	Aumento en la dificultad para ponerse de pie, fatiga más fácil, menor elevación de los dedos durante la deambulación, marcha festinante.
Rigidez de articulaciones	Dificultad para subir escaleras y manipular manijas y perillas.
Polaquiuria, nicturia	Necesidad frecuente de acceso fácil al inodoro.
Disnea, fatiga fácil	Dificultad para utilizar escaleras y caminar por pasillos largos.
Memoria a corto plazo deteriorada	Olvido de cerrar puertas o apagar electrodomésticos.
Uso amplio de medicamentos, que lleva a hipotensión y mareos	Aumento del riesgo de caídas.

Con base en las limitaciones frecuentes en los adultos mayores, la mayoría de ellos requieren un entorno que sea seguro, funcional, cómodo, personal y que brinde normalización y compense sus limitaciones. Crear un ambiente de este tipo requiere considerar la iluminación, la temperatura, los colores, los aromas, el tipo de suelo, los muebles, la estimulación sensorial, el control de ruido, los riesgos del cuarto de baño y los factores psicosociales. El [cuadro 14-1](#) brinda una lista de verificación para la valoración de los estándares básicos en el entorno del adulto mayor.

CUADRO 14-1 Lista de verificación de la valoración del entorno			
Estándar	Sí	No	Comentarios
Detector de humo			
Teléfono			
Extintor			
Sistema de calefacción con ventilación			
Desorden mínimo			
Refrigerador en funcionamiento			
Almacenamiento correcto de alimentos			
Pasillos y escaleras iluminados adecuadamente			
Barandales en las escaleras			
Superficie del suelo regular, fácil de limpiar, no requiere encerado, libre de tapetes individuales o de fibras largas			
Puertas sin obstáculos y pintadas con colores contrastantes			
Ducha o bañera con superficie no resbaladiza, barandales de seguridad y sin tomacorrientes cercanos			
Temperatura del agua caliente menor de 43 °C			
Ventanas con filtros, fáciles de alcanzar y abiertas			
Cantidad suficiente de tomacorrientes, probablemente 1.5 m sobre el nivel del piso para acceso fácil y sin sobrecargar			
Estufa segura con control de hornillas al frente			
Repisas con acceso fácil y firmes			
Tomas de agua fáciles de operar y con indicación clara para agua fría y caliente			
Almacenamiento adecuado de medicamentos, ausencia de recetas desactualizadas			
En el caso de usar silla de ruedas:			
<ul style="list-style-type: none"> ● Puertas y pasillos libres y suficientemente amplios para permitir el paso ● Rampas o ascensor 			

- Distribución del cuarto de baño que permite movilidad
- Lavamanos y muebles suficientemente bajos para permitir el alcance

Iluminación

La luz tiene un efecto mayor que sólo iluminar el área para brindar mejor visibilidad. Por ejemplo, la luz afecta lo siguiente:

- *Función.* Una persona puede ser más móvil y participar en mayor cantidad de actividades en un área iluminada, mientras que una persona en una habitación oscura puede permanecer en somnolencia.
- *Orientación.* Una persona puede perder la perspectiva del tiempo en una habitación que se encuentra frecuentemente iluminada u oscurecida durante largos períodos. Por ejemplo, las personas expuestas a la luz brillante de las unidades de cuidados intensivos durante varios días suelen tener dificultad para determinar si es de día o de noche. Una persona que se despierta en una habitación oscura puede confundirse durante algunos segundos.
- *Estado de ánimo y comportamiento.* Las luces parpadeantes psicodélicas pueden provocar diferentes reacciones que la luz de una vela. En los restaurantes, los clientes suelen ser más silenciosos y comer de manera más lenta en presencia de iluminación tenue y suave, en comparación con aquella intensa y brillante.

Varias fuentes de luz difuminada, en lugar de una sola muy brillante, son mejores opciones en las áreas para adultos mayores. Las luces fluorescentes son las más incómodas debido a los destellos y el esfuerzo ocular. El empleo de luz fluorescente por motivos económicos puede no ser la mejor opción; aunque su funcionamiento es menos costoso, cuentan con cuotas de mantenimiento más altas. La luz solar puede filtrarse mediante cortinas delgadas. El personal de enfermería debe valorar el entorno para detectar destellos y prestar especial atención a la luz reflejada en pisos o muebles brillantes. Valore la iluminación desde una posición sentada, pues la falta ésta, las sombras, los destellos y otros problemas pueden tener aspecto diferente desde el nivel de una silla o cama, en comparación con estar de pie.

Las lámparas de noche pueden facilitar la orientación durante la noche y brindar visibilidad para localizar los interruptores de luz o las lámparas para la movilidad nocturna. Se puede utilizar una luz roja tenue durante la noche para mejorar la visión nocturna dentro de la habitación.

La exposición a la luz natural durante el ciclo natural de luz y oscuridad de 24 h ayuda a mantener los ritmos del cuerpo, lo que en consecuencia modifica la temperatura corporal, los ciclos de sueño, la producción de hormonas y otras funciones. Cuando se interrumpe el ciclo de sueño y vigilia, se alteran los ritmos internos del cuerpo. Ello exige que los hospitales y los centros de atención tomen en consideración las áreas que se encuentran iluminadas las 24 h y la ayuda que puede brindar el oscurecimiento de las habitaciones para mantener los ritmos biológicos normales. El personal de enfermería también debe tomar en cuenta la falta de

exposición a la luz solar que suelen experimentar los pacientes en centros de atención o confinados al hogar. Debe considerarse llevar al exterior a estas personas, cuando sea posible, y abrir las ventanas para permitir que entre la luz natural.

Temperatura

Se sabe desde los tiempos de Galeno en 160 a. C. que las temperaturas calientes y frías pueden alterar a los seres humanos. Las investigaciones han mostrado una relación directa entre la temperatura del cuerpo y el desempeño (Cheung, 2007). La sensibilidad táctil, la calidad de la vigilia y las tareas psicomotoras se afectan a temperaturas menores de 13 °C.

Debido a que los adultos mayores suelen tener temperatura corporal menor, así como una menor cantidad de aislamiento natural, son especialmente sensibles a las temperaturas bajas (fig. 14-1); por lo tanto, mantener la temperatura ambiental adecuada resulta de importancia. La temperatura recomendada para un adulto mayor no debe ser menor de 24 °C. Entre mayor sea la persona, menor será el rango de temperaturas que se tolera sin reacciones adversas. Las temperaturas menores de 21 °C pueden causar hipotermia en el adulto mayor.

A pesar de no ser un problema tan significativo como la hipotermia, la hipertermia también puede causar dificultad en los adultos mayores, quienes son más sensibles a los daños que los jóvenes. Puede presentarse daño cerebral con temperaturas mayores de 41 °C. Incluso en áreas geográficas que no presentan temperaturas excesivamente altas, debe tomarse en cuenta la temperatura de las habitaciones y los hogares donde las puertas y las ventanas no se abren y no cuentan con aire acondicionado. Las personas con diabetes o aterosclerosis encefálica están en riesgo de padecer hipertermia.



FIGURA 14-1 ● Debido a que los adultos mayores son especialmente sensibles a las temperaturas bajas, el control de la temperatura del entorno es importante. Es posible que sean necesarias capas de ropa adicionales.

Colores

Existe gran debate en cuanto a la mejor paleta de colores en el entorno para los adultos mayores. Los colores como el rojo, el amarillo y el blanco pueden ser estimulantes e incrementar la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el apetito, mientras que el azul, el café y los tonos terrosos pueden ser relajantes. El anaranjado puede estimular el apetito y el morado tiene el efecto contrario. El verde se considera el color maestro de la sanación y brinda un sentimiento de bienestar. El negro y el gris pueden ser deprimentes. A pesar de que ciertos colores tienen asociados ciertos efectos, la experiencia con los colores tiene un papel significativo en las reacciones del individuo y el significado que se atribuye a cada uno de ellos. Debido a que las respuestas individuales son diversas, es preferible concentrarse en el empleo de colores para mejorar la función y, cuando sea posible, en las preferencias de cada individuo. Los colores contrastantes son útiles para definir puertas, escaleras y cambios en los niveles en un área. Cuando el objetivo no es llamar la atención a un área (p. ej., almacén), las paredes deben tener un color similar o dentro de una familia de color específica. Ciertos colores pueden emplearse para definir ciertas áreas; por ejemplo, las habitaciones pueden ser azules y verdes, las áreas para alimentación y actividad pueden ser naranjas y rojas, y las áreas de descanso pueden ser grises y

beis.

Los tapices en paredes y los pisos con patrones brindan mayor visibilidad al entorno; no obstante, los patrones ondulados o con líneas diagonales pueden provocar una sensación de mareo y empeorar la confusión de las personas con alteraciones cognitivas. Emplear un patrón simple o mural en la pared de la habitación resulta eficaz y placentero.

Aromas

Los aromas se han empleado con fines estéticos y medicinales desde el inicio de los tiempos. A pesar de que los perfumes y colonias no son algo nuevo, el uso terapéutico de las esencias, la aromaterapia (fitomedicina), se ha convertido en algo popular dentro de los Estados Unidos recientemente. No obstante, la técnica se utiliza en conjunto con la medicina ortodoxa en países como Alemania y Francia.

De manera más compleja que el simple olfateo de aromas placenteros, la aromaterapia implica el uso terapéutico de aceites esenciales. Los aceites esenciales son gotículas volátiles producidas por plantas y almacenadas en sus venas, glándulas o reservorios; cuando se liberan (al romper o triturar la planta), el aroma emerge junto con ellas. Cuando los químicos dentro de los aceites esenciales son inhalados, se transportan al bulbo olfatorio, lugar donde producen impulsos nerviosos al sistema límbico para que sean procesados. Un órgano conocido como *amígdala* se encuentra en el sistema límbico y almacena los recuerdos asociados con los diferentes aromas. En algunos casos, los recuerdos pueden permanecer almacenados durante gran cantidad de años.

Los aceites esenciales se absorben por la piel mediante baños, compresas o masajes sobre la superficie cutánea. De igual forma que los medicamentos tópicos, estos aceites se absorben y producen efectos fisiológicos.

Cubiertas del piso

Las alfombras son amortiguadores eficaces del ruido y, para numerosas personas, representan calidez, confort y un entorno hogareño. Incluso se postula que el empleo de alfombras en los centros de atención puede reducir la cantidad de fracturas relacionadas con las caídas. No obstante, el alfombrado crea problemas como los siguientes:

- *Electricidad estática y fricción.* Gran cantidad de personas mayores arrastran los pies al caminar y no levantan por completo el pie durante la deambulación; este proceso puede causar incomodidad por electricidad estática y la fricción del calzado con el alfombrado puede provocar caídas.
- *Dificultad para la movilidad con silla de ruedas.* Entre más gruesa sea la alfombra, mayor será la dificultad para mover sillas de ruedas sobre la superficie.
- *Limpieza.* Los derrames son más difíciles de limpiar en las superficies con alfombras; incluso en superficies lavables, puede presentarse decoloración.
- *Aromas.* El humo de cigarrillo y otros aromas pueden impregnarse en el alfombrado, lo que produce aromas indeseables que perduran. La orina, los vómitos

- y otras sustancias requieren de desodorantes especiales que no siempre son eficaces.
- *Plagas.* La superficie inferior de las alfombras brinda un entorno magnífico para que se alojen cucarachas, polillas, pulgas y otro tipo de plagas.

Para obtener algunos de los beneficios del alfombrado, puede colocarse en las superficies de las paredes en lugar del piso. Lo anterior brindar amortiguación de ruido, variación de texturas y decoración con menor trabajo de mantenimiento y problemas en comparación con la colocación en el piso.

Los tapetes individuales son la superficie ideal para las caídas y no deben emplearse. El suelo alicatado debe colocarse sobre madera en lugar de cemento para ofrecer mejor aislamiento y amortiguación. Los diseños exuberantes pueden provocar mareo y confusión durante la deambulación; es preferible utilizar un solo color sólido. Es esencial contar con una superficie libre de destellos para los adultos mayores. Los tratamientos para los pisos que brindan superficies no resbalosas son especialmente útiles en las áreas de baño, cocinas y aquellas por donde se entra desde el exterior.

Muebles

Los muebles deben ser agradables a la vista, funcionales y cómodos. Las sillas firmes con reposabrazos brindan apoyo y ayudan al momento de levantarse o sentarse; los cojines bajos y compresibles son difíciles para los adultos mayores. Las sillas deben tener la altura apropiada para permitir que los pies del individuo descansen por completo sobre el piso sin presión detrás de las rodillas. Las mecedoras ofrecen relajación y cierta cantidad de ejercicio a los adultos mayores. Los sillones pequeños son preferibles a los grandes porque no representan el riesgo de que alguien se siente en el medio y no cuente con el apoyo de los reposabrazos.

La tapicería de los muebles debe ser de fácil limpieza, por lo que las cubiertas de cuero o vinilo son más útiles que las telas. Además, la tapicería debe ser resistente al fuego y contar con una superficie firme sin botones o pliegues en áreas que tengan contacto con el cuerpo. En lugar de que el respaldo, el asiento y el reposabrazos sean una sola unidad, debe haber un espacio abierto entre estas secciones para permitir la ventilación y limpieza fácil. Los asientos reclinables brindan relajación y son un medio para la elevación de las piernas, pero no deben requerir esfuerzo intenso para cambiar de posición.

Las mesas, los libreros y otros muebles deben ser sólidos y capaces de resistir el peso de personas apoyadas sobre ellos. Si se emplean lámparas de mesa, fijarlas a la superficie de las mesas puede ayudar a prevenir que se caigan mientras se intenta localizarlas en la oscuridad. Si se cuenta con ellos, los bancos para pies, las mesas de una sola pata, las repisas para plantas y otros muebles pequeños deben colocarse en áreas poco transitadas. Los muebles y el desorden no deben obstruir el camino desde la habitación hacia el cuarto de baño.

Las gavetas deben valorarse para determinar su facilidad de uso. Lijar y encerar las esquinas y las canaletas puede facilitar el movimiento. Debe considerarse la altura y la funcionalidad de los espejos en las paredes; queda claro que las personas en sillas de ruedas requieren espejos en un nivel inferior que las personas que pueden

deambular.

Aquellos con una alteración cognitiva requieren de un entorno especialmente simple. Los muebles deben tener aspecto de muebles, no de esculturas. La función del mueble debe estar clara. La colocación de una silla con cómodo junto a una silla normal puede producir confusión y el empleo incorrecto de ambas.

Estimulación sensorial

Al realizar decisiones conscientes y priorizar los objetos y las actividades de la vida cotidiana, puede lograrse mucho para crear un entorno que sea placentero y estimulante para los sentidos. Algunas sugerencias son:

- Cobertores de cama suaves.
- Objetos con diferentes texturas y figuras para sostener (p. ej., un cojín redondo con cubierta de piel de cordero y otro cuadrado con cubierta de lana).
- Murales, fotografías, esculturas y decoración en paredes.
- Plantas y flores frescas.
- Preparación de café, cocción de alimentos, perfumes y aceites.
- Aves para escuchar y mascotas para acariciar.
- Música tranquila.

Se pueden crear diferentes áreas en la residencia de la persona para brindar diferentes experiencias sensoriales. El apetito de los habitantes de una residencia para adultos mayores puede mejorarse si, dentro del área de alimentación, pueden oler el aroma de café o pan tostado en lugar de recibir sólo el producto final en una charola.

En el caso de las personas postradas en cama, o con escasez de oportunidades para la estimulación sensorial, se requieren esfuerzos adicionales. Además de las recomendaciones que se han presentado, es posible cambiar la decoración de las paredes en las habitaciones. Gran cantidad de bibliotecas y museos prestan obras de arte sin coste. La colaboración con una escuela local puede brindar arte único para el adulto mayor y proyectos de arte significativos para los estudiantes. Una “caja de estimulación sensorial” que contenga objetos con diferentes texturas, formas, colores y fragancias brinda un medio de actividad.

Control del ruido

El sonido produce una gran variedad de efectos emocionales y fisiológicos. Diversos sonidos que damos por hecho, como la televisión, el tránsito, la conversación de la habitación contigua, los motores de electrodomésticos, las fugas de los lavabos y los sistemas de localización, pueden causar problemas para los adultos mayores. Numerosas personas mayores ya experimentan cierta limitación de la audición como resultado de la presbiacusia y requieren poner especial atención para compensar esta deficiencia.

Los ruidos del entorno compiten con los sonidos que los adultos mayores desean o requieren escuchar, como las conversaciones telefónicas o las noticias de la noche, lo que produce audición deficiente y frustración. El ruido no deseado, no armónico o

crónico puede ser un estresante y provocar síntomas físicos y emocionales.

De manera ideal, el control del ruido comienza con el diseño de la edificación. La jardinería cuidadosa y las pare-des pueden amortiguar los ruidos del exterior. Los materiales para techos, las telas y las alfombras acústicos (también útiles en las paredes) pueden ofrecer beneficios, al igual que el mantenimiento del equipo y los electrodomésticos. Los radios y las televisiones no deben estar encendidos cuando nadie los utiliza; si un individuo requiere de un volumen elevado, deben utilizarse auriculares para evitar que los demás se expongan a volúmenes altos. En el caso de los centros de atención, los localizadores portátiles individuales son más adecuados que los intercomunicadores y los sistemas de llamado.

Peligros en el cuarto de baño

Gran cantidad de lesiones accidentales surgen en el cuarto de baño y pueden evitarse mediante el sentido común y medidas económicas. Es importante prestar especial atención a los siguientes aspectos:

- *Iluminación.* Debe colocarse una luz pequeña encendida permanentemente. Debido a que la polaquiuria y la nicturia son frecuentes, los adultos mayores utilizan con frecuencia el inodoro y se benefician de la mejor visibilidad. La iluminación constante es especialmente útil si el interruptor se coloca fuera del cuarto de baño para que el individuo no deba entrar a un área oscura y buscar el interruptor.
- *Superficie del piso.* Las toallas, las secadoras de cabello y otros objetos no deben dejarse sobre el piso y no deben utilizarse tapetes. Las caídas son peligrosas para los adultos mayores en cualquier circunstancia, pero la alta probabilidad de caer y golpearse la cabeza en una superficie sólida sobre la bañera o el inodoro aumenta la probabilidad de una caída grave. Las fugas deben corregirse para evitar los pisos resbaladizos, los cuales también son una causa de caídas.
- *Tomas de agua.* Las tomas de agua con forma de palanca son más fáciles de utilizar en comparación con las redondas y aquellas que requieren presionarlas para su funcionamiento. Las personas mayores pueden arriesgarse a caídas o quemaduras al extraer demasiada agua caliente mientras lidian con una toma de agua giratoria. Este problema apoya la necesidad de controlar la temperatura del agua desde el origen. La identificación con colores de las tomas de agua caliente y fría es mejor que sólo utilizar letras pequeñas.
- *Bañeras.* Las superficies no resbaladizas para las bañeras y pisos de duchas son esenciales. Los barandales en paredes y asaderas en los lados de la bañera ofrecen apoyo durante las transferencias y brindan una fuente de estabilización al bañarse (fig. 14-2). Un asiento de baño ofrece un sitio para sentarse durante el baño y, en quienes emplean la bañera, un lugar para el descanso durante la transferencia fuera de la bañera. Debido a que puede presentarse un descenso en la presión arterial después de la ducha, resulta beneficioso tener un asiento junto a la bañera para permitir que la persona descanse al secarse.
- *Inodoros.* La asaderas o los marcos de soporte ayudan en la difícil tarea de sentarse y levantarse del inodoro. Debido a la baja altura de los asientos, es complicado para numerosas personas mayores emplearlos; un accesorio para brindar altura puede ser

de utilidad.

- *Electrodomésticos*. El empleo de calentadores, secadoras de cabello y radios durante el baño representa un riesgo de seguridad considerable. Incluso las personas saludables y ágiles pueden resbalar accidentalmente y tirar de un electrodoméstico y sumergirlo en la bañera.



FIGURA 14-2 ● Las medidas de seguridad en esta ducha incluyen asaderas, barandales, asiento para baño y asiento para transferencia.

Las tiendas de equipos médicos y proveedores de equipo para la atención de la salud ofrecen una gran variedad de dispositivos que pueden hacer del cuarto de baño y otras áreas lugares más seguros y funcionales. En algunas ocasiones, se pueden realizar imitaciones caseras menos costosas y con eficacia idéntica. Es mucho más inteligente invertir y utilizar estos dispositivos de asistencia para prevenir lesiones que esperar a que éstas se presenten.

Peligro de incendio

Los adultos mayores tienen riesgo de quemaduras como resultado de peligros frecuentes en el hogar. Casi el 80% de las muertes relacionadas con incendios en los Estados Unidos ocurren en hogares y los adultos mayores experimentan el doble de muertes por esta causa en comparación con los adultos jóvenes; los individuos de 85 años de edad y mayores presentan una incidencia cuatro veces mayor (Shields, et al., 2013). Los incendios en cocina suelen resultar cuando se evapora el líquido dentro de ollas sin atender. Las personas mayores pueden ayudar a prevenir estos incendios permaneciendo en la cocina mientras cocinan, emplear temporizadores para recordar vigilar las ollas o utilizar microondas para calentar líquidos.

Desechar sin precaución los cerillos y las colillas de cigarrillos, quedarse dormido con un cigarrillo en la mano e incendiar ropa o coberturas al encender un cigarrillo son riesgos potenciales para los fumadores de edad avanzada. Debe advertirse a los fumadores de edad avanzada acerca de estos riesgos. Restringir el hábito tabáquico a ciertas ubicaciones y horarios puede disminuir los riesgos.

Para los adultos mayores que dependen de calentadores ambientales, la inspección del calentador es beneficiosa para promover la seguridad. Los calentadores ambientales deben contar con una opción de apagado automático para prevenir incendios en caso de que se caigan, además de un buen estado en el

cableado. Estos dispositivos deben emplearse en un toma corrientes en buen estado y adecuado (p. ej., sin estar sobrecargado).

Las hogueras pueden brindar calidez y comodidad en la atmósfera, pero también pueden provocar incendios. Deben limpiarse las hogueras que funcionan con madera para prevenir bloqueos de la chimenea, una tarea complicada para los adultos mayores. Sin la limpieza adecuada, no es posible ventilar de forma adecuada el fuego y el humo y causar inhalación de éste o un incendio. Cuando se cuenta con una hoguera en el hogar, es importante interrogar acerca de su uso y mantenimiento.

Consideraciones psicosociales

Los objetos físicos son sólo una parte del entorno. Los elementos humanos completan el panorama. Los sentimientos y el comportamiento influyen y son influidos por el entorno del paciente.

Desde una mujer sin hogar que asegura que una tienda departamental es su espacio de descanso todas las noches hasta el individuo en una residencia para adultos mayores que no permite que nadie abra su gaveta en su buró, la mayoría de las personas requieren un espacio que puedan percibir como propio. Este comportamiento territorial es natural y frecuente; gran parte de las personas se sienten incómodas cuando una persona visita su oficina y hurga entre los papeles sobre el escritorio, un visitante en el hogar inspecciona dentro del armario o un extraño se sienta cerca de ellos en el subterráneo cuando el resto de los asientos se encuentran disponibles. La incomodidad que percibimos mientras alguien más se asoma por nuestra ventana e invade la privacidad del patio, escucha música lo suficientemente alto como para que se oiga dentro de nuestro hogar o nos mira, demuestra que nuestro espacio personal puede ser invadido incluso sin contacto físico directo.

Para la persona dependiente, enferma y de edad mayor, la privacidad y el espacio personal no pierden importancia, pero puede ser más complicado obtenerlos. En situaciones dentro de los centros de atención, el personal y los otros pacientes pueden hacer contacto no solicitado con el territorio o la persona en cualquier momento, desde el residente confundido que deambula en habitaciones ajenas hasta el personal que levanta las sábanas para verificar que la cama esté seca. Incluso en el hogar, los familiares bien intencionados pueden no pensar dos veces en desechar o mover objetos personales con fines de limpieza o entrar al cuarto de baño para verificar que todo esté en orden. Entre mayor sea la dependencia, más se invadirá el espacio personal y la privacidad. Desafortunadamente, estos individuos que han experimentado gran cantidad de pérdidas y disminución en su círculo social pueden considerar que la privacidad y el espacio personal son algunos de los pocos factores que están bajo su control. Es importante que los cuidadores se percaten y respeten esta necesidad mediante medidas básicas:

- Definir áreas específicas y objetos que pertenecen al individuo (p. ej., un extremo de la habitación, una habitación, una silla, una cama o un armario).
- Ofrecer áreas de privacidad para los períodos de soledad. Si no se cuenta con una habitación, colocar los muebles de manera que brinden la máxima privacidad posible (p. ej., camas en lados opuestos y orientadas en diferentes direcciones,

empleo de libreros y plantas como divisiones).

- Solicitar permiso para entrar en el espacio personal. Imaginar un círculo invisible de 1.5-3 m alrededor de la persona y solicitar autorización para entrar en éste: “¿Puedo sentar a su nuevo compañero de cuarto junto a usted?”, “¿puedo entrar?”, “¿puedo limpiar su lado del armario?”.
- Permitir el máximo grado de control sobre el espacio personal.

Algunos componentes del entorno pueden mejorar o afectar la actividad mental y social. Los relojes, los calendarios y los diarios promueven la orientación y el conocimiento de los eventos actuales. Los libros y las revistas de fácil acceso desafían la mente y expanden los puntos de vista. Los juegos y los pasatiempos ofrecen estimulación y una alternativa a mirar televisión. La colocación de sillas en grupos o en áreas ocupadas pero sin demasiado tránsito son motivadoras para la interacción y el deseo de formar parte de un mundo más amplio.

A pesar de que menos del 5% de los adultos mayores residen en centros de atención, cerca del 25% de ellos pasan algún tiempo dentro de estas instalaciones. Las residencias para adultos mayores no son un reflejo de los hogares, por lo que el ajuste a ellos puede ser complicado. Las áreas familiares son reemplazadas por paisajes, ruidos, aromas y olores nuevos y extraños. Las situaciones que activaban la memoria y la función han desaparecido y deben asimilarse nuevas en un tiempo en el que las reservas se encuentran bajas. Los familiares y los vecinos que han brindado cariño y comprensión son reemplazados por personas que apenas conocen a la persona y tienen numerosas tareas que realizar. El individuo que experimenta esta situación puede tener una gran variedad de reacciones, a saber:

- Depresión acerca de la pérdida de la salud, las pertenencias y la independencia.
- Regresión debido a la incapacidad para controlar el estrés que se presenta.
- Humillación por requerir apoyo con tareas básicas y deseos simples, como utilizar el inodoro, tomar una taza de té o fumar un cigarrillo.
- Ira por la pérdida del control y la libertad.

Las residencias para adultos mayores no pueden ofrecer la misma satisfacción que el hogar de la persona, pero el entorno de atención puede mejorarse mediante algunas medidas:

- Decoración atractiva.
- Inclusión de las pertenencias personales del paciente.
- Respeto de la privacidad y el territorio personal.
- Reconocimiento de la individualidad del residente.
- Provisión del máximo control sobre las actividades y la toma de decisiones.
- Modificaciones al entorno para compensar los déficits.

El entorno humano tiene mayor importancia que los alrededores físicos dentro de una residencia para adultos mayores. La decoración interior de alta calidad no tiene mucha importancia cuando no se encuentran presentes el respeto, la individualidad y la sensibilidad.

EL PROBLEMA DE LAS CAÍDAS

Una de las principales preocupaciones acerca de la seguridad en la vida tardía es la incidencia de caídas. Los estudios han indicado que el 35-40% de las personas de 65 años de edad o mayores experimentan una caída cada año; la mitad de ellos experimenta múltiples caídas. Las caídas son la principal causa de lesiones mortales y no mortales en la población mayor ([Centers for Disease Control and Prevention \[CDC\], 2013a](#)). Incluso si no se presentan lesiones físicas, las víctimas pueden desarrollar miedo a caer de nuevo (síndrome poscaída) y disminuir sus actividades como consecuencia, lo que conduce a dependencia innecesaria, pérdida de la función, disminución de la socialización y mala calidad de vida.

Riesgos y prevención

Gran cantidad de factores contribuyen a la alta incidencia de caídas en los adultos mayores. Los riesgos frecuentes incluyen ([cuadro 14-2](#)):

- *Cambios relacionados con la edad.* Disminución de la capacidad visual; problemas para diferenciar los tonos del mismo color, en especial los azules, los verdes y los morados, cataratas; mala visión nocturna y bajo la luz tenue; menor elevación del pie y los dedos durante la deambulación; alteración del centro de gravedad, lo que conduce a que se pierda el equilibrio con mayor facilidad; respuestas más lentas y polaquiuria.
- *Empleo ineficaz de los dispositivos de asistencia motriz.* Uso de bastones, andadores, sillas de ruedas sin que esté indicado, bien ajustados o sin capacitación; no emplear frenos durante las transferencias.

CUADRO 14-2 Factores de riesgo para caídas

FACTORES RELACIONADOS CON LA EDAD

Antecedentes de caídas
Mujeres de 75 años de edad o mayores
Alteración de la visión
Alteraciones de la marcha
Hipotensión postural

ENFERMEDADES O ALTERACIONES FUNCIONALES

Discapacidad física
Incontinencia, nicturia
Delirium, demencia
Alteración del estado de ánimo
Mareos
Debilidad
Fatiga
Ataxia
Parálisis
Edema
Empleo de bastón, andador, silla de ruedas, muletas o férulas

Empleo de limitación de la movilidad
Presencia de vía intravenosa o catéter
Estado cardíaco inestable
Enfermedad neurológica
Parkinsonismo
Ataque isquémico transitorio
Ictus
Diabetes mellitus
Enfermedad vascular periférica
Enfermedad ortopédica
Problemas en los pies
Múltiples diagnósticos

MEDICAMENTOS

Anticolinérgicos
Antidepresivos
Antihipertensivos
Antipsicóticos
Barbitúricos
Benzodiazepinas
Diuréticos
Sedantes
Tranquilizantes
Múltiples medicamentos

FACTORES DEL ENTORNO

Ingreso reciente a hospital o residencia para adultos mayores
Entorno desconocido
Pisos demasiado pulidos
Iluminación del entorno inadecuada
Ausencia de barandales o asaderas
Diseño del entorno deficiente
Desorden, presencia de equipo

- *Medicamentos.* En especial, aquellos que provocan mareos, somnolencia, hipotensión ortostática e incontinencia, como los antihipertensivos, los sedantes, los antipsicóticos y los diuréticos.
- *Vestimenta insegura.* Zapatos y calcetines con calce deficiente, batas o piernas de pantalón largas.
- *Síntomas relacionados con la enfermedad.* Hipotensión postural, incontinencia, disminución del flujo sanguíneo cerebral, edema, mareos, debilidad, fatiga, fragilidad ósea, parálisis, ataxia, alteraciones del estado de ánimo y confusión.
- *Peligros del entorno.* Superficies húmedas, pisos encerados, objetos sobre el piso y mala iluminación.
- *Factores asociados con el cuidador.* Empleo inadecuado de sujeción y barandales, retraso en la respuesta a solicitudes, prácticas inseguras, mala supervisión de comportamientos inseguros.

Los antecedentes de caídas pueden predecir el riesgo futuro de una persona a sufrir caídas; por lo tanto, el personal de enfermería debe valorar con atención a las

personas que han sufrido alguna caída o incluso un tropiezo leve para identificar los factores que pueden aumentar el riesgo de este problema. Deben planificarse correctamente las intervenciones.

Se requiere precaución para valorar el riesgo de caídas asociado con la hipotensión postural. Se trata de un problema frecuente que provoca mareos en los adultos mayores al levantarse después de despertar. Al momento de despertar, los adultos mayores deben permanecer algunos minutos en reposo sobre la cama y estirar sus músculos; a continuación, deben permanecer otro período sentados sobre el borde de la cama antes de ponerse de pie. El efecto ortostático de ponerse de pie después de tomar una ducha, junto con la dilatación de los vasos periféricos a causa del agua caliente, también puede conducir a sín-cope y caídas. Los tapetes de goma o tiras antideslizantes, el asiento de baño y el descanso antes de levantarse son medidas esenciales dentro de la bañera.

Los centros de atención pueden considerar beneficioso contar con un programa de prevención de caídas que incorpore algunas de las intervenciones que se describen en el Diagnóstico de enfermería destacado 14-1, *Riesgo de lesión*. La inspección regular y cuidadosa del entorno y la corrección inmediata de los riesgos del entorno (p. ej., goteras, grietas en los pasillos y barandales no funcionales) son esenciales (véase el cuadro 14-2). La valoración del riesgo de caídas debe incorporarse en la valoración de cada paciente. El modelo de riesgo de caídas Hendrich II es una herramienta breve que ayuda en la valoración de este riesgo (véase la sección de *Recursos* al final del capítulo). El personal debe orientar a los adultos mayores dentro de los entornos nuevos y reforzar las prácticas seguras, como empleo de barandales, utilizar los frenos de las sillas de ruedas y camillas durante las transferencias y limpiar de inmediato los derrames.

Algunas caídas pueden ocurrir incluso con las mejores prácticas preventivas. Los cuidadores deben valorar a la víctima de la caída y mantenerlo inmóvil hasta que se pueda realizar la valoración completa de la lesión. Las lesiones o la decoloración cutáneas, el edema, el sangrado, la asimetría de las extremidades, el cambio de longitud de un miembro y el dolor son los hallazgos más frecuentes que suelen presenciarse. La exploración médica y las radiografías son necesarias en caso de una mínima sospecha de fractura o cualquier otra lesión grave. Las fracturas no suelen ser evidentes a primera vista inmediatamente después de la caída; pueden percibirse cuando la persona intenta retomar la actividad normal y el hueso afectado pierde su alineación. Además, es posible que se afecten otras áreas que no son el punto directo del impacto; por ejemplo, una persona cae sobre su rodilla, pero la fuerza del impacto afecta la cadera y fractura el fémur. La exploración cuidadosa y la observación pueden ayudar en el diagnóstico oportuno de la lesión y la implementación del tratamiento apropiado.



CONCEPTO CLAVE

Es esencial un programa para prevenir caídas en un centro que brinde atención a los adultos mayores.

Además de la lesión física a causa de la caída, los pacientes mayores pueden

experimentar trauma psicológico. Las caídas provocan que el adulto mayor se sienta vulnerable y temeroso acerca de perder su independencia. Este sentimiento causa restricción innecesaria de la actividad. Los pacientes pueden compartir esta información durante la valoración en el momento en el que se pregunta acerca de las caídas; otros signos pueden indicar miedo a las caídas, como precaución extrema durante el cambio de posición y la deambulaci3n, restricción innecesaria de la movilidad, asirse de muebles o paredes al caminar o transferirse o ansiedad evidente al caminar. Puede ser útil ofrecer sugerencias para la prevenci3n de las caídas (p. ej., empleo de calzado seguro, iluminaci3n apropiada, uso de barandales al subir escaleras y evitar subir por escaleras de mano), al mismo tiempo que se motiva la máxima capacidad.

Riesgos asociados con la restricción de la movilidad

A lo largo del siglo XX, se utilizó ampliamente la sujeci3n o inmovilizaci3n en los centros de atenci3n bajo la creencia de que previene caídas, promueve el cumplimiento del tratamiento y ayuda en caso de comportamiento problemático. Esta pr3ctica permaneci3 sin cuestionamiento hasta 1990, cuando comenzaron a surgir estudios que sugirieron que la restricción de la movilidad contribuye a las lesiones y altera la funci3n cognitiva (Capezuit, Strumpf, Evans, Grisso y Maslin, 1998). Desde entonces, la combinaci3n de evidencia clínic3 con base en la investigaci3n, los esfuerzos de los grupos de divulgaci3n clínic3 y el cambio de las pr3cticas y regulaciones en cuanto a la restricción de la movilidad han contribuido a la disminuci3n en el empleo de esta pr3ctica.

La *restricción de la movilidad* es cualquier medida que disminuya la libertad de movimiento. Ésta puede consistir en sujeci3n, como cinturones en los asientos, chalecos, cintas en las muñecas, asientos con aditamentos para disminuir la movilidad, barandales completos a ambos lados de la cama y medidas químicas que se componen de medicamentos empleados con el único objetivo de la disciplina y la conveniencia para el personal.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DESTACADO 14-1

RIESGO DE LESIÓN

Generalidades

Gran cantidad de adultos mayores tienen limitaci3n de la capacidad de protegerse de riesgos para su salud y bienestar. Las indicaciones para decidir que se presenta este diagnóstico pueden manifestarse como antecedentes de caídas frecuentes o accidentes, presencia de entorno inseguro, reacciones adversas a medicamentos, infecciones, hospitalizaciones frecuentes y alteraci3n del estado de ánimo o la cognici3n.

Factores contribuyentes y causales

Cambios relacionados con la edad, enfermedades, estado de inmovilidad o debilidad, déficits sensoriales, dispositivos de asistencia con mal calce o empleo incorrecto, empleo inseguro de medicamentos, entorno inseguro y alteraci3n en el estado de ánimo o la cognici3n.

Objetivo

El paciente no tiene lesiones.

Intervenciones

- Valorar el riesgo de lesión del paciente (p. ej., riesgo de caídas, actividades de la vida cotidiana y alteraciones en la función durante las actividades de la vida cotidiana, estado nutricional y mental, marcha, entorno, conocimiento de medidas para la prevención de lesiones).
- Identificar a los pacientes que se encuentran en riesgo de lesión o planificar medidas para reducir riesgos específicos.
- Orientar a los pacientes en sus entornos nuevos.
- Motivar a los pacientes a emplear los anteojos prescritos, las prótesis auditivas y otro tipo de prótesis.
- Verificar que los pacientes utilicen bastones, andadores y sillas de ruedas de la manera correcta y sólo cuando estén prescritos.
- Evitar el empleo de restricciones de la movilidad físicas y químicas, a menos que se consideren absolutamente necesarias; utilizar los procedimientos adecuados para garantizar la seguridad cuando se utilicen.
- Recomendar a los pacientes que cambien de posición de manera lenta y se sostengan de un objeto estable mientras lo hacen.
- Mantener los pisos libres de desorden y basura.
- Brindar buena iluminación en todas las áreas empleadas por el paciente.
- Almacenar soluciones de limpieza y otras sustancias peligrosas en un área segura.
- Motivar a los pacientes a utilizar barandales y asaderas.
- Ayudar a los pacientes en la medida necesaria durante las transferencias.
- Verificar los medicamentos empleados y su necesidad y eficacia continuamente, así como el empleo de dosis adecuadas; instruir a los pacientes en su empleo seguro.
- Verificar que los pacientes empleen zapatos con calce adecuado y sin tacones altos, así como batas y pantalones de longitud adecuada.
- Detectar de manera oportuna e implementar tratamiento para los cambios en el estado mental o físico.
- Identificar los riesgos para la seguridad en el entorno domiciliario y ayudar al paciente para obtener apoyo durante la eliminación de los riesgos (p. ej., mejoras del hogar de bajo coste, ayuda con la limpieza o alojamiento para personas mayores).
- Si los riesgos para la seguridad se asocian con recursos económicos escasos (incapacidad para comprar medicamentos, aceite de cocina o reparaciones del hogar), derivar al paciente a una agencia de servicios sociales para explorar la posibilidad de obtener ayuda.

CASO A CONSIDERAR



La Sra. Jensen vive en una comunidad de un centro tutelado. Cuenta con función cognitiva normal y presenta buena salud a pesar de su diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Hace algunas semanas, la Sra. Jensen presentó dos caídas sin lesiones, salvo equimosis. La Sra. Jensen atribuye uno de los eventos a intentar girar muy rápido y el otro a tropezar con su pantufla. Preocupada por la seguridad de su madre, la hija de la Sra. Jensen compra una silla de ruedas para su madre y le aconseja que la utilice siempre que se encuentre fuera de la cama.

La Sra. Jensen utiliza la silla de ruedas de esta manera. El personal de enfermería ha puesto en duda el

empleo de la silla de ruedas y ha mencionado a la Sra. Jensen que no la necesita. La Sra. Jensen responde: “mi hija me ha dicho que la utilice para no lastimarme en caso de que caiga al caminar. Ella ya pagó demasiado dinero por la silla y se preocupa por mí, así que la voy a utilizar”. En el momento en que el personal intenta motivar que la Sra. Jensen camine en lugar de utilizar la silla, la hija comienza a hablar con el equipo a cargo de la atención de su madre y comenta: “no voy a soportar ver que mi madre caiga y se lastime, ella va a utilizar la silla de ruedas. Y en caso de que la obliguen a caminar y ella caiga, ¡van a enfrentarse con una enorme demanda!”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo debe responder el personal de enfermería a la hija?
- ¿Cuáles son los riesgos de permitir o no que la Sra. Jensen utilice la silla de ruedas?
- Describa los planes que pueden implementarse para motivar la deambulación segura de la Sra. Jensen.

Ejercer restricciones físicas a una persona ya agitada aumenta su temor y empeora los síntomas conductuales. Estas prácticas no son reflejo de una práctica clínica compasiva o atenta. Además, la restricción de la movilidad puede causar complicaciones graves: broncoaspiración, obstrucción circulatoria, estrés cardíaco, abrasiones cutáneas, úlceras, anorexia, deshidratación, estreñimiento, incontinencia, fracturas y luxaciones.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cómo considera que reaccionaría usted al entrar a un hospital o residencia de adultos mayores en la que su ser querido es atendido y se percatara de que está luchando para liberarse de la sujeción?

Ya se cuenta con evidencia que demuestra que el empleo de la sujeción puede disminuirse sin aumentar la cantidad de personal o las lesiones (Gulpers, et al., 2013). Por lo tanto, no utilizar restricciones de la movilidad con medidas físicas o químicas es el estándar que deben pro-mover las personas que practican la enfermería geriátrica y gerontológica. La valoración completa es de beneficio para identificar factores que contribuyen a la agitación y otros comportamientos negativos; estos factores pueden incluir deficiencias visuales, alteración de la audición, dolor no controlado, delirium, disnea, exceso de estimulación sensorial y falta de familiaridad con el entorno. Atender el factor específico que contribuye al comportamiento puede tranquilizar al paciente y eliminar la necesidad de restricción de la movilidad. Cuando no pueden modificarse los comportamientos, deben considerarse alternativas como:

- Colocar al paciente en una habitación cerca de la central de enfermería para facilitar el contacto y la observación frecuentes.
- Supervisión personal y compañía (familiares o voluntarios).
- Empleo de dispositivos electrónicos para alertar al personal cuando el paciente intente levantarse de la cama o abandone un área específica.
- Reposicionamiento, comunicación tranquilizante, tacto y otras medidas de confort.
- Orientación diaria y tranquilización.

- Actividades recreativas.

Resulta esencial la observación cuidadosa y el registro de las respuestas del paciente a la restricción de la movilidad y las alternativas a ella.

INTERVENCIONES PARA DISMINUIR LOS RIESGOS INTRÍNSECOS PARA LA SEGURIDAD

Cuando se presenta una caída o algún otro problema, el adulto mayor requiere mayor tiempo para recuperarse y puede presentar más complicaciones; por lo tanto, el principio primordial de la seguridad es la *prevención*. Debido a los factores de riesgo intrínsecos de los adultos mayores, se requiere una mayor cantidad de medidas preventivas respecto a las que se emplean con pacientes de cualquier edad. Una gama de métodos prácticos, la mayoría de coste bajo, promueven la seguridad y deben considerarse durante la atención de los adultos mayores. Estas medidas no sólo ayudan a evitar lesiones y enfermedades, sino que también aumentan la capacidad de autocuidado.



CONCEPTO CLAVE

La prevención es importante debido a que los adultos mayores requieren mayor cantidad de tiempo para recuperarse de las lesiones y sufren mayor cantidad de complicaciones.

Disminuir los riesgos para la hidratación y la nutrición

La ingesta adecuada de líquidos puede ser complicada para los adultos mayores, en especial si sufren depresión, demencia o son incapaces de mantener ingresos adecuados de alimentos y líquidos por motivos físicos. La percepción de la sed disminuye con la edad, lo que conduce a que los adultos mayores sean menos conscientes de sus necesidades hídricas. En algunas ocasiones, las restricciones autoimpuestas son un método para el control de la polaquiuria; en otras situaciones, la capacidad mental para responder al estímulo de la sed puede estar ausente. El resultado es la ingesta inapropiada de líquidos, lo que conlleva el agotamiento de las reservas tisulares de líquido que ya se encuentran reducidas. A menos que esté contraindicado, los adultos mayores deben ingerir al menos 1 500 mL de agua cada día. Gran cantidad de productos pueden satisfacer esta necesidad, incluyendo refrescos, café, té, jugos, gelatina, hielo y frutas cítricas frescas.

La mala higiene bucal, los síntomas gastrointestinales, la cognición alterada, la depresión y la dependencia de otros para la alimentación pueden provocar ingesta alimentaria deficiente. Incluso los adultos mayores sanos pueden tener dificultad para consumir una dieta adecuada debido a factores como recursos económicos limitados, problemas para comprar alimentos y falta de motivación para preparar alimentos saludables. La fatiga, la debilidad, los mareos y otros síntomas asociados con la mala nutrición pueden predisponer al adulto mayor a accidentes y enfermedades. La ingesta adecuada en calidad y cantidad de alimentos puede aumentar la resistencia del cuerpo a estos problemas (*véase* el cap. 11 para obtener información más específica

acerca de las necesidades de hidratación y alimentación).

Atender los riesgos asociados con las deficiencias sensoriales

Los cambios en la visión que se presentan con el envejecimiento pueden causar amenazas a la seguridad. La mayoría de los adultos mayores de 40 años de edad requieren anteojos para mejorar la visión. La capacidad visual de los adultos mayores puede cambiar con la frecuencia suficiente como para requerir la valoración de la visión y la eficacia de los anteojos correctivos de manera regular. Las valoraciones oftálmicas anuales son de ayuda no sólo para verificar que la corrección con anteojos sea la correcta, sino para detectar de manera oportuna las numerosas enfermedades cuya prevalencia aumenta con la edad.

Para compensar la visión periférica disminuida, debe abordarse a las personas afectadas desde el frente en lugar de la parte trasera o los costados, y los muebles y los objetos de uso frecuente deben permanecer a la vista. La percepción alterada de la profundidad puede afectar la capacidad del adulto mayor para detectar cambios en los niveles, lo cual puede evitarse con iluminación adecuada, eliminación del desorden, colores contrastantes en las escaleras y señales para indicar cuando un desnivel está próximo. Evitar los colores de tonos tenues es una medida importante a considerar cuando se decoran áreas para los adultos mayores; los colores rojo, anaranjado y amarillo brillantes y los colores contrastantes en puertas y ventanas pueden ser llamativos y de utilidad. La dificultad para identificar entre colores de tonos tenues debe tomarse en cuenta si se instruye en la inspección de orina a personas con diabetes, pues las pruebas requieren la diferenciación de colores. Los líquidos para la limpieza, los medicamentos y otros materiales deben contar con etiquetas en letra de gran tamaño para evitar accidentes y errores.

Las deficiencias en la audición también representan riesgos, pues las instrucciones y las advertencias pueden no percibirse o malinterpretarse. La valoración audiométrica debe realizarse en las personas con alteraciones auditivas para determinar las medidas correctivas posibles y el beneficio de las prótesis auditivas. Las personas mayores deben recibir instrucciones de no comprar dispositivos auditivos sin la valoración y la prescripción de sus necesidades específicas.

Las explicaciones y las instrucciones para los procedimientos diagnósticos, la administración de medicamentos y otras medidas terapéuticas deben explicarse de forma escrita y verbal. Las personas con alteración de la audición deben vivir cerca de alguien con audición adecuada para lograr que sean advertidos cuando se activen alarmas de incendio u otras advertencias. Pueden ser de utilidad los perros entrenados especialmente para los pacientes con déficits auditivos, al igual que para aquellos con déficits visuales; las asociaciones de audición y lenguaje locales pueden brindar información acerca de éste y otros recursos.



COMUNICACIÓN

Las limitaciones de visión y audición en los adultos mayores producen dificultades para los cuidadores que requieren transmitir preguntas, advertencias o instrucciones durante la noche. Susurrar para evitar despertar a las personas que duermen puede provocar que la información no sea percibida por la persona a

quien se dirige y tiene capacidad de audición disminuida o no cuenta con su auxiliar auditivo, además de que leer los labios es complicado en habitaciones con luz tenue. Dirigir una linterna hacia los labios de la persona que habla puede ayudar al individuo a leer los labios y ahuecar las manos de la persona y hablar directamente sobre el oído puede ayudar a la audición. También puede emplearse un estetoscopio para amplificar la conversación colocando las olivas sobre el oído del paciente y hablar directamente sobre la campana. Es una buena idea explicar estos procedimientos a la luz del día para que los pacientes comprendan las acciones durante la noche.



CONCEPTO CLAVE

La conversación con un individuo con dificultades auditivas durante la noche puede beneficiarse de colocar las olivas de un estetoscopio sobre los oídos de la persona y hablar directamente sobre la campana o el diafragma.

Otras deficiencias sensoriales, aunque más sutiles, predisponen a los adultos mayores a riesgos graves. La disminución del olfato causa que la persona no perciba aromas que pueden ser de utilidad para identificar sustancias dañinas. Debido a que los adultos mayores pueden no ser capaces de detectar el aroma a gas antes de que se presente la intoxicación, las estufas eléctricas son mejores opciones. La pérdida de los receptores del gusto puede provocar que los adultos mayores empleen cantidades excesivas de sal en sus dietas, lo que supone un posible riesgo para la salud. La alteración en la percepción de la presión causada por zapatos, dentaduras o posiciones puede desencadenar una lesión cutánea; la incapacidad de detectar cambios de temperatura puede producir quemaduras. El personal de enfermería debe implementar la instrucción, la observación y los cambios en el entorno para compensar estas deficiencias.

Atender los riesgos asociados con las limitaciones de la movilidad

Los menores tiempos de reacción pueden ser un peligro para la seguridad. Los peatones de edad avanzada pueden juzgar de manera equivocada su capacidad para cruzar las calles a medida que cambian las luces de tránsito y los conductores de edad mayor pueden no ser capaces de reaccionar suficientemente rápido para evitar accidentes; si no se cuenta con familiares para ayudar en estas tareas, debe conseguirse apoyo en las agencias de servicios sociales locales. Los movimientos lentos y la mala coordinación predisponen al adulto mayor a caídas y otros accidentes; deben eliminarse las alfombras mal colocadas, los pisos resbaladizos, el desorden y el calzado mal ajustado. Debido a que el mal juicio, la negación o la falta de consciencia de sus limitaciones pueden evitar que los pacientes cuiden de sí, deben recibir consejos para que no tomen riesgos como subir escaleras o sentarse en bordes para limpiar ventanas.

Vigilar la temperatura corporal

Los cambios de temperatura pueden ser dañinos para los pacientes mayores. La temperatura corporal normal de los adultos mayores es menor que la de las personas jóvenes (p. ej., temperaturas tan bajas como 36 °C son normales en los adultos mayores). La elevación de la temperatura que habitualmente indica un problema

puede pasarse por alto si no se tiene en consideración la temperatura de referencia en una persona. Por ejemplo, una temperatura de 37 °C puede no ser de importancia para el cuidador; no obstante, si se encuentra 1.1 °C sobre la referencia para el individuo, puede tratarse de una infección que, si se pasa por alto, puede causar complicaciones. Además de señalar un problema no detectado o sin tratamiento, la temperatura elevada supone una carga adicional para el corazón. Por cada 0.55 °C que se eleva la temperatura, el corazón aumenta su velocidad en 10 latidos por minuto, una exigencia que los corazones de los adultos mayores no toleran adecuadamente. En el otro extremo, la hipotermia se desarrolla con mayor facilidad en los adultos mayores y puede causar complicaciones y muerte.

Prevenir la infección

Debido a que el riesgo de desarrollar infecciones es bastante mayor en los adultos mayores en comparación con las personas jóvenes, es necesario evitar situaciones que contribuyan a ellas. Debe evitarse el contacto con personas que se sospecha que padecen infecciones, así como las multitudes (p. ej., centros comerciales, salones de clase y cines) durante la temporada de influenza.

Las vacunas deben estar al corriente. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomiendan que los adultos mayores de 65 años de edad, las personas en residencias para adultos mayores y aquellos que tienen contacto con cualquiera de los grupos anteriores deben recibir la vacuna contra la influenza todos los años. A pesar de que ya se han administrado las vacunas antineumocócicas una vez en la vida, la recomendaciones actuales para los adultos mayores de 65 años de edad son ([Centers for Disease Control and Prevention, 2014](#)):

- Si han recibido cualquier tipo de vacuna antineumocócica, deben recibir PCV13 (vacuna conjugada) primero, seguida de PPSV23 (vacuna de polisacáridos) en 6-12 meses.
- Para aquellos que ya han recibido PPSV23, deben recibir una dosis de PCV13 dentro del lapso de un año.
- Aquellos que necesitan revacunación con PPSV23, debe administrarse al menos 5 años después de la última dosis de PPSV23 y 6-12 meses después de recibir PCV13.

Debe mantenerse vigente la vacuna contra el tétanos cada 10 años.

Además de evitar fuentes externas de infección, los adultos mayores deben ser cuidadosos para evitar exponerse a situaciones que los predispongan a infección, como inmovilidad, desnutrición y mala higiene. Por supuesto, las prácticas de control de infecciones adecuadas son obligatorias para prevenir las infecciones en los adultos mayores que reciben atención de proveedores sanitarios.

Cierta cantidad de evidencia sugiere que las hierbas equinácea, hidrastis y ajo ayudan en la prevención de la infección, mientras que el *ginseng* ayuda en la prevención de la infección al proteger de los efectos adversos del estrés.



Además de recibir las vacunas recomendadas, puede reducirse el riesgo de infección evitando la inmovilidad, consumiendo una dieta equilibrada y cumpliendo con otras prácticas de salud prudentes.

Recomendar vestimenta adecuada

Los zapatos que son demasiado grandes, que no ofrecen soporte adecuado o cuentan con tacones altos, así como las medias mal ajustadas y las piernas de pantalón o batas que se arrastran por el piso, pueden producir caídas. Los tirantes, los zapatos y la vestimenta muy ajustada obstruyen la circulación. Los sombreros y las bufandas pueden disminuir el campo visual. Se recomienda una vestimenta práctica, con calce adecuado y que permita la actividad.

Emplear cuidadosamente los medicamentos

El gran número de medicamentos que consume un adulto mayor y las diferencias en la farmacocinética durante esta etapa de la vida pueden producir efectos adversos graves. Por ejemplo, los pacientes mayores de 80 años de edad que toman medicamentos y que se ha identificado que cuentan con riesgo de caídas mediante los criterios de Beers y emplean antitrombóticos tienen cuatro veces mayor probabilidad de sufrir hemorragia intracraneal después de una caída (Hohmann, Hohmann y Kruse, 2014). Los medicamentos deben prescribirse sólo cuando sea necesario y cuando las medidas no farmacológicas de tratamiento no han sido eficaces. Los adultos mayores y los cuidadores deben recibir capacitación en el empleo adecuado, los efectos adversos y las interacciones de todos los medicamentos que se consumen, así como en el empleo limitado de los productos de venta libre (véase el cap. 17 para mayor información sobre los medicamentos).



CONCEPTO CLAVE

Entre los medicamentos que los criterios de Beers identifican como de alto riesgo para caídas se encuentran los anticolinérgicos, barbitúricos, benzodiazepinas, psicotrópicos, digoxina y clonidina.

Evitar el crimen

Los adultos mayores son especialmente vulnerables a los delincuentes, quienes los perciben como objetivos fáciles. Además de ser víctimas frecuentes de crímenes, los adultos mayores suelen ser tan temerosos a la posibilidad de sufrir ataques que evitan salir de sus hogares. Debe emplearse el juicio razonable al viajar solo o durante la noche y al abrir la puerta a extraños. De la misma manera, los adultos mayores deben ser precavidos al negociar contratos y buscar la ayuda de miembros de la familia o profesionales cuando sea necesario. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica puede identificar programas de prevención del crimen que se ofrecen en la comunidad por parte de las agencias de procuración de la ley, las comunidades religiosas, los centros para adultos mayores, entre otros; si no se cuenta con ellos, el personal de enfermería puede promover su desarrollo.

Promover la conducción segura

Cada vez existe mayor cantidad de conductores de edad avanzada en las calles. Desafortunadamente, el riesgo de sufrir lesión o muerte a causa de un accidente de tránsito aumenta con la edad; las tasas de choques mortales aumentan a la edad de 75 años y se incrementan de manera significativa a los 80 años de edad ([Centers for Disease Control and Prevention, 2013b](#)). El Insurance Institute for Highway Safety atribuye las mayores tasas de muerte a causa de accidentes al hecho de que los adultos mayores suelen evitar conducir en autopistas en donde los accidentes por kilómetro son menos frecuentes; además, los adultos mayores son más frágiles y es menos probable que sobrevivan las lesiones (Shallenbarger, 2012).

El personal de enfermería debe ayudar a los adultos mayores a identificar los riesgos para la conducción segura (p. ej., déficit de visión, empleo de medicamentos que disminuyen el estado de alerta y reflejos más lentos) y motivarlos a evaluar continuamente su capacidad para conducir de manera segura. También se debe educar a los adultos mayores acerca de la realidad de que conducir es una tarea compleja que requiere respuestas cognitivas y motoras veloces y los cambios relacionados con la edad (p. ej., menor visión periférica y mayor tiempo de reacción) pueden afectar los reflejos, incluso en ausencia de medicamentos o enfermedades. En lugar de dejar de conducir por completo, algunos adultos mayores consideran de utilidad limitarse a horas matutinas, áreas no congestionadas y buen tiempo atmosférico. Es posible contactar las oficinas locales de la Automobile Association of America, la American Association of Retired Persons y los grupos para adultos mayores a fin de obtener clases de conducción segura para adultos mayores. Si no se cuenta con estos programas en la comunidad, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica puede promover el interés y ayudar en el desarrollo de estos programas como método para promover la conducción segura en los adultos mayores.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Gran cantidad de personas toman riesgos calculados, como exceder el límite de velocidad, tener sexo inseguro, consumir drogas y no realizar la autoexploración mamaria de manera regular. ¿Cuáles son los riesgos que usted toma y por qué? ¿Qué puede hacer para cambiar este comportamiento?

Promover la detección precoz de los problemas

La identificación temprana y la corrección de problemas de salud pueden disminuir los riesgos para la seguridad. La valoración profesional regular es importante; no obstante, la autoevaluación por parte del adulto mayor puede tener un beneficio similar, ya que es posible que así reconozcan cambios o anomalías que indican problemas. El personal de enfermería puede capacitar a los adultos mayores a adoptar las siguientes medidas:

- Tomar su propia temperatura y frecuencia cardíaca (no asumir que todos conocen el método correcto para emplear y leer el termómetro o palpar el pulso).
- Escuchar sus pulmones con un estetoscopio (es posible que no sean capaces de diagnosticar el problema, pero sí pueden detectar cambios o ruidos nuevos).

- Observar cambios en el esputo, la orina y las heces que puedan indicar problemas.
- Identificar la eficacia y los efectos adversos de sus medicamentos.
- Reconocer los síntomas que requieren evaluación profesional.

La confusión, la desorientación, el mal juicio y la disminución de la memoria alteran la capacidad del adulto mayor para protegerse de factores dañinos para su salud y bienestar. Cuando se presentan estos síntomas, no deben tomarse a la ligera y aceptarse como normales. A menudo, la raíz del problema puede ser una enfermedad tratable, como hipotensión, hipoglucemia o infección. Es esencial una valoración completa para elegir el tratamiento adecuado y corregir el problema antes de que se presenten complicaciones.

La revisión de los comportamientos de una persona puede identificar potenciales riesgos para la seguridad. Algunos ejemplos de estas situaciones incluyen:

- Fumar en la cama.
- Incontinencia.
- Empleo inadecuado de andador u otro dispositivo de asistencia para la deambulación.
- Mareos como resultado de un nuevo medicamento.
- Conducir con mala visión.
- Cobrar cheques de Seguridad Social en un área con alto índice delictivo.
- Cuidar de una mascota activa que suele colocarse en los pies.

El personal de enfermería puede identificar estos riesgos al observar e interrogar acerca de las actividades cotidianas, las responsabilidades y las tareas habituales. Deben implementarse medidas para los problemas potenciales antes de que ocurran accidentes.

Atender los riesgos asociados con las deficiencias funcionales

Existe un riesgo especialmente alto para la seguridad cuando las personas cuentan con alteraciones de la función, como en el caso de la enfermedad de Alzheimer. Las personas con alteración cognitiva pueden no comprender la importancia de los síntomas, carecer de la capacidad para evitar riesgos y ser incapaces de comunicar sus necesidades y problemas. Algunos ejemplos de alteraciones específicas que pueden empeorar los riesgos para la seguridad incluyen déficits graves de la memoria, desorientación, demencia, delirium, depresión, sordera, déficit visual, afasia y parálisis.

Cuando se presentan estos factores, debe realizarse una valoración para determinar cómo afectan las actividades de la vida cotidiana (p. ej., preparación de alimentos, llamar por teléfono, tomar medicamentos, lavar ropa y atender el hogar). En este punto se planifican intervenciones para atender los problemas específicos, las cuales pueden incluir:

- Derivar a la persona con un terapeuta ocupacional, audiólogo, oftalmólogo, psiquiatra y demás especialistas para la valoración de la enfermedad presente y la

prescripción del tratamiento adecuado.

- Brindar dispositivos de asistencia y movilidad e instruir en su empleo.
- Ayudar al individuo en la preparación y el etiquetado de medicamentos para su toma por dosis; desarrollar un mecanismo de recordatorio y registro para la toma de medicamentos.
- Hacer preparativos para llamadas telefónicas de tranquilización, ayuda domiciliaria para la salud, alimentos a domicilio, limpieza del hogar, sistema de alerta en caso de urgencias y otros recursos comunitarios de utilidad para la persona discapacitada.
- Capacitar y ayudar a los cuidadores que son miembros de la familia a medida que supervisan y atienden al individuo.
- Modificar el entorno del paciente para disminuir los riesgos y promover la función.

Resumen del capítulo

Los efectos de los cambios asociados con la edad, la influencia de las diversas enfermedades que suelen padecer los adultos mayores y la gran cantidad de medicamentos empleados aumentan el riesgo de lesiones en esta población y contribuyen a que los accidentes sean la sexta causa de muerte en los adultos mayores. Las caídas son la primera causa de lesiones mortales y no mortales en los adultos mayores y la incidencia de muertes por incendio en este grupo de edad es mayor en comparación con las de otros grupos etarios.

Los factores básicos del entorno, como iluminación, temperatura, colores, tipos de piso, muebles y ruido, pueden afectar la seguridad y es necesario valorarlos y ajustarlos cuando se requiera. El riesgo de caídas debe valorarse en todos los escenarios clínicos y residenciales; deben implementarse medidas para disminuir el riesgo. Es importante identificar los riesgos que derivan de los déficits sensoriales de los adultos mayores, la reducción de la movilidad, el consumo de medicamentos, las condiciones de vivienda, la inmunidad, las anomalías funcionales y la capacidad de cumplir con los requisitos nutricionales y de hidratación. Los adultos mayores y los cuidadores pueden beneficiarse de la revisión regular de los riesgos y las acciones dirigidas a su reducción.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Conocimiento y práctica de medidas para la prevención de lesiones en hogares para adultos mayores

Fuente: Shields, W. C., Perry, E. C., Szanton, S. L., Andrews, M. R., Stepnitz, R. L., McDonald E. M., & Gielen A. C.. (2013). Geriatric Nursing, 34(1), 19–24.

Cada vez una mayor cantidad de adultos mayores vive en su comunidad, ya sea solo o con miembros de la familia. A pesar de que esta práctica ahorra recursos económicos y tiene beneficios sociales, se acompaña de riesgos asociados con lesiones no intencionales para el adulto mayor que puede estar en mayor riesgo de lesiones accidentales en el hogar. El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de las alarmas de humo y monóxido de carbono funcionales y las temperaturas de agua

seguras (48 °C o menores) en los hogares de los adultos mayores. El estudio también exploró el conocimiento sobre seguridad de los adultos mayores.

El cuestionario se realizó llamando a la puerta de hogares seleccionados y solicitar a las personas dispuestas a participar que contestaran las preguntas del estudio. Tras finalizar el cuestionario, los encuestadores evaluaron todas las alarmas de monóxido de carbono y humo y realizaron la determinación de la temperatura del agua caliente.

En los hogares donde el jefe del hogar era un adulto mayor, el 36.14% tenían detectores de humo seguros, en comparación con el 18.52% de los hogares en los cuales el jefe del hogar no era un adulto mayor. Sólo el 22% de los hogares habitados por un adulto mayor contaron con alarmas para monóxido de carbono y el 36% tenían temperaturas de agua caliente mayores a las recomendadas. La mayoría de los residentes comprenden la importancia de usar detectores de humo y monóxido de carbono, pero no conocen la temperatura recomendada para el agua caliente. La mayoría de los participantes no estaban conscientes de la información vital que puede permitir que se protejan, como los signos de intoxicación por monóxido de carbono y las principales causas de incendios domiciliarios (se postula que el conocimiento acerca de la intoxicación por monóxido de carbono puede deberse a que la ciudad en la que se realizó el estudio promulgó una ley que requiere el empleo de detectores de monóxido de carbono, la cual fue muy publicitada en los medios de comunicación). Sin embargo, el conocimiento no significa que los residentes fueran conscientes de los signos de intoxicación por monóxido de carbono o contaran con detectores.

A medida que aumenta la población de adultos mayores que habita en la comunidad, el personal de enfermería debe evaluar el grado de instrucción y los recursos acerca de la seguridad existentes para ayudar a los adultos mayores a vivir de manera segura en sus hogares. Puede resultar útil incorporar la valoración acerca del conocimiento sobre la seguridad y la provisión de educación para la seguridad durante el contacto rutinario con el paciente. Además, como lo demuestra el estudio, el hecho de que un adulto mayor viva con una persona más joven no significa necesariamente que se atiendan de manera adecuada los problemas para la seguridad. Brindar educación para la seguridad a todos los habitantes de un hogar es altamente beneficioso para los adultos mayores.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La Sra. Dean, de 85 años de edad, vive en una residencia para adultos mayores. Cuenta con buena función cognitiva, pero su marcha es inestable debido a los efectos de un ictus en el pasado; además, tiene debilidad generalizada. Aunque ha recibido fisioterapia y sabe cómo utilizar un andador, ha caído en algunas ocasiones durante los pasados meses. A pesar de que las caídas sólo han derivado en equimosis, la hija de la Sra. Dean está preocupada por que su madre caiga y sufra una fractura grave, por lo que solicita al personal que la mantenga en una silla de ruedas y no permitan que camine.

¿Cuál es la mejor medida que puede implementar el personal?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Explique cómo el cumplimiento de las necesidades básicas de la vida propuestas por Maslow antes de avanzar a las necesidades en niveles superiores se relaciona con la satisfacción obtenida del entorno propio.
2. ¿Cuál es la elección de iluminación, color y decoraciones que es más terapéutica para las siguientes áreas utilizadas por adultos mayores?
 - Habitación
 - Habitación recreativa
 - Comedor
3. Nombre por lo menos seis riesgos para los adultos mayores en el cuarto de baño.
4. ¿Qué medidas pueden tomarse para ofrecer una sensación de humanismo a los centros de atención?
5. Describa los riesgos para la salud que pueden derivar de los siguientes problemas de salud: hipertensión, artritis, debilidad del lado derecho y enfermedad de Alzheimer.
6. ¿Qué cambios pueden realizarse en el hogar promedio para hacerlo más amigable y seguro para el adulto mayor?
7. ¿Qué contenido puede incluirse en el programa de capacitación del anciano para la implementación de medidas dirigidas a prevenir accidentes y lesiones?

Recursos en línea

AAA Foundation for Traffic Safety Senior Driver Website

<http://seniordriving.aaa.com>

Hartford Institute for Geriatric Nursing

This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults Issue 8, Fall Risk Assessment: Hendrich II Fall Risk Model

http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_8.pdf

Referencias

- Capezuit, E., Strumpf, N., Evans, L. K., Grisso, J. A., & Maslin, G. (1998). The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *Journal of Gerontology, 53A*, M47–M52.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013a). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)* [database online]. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Acceso el 15 de noviembre de 2014 en: http://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal_injury_reports.html
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013b). *Older adult drivers: Get the facts*. Acceso el 16 de noviembre de 2014 en: http://www.cdc.gov/MotorVehicleSafety/Older_Adult_Drivers/adult-drivers_factsheet.html.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *PCV (Pneumococcal Conjugate) vaccine. Recommendations, scenarios and Q&As for health professional about PCV13 for adults*. Acceso el 16 de noviembre de 2014 en: <http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/pneumo/vac-PCV13-adults.htm>
- Cheung, S. S. (2007). Neuropsychological determinants of exercise tolerance in the heat. *Progressive Brain Research, 165*, 45–60.
- Gulpers, M. J. M., Bleijlevens, M. H. C., Ambergen, T., Capezuti, E., van Rossum, E., & Hamers, J. P. H.

- (2013). Reduction of belt restraint use: Long-term effects of the EXBELT intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(1), 107–112.
- Hohmann, N., Hohmann, L., & Kruse, M. (2014). The impact of combined use of fall-risk medications and antithrombotics on injury severity and intracranial hemorrhage among older trauma patients. *Geriatric Nursing*, 35(1), 20–25.
- Shallenbarger, S. (2012). Safer over 70: Drivers keep the keys. *Wall Street Journal*, 2012, D3.
- Shields, W. C., Perry, E. C., Szanton, S. L., Andrews, M. R., Stepnitz, R. L., McDonald, E. M., & Gielen, A. C. (2013). Knowledge and injury prevention practices in homes of older adults. *Geriatric Nursing*, 34(1), 19.
- U.S. Census Bureau, Statistical Abstract of the U.S. (2012). *Death and death rates by leading causes of death and age*. En: <http://www.census.gov/compendia/statab/2012/tables/12s0122.pdf>
- U.S. Department of Commerce. (2010). *Statistical abstract of the United States*. Washington, DC: Bureau of the Census. En: www.census.gov/compendia/statab

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.



Espiritualidad

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Necesidades espirituales

- Amor
- Significado y propósito
- Esperanza
- Dignidad
- Perdón
- Gratitud
- Trascendencia
- Expresión de fe

Valoración de las necesidades espirituales

Atención de las necesidades espirituales

- Estar disponible
- Respetar las creencias y las prácticas
- Brindar oportunidades para estar solo
- Promover la esperanza
- Ayudar en el descubrimiento del significado y el afrontamiento de las situaciones difíciles
- Facilitar las prácticas religiosas
- Orar con y por el paciente

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir las necesidades espirituales básicas.
2. Nombrar las preguntas que pueden emplearse en la valoración espiritual.
3. Comentar las medidas para apoyar las necesidades espirituales.

GLOSARIO

Agnóstico: persona que declara no saber con exactitud si existe un dios o no.

Ateo: persona que considera que no existe un dios.

Espiritualidad: relación y sentimientos con aquello que trasciende el mundo físico.

Estrés espiritual: estado en el que la relación personal con un dios u otro poder supremo se encuentra alterada o en riesgo de serlo y las necesidades espirituales no se satisfacen.

Religión: estructuras creadas por los humanos, rituales, simbolismo y reglas en relación con un dios o un poder supremo.

La mayoría de las personas se sienten tranquilas al saber que tienen una conexión con un poder que es mayor que ellos. La relación positiva y armoniosa con un dios u otro poder supremo (divino) ayuda a las personas a sentirse en unión con otros seres, la naturaleza y el entorno. Esta relación ofrece amor y un sentido de valía a pesar de las imperfecciones y los errores. Las personas obtienen alegría, esperanza, paz y propósito cuando trascienden más allá de su ser. El sufrimiento y las dificultades obtienen un significado y pueden afrontarse con mayor fortaleza.

La **espiritualidad** es la esencia de nuestro ser que trasciende y nos conecta con lo divino y otros seres vivos. Este fenómeno implica relaciones y sentimientos. La espiritualidad es distinta a la **religión**, la cual consiste en estructuras creadas por los seres humanos, rituales, simbolismos y reglas para relacionarse con lo divino. La religión es una expresión significativa de la espiritualidad, pero los individuos con alto grado de espiritualidad pueden no identificarse con ninguna religión.



CONCEPTO CLAVE

La espiritualidad y la religión no son sinónimos.

El hecho de que algunas personas se identifiquen como ateos o agnósticos no significa que sean seres sin espiritualidad. Los ateos consideran que no existe un ser supremo o dioses. Los agnósticos dudan de la existencia de un ser supremo o dioses, pero no están seguros de ello. El hecho de que las personas sean ateas o agnósticas no implica que carezcan de espiritualidad, pues pueden estar en la búsqueda de significado en sus vidas, tener un sentido fuerte de moralidad y sorprenderse de los misterios y las maravillas de la vida.

NECESIDADES ESPIRITUALES

Todos los humanos tienen necesidades espirituales sin importar si lo reconocen o se percatan de ello. Algunas de estas necesidades se hacen especialmente relevantes en la vida tardía, cuando la prevalencia de enfermedades crónicas es mayor y es evidente la realidad de la mortalidad; estas necesidades incluyen amor, propósito, esperanza, dignidad, perdón, gratitud, trascendencia y fe.

Amor

El amor probablemente es la necesidad espiritual más importante de todas. Las

personas necesitan percibir que son amados y capaces de serlo. El amor espiritual no es algo que se ofrece a cambio de algo. En su lugar, el amor espiritual es incondicional y se ofrece de manera desinteresada y completa. En la tradición judeocristiana, este tipo de amor se ejemplifica como el que Dios siente por las personas. Las personas necesitan sentirse amadas sin importar su estado físico o mental, posición social, posesiones materiales o productividad.

Significado y propósito

De acuerdo con la descripción de Erikson sobre la última tarea del desarrollo (véase el [cap. 2](#)), el envejecimiento psicológico sano del adulto mayor implica alcanzar un sentimiento de integridad. La integridad, o plenitud, se apoya en la creencia de que las experiencias de la vida, buenas y malas, toman sentido y tienen un propósito. Algunas personas pueden creer, de acuerdo con su fe, que el sufrimiento y la pena tienen propósitos eternos o permiten que un dios sea glorificado. Bajo esta perspectiva, nada es en vano y el significado del ser dentro del mundo se comprende de mejor manera.

Esperanza

La esperanza es la expectativa de algo en el futuro. Para algunas personas, la esperanza consiste en la anticipación de oportunidades de nuevas aventuras, placeres y relaciones que se desenvuelven con cada mañana. Para algunos otros, la esperanza es el impulso para afrontar el futuro en presencia de dolor y sufrimiento, pues consideran que son posibles la recompensa y el alivio eternos.

Dignidad

En la sociedad occidental, la autovalía suele juzgarse por el aspecto, la función y la productividad. No obstante, todos los humanos tienen una valía intrínseca. Cuando los adultos mayores carecen de los atributos que significan dignidad para la sociedad secular, pueden obtener un sentimiento de valía y valor a través de su conexión con un dios u otro poder supremo.

Perdón

El *perdón* es la naturaleza humana de errar y pecar. Cargar con el peso de los males cometidos hacia o por nuestro ser es un factor de estrés significativo y puede ser negativo para la salud. Aún más importante, no ser capaz de perdonar puede privar a las personas del amor y sentimiento de plenitud que se deriva de las relaciones. Perdonar y aceptar el perdón es la sanación. Para los adultos mayores, el perdón puede promover el importante proceso de poner las cosas en orden y lograr la resolución de problemas no solucionados.

Gratitud

La abundancia tan prevalente en la sociedad occidental suele provocar que gran cantidad de cosas se den por descontado. En lugar de apreciar que no pasan hambre o cuentan con un hogar, las personas se quejan de no haber cenado en ciertos

restaurantes o que su hogar no tiene piscina. Los seres humanos se enfocan en sus muslos grandes en lugar de agradecer que pueden caminar; en lugar de apreciar que sus hijos están sanos, se preocupan por no ser los padres de un estudiante estrella. Es fácil caer en la trampa de enfocarse en lo negativo. No obstante, la actitud de gratitud nutre el espíritu y fortalece la capacidad de afrontar cualquier situación. En una etapa en la que las pérdidas pueden abundar, el adulto mayor puede beneficiarse de una revisión guiada de los aspectos positivos de su vida. El proceso de la revisión de la vida es un buen abordaje durante esta práctica (véase el [cap. 4](#)).

Trascendencia

Las personas necesitan el sentimiento de que existe una realidad más allá de ellas, que tienen una conexión con un poder supremo que supera el pensamiento lógico y que cuentan con una fuente que permite que logren aquello que es imposible lograr por su cuenta. La trascendencia permite que las personas pasen más allá de la existencia material y que se den cuenta del significado de las circunstancias difíciles que enfrentan ([fig. 15-1](#)).

Expresión de fe

La fe se compone de creencias religiosas y espirituales y se expresa a través de prácticas religiosas y espirituales. Estas prácticas pueden incluir la oración, la alabanza, la lectura de textos religiosos, los rituales (p. ej., ayuno en ciertos días o utilizar vestimenta u objetos especiales) y la celebración de días sagrados específicos. La alteración de la capacidad de expresar la fe debido a enfermedad o discapacidad produce **estrés espiritual**. De la misma manera, el estrés espiritual puede ser el resultado de la enfermedad debido a que una persona siente resentimiento hacia un dios que aparentemente la ha abandonado, culpa porque la enfermedad puede ser un medio de castigo por un pecado o arrepentimiento de no contar con una fe suficientemente fuerte para superar la situación.



FIGURA 15-1 ● Al percibir una conexión más allá de la existencia material, las personas pueden superar las circunstancias difíciles con las que se enfrentan.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES

Preguntar acerca de los temas espirituales durante la valoración inicial y las consecuentes promueve la atención integral. Aunque diferentes escenarios clínicos tienen herramientas de valoración que se prefiere utilizar, los elementos como la valoración espiritual deben incluir las creencias y las prácticas, la afiliación con alguna religión y el grado en el que las necesidades espirituales (amor, significado, propósito, esperanza, dignidad, perdón, gratitud, trascendencia y expresión de la fe) se encuentran satisfechas.

El personal de enfermería tiene diversos recursos disponibles para obtener la información sobre las necesidades espirituales de una persona. La respuesta de una persona sobre sus preferencias espirituales o religiosas en los formularios de hospitalización puede dar cierta indicación acerca de la espiritualidad del paciente y utilizarse para iniciar la conversación acerca de los problemas con este tema. Las guías visuales, como algún artículo o símbolo religioso, la Biblia, el Corán o textos inspiracionales pueden brindar información útil para la valoración espiritual. Los comentarios de una persona (p. ej., “todo lo que me queda es orar” o “no puedo comprender por qué Dios permite que esto suceda”) ofrecen pistas acerca de las necesidades espirituales. La depresión, el estado de ánimo plano, el llanto y otros signos evidentes pueden ser alertas de estrés espiritual. Además, el personal de enfermería puede hacer preguntas específicas para valorar las necesidades espirituales. La [guía de valoración 15-1](#) describe preguntas a utilizar para valorar la espiritualidad del paciente.



COMUNICACIÓN

Al valorar y comentar las necesidades espirituales con un paciente, además de determinar la identidad religiosa, el personal de enfermería debe valorar aquellas cosas que ofrecen significado y propósito a la persona. En diversas circunstancias, lo anterior puede ser el confort de una relación con un dios, pero el ateo y el agnóstico también cuentan con aspectos importantes en su vida de los cuales extraen propósito, significado y paz. Tenga en mente que las personas con la misma religión tienen maneras distintas de expresar su espiritualidad. Es importante que el personal de enfermería escuche sin juicio y motive al paciente a expresar sus creencias y necesidades espirituales, incluso si están en conflicto con las propias.



GUÍA DE VALORACIÓN 15-1 NECESIDADES ESPIRITUALES

INTERROGATORIO

Como parte de la valoración integral, haga preguntas que se relacionen de manera directa con la espiritualidad y las necesidades del paciente. Las preguntas incluyen:

- ¿Cuál es su fe o religión?
- ¿Forma parte de una iglesia, un templo o una comunidad religiosa? ¿Cuál es? ¿Le gustaría que ellos se implicaran en su atención?

- ¿Las prácticas religiosas son importantes para usted? ¿Es posible que las practique ahora? De no ser así, ¿puedo ayudar de alguna manera para que sea posible?
- ¿Considera que existe un dios o un poder supremo? ¿Puede explicarme qué significa esta creencia para usted?
- ¿Usted lee la Biblia u otros textos religiosos? ¿Es capaz de leer estos textos en su situación actual?
- ¿Considera que un dios tiene algún papel en su enfermedad y sanación?
- ¿Existe algo en su religión o sus creencias espirituales que cause estrés emocional, ansiedad o angustia?
- ¿Qué es lo más importante para usted?
- ¿Qué brinda propósito a su vida?
- ¿Cuál es la fuente de su fortaleza o apoyo?
- ¿De parte de quién recibe amor?
- ¿Quiénes son los principales receptores de su amor?
- ¿Considera que tiene asuntos sin resolver? ¿Hay algo que tenga que decir a alguien más? ¿Existe perdón que desea recibir u ofrecer?
- ¿Cuáles son sus temores?
- ¿Cómo podemos beneficiar sus creencias y prácticas espirituales durante este período?

ATENCIÓN DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES

La evidencia apunta a que las creencias espirituales fuertes promueven la salud y la sanación; por lo tanto, tiene beneficio terapéutico que se apoye la espiritualidad de los pacientes y se ayude a cumplir con las necesidades espirituales. Cuando la valoración revela necesidades específicas o signos de estrés espiritual ([Diagnóstico de enfermería destacado 15-1](#)), el personal de enfermería debe planificar las estrategias para atenderlas. Además, el personal debe emplear diversas intervenciones para ayudar a los pacientes y apoyar su espiritualidad; estas intervenciones se comentan en las secciones siguientes.

Estar disponible

La cercanía y la confianza que los pacientes sienten frente al personal de enfermería facilitan que compartan sus sentimientos profundos con éste más que con cualquier otro miembro del personal de salud. La enfermera o enfermero debe respetar esta confianza y estar disponible para que los individuos expresen sus sentimientos. Lo anterior no significa sólo estar presente físicamente, sino estar presente plenamente con el paciente y sin distracciones o pensamientos sobre otras actividades. Es posible que haya ocasiones en las que el personal de enfermería no sepa cómo reaccionar ante las necesidades espirituales o escuchar creencias que difieren de las propias; en estos

casos, la escucha atenta y la motivación de la comunicación son vitales.



CONCEPTO CLAVE

Estar *presente* con los pacientes implica que el personal de enfermería no sólo está físicamente con el individuo, sino que ofrece su atención exclusiva para facilitar la conexión.

Respetar las creencias y las prácticas

Una valoración espiritual eficaz debe revelar las creencias específicas y las prácticas que debe promover el personal de enfermería. Estas prácticas pueden incluir: seguir dietas, negarse a participar en ciertas actividades durante el *Sabbath*, vestir objetos o prendas específicos y orar en horarios especiales a lo largo del día. El [cuadro 15-1](#) menciona algunas creencias y prácticas específicas que puede encontrar el personal de enfermería.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Las mujeres casadas que forman parte de los judíos ortodoxos mantienen su cabeza cubierta en todas ocasiones. Aquellas que practican el judaísmo conservador sólo cubren su cabello durante la alabanza y la oración.

Brindar oportunidades para estar solo

La soledad puede ser un aspecto importante en la expresión de la espiritualidad. El tiempo sin interrupciones permite comunicación personal con un dios o un poder supremo. La persona puede ofrecer oración, reflexionar, meditar y escuchar respuestas de una fuente divina ([cuadro 15-2](#)). El personal de enfermería debe respetar y proteger los períodos de soledad de los pacientes.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Decidir estar a solas es distinto al aislamiento social. ¿Qué tanto tiempo consigue durante una semana habitual para estar a solas o en privado?

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DESTACADO 15-1

ESTRÉS ESPIRITUAL

Generalidades

El estrés espiritual es un estado en el que la relación personal con un dios u otro poder supremo se encuentra alterada o en riesgo de estarlo y las necesidades espirituales no se satisfacen. La enfermedad o la disminución de la salud propia o de seres queridos, las pérdidas, la consciencia de la mortalidad y la presencia de conflictos entre las creencias personales y los tratamientos médicos son factores capaces de crear estrés emocional. Los signos y síntomas incluyen ira, ansiedad, molestias, llanto, cinismo, depresión, culpa, desesperanza, aislamiento, baja autoestima, impotencia, rechazo a hacer planes, sarcasmo, pensamientos o planes suicidas y síntomas físicos (fatiga, mal apetito, alteraciones del sueño y suspiros). Las personas pueden poner en duda su fe y creencias.

Factores contribuyentes y causales

Enfermedad grave, pérdidas, cargas adicionales, incapacidad para realizar prácticas religiosas, todo ello asociado con los problemas de salud actuales, el comportamiento inapropiado en el pasado y la falta de fe.

Objetivo

El paciente mantiene sus prácticas religiosas habituales en el máximo grado posible, comenta los problemas relacionados con el estrés espiritual y desarrolla sistemas de apoyo para promover el bienestar espiritual.

Intervenciones

- Ayudar al paciente a identificar los factores que contribuyen al estrés espiritual.
- Apoyar al paciente en las prácticas religiosas: aprender acerca de la religión del paciente y las implicaciones para la atención; brindar una Biblia u otro texto religioso, artículos religiosos y música inspiradora; respetar los períodos de soledad; respetar y ayudar en la práctica de rituales; leer los textos religiosos o solicitar que lo haga un voluntario.
- Orar con y por el paciente si esta práctica no interfiere con las creencias del paciente o las propias.
- Brindar privacidad y tiempo para la oración, la meditación y la soledad.
- Derivar a los líderes religiosos, los sanadores nativos, los grupos de apoyo u otros recursos.
- Contactar a la iglesia o el templo del paciente para agendar una visita y seguimiento (p. ej., mediante el personal de enfermería religioso); poner en contacto al paciente con el ministro de la comunidad si el paciente lo desea.
- Respetar el deseo del paciente de no ser visitado por los líderes religiosos o formar parte de las actividades religiosas.
- No poner en duda las creencias religiosas del paciente o intentar cambiarlas.

CUADRO 15-1 Creencias y prácticas religiosas relevantes para la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica

PROTESTANTISMO

- *Asambleas de Dios (pentecostés)*. Motivan la abstinencia de tabaco, alcohol y drogas; creen en la sanación divina a través de la oración y la imposición de manos; la comunión es ofrecida por los líderes religiosos; creen en Jesucristo como salvador; oran por la intervención de Dios en la sanación.
- *Bautistas*. Motivan la abstinencia de alcohol; comunión mediante el clero; lectura de la Biblia, pues se considera la palabra de Dios; creencia en Jesucristo como salvador; pueden considerar que la enfermedad es el deseo de Dios y responder de manera pasiva ante ella; algunos creen en el poder sanador de la imposición de manos. Existen más de 24 grupos diferentes en los Estados Unidos.

- *Iglesia cristiana (discípulos de Cristo)*. La comunión es parte de la alabanza habitual durante los domingos y es ofrecida por el clero; los líderes religiosos y los ancianos de la iglesia pueden brindar apoyo espiritual; creen en Jesucristo como salvador.
- *Iglesia de Brethren*. El clero brinda los santos óleos a los enfermos para su sanación física y espiritual; la comunión es ofrecida por el clero.
- *Iglesia de los nazarenos*. Promueven la abstinencia de alcohol y tabaco; creen en la sanación divina y aceptan el tratamiento médico; la comunión es provista por el clero.
- *Episcopales (anglicanos)*. No se requiere el ayuno, aunque algunos episcopales pueden abstenerse de la carne durante los viernes; el clero ofrece la comunión; pueden brindarse los santos óleos, aunque no son obligatorios; consideran a Jesucristo como el salvador.
- *Luteranos*. La comunión es proporcionada por el clero; los santos óleos los brinda el clero; el clero ofrece oración por los enfermos; creen en Jesucristo como salvador (10 tipos diferentes).
- *Menonitas*. Se abstienen del alcohol; la oración tiene un papel importante durante las crisis y la enfermedad, así como los santos óleos; pueden rechazar los medicamentos; las mujeres pueden desear cubrirse la cabeza durante la hospitalización; estilo de vida y modo de vestir simples y sencillos; la comunión se recibe dos veces al año y el lavado de pies es parte habitual de la ceremonia (12 grupos diferentes).
- *Metodistas*. La comunión es ofrecida por el clero; brindan los santos óleos a los enfermos; rezan y leen la Biblia durante la enfermedad; se motiva la donación de órganos; consideran a Jesucristo como el salvador (más de 20 grupos diferentes).
- *Presbiterianos*. La comunión es ofrecida por el clero; los ancianos y el clero pueden brindar oración a nombre de los enfermos en proceso de muerte; creen en Jesucristo como salvador (10 grupos diferentes).
- *Cuáqueros (amigos)*. Creen que Dios es personal y real y que cualquier creyente puede lograr la comunión con Jesucristo sin el clero o los rituales de la Iglesia; no cuentan con ceremonias especiales ante la muerte, pues consideran que la vida actual es parte del reino de Dios; se abstienen del alcohol; pueden oponerse al empleo de medicamentos.
- *Ejército de salvación*. Siguen la Biblia como el fundamento de la fe, la lectura de los textos sagrados es importante, no cuentan con ceremonias especiales, ofrecen programas y centros de bienestar social, están dispuestos al tratamiento médico, ofrecen el servicio de visitas y ayuda por parte de la asociación local.
- *Adventistas del Séptimo Día*. Se promueven las prácticas de buena salud, pues el cuerpo es el templo del Espíritu Santo; está prohibido el consumo de alcohol, tabaco, café, té y drogas; el cerdo y los mariscos de concha también están prohibidos por la mayoría de ellos y algunos son vegetarianos; el *Sabbath* se realiza en sábados y puede rechazarse el tratamiento durante este tiempo; el clero

ofrece la comunión; es importante la lectura de la Biblia.

CATÓLICOS ROMANOS

Consideran al Papa como el líder de la Iglesia en la Tierra; expresan la fe principalmente en forma de credos, como el Credo de los apóstoles; ayunan durante la Cuaresma y opcionalmente los viernes, aunque los católicos de mayor edad pueden cumplir con esta práctica; los sacerdotes ofrecen la comunión, el sacramento de los enfermos y escuchan la confesión; los rosarios, las medallas, las estatuas y otros objetos religiosos tienen importancia.

ORTODOXOS ORIENTALES

Incluye a griegos, serbios, rusos y otras iglesias ortodoxas; creen que el Espíritu Santo desciende del Padre (en lugar del Padre y el Hijo); por lo tanto, rechazan la autoridad del Papa; no consumen carne ni lácteos los miércoles y los viernes durante la Cuaresma y otros días religiosos; siguen un calendario diferente de celebraciones religiosas; ayunan durante la Cuaresma y antes de la comunión; los santos óleos se administran a los enfermos, pero no necesariamente como rito funerario; los ritos funerarios deben ser provistos por un sacerdote.

OTRAS RELIGIONES CRISTIANAS

- *Ciencia cristiana*. La religión se basa en el empleo de la fe para la sanación; pueden rechazar los medicamentos, la psicoterapia, la hipnosis, la vacunación y otros tratamientos; emplean personal de enfermería que forma parte de la religión, así como otro tipo de proveedores, por lo que pueden solicitar que éstos sean quienes brinden atención.
- *Testigos de Jehová*. Desalientan el consumo de alcohol y tabaco; no aceptan las transfusiones sanguíneas, pero pueden emplearse métodos alternativos.
- *Mormones (Iglesia de Jesucristo de los santos de los últimos días)*. No cuentan con clero profesional; un miembro de la Iglesia puede brindar la comunión, la unción de los enfermos y la imposición de manos; se abstienen del consumo de alcohol; evitan el empleo de cafeína, alcohol y otras sustancias que se consideran poco saludables o dañinas; pueden portar una prenda sagrada en toda ocasión y sólo se quita en caso de urgencias; la oración y la lectura de los textos sagrados es importante; pueden oponerse a ciertos tratamientos médicos y utilizar la sanación divina a través de la imposición de manos.
- *Unitaristas*. Rama de la iglesia católica con gran liberalismo; creen en Dios como un solo ser, en lugar de trinidad; consideran que los sujetos son responsables de su propio estado de salud; promueven la donación de órganos.

JUDAÍSMO

Creen en un dios universal y que los judíos fueron elegidos para recibir las leyes de Dios; celebran el *Sabbath* desde la puesta del sol en viernes hasta el anochecer en sábado; existen tres tipos:

- *Ortodoxos (observantes)*. Cumplen de manera estricta con las tradiciones del judaísmo; creen en los cinco Libros de Moisés (Torá); practican la dieta *kosher* (no mezclar leche y carne, no consumir cerdo o moluscos y carne de animales que no fueron sacrificados bajo las leyes judías, empleo de utensilios distintos para la manipulación de carne y lácteos); restricciones firmes durante el *Sabbath* (no subir a un automóvil, no fumar, no encender o apagar luces, no manipular

dinero, no emplear el teléfono o televisión y los tratamientos médicos pueden posponerse hasta el final de este período). Los hombres no se afeitan con navaja, pero sí emplean tijeras o máquinas eléctricas para evitar el contacto directo de navajas con el cuerpo y cubren su cabeza en todo momento; la barba se considera signo de piedad. Los hombres no tocan a ninguna mujer que no pertenezca a su familia y las mujeres casadas cubren su cabello. La familia y los amigos visitan y pueden permanecer con los enfermos. Es necesaria la presencia de testigos para lograr que la familia esté protegida en caso de que muera la persona. Después de la muerte, el cuerpo debe permanecer solo y únicamente una persona judía ortodoxa puede tocar y lavar el cuerpo. Si la muerte se presenta durante el *Sabbath*, las personas ortodoxas no pueden manipular el cuerpo, pero el personal de enfermería puede hacerlo con precaución y usando guantes; el cuerpo no puede ser enterrado en las primeras 24 h. No debe permitirse la autopsia y cualquier parte del cuerpo extraída debe regresarse para que sea enterrada con el resto del cuerpo, pues se considera que todas las partes del cuerpo deben regresar a la Tierra. La oración y el tiempo en silencio son importantes.

- *Conservadores*. Siguen las mismas reglas básicas que los ortodoxos; pueden cubrir sus cabezas sólo durante la alabanza y la oración; algunos aprueban la autopsia.
- *Reformantes*. Cumplen de manera menos estricta con las reglas; no siguen una dieta *kosher* estricta; no utilizan cubierta en sus cabezas; acuden a los templos en viernes para la alabanza, pero no siguen las restricciones propias del *Sabbath*; los hombres pueden tocar a las mujeres.

ISLAM (MUSULMANES)

Es la segunda religión monoteísta (creen en un solo dios) más grande; fue fundada por Mahoma, quien fue un profeta y mensajero humano empleado por Dios para comunicar su palabra. El Corán es la escritura sagrada y no puede ser tocado por nadie que no haya sido limpiado mediante un ritual, y no puede colocarse ningún objeto encima. Los practicantes oran cinco veces al día mirando hacia la Meca; la privacidad durante este tiempo es importante. No consumen cerdo o alcohol. Toda la carne permitida para consumo debe bendecirse y los animales son matados con métodos específicos. La limpieza es importante; durante la oración, debe realizarse la limpieza, incluso en los enfermos. Aceptan las prácticas médicas si no se encuentran en conflicto con las religiosas. Las mujeres son pudorosas y no se les permite firmar consentimientos o tomar decisiones sin la presencia del esposo; pueden vestir un *taviz* (cinta negra con la palabra del Corán). La familia y los amigos pueden orar con la persona enferma. Es preferible que la familia prepare y lave el cuerpo del difunto (de ser necesario, el personal de enfermería puede atender el cuerpo empleando guantes). La autopsia está prohibida, excepto cuando la ley la requiera; no se permite la donación de órganos.

HINDUISMO

Se considera una de las religiones más antiguas en el mundo y es la de la mayoría de los residentes de

India. No hay escrituras, doctrina o alabanza común. Se cree en el *karma* (todas las personas han nacido en un estado determinado por sus acciones en vidas pasadas) y la reencarnación. La enfermedad se percibe como resultado de pecados en la vida pasada. La mayoría de los practicantes son vegetarianos y evitan el alcohol y el tabaco.

BUDISMO

Es una variante del hinduismo y la mayoría de sus practicantes se encuentran en Japón, Tailandia y Birmania. Consideran que la iluminación se obtiene mediante la meditación individual en lugar de la alabanza en grupo. Siguen el código moral conocido como el *Noble camino óctuple* que conduce al Nirvana (liberación e iluminación). Son vegetarianos y evitan el consumo de alcohol y tabaco. Es probable que rechacen medicamentos y tratamientos durante los días sagrados. Es vital el tiempo privado y sin interrupciones para la meditación.

Promover la esperanza

La esperanza es un aspecto importante para los humanos. Cuando las personas consideran que algo positivo es posible en el futuro, son más propensos a comprometerse con metas y acciones. En el caso de los adultos mayores, en especial aquellos con enfermedades graves o discapacidad, mantener la esperanza puede ser complicado. El riesgo de percibir desesperanza y depresión es real. La desesperanza interfiere con el autocuidado y la sanación, y agota la energía necesaria para afrontar los retos de la vida.

Promover la esperanza comienza con el establecimiento de confianza con el paciente para lograr que se sienta cómodo durante la expresión de sus sentimientos. Una valoración cuidadosa puede ayudar a identificar los factores que contribuyen a la desesperanza, como relaciones familiares dañadas, dolor sin alivio y problemas financieros en aumento; las intervenciones deben destinarse a corregir factores específicos. Otras medidas beneficiosas incluyen las siguientes:

CUADRO 15-2 Meditación

La soledad brinda una oportunidad para la meditación, una práctica que tranquiliza la mente y ayuda a dirigir los pensamientos hacia el presente. Puede realizarse de diversas formas:

- *Meditación de concentración.* La atención se enfoca en la respiración, el ruido o la imagen; esta práctica tranquiliza y ofrece claridad y agudeza mentales.
- *Meditación consciente.* Se presta atención a las sensaciones experimentadas, como los ruidos o los pensamientos; esta práctica ofrece calma y un estado mental no reactivo.
- *Meditación trascendental.* Introducida por Maharishi Mahesh Yogi, esta forma de meditación implica la orientación del cuerpo hacia un estado de relajación profunda al mismo tiempo que la mente se vuelve más alerta.

La meditación tiene una gran cantidad de beneficios, incluyendo la reducción del estrés, la estimulación del sistema inmunitario y el control del dolor. Los adultos mayores pueden beneficiarse de la mejor autoestima y la mejor función mental que supuestamente se obtienen.

- Ayudar al paciente a desarrollar objetivos realistas a corto plazo y reconocer los

logros a lo largo de la vida.

- Guiar al paciente en la revisión de la vida para destacar logros pasados en el afrontamiento de los retos de la vida que pueden aplicarse en las situaciones actuales.
- Ayudar al paciente a sentir placer y disfrutar las actividades actuales.
- Motivar la relajación y el entorno positivo (p. ej., flores, aire fresco, luz solar, aromas placenteros, mascotas y colores estimulantes).
- Promover las prácticas espirituales del paciente y derivar con guías espirituales como se requiera.
- Ayudar al paciente en la participación en los servicios religiosos.
- Desarrollar afirmaciones (declaraciones positivas como “soy único y especial” o “Dios me ama”) para que el paciente las utilice y recomendar que se repitan todos los días.
- Sugerir que el paciente mantenga un diario personal para promover la autocomprensión y el crecimiento personal.
- Emplear música de manera terapéutica; consultar un musicoterapeuta para conocer la música que promueve el optimismo y la esperanza.
- Derivar a un grupo de apoyo.
- Emplear el humor de manera terapéutica; brindar esperanza y optimismo.

Ayudar en el descubrimiento del significado y el afrontamiento de las situaciones difíciles

Los pacientes pueden poner en duda el propósito de las adversidades que enfrentan y considerar que su dios los ha abandonado. Las personas de fe pueden desear comentar su perspectiva acerca de cómo su situación forma parte de un plan más amplio. Una actitud abierta y sin juicios al motivar la expresión de sentimientos puede ser de ayuda.



CONCEPTO CLAVE

Las creencias de algunas personas permiten que se sientan cómodas con la afirmación de que sus dificultades tienen algún propósito ante los ojos de un dios.

Facilitar las prácticas religiosas

Los pacientes pueden desear la comunión, la confesión y otro tipo de sacramentos religiosos. El personal de enfermería debe contactar a los guías espirituales cuando sea necesario. El personal de enfermería también ayuda en el uso o la exhibición de artículos religiosos y se asegura del cuidado adecuado de estos objetos durante las actividades de enfermería.

Orar con y por el paciente

Las personas religiosas han comprendido desde hace mucho tiempo el valor de la oración y cada vez una mayor cantidad de investigaciones apoyan los beneficios de la oración sobre la salud y la sanación (Agli, Bailly y Ferrand, 2014; Butler, Koenig, Puchalski, Cohen y Sloan, 2003; Duffin, 2007; Johnstone, et al., 2012; Moberg, 2005). No es necesario ser un miembro de alguna organización religiosa para sostener la mano del paciente y ofrecer una oración. Las oraciones pueden ser específicas, por ejemplo, solicitar que el medicamento que acaba de recibirse alivie el dolor pronto. El empleo de palabrería o vocabulario religiosos es menos importante que poner empeño en solicitar a un poder supremo que interceda ante el paciente. Las oraciones para solicitar intercesión pueden ofrecerse a nombre de los pacientes. El personal de enfermería que no se siente cómodo ofreciendo oraciones puede solicitar ayuda a sus compañeros que sí están dispuestos a hacerlo si el paciente lo desea.

CASO A CONSIDERAR



Al estar fuera de una habitación compartida, una de las enfermeras escucha a la Sra. McQueen, de 75 años de edad, preguntar a su compañera, la Sra. Noonan de 66 años de edad, si pertenece a alguna iglesia. La Sra. Noonan responde: “no, no creo en esas cosas. Para mí, la religión es sólo una estafa”. La Sra. McQueen, con un tono bastante enfadado comenta a la Sra. Noonan: “no debe decir tal cosa. Necesitamos a nuestro Señor. ¿No quiere aliviarse?”. La Sra. Noonan vuelve a responder con tono agresivo: “confío en que los médicos me curarán, no una persona imaginaria en el cielo” y cierra la cortina entre las camas.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo debe responder la enfermera ante esta situación?
- ¿Qué efectos puede tener esta interacción en ambas pacientes?



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué significaría para usted que alguien orara en nombre de sus necesidades y dificultades?

Resumen del capítulo

Las personas son seres espirituales; por lo tanto, debe brindarse atención espiritual como un componente de la atención completa e integral. Percatarse de la conexión con algo más grande que ellos, otras personas, la naturaleza, el universo y un poder supremo brinda empoderamiento a los adultos mayores para superar sus retos físicos, emocionales, intelectuales y sociales, y permite descubrir la paz y armonía que facilitan la sanación y el bienestar.

La espiritualidad y la religión no son sinónimos. La espiritualidad es la esencia de nuestro ser que trasciende y nos conecta con lo divino y otros organismos vivos. Este fenómeno implica relaciones y sentimientos. La religión consiste en estructuras creadas por el hombre, rituales, simbolismos y reglas en cuanto a lo divino. Las necesidades espirituales incluyen amor, propósito, esperanza, dignidad, perdón, gratitud, trascendencia y fe.

La valoración espiritual debe explorar las creencias de fe, las prácticas, la afiliación con alguna comunidad y el grado en el que se satisfacen las necesidades

espirituales. Los comentarios y los signos evidentes que indican estrés espiritual deben registrarse durante la valoración.

El personal de enfermería debe respetar las necesidades espirituales estando disponible para ofrecer apoyo y oportunidades para que los pacientes expresen sus sentimientos y fe, respetando las creencias de los pacientes, promoviendo la esperanza y ayudando a los pacientes a descubrir el significado de las situaciones complicadas con las que se enfrentan y, si no está en conflicto con las creencias del personal, orando con y por los pacientes.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Espiritualidad y religión en los pacientes mayores con demencia. Una revisión sistemática

Fuente: Agli, O., Bailly, N., & Ferrand, C. (2014). International Psychogeriatrics, 26(8), 1–11.

Con base en la importancia de los problemas religiosos y espirituales en los pacientes mayores y su potencial beneficio para la salud y la sanación, los investigadores revisaron de manera sistemática la información relevante para conocer los efectos de la religión y la espiritualidad sobre los resultados de salud. Después de una revisión cuidadosa de la información, los investigadores encontraron que numerosos estudios han identificado efectos positivos de la espiritualidad y la religión.

Se han observado efectos positivos de la espiritualidad y la religión en personas con alteración cognitiva. Estos beneficios incluyen estabilización y, en algunos casos, mejoría de la función cognitiva. Los investigadores consideran que este efecto se relaciona con factores neurológicos y proponen que los ejercicios espirituales fortalecen los circuitos cerebrales frontales, la memoria transepisódica y la atención. Se encontró relación positiva significativa entre el bienestar subjetivo y las creencias religiosas y el compromiso. Se determinó que la calidad de vida se ve influida de manera positiva mediante el mantenimiento de las interacciones sociales a través de la participación en las actividades de fe dentro de la comunidad. La mayoría de los estudios mostraron beneficios de la espiritualidad y la religión sobre los resultados de salud en las personas mayores con demencia, en especial en aquellas capaces de lidiar con el deterioro cognitivo.

Los autores advirtieron que una debilidad evidente de los estudios incluidos es que la validez del diagnóstico de demencia no puede determinarse en todos ellos. No obstante, sí parece haber conclusiones que pueden indicar la influencia positiva de la espiritualidad y la religión sobre la salud y la capacidad de las personas con demencia de afrontar sus cambios cognitivos y mantener sus relaciones y calidad de vida positivas.

Con el potencial de beneficios positivos como resultado de promover la espiritualidad de los pacientes, el personal de enfermería necesita facilitar la capacidad de las personas para mantener sus prácticas espirituales y religiosas en el mejor grado posible. Lo anterior también se refiere a las personas con demencia, a quienes se debe interrogar sobre estos temas y ofrecer el tiempo suficiente para describir lo que da valor a sus vidas. Aprender acerca de las creencias y las prácticas

relacionadas con la espiritualidad y la religión puede facilitar el proceso.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

El Sr. Brewer, de 68 años de edad, ha permanecido en la unidad de choque por traumatismos dentro de un hospital durante algunas semanas debido a una situación grave después de un accidente automovilístico. Al momento de su ingreso, la familia del Sr. Brewer afirmó que él era ateo.

El Sr. Brewer entra y sale de períodos de consciencia. En diversas ocasiones durante el estado consciente, ha hablado con Dios y comentado aspectos como “espero que Dios me perdone por rechazarlo durante tantos años” y “no quiero morir sin arreglar las cosas con Dios”.

La enfermera que suele atender al Sr. Brewer menciona este hecho a la Sra. Brewer, quien también se identifica como atea, y pregunta si considera que un miembro del personal de las asociaciones religiosas del hospital se acerque a hablar con su esposo. La Sra. Brewer se niega por completo y menciona “no sé quién ha estado poniendo estas ideas tan locas en la cabeza de mi esposo y por supuesto que no voy a permitir que un fanático religioso se aproveche de él”. En el momento en el que el Sr. Brewer habla con Dios en la presencia de su esposa, ella dice: “Tom, siempre has sido demasiado inteligente como para esa religión, deja de hablar así”.

Existe alta probabilidad de que el Sr. Brewer no sobreviva. ¿Qué debe hacer el personal de enfermería?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Por qué es posible que aumente la importancia de la espiritualidad a medida que envejecen las personas?
2. Describa las maneras en las que puede ser complicado cumplir con las necesidades espirituales en los adultos mayores.
3. ¿Qué preguntas puede realizar para valorar la espiritualidad y las necesidades del adulto mayor?
4. Considere al adulto mayor en un hospital o en una residencia para atención a largo plazo. ¿Qué oportunidades existen para que una persona tenga períodos de soledad? ¿Qué puede hacer para facilitar los períodos a solas?
5. ¿Cómo puede ofrecer espiritualidad el misterio inherente a los eventos de la vida?

Recursos

BeliefNet

<http://www.beliefnet.com>

Duke Center for Spirituality, Theology, and Health

<http://www.dukespiritualityandhealth.org>

George Washington Institute for Spirituality and Health

<http://www.gwish.org>

Health Ministries Association

<http://www.hmassoc.org>

Nurses Christian Fellowship International

<http://www.ncfi.org>

Referencias

- Agli, O., Bailly, N., & Ferrand, C. (2014). Spirituality and religion in older adults with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(8), 1–11.
- Butler, S. M., Koenig, H. G., Puchalski, C., Cohen, C., & Sloan, R. (2003). Is prayer good for your health? A critique of the scientific research. *Heritage Lecture #816*, diciembre 22, 2003. Acceso el 2 de enero de 2008 en: <http://www.heritage.org/Research/Religion/HL816.cfm>
- Duffin, J. (2007). The doctor was surprised; or, how to diagnose a miracle. *Bulletin of the History of Medicine*, 81(4), 699–729.
- Johnstone, B., Yoon, D. P., Cohen, D. Schopp, L. H., McCormack, G., Campbell, J., & Smith, M. (2012). Relationships among spirituality, religious practices, personality factors, and health for five different faith traditions. *Journal of Religion and Health*, 51(4), 1017–1041.
- Moberg, D. O. (2005). Research in spirituality, religion and aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(1–2), 11–40.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.



ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Adultos mayores y actitudes frente al sexo

Realidades del sexo en los adultos mayores

Actitud y rol sexual

Intimidad

Cambios relacionados con la edad en la función sexual

La menopausia como camino hacia la conexión interior

Control de los síntomas y educación de la paciente

Autoaceptación

Andropausia

Identificar barreras para la actividad sexual

Compañero sexual no disponible

Barreras psicológicas

Enfermedades

Disfunción eréctil

Efectos adversos de los fármacos

Deterioro cognitivo

Promoción de la función sexual saludable

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Comentar los efectos de las actitudes sociales frente al sexo y los adultos mayores.
2. Explicar los efectos del envejecimiento sobre la sexualidad y la función sexual.
3. Identificar las medidas para controlar los síntomas de la menopausia.
4. Describir los factores que pueden contribuir a la disfunción sexual.
5. Describir las formas en las que el personal de enfermería puede promover la función sexual saludable

en los adultos mayores.

GLOSARIO

Andropausia: disminución de la concentración de testosterona relacionada con la edad.

Disfunción eréctil: incapacidad de lograr y mantener la erección del pene durante el tiempo suficiente para tener sexo.

Dispareunia: acto sexual doloroso.

Menopausia: interrupción permanente de la menstruación durante al menos un año.

Perimenopausia: varios años antes y después del inicio de la menopausia.

Posmenopausia: tiempo después de 12 meses tras el cese de la menstruación.

Tratamiento de reposición hormonal (TRH): reposición de estrógenos y progesterona que ya no son producidas por el cuerpo.

ADULTOS MAYORES Y ACTITUDES FRENTE AL SEXO

Durante una gran cantidad de años, el sexo fue un tema tabú en los Estados Unidos. Los comentarios y la educación referente a este proceso natural y normal no eran promovidos y se evitaban en la mayor parte de la sociedad. La información al respecto era escasa y solía estar guardada bajo llave. El interés sobre el sexo se percibía como pecaminoso e impropio. A pesar de que las personas estaban conscientes de que el sexo es más que una función reproductora, los otros beneficios de la práctica no solían comentarse de manera abierta; la sociedad percibía la expresión de la sexualidad fuera del matrimonio como algo penoso e indecente. La negación a aceptar y afrontar de manera inteligente la sexualidad humana condujo a numerosos mitos, persistencia de la ignorancia y el prejuicio y asociación de la sexualidad con la vulgaridad.

Por fortuna, las actitudes han cambiado a lo largo de los años y la sexualidad cada vez es más apreciada y aceptada. La educación ha ayudado a eliminar ciertos misterios del sexo para los adultos y los niños; las revistas, los libros, los programas de televisión y los sitios web referentes al tema ya son abundantes. Los cursos, los talleres y los consejeros de sexualidad a lo largo de los Estados Unidos ayudan a las personas a obtener una mirada más amplia acerca del sexo y su disfrute. No sólo el estigma del sexo antes del matrimonio es menor, sino que las parejas cada vez más viven juntas antes de casarse con la aceptación de la sociedad. El sexo ahora se percibe como una experiencia natural, buena y hermosa.

No obstante, *naturales*, *buenas* y *hermosas* no son palabras que suelen emplearse en el caso de las relaciones sexuales entre personas mayores. Cuando el tema del sexo en los adultos mayores sale a la luz, vuelven a presentarse la ignorancia y el prejuicio. La educación acerca de la sexualidad en la edad avanzada es escasa; los libros sobre sexualidad de todos los individuos abunda, pero no se presta atención al adulto mayor. Suele recibirse con burla, desmoralización o suspicacia cualquier comentario o interés sobre el sexo en los adultos mayores. Los mismos criterios que hacen de un hombre de 30 años de edad un “Don Juan”, lo convierten en un “viejo sucio” a los 70 años. Los adultos solteros de mediana edad que forman parte de prácticas sexuales

placenteras son aceptados, pero los abuelos viudos que buscan la misma satisfacción se perciben con incredulidad y burla.

Abundan los mitos sobre los adultos mayores y el sexo. ¿Cuántas veces no hemos escuchado que las mujeres pierden todo su interés en el sexo después de la **menopausia** o que los hombres no pueden lograr una erección y que los adultos mayores no se interesan por el sexo? Es mínimo el respeto hacia los adultos mayores como seres vivos y sexuales debido a la falta de privacidad que se les brinda, la falta de credulidad hacia su sexualidad y la ausencia de aceptación, respeto y dignidad frente a la expresión de su sexualidad. Los mitos, la ignorancia y el estatus vulgar previamente asociado con el sexo se han trasladado en la actualidad a la sexualidad de la población con mayor edad. Este tipo de falsas creencias y prejuicios son una injusticia para las personas de cualquier edad; refuerzan cualquier miedo y rechazo que tienen los jóvenes frente al envejecimiento. Además, las creencias imponen conformismo sobre los adultos mayores y hacen que abandonen las experiencias sexuales significativas y cálidas o sufran sentimientos de culpa y rareza.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué tan cómodo se siente al saber que sus familiares mayores pueden ser aún sexualmente activos?

Una consecuencia de los mitos acerca del sexo en los adultos mayores es que no reciben respeto como seres sexuales. El personal de enfermería realiza violaciones sutiles o claras al respeto de los adultos mayores, a saber:

- Restar importancia al interés de los adultos mayores sobre la vestimenta, los cosméticos y los estilos de cabello.
- Vestir a los hombres y las mujeres de las residencias de adultos mayores con prendas asexuales.
- Negar la solicitud de una mujer para que sea otra mujer quien la ayude durante el baño.
- Olvidar abotonar, cerrar la cremallera o los seguros de la ropa cuando se viste a un adulto mayor.
- Exponer de manera innecesaria a los adultos mayores durante la exploración o las actividades de atención.
- Comentar los episodios de incontinencia cuando los compañeros del afectado se encuentran presentes.
- Ignorar los deseos de un hombre para que sea aseado y afeitado antes de que lo visiten sus amistades mujeres.
- Ignorar los intentos de los adultos mayores para tener un aspecto atractivo.
- No considerar que la pareja de un adulto mayor pueda ser del mismo sexo.
- Bromear acerca del interés de los adultos mayores sobre el sexo y el coqueteo entre ellos.

Estos ejemplos demuestran la falta de comprensión de la importancia de

reconocer la identidad sexual de cualquier individuo sin importar la edad. No es infrecuente que una persona de 30 años de edad se interese por la última moda, dos personas de 35 años de edad tengan citas o que una mujer de 20 años de edad prefiera a una ginecóloga. Casi cualquier mujer joven estaría en contra de que su nueva cita la viera antes de que alistara su maquillaje, cabello y vestimenta. Ningún proveedor de atención entraría en un habitación de un hombre de 25 años de edad, lo desvestiría y lo bañaría frente a las demás personas en la habitación. Los adultos mayores merecen la misma dignidad y respeto como seres sexuales que se le brinda a las personas de cualquier edad.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué actitudes tiene frente a los adultos mayores y el sexo? ¿Qué ha contribuido al desarrollo de estas actitudes?

Otra de las consecuencias que tienen los estereotipos acerca del sexo en la vida tardía es que cualquier problema relacionado con el tema suele ignorarse. La incidencia de síndrome de inmunodeficiencia adquirida ha aumentado con una velocidad mayor del doble en las personas mayores de 50 años de edad en comparación con las personas jóvenes y la población mayor ya constituye una quinta parte de todos los casos de sida e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). El 45% de las infecciones nuevas por VIH en personas de 55 años de edad o mayores se presentan en hombres homosexuales o bisexuales. La mayoría de los hombres mayores con VIH lo contrajeron mediante el sexo con otro hombre, mientras que la mayoría de las mujeres la contrajeron a través del contacto heterosexual. Las personas mayores sexualmente activas que tienen sexo con parejas nuevas o múltiples pueden no considerar el empleo del preservativo debido a que el embarazo ya no es uno de los riesgos; también pueden tener ideas equivocadas en cuanto a las enfermedades de transmisión sexual y considerar que sólo afectan a las personas jóvenes. En caso de que no desarrollen síntomas o se enteren de que su compañero porta el VIH, los adultos mayores pueden sentir vergüenza para buscar ayuda médica o atribuir los síntomas al envejecimiento normal. Si no se presentan con síntomas ante el proveedor de atención, éste puede pasar por alto la asociación de los síntomas con VIH simplemente por la edad del paciente (p. ej., la demencia relacionada con el VIH puede diagnosticarse de manera errónea como enfermedad de Alzheimer). Estos factores contribuyen a que el VIH se diagnostique con frecuencia en etapas tardías en los adultos mayores. Es importante que el personal de enfermería refuerce las prácticas de sexo seguro en las personas mayores e interroge acerca de las prácticas de sexo seguro y los factores de riesgo para el VIH durante la valoración.

El personal de enfermería tiene un papel importante en la instrucción y el asesoramiento acerca de la sexualidad en la vida tardía; pueden motivar cambios en la actitud mediante el ejemplo.

REALIDADES DEL SEXO EN LOS ADULTOS MAYORES

Previo a los trabajos de Kinsey (1948) y Masters y Johnson (1966) hubo una exploración mínima de las realidades del sexo en la edad avanzada. Diversos factores posiblemente contribuyeron a esta falta de información e investigación. Uno de ellos es la aceptación y la expansión de la sexualidad durante los años recientes. Otro es la imprudencia que se asociaba con el comentario abierto acerca del sexo. Además, existía la falsa creencia de varios profesionales, personas mayores y público general de que los adultos mayores no eran capaces o no contaban con interés referente al sexo. Además, los proveedores de atención carecían de la experiencia y no tenían interés de comentar los temas sexuales con este grupo de edad. Incluso en la actualidad, la valoración de enfermería y médica no suele incidir en los antecedentes y la actividad sexual.

El personal de enfermería debe estar al tanto del reciente interés y la investigación en el área sexual en la vida tardía y comunicar estos hallazgos de la investigación a sus colegas y pacientes para promover una comprensión realista acerca de la sexualidad de los adultos mayores.

Actitud y rol sexual

La investigación, en conjunto con la publicidad creativa acerca de los medicamentos para la disfunción eréctil, ha desmentido la creencia de que los adultos mayores no se interesan por el sexo o no son capaces de practicarlo; los adultos mayores sí disfrutan la estimulación previa y el sexo. Debido a que el patrón de comportamiento sexual permanece constante a lo largo de la vida, las personas que siempre tuvieron poco interés en el sexo y lo practicaron de manera infrecuente no desarrollan un repentino interés insaciable por el sexo durante la edad avanzada. De la misma manera, la pareja que ha mantenido interés por el sexo y lo practica de manera regular a lo largo de la vida adulta probablemente no abandone la actividad durante una edad en particular. La homosexualidad, la masturbación, el deseo por diversos compañeros sexuales y otros patrones sexuales también persisten en la edad avanzada. Los estilos sexuales, los intereses y la expresión deben percibirse en el contexto de las experiencias de vida del paciente.

Lo mismo puede ser cierto para la identificación de los roles sexuales. Las percepciones de los roles femeninos y masculinos cambian con el tiempo. Gran cantidad de personas mayores fueron educadas para aceptar ciertos roles masculinos y femeninos. Los adultos mayores han tenido toda una vida en la cual se espera que los hombres sean agresivos, independientes y fuertes, mientras que las mujeres sean hermosas, suaves y dependientes de los hombres. Los *baby boomers* cambiaron estas perspectivas a medida que la liberación femenina motivó a las mujeres a tener papeles independientes, fuertes y en términos iguales frente a los hombres, tanto en el trabajo como en el hogar. Además, se aceptó y esperó que los hombres compartieran las responsabilidades familiares y del hogar que solían reservarse sólo para las mujeres. Este efecto condujo a la diversidad de la identidad del rol sexual y las expectativas en la población adulta. Es necesario que estas diferencias, con base en la socialización y las décadas de vida, se reconozcan y se respeten.

Intimidad

La sexualidad también incluye mucho más que los actos físicos. Este aspecto incluye el amor, la calidez, el cariño y compartir entre personas, percibir más allá del cabello gris, las arrugas y otras manifestaciones de la edad y el intercambio íntimo de palabras y tacto entre seres humanos sexuales. Sentirse importante y deseado por otra persona promueve seguridad, confort y bienestar emocional (fig. 16-1). Considerando las múltiples pérdidas que enfrentan los adultos mayores, el confort y la satisfacción que brindan las relaciones significativas resultan especialmente importantes.



CONCEPTO CLAVE

La sexualidad incluye amor, calidez, cariño y compartir entre personas e identificarse con el rol sexual.



FIGURA 16-1 ● Además de los medios físicos para la expresión, los adultos mayores pueden expresar su sexualidad como relaciones emocionales íntimas.

Cambios relacionados con la edad en la función sexual

A pesar de la capacidad física de mantenerse activos en la edad avanzada, diversos factores y cambios relacionados con la edad influyen en la función sexual de las personas. Aunque los datos de investigación son escasos y se requiere mayor investigación, pueden hacerse algunas aseveraciones en cuanto al sexo y el adulto mayor:

- Existe una disminución en la respuesta sexual y reducción en la frecuencia del orgasmo (Masters y Johnson, 1981; Sand y Fisher, 2007).
- Lo hombres mayores toman mayor cantidad de tiempo para lograr una erección, iniciar el acto sexual y eyacular.
- Las mujeres mayores pueden experimentar dispareunia (sexo doloroso) como resultado de la pérdida de la lubricación, menor sensibilidad y adelgazamiento de las paredes vaginales.
- Gran cantidad de las mujeres mayores perciben un aumento en el interés por el sexo, probablemente debido a que no cuentan con el temor de un embarazo no deseado o porque cuentan con mayor privacidad y tiempo ahora que sus hijos han crecido y se han mudado fuera de casa.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Recuerde que la eyaculación precoz no es un cambio relacionado con la edad. La eyaculación precoz ocurre cuando ésta se presenta antes o inmediatamente después de la penetración del pene en la vagina. Los adultos mayores eyaculan con menor velocidad que los hombres jóvenes.

A pesar de las diferencias individuales en la intensidad y la duración de la respuesta sexual en los adultos mayores, la expresión sexual regular en ambos sexos es importante para promover la capacidad y mantener la función sexual. Con el mantenimiento de la buena salud y la disponibilidad de un compañero, la actividad sexual puede continuarse hasta los 80 años de edad y más. Es posible que disminuya la frecuencia del sexo, pero no necesariamente se acompaña de una reducción en el interés o la capacidad.

El trabajo de Masters y Johnson (1966) proporcionó los primeros detalles acerca de la respuesta sexual de los adultos mayores. La [tabla 16-1](#) resume sus hallazgos.

LA MENOPAUSIA COMO CAMINO HACIA LA CONEXIÓN INTERIOR

La *menopausia*, el cese definitivo de la menstruación durante al menos 1 año, se presenta en la mayoría de las mujeres durante la quinta década de la vida. Algunas personas perciben la menopausia como un período en el que se experimentan y controlan los cambios hormonales. En realidad, hasta cierto punto, la menopausia ha sido convertida en enfermedad, pues se considera un problema que debe atenderse. A pesar de que hay asuntos fisiológicos reales que considerar, la menopausia es algo bastante más grande que sólo la experiencia fisiológica. La menopausia es una transición importante en la vida de una mujer que puede conducir al despertar de una nueva plenitud del cuerpo, la mente y el espíritu. Para el momento en el que la mujer promedio llega a la menopausia, cuenta con amplia experiencia en la vida que le ha brindado una sabiduría especial. Gran cantidad de culturas honran la sabiduría provista por la edad y buscan la guía de los adultos mayores. Desafortunadamente, la sociedad occidental suele preferir la belleza física de la juventud sobre la belleza interna de la edad avanzada. Las mujeres con 50 o 60 años de edad y mayores pueden

percibirse poco atractivas, no apreciadas e inutilizadas.



CONCEPTO CLAVE

La menopausia marca el paso a una nueva etapa de la vida, la cual se caracteriza por sabiduría y aplomo.

Gracias a la generación de *baby boomers*, quienes redefinieron las normas del envejecimiento, que experimenta o está por experimentar la menopausia, ha surgido una nueva visión acerca del proceso. Esta generación es asertiva y proactiva, y no desea limitarse a las áreas impuestas por los roles según las características físicas. Estas mujeres desean y demandan que sus talentos se empleen y que se les brinde la oportunidad de crecimiento constante. La maravilla y la sabiduría de la edad puede recibir al fin la importancia que se merece desde hace tiempo.

TABLA 16-1 Ciclo de respuesta sexual humana en la vida tardía

Fase	Mujer mayor	Hombre mayor
<i>Excitación.</i> Resultado de la estimulación por cualquier fuente.	Reacción del clítoris y los pezones idéntica que la de las mujeres jóvenes; las mamas son menos ingurgitadas; rubor sexual (respuesta cutánea vasocongestiva) menos frecuente; menor tensión muscular como respuesta a los estímulos sexuales; a diferencia de las mujeres más jóvenes, los labios mayores no se separan, aplanan y elevan; menor reacción de los labios menores; menor secreción de las glándulas de Bartolino; menor lubricación vaginal y expansión de la pared.	Toma más tiempo para lograr la erección; menor firmeza en la erección, aumento en la dificultad para retomar la erección en caso de interrupciones y mantener la erección hasta la eyaculación; menor rubor sexual; menor vasocongestión escrotal y testicular.
<i>Meseta.</i> Intensificación de la tensión sexual; si se alcanza el extremo, se logra el orgasmo; si el grado de intensidad disminuye, comienza la fase de resolución.	Disminución de la intensidad; menor grado de ingurgitación de las areolas; disminución de la vasocongestión de los labios vaginales; menor secreción de las glándulas de Bartolino; menor elevación uterina; menor intensidad del rubor sexual.	La erección completa es posible, pero más lenta y suele presentarse hasta momentos antes de la eyaculación; tensión muscular y rubor sexual menos intensos; retraso y disminución de la elevación testicular.
<i>Orgasmo.</i> Dura algunos segundos; se liberan los estímulos sexuales; aunque el cuerpo entero está implicado, la actividad se concentra en los genitales.	Mismo tipo de contracción vaginal que las mujeres jóvenes, pero de menor intensidad y duración; mismo grado de distensión involuntaria del meato urinario.	Respuesta similar a la del hombre joven, pero de mayor lentitud; durante la eyaculación, se presenta más bien una fuga de semen en lugar de la expulsión forzada; menor cantidad e intensidad de las contracciones eyaculatorias; el orgasmo puede no presentarse en todas las interacciones sexuales, especialmente si son frecuentes.
	La erección de pezones puede	Menor duración; menor intensidad

se desvanece.

perdurar durante horas; pueden presentarse síntomas urinarios.

de la erección de pezones; pérdida rápida de la erección.

Control de los síntomas y educación de la paciente

El control eficaz de los síntomas físicos de la menopausia puede permitir que las mujeres experimenten esta etapa como un camino positivo en lugar de una desviación. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica puede ser de utilidad para la mujer mayor al contar con el conocimiento acerca de la menopausia y ayudar a la mujer a identificar los mitos y las realidades acerca de esta transición en la vida.

La menopausia se presenta cuando las concentraciones de estrógenos descienden y el número ya reducido de folículos ováricos pierde su capacidad para responder a la estimulación de la gonadotropina. Antes de la menopausia, la principal fuente de estrógenos es el estradiol, el cual se produce en los ovarios. Cuando los ovarios pierden su función, la mayor parte de los estrógenos se obtienen de la conversión de androstenediona a estrona en la piel y el tejido adiposo. Numerosos factores causan que las concentraciones de estrógenos sean diversos entre las mujeres. El [cuadro 16-1](#) enumera los síntomas que pueden estar asociados con la pérdida de estrógenos.

Se sabe desde hace tiempo que el tratamiento con hormonas disminuye los síntomas asociados con la menopausia; no obstante, los riesgos y los beneficios para algunas mujeres no se han esclarecido. En 1991, los National Institutes of Health (NIH) comenzaron la Women's Health Initiative, la cual estudió los efectos de las hormonas en más de 27 000 mujeres. En 2002, los NIH suspendieron parte del estudio porque las mujeres que recibieron estrógenos y progesterona sufrieron mayor riesgo cardíaco; la porción del estudio en la que las mujeres sólo recibieron estrógenos se mantuvo vigente. Preocupadas por los riesgos, gran cantidad de mujeres abandonaron el tratamiento de reposición hormonal (TRH) cuando se divulgaron los resultados del estudio. Poco tiempo después, hallazgos adicionales del estudio indicaron que las mujeres que comenzaron el TRH antes de los 10 años después de la menopausia contaron con menor riesgo de infarto de miocardio y cáncer de mama, mientras que las mujeres que comenzaron el tratamiento 10 años o más después de la menopausia tuvieron mayor riesgo de problemas cardíacos; estos hallazgos sugieren que la edad a la que se comienza el tratamiento tiene influencia sobre los riesgos ([Rossouw, et al., 2007](#)). A pesar de que el estudio mostró que los estrógenos pueden proteger a las mujeres jóvenes de padecimientos cardíacos y pueden disminuir el riesgo de fracturas de cadera, diabetes y cáncer de colon, también identificó que las hormonas aumentan el riesgo de otros problemas, como trombosis e ictus.

Las recomendaciones actuales de la [North American Menopause Society \(2012\)](#) ofrecen diferentes sugerencias acerca del tratamiento con estrógenos y progesterona (TEyP) y el tratamiento con estrógenos (TE) que las que se hicieron en el pasado. Debido al aumento del riesgo de cáncer de mama y su elevada mortalidad, el TEyP debe limitarse a 3-5 años de uso. El TE cuenta con menor riesgo y puede emplearse durante 7 años. El perfil individual de salud y los riesgos potenciales deben guiar el TRH.



CONCEPTO CLAVE

Los beneficios y los riesgos asociados con el TRH dependen de la edad en la que la mujer comenzó el tratamiento y su perfil de salud individual.

En la actualidad, se recomienda que si se emplean estrógenos como tratamiento de los síntomas de la menopausia, se utilicen en la dosis más baja posible durante el período más corto posible y sólo para el tratamiento de síntomas moderados o graves, así como para la prevención de osteoporosis (los beneficios en la prevención de la osteoporosis se pierden en cuanto se suspende el tratamiento). Se contraindica que las mujeres con cáncer de mama, antecedentes de este tipo de cáncer, coronariopatía, hipertensión sin tratamiento, hepatopatía activa, embolia pulmonar, sangrado vaginal sin diagnosticar o alta sensibilidad al tratamiento hormonal comiencen su consumo. El empleo de TEyP para la prevención de enfermedades crónicas en las mujeres en la posmenopausia no se recomienda. Tampoco se aconseja el empleo de TE en el tratamiento de enfermedades crónicas en mujeres en la posmenopausia que hayan pasado por una histerectomía (U.S. Preventive Services Task Force, 2014).

CUADRO 16-1 Síntomas asociados con la menopausia

SÍNTOMAS FÍSICOS

- Sofocos (bochornos)
- Fatiga
- Migrañas de inicio nuevo
- Síntomas de artritis, fibromialgia
- Palpitaciones cardíacas, angina atípica
- Síndrome de piernas inquietas
- Sequedad, prurito vaginal
- Pérdida de grasa subcutánea en labios vaginales
- Insomnio
- Disminución de la tasa metabólica, aumento de peso
- Aumento de tejido subcutáneo en abdomen y cadera
- Síntomas urinarios bajos (polaquiuria, incontinencia de esfuerzo y urgencia y nicturia)
- Infecciones de vejiga y vagina
- Aumento en el riesgo de osteoporosis, cardiopatías y cáncer de colon

SÍNTOMAS EMOCIONALES/COGNITIVOS

- Estado de ánimo lábil
- Depresión
- Problemas de la memoria
- Pensamiento poco claro
- Disminución de la concentración
- Menor tolerancia al enfado
- Ira más fácil
- Impaciencia mayor
- Ansiedad, inquietud, trastorno de pánico de nuevo inicio
- Paranoia, síntomas psicóticos

El empleo de hormonas bioidénticas y formulaciones personalizadas no es recomendable. No existe evidencia científica de que estos métodos y diversos remedios herbolarios y otros productos “naturales” que suelen consumirse para el tratamiento de los síntomas de la menopausia sean seguros o más eficaces que el tratamiento hormonal convencional (Endocrine Society, 2012). A pesar de que gran cantidad de hierbas que se usan para el tratamiento de los síntomas de la menopausia no cuentan con evidencia científica, el extracto estandarizado de *Rheum rhaponticum* se ha identificado mediante un estudio controlado con placebo como reductor de los sofocos y otros síntomas de la menopausia (Geller, 2009; Kaszkin-Bettag, Beck, Richardson, Heger y Beer, 2012).

Además del TRH, se cuenta con tratamientos naturales y alternativos para el control de los síntomas (cuadro 16-2). La eficacia de estos tratamientos es diverso entre las mujeres.

Las mujeres de mediana edad pueden beneficiarse de recibir educación básica acerca de la menopausia y los métodos para el tratamiento de los síntomas. El cuadro 16-3 menciona algunos de los temas principales que pueden incluirse en los programas de educación sobre la menopausia.

Autoaceptación

El personal de enfermería puede ayudar a las mujeres a apreciar la menopausia como un tiempo para reabastecerse y planificar un nuevo camino en su vida. Las mujeres pueden mostrar energía creativa y descubrir nuevos intereses. Es posible que las mujeres se percaten de la importancia de cuidarse y nutrirse. Ya sea el deseo de mejorar o de no desperdiciar el preciado tiempo que resta en sus vidas, los adultos mayores suelen comprender sus vidas y su persona. Las expectativas imposibles y las pretensiones se abandonan, lo que desencadena aspectos más significativos y creativos en la vida tardía. Las personas mayores pueden vivir en la verdad y amar a quienes son en realidad. Esta autoaceptación brinda la seguridad que amplía sus perspectivas y propósitos, y profundiza las conexiones con los demás y el poder supremo.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Considera que la menopausia sea un tiempo de pérdida de la juventud y la belleza o es el comienzo de un nuevo camino hacia la creatividad y la sabiduría? ¿Qué ha influido sobre su opinión?

CUADRO 16-2 Abordajes complementarios y alternativos para controlar los síntomas de la menopausia

- Acupuntura
- Dieta:
 - Alimentos ricos en plantas con estrógenos: manzanas, frijoles (judías, porotos), zanahoria, apio, nueces, semillas, productos de soya (soja) (se requieren cerca de 100-160 mg/d para obtener alivio), trigo y cereales enteros.
 - Alimentos ricos en boro para aumentar la retención de estrógenos: espárragos, frijoles, brócoli, col

(repollo), duraznos, ciruelas, fresas y tomates.

- Evitar alimentos que estimulen las glándulas suprarrenales: cafeína, hidratos de carbono refinados, sal y azúcar.
- Ejercicio
- Imaginación guiada
- Meditación
- Remedios homeopáticos:
 - Lubricación vaginal: *bryonia*.
 - Síntomas generales: nitrato de amilo, ácido nitromuriático, sepia y sulfuro.
- Sueño regular y adecuado
- Prácticas de afrontamiento del estrés
- *Tai chi*
- Sustancias para lubricación vaginal:
 - Lociones comerciales humectantes vaginales, geles hidrosolubles.
 - Remedios herbolarios a base de raíz de malvavisco, flor de caléndula, consuelda, raíz de regaliz y *Dioscorea villosa*.
 - Aceite de raíz de San Juan.
- Vitaminas y minerales como calcio, cromo, magnesio, selenio y vitaminas C, D y E
- Yoga

CUADRO 16-3 Temas que deben incluirse en el programa de instrucción sobre la menopausia

- *La menopausia es un proceso natural, no una enfermedad.* La menopausia se caracteriza por la ausencia de períodos menstruales durante al menos 12 meses consecutivos.
- *La menopausia es un proceso gradual.* La mayoría de las mujeres experimentan un período de *perimenopausia* alrededor de 3-6 años antes de la menopausia, momento en el que la menstruación se detiene permanentemente. Para la edad de 40 años, la mayoría de las mujeres comienzan a padecer irregularidades en sus períodos menstruales.
- *La menopausia es un proceso que implica diversas hormonas.* Además de los estrógenos, la progesterona también disminuye a pesar de no hacerlo en proporción directa. En realidad, algunos de los síntomas asociados con la menopausia pueden ser el resultado de la disminución de progesterona y el dominio de los estrógenos. Uno de los resultados de esta relación de los estrógenos sobre la progesterona es la inhibición de la acción de la hormona tiroidea. A pesar de que no se presenta en todas las mujeres durante la menopausia, algunas padecen disminución de la testosterona, lo que afecta la libido y el placer sexual. Los factores como el estrés y la obesidad afectan la secreción hormonal.
- *Los estrógenos influyen sobre actividades más allá de la reproducción.* Los estrógenos:
 - Aumentan la presencia de la enzima acetiltransferasa de colina, necesaria para sintetizar el neurotransmisor acetilcolina (esencial para la memoria).
 - Promueven el desarrollo de conexiones dendríticas en las neuronas.
 - Aumentan la disponibilidad de los neurotransmisores serotonina, noradrenalina y dopamina.
 - Actúan como antioxidante y protegen las células nerviosas del daño provocado por radicales libres.
- Gran cantidad de síntomas físicos, cognitivos y emocionales se pueden asociar con concentraciones bajas de estrógenos (véase el [cuadro 16-1](#)).
- Deben realizarse pruebas de sangre para valorar el estado de la menopausia, las cuales pueden incluir hormona foliculoestimulante o folitropina, hormona luteinizante o lutropina, estradiol (estrógeno), testosterona y testosterona libre. Si se presenta disfunción sexual o disminución de la libido, se debe valorar la función tiroidea (T₃, T₄, T₄ libre y TSH [*thyroid-stimulating hormone*]), monoamino oxidasa plaquetaria y prolactina.
- El tratamiento de reposición hormonal (TRH) tiene riesgos y beneficios que deben valorarse de manera individual.
- Los tratamientos y las prácticas complementarias pueden ser de utilidad para el control de los síntomas

en algunas mujeres (véase el 16-2).

Andropausia

Las mujeres no son las únicas que experimentan cambios en sus vidas. Algunos hombres sufren un descenso en las concentraciones de testosterona, lo que se conoce como *andropausia*, la cual comienza alrededor de los 40 años de edad o después. Es diferente a la menopausia en el sentido de que no se presenta en todos los hombres y, cuando sí lo hace, es un proceso más lento. La probabilidad de presentar andropausia aumenta con la edad. A diferencia de las mujeres, cuyos cuerpos detienen por completo la producción de estrógenos, los testículos no suelen perder la capacidad de producción de testosterona. En el momento en el que las concentraciones de testosterona descienden, el cuerpo aumenta la producción de hormona foliculoestimulante y hormona luteinizante como un intento de aumentar la producción de testosterona.

La concentración disminuida de testosterona en los adultos mayores puede provocar masa muscular, energía, fuerza y resistencia menores. La disfunción eréctil también puede ser una consecuencia junto con el crecimiento mamario, la osteopenia, las osteoporosis, la disminución de tamaño en los testículos y menor libido. También se presentan cambios cognitivos y emocionales. Los valores bajos de testosterona no sólo se asocian con la función sexual, sino con un mayor riesgo de diabetes de tipo 2 y enfermedad cardiovascular (Feeley, Saad, Guay y Traish, 2009). Es importante recordar que no se trata de un cambio esperado en todos los hombres. Puede emplearse el tratamiento de reposición con andrógenos, pero presenta efectos adversos y riesgos, como retención hídrica, alteración del sueño, crecimiento o dolor mamario y crecimiento prostático; no se recomienda en caso de hombres con antecedentes de cáncer de próstata o mama.

IDENTIFICAR BARRERAS PARA LA ACTIVIDAD SEXUAL

Además de los efectos de los cambios relacionados con la edad, diversos factores físicos, emocionales y sociales amenazan la capacidad del adulto mayor para conservar la actividad sexual (tabla 16-2 y diagnóstico de enfermería destacado 16-1, *Disfunción sexual*). La valoración de enfermería completa incluye los antecedentes sexuales, los cuales pueden revelar este tipo de problemas. La guía de valoración 16-1 ofrece preguntas muestra que pueden incluirse en la valoración para identificar los problemas relacionados con la función sexual. La atención sensible al mantenimiento de la función sexual y la identificación de problemas es de importancia para promover el bienestar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 16-2 Envejecimiento y riesgos para la sexualidad

Causas o factores contribuyentes

Arrugas y pérdida del tono tisular; máculas seniles; color grisáceo y pérdida de cabello; artritis;

Diagnóstico de enfermería^a

pérdida del tono muscular; alta prevalencia de pérdida dental; aumento de la incidencia de enfermedades incapacitantes.

relacionada con el cambio en el aspecto físico.

Aumento de la estimulación física requerida para lograr erección y lubricación vaginal.

Disfunción sexual relacionada con preparación inadecuada para el sexo.

Aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas incapacitantes.

Disfunción sexual relacionada con falta de confort, enfermedades, preocupación por la salud o restricciones en la postura.

Mayor proporción de mujeres en comparación con hombres durante la edad avanzada.

Disfunción sexual relacionada con la falta de disponibilidad de una pareja sexual.

Viejismo.

Disfunción sexual relacionada con considerar que el sexo no es apropiado en la edad mayor.

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.



COMUNICACIÓN

Algunas personas mayores pueden no sentirse cómodas al charlar sobre el sexo, en especial con una persona suficientemente joven como para ser su hijo o nieto. Para tranquilizar a la persona, aborde el tema de una manera decidida. Puede ser beneficioso introducir el tema con comentarios como: “voy a formular algunas preguntas acerca de su actividad sexual, pues la información no sólo nos ayuda a tratar cualquier problema que exista, sino que también identifica enfermedades que puedan mostrar síntomas a través de la función sexual”.



CONCEPTO CLAVE

La ausencia de pareja, el vejeísmo, los cambios en la imagen corporal, el aburrimiento, las ideas erróneas, las enfermedades, los medicamentos y las alteraciones cognitivas son algunos de los factores que pueden alterar la función sexual en la vida tardía.

Compañero sexual no disponible

Una de las barreras prácticas para la función sexual en la edad mayor es la falta de compañero, en especial para las mujeres mayores. Para la edad de 65 años, sólo existen siete hombres por cada diez mujeres; para la edad de 85 años, esta relación es de 1:5. Además, existe una tendencia en la que los hombres suelen casarse con mujeres más jóvenes que ellos; un tercio de los hombres mayores de 65 años de edad tienen esposas menores de esta edad. Por lo tanto, mayor cantidad de adultos mayores están casados y mayor cantidad de ancianas son viudas.

Aún cuando el adulto mayor tiene una pareja, el compañero puede no alcanzar la firmeza de erección suficiente como para tener sexo o, en algunas ocasiones, puede ser residente en un centro de atención.

Barreras psicológicas

En ciertas ocasiones, la disfunción sexual puede tener causas psicológicas. Las actitudes negativas de la sociedad, el miedo a perder la capacidad sexual, la preocupación acerca de la imagen corporal, los problemas de pareja y las ideas erróneas que tienen los adultos mayores sobre sí pueden alterar la función sexual.

Los adultos mayores no son inmunes a las actitudes a su alrededor. A medida que escuchan comentarios acerca de que es inadecuado que los adultos mayores participen en actividades sexuales y miran programas de televisión que muestran las relaciones sexuales entre este grupo de edad de una forma condescendiente o ridícula, pueden sentirse avergonzados o percibir que no es natural tener deseo y actividad sexual. Si estos pacientes también cuentan con un compañero que no tiene interés en la actividad sexual o que rechaza los intentos de comenzar dicha actividad, el problema es aún mayor. A medida que los adultos mayores asumen las reacciones de los demás, pueden ser renuentes o incapaces de comenzar la actividad sexual y de manera innecesaria abandonar la función sexual. El personal de enfermería puede interceder a nombre de los adultos mayores e instruir a las personas de todas las edades acerca de las realidades y la importancia de la función sexual en la vida tardía y asegurarse de que la atención de enfermería no empeore las actitudes negativas frente al sexo.

También se pueden presentar problemas cuando el hombre de edad mayor percibe que pierde su capacidad sexual, incluso cuando no es así. No es infrecuente que los adultos mayores tengan dificultad para lograr una erección; las erecciones también pueden perderse con facilidad si se interrumpen (p. ej., una llamada telefónica o un compañero que toma un tiempo para ir al inodoro). Estos sucesos pueden desencadenar un ciclo de problemas, en el que un episodio de impotencia causa ansiedad sobre la potencial pérdida permanente de la función sexual; esta ansiedad interfiere con la capacidad de obtener una erección y empeora la ansiedad. Las personas mayores requieren explicaciones realistas antes de que se presente esta situación; la impotencia eventual no es infrecuente y tampoco es una indicación de que se es muy viejo para el sexo. Hablar de manera abierta y tranquilizar ofrece beneficios. La pareja debe ser incluida en este proceso y estar al tanto de la importancia de la paciencia y la sensibilidad para ayudar al hombre a lidiar con este problema. Debe motivarse a la pareja a continuar sus esfuerzos y, si la erección es un problema de vez en cuando, compensarla con otros métodos de satisfacción. Por supuesto, la impotencia crónica puede ser indicación de una gran cantidad de enfermedades y debe ser valorada.



GUÍA DE VALORACIÓN 16-1 SALUD SEXUAL

INTERROGATORIO

Comience esta sección de la valoración mediante la explicación al paciente mayor acerca de las preguntas que está por realizar referentes a la vida sexual para identificar los problemas que pueden solucionarse o detectar enfermedades subyacentes que pueden surgir mediante la valoración de los problemas sexuales. Solicite autorización al adulto mayor para realizar las preguntas:

¿Tiene actividad sexual?

Si la respuesta es *no*, pregunte las razones (p. ej., no cuenta con pareja, falta de

energía, disfunción eréctil). De acuerdo con la respuesta, indague acerca del interés de la persona en cambiar su situación y obtener actividad sexual y emita las recomendaciones pertinentes (p. ej., comparta la ubicación de centros para adultos mayores, valore las posibles causas de energía disminuida y derive a una clínica de disfunción sexual).

Si la respuesta es *sí*, continúe con las siguientes preguntas:

- ¿Con qué frecuencia tiene sexo? ¿Esta frecuencia es satisfactoria? De no ser así, ¿cómo cambiaría la frecuencia de la actividad sexual?
- ¿Tiene sexo con una sola pareja o con más de una?
- ¿Hombre o mujer?
- Cuando tiene sexo, ¿utiliza preservativo?
- ¿La actividad sexual es placentera? De no ser así, ¿por qué?
- ¿Usted o su pareja han recibido alguna vez tratamiento para enfermedades de transmisión sexual? De ser así, ¿cuál fue la enfermedad?
- ¿Usted o su pareja tienen factores de riesgo para infección por VIH o sida, como antecedentes de transfusiones sanguíneas, empleo de drogas intravenosas o sexo con múltiples parejas o trabajadores sexuales?
- *En hombres.* ¿Es capaz de lograr una erección cuando participa en actividades sexuales? ¿Tiene orgasmos y eyacula cuando tiene sexo? Si no es así, describa lo que sucede. ¿Tiene lesiones o secreción en el pene?
- *En mujeres.* ¿Es agradable el sexo? Si no es así, describa. ¿Tiene orgasmos? ¿Tiene secreción o sangrado vaginal?
- ¿Su pareja está satisfecha con su vida sexual? De no ser así, ¿por qué?
- ¿Alguna vez o en la actualidad sufre abuso sexual? ¿Ha sido violada? Si es así, describa.
- *Si existen enfermedades o discapacidades.* ¿Su enfermedad afecta su capacidad para disfrutar del sexo?
- ¿Qué preocupaciones tiene acerca de su vida sexual?
- ¿Tiene preguntas acerca de su función sexual que gustaría aclarar?

PRUEBAS DE LABORATORIO

Una gran variedad de pruebas de laboratorio son de ayuda para la identificación de los cambios hormonales que afectan la función sexual, los cuales incluyen:

- Hemograma
- Química sanguínea
- Dihidrotestosterona
- Estradiol
- Gonadotropina promedio
- Antígeno prostático específico
- Prolactina sérica
- Tirotrópina (TSH)
- Testosterona

MEDICAMENTOS

La revisión de los medicamentos prescritos y de venta libre que se consumen beneficia la identificación de la relación entre ellos y cualquier problema sexual. Preste especial atención al consumo de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), alcohol, bloqueadores α -adrenérgicos, ansiolíticos/benzodiazepinas, anticolinérgicos, antidepresivos, antihistamínicos, antihipertensivos, antiparkinsonianos, diuréticos, agonistas dopaminérgicos,

inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), nicotina, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), sedantes/hipnóticos y drogas.

DIAGNÓSTICOS

Revise los antecedentes de salud que puedan interferir con la función sexual (véase la [tabla 16-3](#)).

La imagen corporal y el autoconcepto afectan la actividad sexual. Al estar dentro de una sociedad en la que la belleza es parte de la juventud, los adultos mayores pueden considerar que sus arrugas, cabello gris y mamas péndulas los hacen poco atractivos. Lo anterior puede ser especialmente complicado para los adultos mayores solteros que deben lidiar con el hecho de presentar sus cuerpos a nuevas parejas. El miedo a no ser atractivo y ser rechazado puede provocar que los adultos mayores eviten este tipo de situaciones y opten por un papel sin actividad sexual.

Existen otros factores que hacen que sea complicada una relación sexual para los adultos mayores. Las mujeres de edad avanzada fueron educadas en un período en el que el sexo se consideraba apropiado sólo bajo el matrimonio y, para algunas personas, sólo tenía el propósito de la reproducción. El pensamiento de buscar placer sexual con el compañero con el que aún no se forma un matrimonio puede provocar ansiedad y sentimientos de culpa en gran cantidad de mujeres mayores. El hombre mayor, quien ha sido criado con un papel agresivo, puede no haber practicado el cortejo durante años si ha sido monógamo durante largo tiempo; puede sentirse inseguro en su capacidad para seducir a una pareja o encontrar una que comprenda sus preferencias personales. También puede sentirse emocionalmente incómodo al iniciar una relación sexual. Los problemas financieros también pueden afectar la actividad sexual cuando la persona soltera teme que iniciar una relación reduzca su ingreso de Seguro Social o crear problemas al compartir bienes. El peso de construir nuevas relaciones sexuales es tan grande para algunos adultos mayores que consideran que es más fácil ignorar sus necesidades sexuales.



CONCEPTO CLAVE

Algunos adultos mayores inhiben sus necesidades sexuales en lugar de afrontar el estrés asociado con iniciar una nueva relación sexual.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DESTACADO 16-1

DISFUNCIÓN SEXUAL

Generalidades

La disfunción sexual implica un problema en la capacidad de obtener satisfacción sexual. Esta enfermedad puede identificarse mediante los antecedentes del paciente (informe de impotencia, dispareunia, falta de interés en el sexo y cambios en la relación con la pareja), los hallazgos físicos (p. ej., infección genital, prolapso uterino y diabetes mellitus) o el comportamiento (p. ej., depresión, ansiedad, valía alterada). En algunas ocasiones los cambios en la vida del adulto mayor pueden brindar pistas de problemas sexuales, como la muerte reciente de la pareja, la presencia de una nueva enfermedad o la mudanza al hogar de uno de los hijos.

Factores contribuyentes y causales

Sequedad relacionada con la edad y fragilidad en la región vaginal, infección vaginal, enfermedad de transmisión sexual, enfermedad neurológica, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, disminución de producción hormonal, neumopatías, artritis, dolor, prostatitis, prolapso uterino, cistocele, rectocele, medicamentos, sobrepeso, obesidad, fatiga, consumo de alcohol, temor a empeorar una enfermedad, falta de pareja, pareja indispuesta o incapaz, habituación a la pareja, miedo al fracaso, culpa, ansiedad, depresión, estrés, autoconcepto negativo, falta de privacidad, conflictos religiosos y alteración del aspecto físico.

Objetivo

El paciente expresa satisfacción con la función sexual.

Intervenciones

- Obtenga los antecedentes sexuales de la persona mayor. Valore la disponibilidad y la calidad de la relación con la pareja, el patrón de la función sexual durante toda la vida, los cambios recientes en la función sexual, los conocimientos y las actitudes frente al sexo, los problemas médicos, los medicamentos que se consumen, el estado mental, los mitos y la información errónea y los sentimientos acerca de la disfunción sexual.
- Si la causa de la disfunción sexual no se identifica mediante los antecedentes, derive al adulto mayor a una exploración física completa.
- Identifique los factores causales o contribuyentes a la disfunción sexual y planifique las intervenciones para corregirlos.
- Derive a asesoría o terapia sexual según la necesidad.
- Aclare las ideas erróneas (p. ej., una persona no puede tener sexo si ha sufrido un infarto cardíaco).
- Brinde instrucción acerca de la función sexual normal, las medidas para promover la función sexual y cómo disminuir el efecto de los problemas de salud sobre la función sexual (la American Heart Association, la Arthritis Foundation y otras organizaciones específicas para las enfermedades brindan información para la promoción de la salud sexual en presencia de enfermedad).
- Ayude al adulto mayor a tener un aspecto adecuado y mejorar el autoconcepto en la medida que sea necesario.
- Recomiende prácticas de salud que influyan de manera positiva en la función sexual, como la exploración ginecológica habitual, el consumo moderado de alcohol, una buena dieta y ejercicio.
- Verifique que todo el personal muestre una actitud sin prejuicios acerca de las maneras únicas de expresión sexual del adulto mayor.
- Si el adulto mayor se encuentra hospitalizado o en un centro de atención, brinde privacidad para la expresión sexual.

CASO A CONSIDERAR



La Sra. W., de 72 años de edad, enviudó hace 8 meses. Es una mujer atractiva y activa que deseaba terminar con sus días de soledad y ahora forma parte de un centro para adultos mayores, donde conoció al Sr. R., un hombre de 75 años de edad viudo y apuesto. En poco tiempo, comenzaron una relación y el Sr. R. recientemente propuso a la Sra. W. pasar un fin de semana largo de vacaciones en un lugar romántico. El Sr. R. ha compartido de manera abierta que ha tenido diversas parejas sexuales y que pretende comenzar una relación sexual con la Sra. W. durante el fin de semana.

La Sra. W. está interesada en llevar la relación a esta nueva etapa, pero está preocupada debido a que ella y su esposo no tuvieron relaciones sexuales durante los últimos 8 años de su vida debido a su mala salud y ahora se pregunta el grado de incomodidad que puede experimentar. Comenta este hecho con una amiga enfermera y expresa preocupación acerca de tener un compañero sexual nuevo por primera vez desde hace 50 años, cómo reaccionará el Sr. R. al ver su “cuerpo anciano desnudo” y qué pensarían sus hijos y nietos si se enteran de este viaje.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué recomendaciones sería útil que ofreciera la amiga de la Sra. W.?
- ¿Cuáles son algunos de los retos y los riesgos que puede enfrentar la Sra. W.?

Las personas casadas también pueden tener problemas con el sexo. No todos los matrimonios disfrutan plenamente del sexo. Algunas mujeres aceptaron tener sexo, ya que es el “deber de una esposa”, pero nunca han obtenido satisfacción de esta experiencia íntima. Algunas parejas se han aburrido de la misma persona o el mismo tipo de sexo. Tal vez los cambios físicos o el descuido del aspecto físico provocan rechazo de la pareja sexual. El amor y el cariño pueden haberse perdido en el matrimonio. El interés sexual puede haber disminuido si se es cuidador de la pareja o si una discapacidad provoca que se perciba a la pareja como no atractiva. Las parejas mayores experimentan problemas sexuales por muchas de las mismas razones que lo hacen las parejas jóvenes.

Las ideas erróneas suelen ser responsables de los obstáculos para una vida sexual satisfactoria en la edad avanzada e incluyen las siguientes:

- Las erecciones no son posibles después de la prostatectomía.
- La penetración con el pene puede ser dolorosa para una mujer después de la histerectomía.
- La menopausia elimina el deseo sexual.
- El sexo es malo para el corazón.
- El sexo puede volver a romper una cadera que ya ha sufrido una fractura.
- La capacidad y el interés se pierden con la edad.

Las explicaciones concretas y la educación pública son capaces de ayudar a corregir estas ideas de la misma manera que las explicaciones realistas acerca de los efectos de la enfermedad, la cirugía y los medicamentos sobre la función sexual.

Enfermedades

Numerosas enfermedades, gran cantidad de ellas con tratamiento ([tabla 16-3](#)), pueden alterar la función sexual. Una valoración completa es importante en la determinación del abordaje realista para ayudar a los pacientes mayores con este tipo de problemas. Las intervenciones que son de valor para las personas jóvenes también pueden beneficiar a las mayores, como los medicamentos, las prótesis de pene, los lubricantes, la cirugía y la terapia sexual. El personal de enfermería debe comunicar su comprensión acerca de la importancia de la función sexual en los adultos mayores y mostrar disposición de ayudar en la preservación de la capacidad sexual.

Disfunción eréctil

La disfunción eréctil, que suele denominarse *impotencia*, es un estado en el que el hombre no es capaz de obtener o mantener una erección suficiente como para participar en la actividad sexual. Esta enfermedad afecta al 35% de los hombres en edades entre los 40 y 70 años, con una prevalencia que aumenta con la edad ([Bianco, et al., 2009](#); [Hyde, et al., 2012](#); [Rosing, et al., 2009](#)). La disfunción eréctil tiene

múltiples causas, incluyendo aterosclerosis, diabetes, hipertensión, esclerosis múltiple, anomalías tiroideas (enfermedad de Peyronie), medicamentos y factores psicológicos. Debido a la gama y la complejidad de las posibles causas, es esencial la exploración física completa. Incluso si el hombre mayor no está interesado en la actividad sexual, debe ser alentado a que se valore el problema con la finalidad de identificar la enfermedad subyacente que requiere atención médica.

En 1998, se presentó un avance importante en el tratamiento de la disfunción eréctil con la aprobación de la Food and Drug Administration del sildenafilo (Viagra®). En el primer año del sildenafilo en el mercado, se emitieron cerca de 4 millones de prescripciones del medicamento, lo que demuestra el alcance de la disfunción eréctil en los hombres y el deseo de solucionar el problema. Desde entonces, diversos medicamentos como el tadalafilo y el vardenafilo han estado disponibles para el tratamiento de la enfermedad. Existen otras opciones para el tratamiento de la disfunción eréctil, como el alprostadilo (un medicamento que se inyecta en el pene para aumentar el flujo sanguíneo), las bombas de vacío y los implantes de pene. Los hombres deben comentar la mejor opción para ellos con su médico.

TABLA 16-3 Enfermedades que interfieren con la función sexual

Enfermedad	Problema	Intervención
Hombres		
Prostatitis	Molestia, interferencia con la eyaculación	Tratar la infección, masaje prostático
Prostatectomía abierta	Alteración de la función del esfínter interno, impotencia	Prótesis de pene
Enfermedad de Peyronie	Curvatura dorsal dolorosa del pene debida a cicatrización fibrosa asociada con un proceso inflamatorio	Inyecciones locales de corticoesteroides o cirugía
Infecciones genitales	Dolor, inhibición de la erección, cicatrización que estrecha la uretra	Tratar la infección, dilatación quirúrgica de la vía estrecha
Arterioesclerosis	Alteración de la función testicular, disminución de las concentraciones de hormonas sexuales masculinas	Tratamiento con testosterona
Parkinsonismo	Disminución en el interés sexual relacionada con la pérdida de la erección	Tratamiento con levodopa
Compresión medular debida a artritis	Impotencia	La cirugía puede no ser capaz de corregir el problema si se ha dañado permanentemente el arco reflejo Prótesis de pene
Mujeres		
Disminución de las concentraciones de estrógenos	Exceso de sequedad vaginal	Estrógenos locales

Virginidad	Himen grueso o de gran tamaño	Cirugía Dilatación
Infección genital	Molestia, prurito	Tratar la infección y la causa subyacente (mala higiene, hiperglucemia)
Prolapso uterino	Dolor, dificultad para la penetración	Cirugía con pesario
Cistocele	Molestia, goteo miccional	Cirugía
<i>Ambos sexos</i>		
Enfermedad cardiovascular o respiratoria	Disnea, tos, molestia, temor a infarto cardíaco o muerte durante el sexo, disminución de la libido	Es necesaria asesorarse acerca de las restricciones realistas Sugerencia de posiciones que evitan el esfuerzo Recomendar evitar comidas abundantes varias horas antes de la actividad sexual, relajación y planificación de medicamentos para lograr el mejor desempeño sexual
Artritis	Limitación del movimiento	Instrucción de posiciones alternativas
Diabetes mellitus	Infección genital local Incapacidad para conseguir la erección debido a inhibición del sistema nervioso parasimpático	Tratar la infección Prótesis de pene
	Ausencia o dificultad para lograr el orgasmo Retraso o disminución de la lubricación vaginal	Instrucción de posiciones y formas alternativas para la expresión sexual
Ictus	Disminución de la libido Temor	Terapia psicológica Instrucción de posiciones alternativas
Alcoholismo	Disminución de la potencia Retraso en el orgasmo (mujeres)	Asesoramiento y tratamiento del alcoholismo

Efectos adversos de los fármacos

Con frecuencia, los medicamentos recetados a los adultos mayores pueden alterar la potencia, la libido, el orgasmo y la eyaculación. Algunos de estos fármacos son:

- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)
- Alcohol
- α -bloqueadores
- Ansiolíticos/benzodiazepinas
- Anticolinérgicos
- Antidepresivos
- Antihistamínicos
- Antihipertensivos
- Antiparkinsonianos
- Diuréticos

- Agonistas de dopamina
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)
- Nicotina
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)
- Sedantes/hipnóticos
- Drogas recreativas

Es importante preparar al adulto mayor para los cambios potenciales que pueden presentarse en la función sexual con el consumo de los medicamentos. Imagine lo que significa para el paciente con reciente diagnóstico de hipertensión cuando padece impotencia por el medicamento y sufre ansiedad por los cambios en la salud y la función sexual. Deben valorarse los medicamentos cuando se presenta disfunción sexual y, de ser posible, deben implementarse medidas de tratamiento para corregir el problema.

Deterioro cognitivo

El comportamiento sexual de las personas con demencia suele ser más complicado para las personas a su alrededor que para las personas enfermas. Es posible el comportamiento inadecuado, como desvestirse y masturbarse en público y tocar y hacer comentarios sexuales a desconocidos. La persona con alteración de la cognición puede acusar a su pareja de ser un extraño y de haberse metido en la cama de manera inapropiada y considerar que las medidas de higiene (p. ej., ducha y cateterismo) son en realidad sugerencias sexuales. En algunas ocasiones, tocar y las aseveraciones como “¿cómo estás cariño?” o “¿me das un abrazo?” pueden malinterpretarse como actitudes sexuales. Los miembros de la familia y los cuidadores requieren comprender que es una característica normal de la enfermedad. En lugar de enfadarse o sentir vergüenza, es necesario que aprendan a responder de manera simple, por ejemplo, llevar a un lugar privado a la persona que se masturba o responder claramente “no soy una extraña, soy Mary, tu esposa”.



CONCEPTO CLAVE

De manera inadvertida, los cuidadores pueden hacer comentarios que corren el riesgo de ser malinterpretados por las personas con deterioro cognitivo como coqueteo y conducir a comportamientos sexuales inapropiados.

PROMOCIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL SALUDABLE

El personal de enfermería puede promover la sexualidad y la intimidad de diversas maneras, algunas de las cuales ya se han comentado. La educación básica puede ayudar a los adultos mayores y las personas de todas las edades a comprender los efectos del proceso de envejecimiento sobre la sexualidad y brindar una visión realista sobre el funcionamiento sexual. El personal de enfermería puede capacitar acerca de la función sexual durante la valoración de rutina, como parte de las clases de educación estructuradas y durante la planificación del alta hospitalaria al momento

de valorar las capacidades y las restricciones de la actividad.

La voluntad del personal de enfermería para comentar los asuntos sexuales de manera abierta con los adultos mayores muestra reconocimiento, aceptación y respeto frente a su sexualidad. Los antecedentes sexuales como parte de la valoración de enfermería son un excelente punto de partida para comenzar la conversación referente a estos temas. El equipo de enfermería reconoce problemas físicos, emocionales y sociales ante la sexualidad y la intimidad de los adultos mayores e identifica soluciones para ellos, ya sea que tengan origen en las consecuencias estéticas de una cirugía, la obesidad, la depresión, el mal autoconcepto, la fatiga o la falta de privacidad. El personal de enfermería también promueve prácticas que pueden mejorar la función sexual, incluyendo el ejercicio regular, buena nutrición, consumo limitado de alcohol, descanso abundante, manejo del estrés, buena higiene y aliño y estimulación previa agradable.



CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería que se encuentra dispuesto a comentar abiertamente el sexo con los adultos mayores demuestra reconocimiento, aceptación y respeto de su sexualidad.

Deben considerarse las necesidades sexuales de los adultos mayores en los centros de atención. A menudo, las parejas que ingresan al mismo centro no son capaces de compartir la cama o la misma habitación si requieren diferente grado de atención. No es natural o justo que una persona sea capaz de trasladarse a otra área del edificio para visitar a su pareja con quien ha compartido intimidad durante 40, 50 o 60 años de su vida. Existen muy pocos o ningún lugar dentro de la mayoría de los centros de atención donde dos personas puedan encontrar la oportunidad de compartir intimidad sin interrupción o en plena vista de los demás. Las personas mayores en centros de atención tienen el derecho a la privacidad y debe ejercerse. Los adultos mayores deben poder cerrar la puerta y sentir la seguridad de que se respetará esta acción. Además, no debe hacerse sentir culpa o vergüenza derivadas de su expresión de amor y sexualidad. Su sexualidad no debe recibir sanciones ni ser vigilada o mermada por otro individuo.

La masturbación suele ser beneficiosa para liberar la tensión sexual y mantener la función de los genitales. El personal de enfermería puede demostrar su aceptación y comprensión del valor de estas prácticas al brindar privacidad y una actitud libre de prejuicios. Al demostrar este tipo de actitud se puede prevenir que el adulto mayor desarrolle sentimientos de culpa o extrañeza relacionados con la masturbación.

Además, el personal de enfermería debe apreciar que la satisfacción sexual puede tener un significado diferente que el que tiene para las personas jóvenes. Para algunas personas mayores, tomarse de la mano, las caricias y el intercambio de palabras amorosas puede ser tan significativo como el sexo o las conversaciones sexuales explícitas.

Para los adultos mayores en cualquier escenario clínico, el personal de enfermería puede ser el facilitador de las conexiones esenciales para las relaciones sexuales. Desafortunadamente, las relaciones pueden ser más difíciles de iniciar y mantener en la edad tardía. El círculo de amigos y familia se hace cada vez menor, las limitaciones

de salud y económicas disminuyen la participación en actividades sociales, y la preocupación sobre las enfermedades propias y de seres queridos reduce la esfera de intereses. Los riesgos que produce la disminución del mundo social de los adultos mayores son reales y suelen tener mucha importancia. No obstante, el personal de enfermería es capaz de ofrecer intervenciones para disminuir este tipo de riesgos y compensarlos. El **cuadro 16-4** ofrece algunas sugerencias que son de utilidad para ayudar a los adultos mayores a lograr relaciones satisfactorias y saludables.

CUADRO 16-4 Estrategias para facilitar las conexiones

- *Ayudar a los pacientes en la evaluación de las relaciones actuales.* Guíe a los pacientes en la evaluación de los patrones de relaciones que son eficaces y la identificación de aquellos que pueden mejorarse. Comente el efecto de las relaciones sobre la salud y la calidad de vida.
- *Guiar a los pacientes para que sean conscientes de sus conductas y respuestas que afectan las relaciones.* Ayude a los pacientes a ser introspectivos acerca de sus papeles y dinámicas, así como de las consecuencias de sus respuestas.
- *Instruir estrategias que promuevan la expresión eficaz de los sentimientos.* Ofrezca sugerencias y ejemplos reales que apoyen la comunicación con base en sentimientos, como hacer aseveraciones que reflejen cómo se sienten, en lugar de expresar generalidades impersonales (p. ej., “me molesta cuando tomas decisiones por mí”). Ayude a los pacientes a respetar las expresiones y los sentimientos de otros.
- *Brindar información acerca de los recursos de actividades sociales.* Consiga las direcciones y la información de contacto de centros para adultos mayores locales, clubes y grupos sociales. Sugiera medidas que puedan adoptar los pacientes para facilitar la adecuación a los grupos nuevos, como pedir a un amigo que los acompañe, tomar la iniciativa en las presentaciones personales y buscar un interés en común que pueda motivar la conversación.
- *Derivar a los pacientes a valoración de la visión y la audición en la medida necesaria.* Inicie las derivaciones a audiología u oftalmología si se identifican problemas durante la valoración de enfermería. Ayude al paciente a obtener ayuda financiera para cubrir el coste de la valoración, los anteojos o las prótesis si no se cuenta con los recursos suficientes.
- *Respetar los intereses y los esfuerzos de ser sexualmente activo.* Apoye los esfuerzos por mejorar el aspecto. Escuche sin emitir juicios a medida que el paciente describe sus sentimientos acerca de los intereses sexuales y la función. Brinde privacidad durante la interacción del paciente con sus parejas.
- *Ayudar a los pacientes a mejorar la función sexual.* Derive a los especialistas adecuados para el tratamiento de enfermedades que afectan la función sexual. Apoye los esfuerzos para corregir la disfunción sexual. Asesore a los pacientes en las medidas para conservar y facilitar la función sexual (p. ej., lociones lubricantes para compensar la sequedad vaginal, posiciones alternativas para disminuir el dolor articular, agendar la administración de medicamentos para maximizar la energía durante el sexo).
- *Brindar retroalimentación positiva sobre los esfuerzos que ha hecho el paciente para mejorar la cantidad y la calidad de conexiones con otros.* Recuerde que una acción que parece simple, como asistir a un evento social en la comunidad, pudo haber requerido de enorme esfuerzo y riesgo por parte de los pacientes. Reconozca y aliente estos esfuerzos.

Resumen del capítulo

El personal de enfermería debe apreciar que el interés y la actividad sexual pueden continuar en la vida tardía. Ignorar esta realidad no sólo limita las maneras en las que el personal ayuda a los adultos mayores a lograr una calidad de vida elevada, sino que también puede provocar problemas de salud que se derivan o manifiestan en efectos sobre la actividad sexual que se pasan por alto.

La *menopausia* es el cese permanente de la menstruación durante al menos un año

y se presenta en la mayor parte de las mujeres en la quinta década de la vida. El TRH puede ser útil, pero debe individualizarse con base en los problemas y los riesgos únicos de cada mujer. La *andropausia* es el descenso de las concentraciones de testosterona y puede comenzar alrededor de los 30 años de edad o después; se trata de un proceso lento que no se presenta en todos los hombres. El tratamiento de reposición de andrógenos puede emplearse para tratar la disfunción eréctil y otros problemas relacionados con los valores bajos de testosterona.

La capacidad de participar en la actividad sexual no se pierde con la edad, aunque numerosos factores como enfermedades y la falta de un compañero la afectan. La función sexual debe ser parte de la valoración de los adultos mayores. Además de derivar de la disminución de las concentraciones hormonales, los problemas sexuales pueden ser resultado de medicamentos, infecciones genitales, un compañero no dispuesto o incapaz, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar, obesidad, depresión u otras enfermedades. Los adultos mayores con problemas de la función sexual deben ser ayudados a corregir el problema de base, si es posible. El personal de enfermería debe reconocer, respetar y motivar la sexualidad de los adultos mayores. Como modelos a seguir, los enfermeros deben promover las actitudes positivas. Una mejor comprensión, mayor sensibilidad y las actitudes humanas ayudan a que la población de adultos mayores logre el potencial completo de la sexualidad en la vejez.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

La asociación de la salud mental y física con la actividad sexual en adultos mayores dentro de una comunidad de jubilación

Fuente: Bach L. E., Mortimer J. A., VandeWeerd, C., & Corvin, J. (2013). Journal of Sexual Medicine, 10(11), 2671–2678.

El objetivo de este estudio fue determinar la relación de la salud física y mental sobre la actividad sexual en personas de 55 años de edad o mayores en una comunidad de jubilación. Se obtuvieron datos acerca de 22 enfermedades autoinformadas y su influencia sobre la actividad sexual en 22 654 personas; 1 879 de ellas eran mayores de 80 años de edad y vivían en la comunidad.

Los resultados mostraron que el 55% de los hombres y el 45% de las mujeres informaron mantener actividad sexual. La inactividad sexual se relacionó de manera significativa con el cáncer, los problemas de vejiga o intestinales, las cirugías mayores, la mala visión, las enfermedades mentales y cardiovasculares junto con sus factores de riesgo, como diabetes, hipertensión y colesterol elevado. Los factores asociados de manera positiva con la actividad sexual incluyeron caminar al menos una o dos veces cada semana, participar en actividades físicas y sociales, participar en al menos dos clubes, no consumir tabaco, consumo limitado de medicamentos, mayor consumo de alcohol e informar una buena calidad de vida, bienestar psicológico o apoyo social adecuados.

Este estudio demostró la relación de la actividad sexual y la actividad física, emocional y social. El personal de enfermería puede emplear esta evidencia para

promover las prácticas de salud positivas en los adultos mayores. Además, el personal de enfermería puede emplear informes de actividad sexual como indicador de problemas físicos y mentales que sean el origen de la afección y ayudar a los adultos mayores a buscar la valoración adecuada.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La Sra. Jessup, de 75 años de edad, vive en una residencia para adultos mayores y padece enfermedad de Alzheimer. Su esposo la visita de manera frecuente y parece brindar cariño. Los asistentes de enfermería informan que en diversas ocasiones han observado que él entra en la habitación de la Sra. Jessup y sostiene su mano y toca sus genitales. En ocasiones han encontrado al Sr. Jessup con la mano debajo de los cobertores mientras toca los genitales de su esposa.

Además de estos comportamientos con su esposa, el Sr. Jessup ha establecido una relación con otra residente sin alteraciones cognitivas. El personal comenta que cuando el Sr. Jessup la visita, ella suele cerrar la puerta. En una ocasión, un enfermero entró en la habitación sin llamar a la puerta y encontró a la pareja compartiendo la cama.

¿Cuál es la mejor manera posible de tratar esta situación?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué actitudes y acciones de los proveedores de atención sanitaria pueden tener un efecto negativo en la sexualidad de los adultos mayores? ¿Cuáles son las que pueden tener un efecto positivo?
2. Mencione los cambios relacionados con la edad que se presentan en los hombres y las mujeres en las siguientes fases sexuales: excitación, meseta, orgasmo y resolución.
3. Mencione al menos seis factores que interfieran con la función sexual en la vida tardía.

Recursos en línea

American Association of Sex Educators, Counselors, and Therapists

<http://www.aasect.org>

North American Menopause Society

<http://www.menopause.org>

Sexuality Information and Education Council of the United States

<http://www.siecus.org>

SAGE (Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender Elders)

<http://www.sageusa.org/about/index.cfm>

Referencias

- Bianco, F. J., McHOne, B. R., Wagner, K., King, A., Burgess, J., Patierno, S., & Jarrett, T. W. (2009). Prevalence of erectile dysfunction in men screened for prostate cancer. *Journal of Urology*, 74(1), 89–92.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *HIV among older Americans*. Acceso el 25 de enero de

- 2015 en: <http://www.cdc.gov/hiv/risk/age/olderamericans/>
- Endocrine Society. (2012). *The Endocrine Society position statement on bioidentical hormones*. Acceso el 12 de julio de 2012 en: http://www.menopause.org/bioidenticalHT_Endosoc.pdf
- Feeley, R. J., Saad, F., Guay, A., & Traish, A. M. (2009). Testosterone in men's health: A new role for an old hormone. *Journal of Men's Health*, 6(3), 169–176.
- Geller, S. (2009). Improving the science for botanical and dietary supplements. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 15(1), 16–17.
- Hyde, Z., Flicker, L., Hankey, G. J., Almeida, O. P., McCaul, K. A., Chubb, S. A., & Yeap, B. B. (2012). Prevalence and predictors of sexual problems in men aged 75–95 years: A population-based study. *Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 442–453.
- Kaszkin-Bettag, M., Beck, S., Richardson, A., Heger, P. W., & Beer, A. M. (2012). Efficacy of the special extract ERr 731 from rhapontic rhubarb for menopausal complaints: A 6-month open observational study. *Modern Healthcare Professional*. Acceso el 2 de enero de 2016 en: <http://www.modernhcp.com/efficacy-of-the-special-extract-err-731-from-rhapontic-rhubarb-for-menopausal-complaints-a-6-month-open-observational-study/>
- Kinsey, A. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Masters, W., & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston, MA: Little Brown.
- Masters, W., & Johnson, V. (1981). Sex and the aging process. *Journal of the American Geriatrics Society*, 9, 385.
- North American Menopause Society. (2012). The 2012 hormone therapy position statement of the North American Menopause Society. *Menopause*, 19(3), 257–271.
- Rosing, D., Klebingat, K. J., Berberich, H. J., Bosinski, H. A. G., Loewit, K., & Beier, K. M. (2009). Male sexual dysfunction. *Deutsches Arzteblatt International*, 106(50), 821–828.
- Rossouw, J. E., Prentice, R. L., Manson, J. E., Wu, L., Barad, D., Barnabei, V. M., ... Stefanick, M. L. (2007). Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *Journal of the American Medical Association*, 297(13), 1465–1477.
- Sand, M., & Fisher, W. A. (2007). Women's endorsement of models of female sexual response: The nurses' sexuality study. *Journal of Sexual Medicine*, 4(3), 708–719.
- U.S. Preventive Services Task Force. (2014). Final recommendation statement. *Menopausal hormone therapy: Preventive medication*. Acceso el 25 de enero de 2015 en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/menopausal-hormone-therapy-preventive-medication>

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Empleo seguro de medicamentos

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento sobre el empleo de medicamentos

- Polifarmacia e interacciones
- Alteración de la farmacocinética
- Alteración de la farmacodinámica
- Aumento del riesgo de reacciones adversas

Promover el uso seguro de medicamentos

- Evitar los medicamentos potencialmente inapropiados. Criterios de Beers
- Revisar la necesidad y la eficacia de los medicamentos prescritos
- Promover la administración segura y eficaz
- Brindar asesoramiento para el paciente
- Vigilar los valores de laboratorio

Alternativas a los medicamentos

Revisión de fármacos específicos

- Analgésicos
- Antiácidos
- Antibióticos
- Anticoagulantes
- Anticonvulsivos
- Antidiabéticos (hipoglucemiantes)
- Antihipertensivos
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Hipolipemiantes
- Fármacos que mejoran la cognición
- Digoxina
- Diuréticos
- Laxantes
- Psicoactivos

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir los aspectos únicos de la farmacodinámica y la farmacocinética en los adultos mayores.
2. Nombrar las medidas para promover el uso seguro de medicamentos.
3. Describir las alternativas de los medicamentos.
4. Conocer el empleo correcto y seguro de los medicamentos que se utilizan frecuentemente en los adultos mayores.

GLOSARIO

Criterios de Beers: desarrollados originalmente por un grupo dirigido por el Dr. Mark H. Beers; lista de medicamentos que representan alto riesgo para los adultos mayores y criterios para la administración potencialmente inadecuada en estas personas.

Farmacocinética: se refiere a la absorción, la distribución, el metabolismo y la excreción de medicamentos.

Farmacodinámica: se refiere a los efectos biológicos y terapéuticos de los fármacos en el sitio de acción o el órgano diana.

Polifarmacia: empleo de múltiples medicamentos.

Vida media biológica: tiempo necesario para que la mitad del fármaco sea excretada del cuerpo.

Cuando se atiende a los adultos mayores, es importante que el personal de enfermería comprenda las consideraciones especiales para el empleo de medicamentos en esta población. Los fármacos actúan de manera diferente en los adultos mayores en comparación de como lo hacen en los jóvenes; requieren ajuste de dosis y vigilancia cuidadosos. Los adultos mayores también son más propensos en comparación con otros grupos de edad para tomar más de un medicamento de manera habitual, lo que aumenta el riesgo de interacciones y reacciones adversas. Para disminuir los riesgos asociados con el tratamiento farmacológico y asegurar que los medicamentos no produzcan más problemas de los que pueden solucionar, son esenciales la supervisión y el apego a las prácticas adecuadas del empleo seguro de medicamentos en la enfermería geriátrica y gerontológica.

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE EL EMPLEO DE MEDICAMENTOS

El empleo de medicamentos en los adultos mayores supone un reto especial debido a la cantidad de fármacos que se utilizan de manera habitual, los cambios relacionados con la farmacocinética y la farmacodinámica y el aumento en el riesgo de efectos adversos (fig. 17-1).



FIGURA 17-1 ● La alta prevalencia de consumo de medicamentos de los adultos mayores y la complejidad de la dinámica farmacológica en la edad avanzada demandan que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica evalúe de manera regular la necesidad, la dosis adecuada y los efectos buscados y adversos de cada uno de los fármacos que se administran al paciente adulto mayor.

Polifarmacia e interacciones

La alta prevalencia de enfermedades en la población mayor provoca que este grupo de edad consuma una gran cantidad y variedad de medicamentos. El empleo de medicamentos en los adultos mayores ha aumentado de manera constante todos los años; la mayoría de las personas consumen al menos un medicamento regularmente y los escenarios más frecuentes implican el consumo de diversos fármacos todos los días. Los investigadores han descubierto que el número de fármacos que utiliza un adulto mayor aumenta con la edad (Gu, Dillon y Burt, 2010; Jerz-Roiq, Medeiros, Silva, Bezerra, Cavalcante, 2014). Los fármacos que se usan con mayor frecuencia en el adulto mayor incluyen:

- Fármacos cardiovasculares
- Antihipertensivos
- Analgésicos
- Antiartríticos
- Sedantes

- Tranquilizantes
- Laxantes
- Antiácidos

Los medicamentos en esta lista pueden provocar efectos adversos (p. ej., confusión, mareos, caídas y desequilibrio hidroelectrolítico) que ponen en riesgo la calidad de vida de los adultos mayores. Además, cuando se consumen en conjunto, algunos de los fármacos pueden interactuar y provocar efectos adversos graves ([tabla 17-1](#)).



CONCEPTO CLAVE

Una interacción frecuente que no suele considerarse es el efecto de la cafeína sobre los medicamentos. Un alto consumo de cafeína puede disminuir el efecto de los antiarrítmicos, la cimetidina, el hierro y el metotrexato; aumentar la excreción de potasio por los diuréticos; e incrementar los efectos estimulantes de la amantadina, los descongestionantes, la fluoxetina y la teofilina.

Tomar más de un medicamento también aumenta el riesgo de aparición de interacciones entre fármacos y alimentos ([tabla 17-2](#)). Debido al aumento en el consumo de remedios herbolarios, pueden presentarse interacciones con ellos y efectos adversos ([tabla 17-3](#)). Al atender a los adultos mayores, en especial a aquellos que toman más de un medicamento, es importante que el personal de enfermería vigile los signos de posibles interacciones.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Con cuánta frecuencia depende de medicamentos para disminuir el apetito, promover el sueño, estimular la defecación o tratar la cefalea o cualquier otro síntoma? ¿Por qué elige utilizar medicamentos en lugar de atender el problema de base o emplear métodos naturales para corregir el problema? ¿Cómo puede cambiar esta situación?

TABLA 17-1 Interacciones entre grupos farmacológicos de uso frecuente

	Antiácidos	Ansiolíticos	Anticoagulantes	Antidiabéticos	Antidepresivos	Antihipertensivos	Antiinflamatorios	Antipsicóticos	Digitálicos	Laxantes	Salicilatos	Sedantes	Diuréticos tiazídicos	Antidepresivos tricíclicos
Antiácidos			↓					↓	↓					
Ansiolíticos			↑			↑								
Anticoagulantes (orales)				↑										
Antidiabéticos														
Antidepresivos		↑	↑			↓						↑		
Antihipertensivos				↑								↑	↑	
Antiinflamatorios			↑	↑										
Antipsicóticos												↑		
Digitálicos														
Laxantes									↓					
Sedantes			↑											
Diuréticos tiazídicos				↓	↑						↓			
Antidepresivos tricíclicos		↑	↑			↓						↑		

Las flechas indican el efecto de los fármacos en la columna izquierda sobre aquellos de la fila superior.

TABLA 17-2 Ejemplos de interacciones entre alimentos y fármacos

Fármaco	Interacciones potenciales
Acetaminofeno o paracetamol	Acumulación de concentración tóxica si se consumen más de 500 mg de suplementos de vitamina C diariamente.
Ácido acetilsalicílico	Puede provocar deficiencia de hierro como resultado de sangrado gastrointestinal. Provoca deficiencia de vitamina C (más de 12 comprimidos al día). Produce deficiencia de tiamina.
Alopurinol	Afecta la absorción de hierro, lo que provoca anemia por deficiencia de hierro. El alcohol y los hidratos de carbono simples son capaces de aumentar la concentración de ácido úrico en sangre.
Aluminio: antiácidos	Disminuyen el fósforo y el calcio. Reducen la absorción de vitaminas A, C y D, así como de magnesio, tiamina, folacina y hierro.
Antihistamínicos	La ingesta de grandes cantidades de alimentos alcalinos (p. ej., leche, crema, almendras, alcohol) puede prolongar su acción.
Calcio: suplementos	En combinación con altas dosis de vitamina D, pueden provocar hipercalcemia. La absorción disminuye a causa de alimentos ricos en oxalato (p. ej., espinacas, ruibarbo, apio, maní), ácido fítico (p. ej., avena y otros cereales) y fósforo (p. ej., chocolate, frijoles [judías, porotos] secos, frutos secos y crema de maní).
Carbonato de calcio: antiácidos	Provocan deficiencia de fósforo, folacina, hierro y tiamina.
Cimetidina	Disminuye la absorción de hierro.

Clorpromazina	Las altas cantidades de alimentos alcalinos pueden retrasar la excreción. Puede aumentar el colesterol sanguíneo.
Clonidina	Reducción de la eficacia debido a alimentos con alto contenido de tiramina (p. ej., hígado de pollo y res, plátanos [banana], crema ácida, ablandadores de carne, salame, levadura, chocolate). Puede provocar retención de sodio y líquido.
Colchicina	La cafeína disminuye su eficacia.
Dicumarol	Su eficacia disminuye a causa de alimentos con abundante vitamina K (p. ej., col [repollo], brócoli, espárragos, espinaca, vegetales verdes de raíz comestible). Digitálicos Pueden producir deficiencia de tiamina, magnesio y cinc.
Espironolactona	Los suplementos de calcio aumentan el riesgo de toxicidad. Aumenta la excreción de calcio.
Estrógenos	Disminuye la excreción de potasio, lo cual produce toxicidad por potasio.
Fenitoína	Aumentan la degradación de vitamina C. Incrementa la degradación de vitaminas D y K. Disminuye la absorción de folacina.
Fenobarbital	Aumenta la degradación de vitaminas D y K. Inhibe la absorción de vitaminas B ₆ y B ₁₂ y ácido fólico.
Furosemida	Aumenta la excreción de calcio, magnesio, potasio y cinc.
Hidralazina	Puede provocar deficiencia de vitamina B ₆ .
Hierro: suplementos	Su absorción disminuye con el consumo de antiácidos y aumenta con el consumo de vitamina C.
Levodopa	Su eficacia se reduce por una dieta alta en proteínas. Puede provocar deficiencias de potasio, folacina y vitaminas B ₆ y B ₁₂ .
Magnesio: antiácidos	Pueden disminuir el fosfato y el calcio.
Magnesio: laxantes	Tan solo 30 mL contienen cerca de cuatro veces la ingesta recomendada diaria de magnesio; puede presentarse toxicidad.
Aceite mineral	Disminuye la absorción de vitaminas A, D y K.
Potasio: suplementos	Reducen su absorción con el consumo de lácteos. Impiden la absorción de vitamina B ₁₂ .
Probenecid	Su eficacia disminuye con el café, el té o el refresco de cola.
Teofilina	Su eficacia disminuye con una dieta alta en hidratos de carbono.
Tiazidas	Aumentan la excreción de calcio, magnesio, potasio y cinc. Son capaces de disminuir la glucemia.
Tioridazina	Su excreción se retrasa en presencia de una dieta alcalina.
Warfarina	La eficacia disminuye a causa de grandes cantidades de vitamina K en la dieta.

TABLA 17-3 Efectos adversos e interacciones medicamentosas de hierbas seleccionadas

Hierba	Efecto adverso e interacciones potenciales
Aloe	Dermatitis alérgica; aumenta los efectos de los glucósidos cardíacos; incrementa la pérdida de potasio cuando se consumen con corticoesteroides o tiazidas.
Angélica	Exantema cuando la persona se expone al sol; puede interactuar con los antagonistas de los canales calcio.
Toronjil	Interfiere con la tirotopina.

Berberis	Disminución grave de la presión arterial y las frecuencias cardíaca y respiratoria con dosis elevadas.
Mirto	Edema, elevación de la presión arterial; contraindicada en personas con antecedentes de cáncer.
Arándano	Puede inhibir la coagulación, lo que produce un efecto mayor de los anticoagulantes.
Cimífuga	Disminución de la función cardíaca, lo que produce bradicardia e hipotensión; propiedades similares a los estrógenos que pueden provocar anomalías de la coagulación y alteraciones hepáticas; puede interactuar con los estrógenos.
Sanguinaria	Bradicardia, arritmia, alteración de la visión y sed.
Cáscara sagrada	Cólicos intestinales graves.
Apio	Hipocalemia en caso de consumo a largo plazo.
Chaparral	Daño hepático.
Fárfara	Fiebre y hepatotoxicidad.
Consuelda	Hepatotoxicidad.
Diente de león	Hipocalemia en caso de consumo a largo plazo.
Efedra (<i>ma huang</i>)	Aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, insomnio, mareos y ansiedad; puede interactuar con la efedrina.
Matricaria	Interferencia con la coagulación; cuando se consume por vía oral, puede provocar úlceras, pérdida del gusto y edema de la cavidad bucal; aumenta los efectos anticoagulantes del ácido acetilsalicílico y la warfarina.
Ajo	Efecto anticoagulante, hipotensión, aumenta los efectos de los antidiabéticos.
<i>Ginkgo biloba</i>	Efecto anticoagulante, irritabilidad, inquietud, insomnio, náuseas, vómitos, diarrea; aumento de los efectos de los anticoagulantes.
<i>Ginseng</i>	Aumento de la presión arterial e insomnio.
Hidrastis	Vasoconstricción.
Espino	Disminución grave de la presión arterial.
Lúpulo	Mareos, aumento de los efectos sedantes y tranquilizantes.
Regaliz	Edema, hipertensión, hipocalemia e hipernatremia en caso de consumo a largo plazo. Muérdago Bradicardia; potencialmente mortal.
Perejil	Hipocalemia en caso de consumo a largo plazo.
Trébol rojo	Efectos similares a los estrógenos; contraindicado en las personas con cáncer dependiente de estrógenos.
Ruibarbo	Cólicos abdominales graves, diarrea.
<i>Senna</i>	Posible aumento de los efectos de la digoxina.
Hierba de San Juan	Actúa como inhibidor de la monoaminoxidasa; hipertensión, fotosensibilidad, náuseas y vómitos.

Alteración de la farmacocinética

La *farmacocinética* se refiere a la absorción, la distribución, el metabolismo y la excreción de medicamentos.

Absorción

Por lo general, los adultos mayores tienen menor alteración de la absorción, en comparación con la distribución, el metabolismo y la excreción de los fármacos. No obstante, una variedad de factores pueden alterar la absorción, a saber:

- *Vía de administración.* Los medicamentos que se administran por vía intramuscular, subcutánea, oral o rectal no se absorben con la misma eficacia que los fármacos que son inhalados, aplicados de manera tópica o intravenosa.
- *Concentración y solubilidad del fármaco.* Los fármacos altamente solubles (p. ej., soluciones acuosas) y con mayor concentración se absorben más rápidamente en comparación con los medicamentos con menor solubilidad y concentración.
- *Enfermedades y síntomas.* A pesar de que alguna vez se consideraron consecuencia del envejecimiento debido a su frecuencia, la disminución de líquido intracelular, el aumento en el pH gástrico, la disminución del flujo sanguíneo y la motilidad gástrica, la reducción del gasto cardíaco y la circulación y el metabolismo lento, pueden disminuir la absorción y en realidad son más el resultado de enfermedades que de cambios relacionados con la edad. Las alteraciones como la diabetes mellitus y la hipocalcemia pueden aumentar la absorción de fármacos, mientras que el dolor y el edema de mucosas pueden disminuir la absorción.

A pesar de que el personal de enfermería puede hacer poco para mejorar cualquiera de los factores responsables de la alteración de la absorción farmacológica, sí puede emplear medidas para mejorar la absorción de medicamentos. El ejercicio estimula la circulación y ayuda en la absorción. El masaje y el calor aumentan el flujo sanguíneo en el sitio de absorción. La prevención del déficit del volumen hídrico, la hipotermia y la hipotensión ayudan en la absorción. Las fórmulas que neutralizan la secreción gástrica deben evitarse cuando se requiere un pH bajo para la absorción. El personal de enfermería debe vigilar las interacciones que se han comentado con anterioridad que pueden alterar la absorción de medicamentos. Debe considerarse la elección de la vía de administración de medicamento más eficaz.

Distribución

Aunque es complicado predecir con seguridad cómo se altera la distribución farmacológica en los adultos mayores, los cambios en la circulación, la permeabilidad de la membrana, la temperatura corporal y la estructura tisular pueden modificar este proceso. Por ejemplo, el tejido adiposo aumenta en comparación con la masa magra en los adultos mayores, en especial en las mujeres; debido a ello, los medicamentos que se almacenan en la grasa (medicamentos liposolubles) tienen concentraciones mayores en tejidos, menores en plasma y permanecen durante mayor tiempo en el cuerpo. La disminución del gasto cardíaco puede aumentar las concentraciones plasmáticas de fármacos mientras disminuye su depósito en los reservorios; este efecto es especialmente evidente en los fármacos hidrosolubles. La concentración disminuida de albúmina sérica puede constituir un problema si se consumen diversos medicamentos que se unen a moléculas de proteínas; la concentración de fármaco sin unir aumenta y la eficacia del fármaco corre peligro. Los fármacos con alta unión a proteínas que pueden competir por los sitios de unión y desplazarse entre ellos incluyen acetazolamida, amitriptilina, cefazolina, clordiazepóxido, clorpromazina, cloxacilina, digitálicos, doxiciclina, espironolactona, fenitoína, furosemida, glibenclamida, hidralazina, ibuprofeno, naproxeno, nortriptilina, propranolol, rifampicina, salicilatos, sulfafurazol, tolbutamida y warfarina. Al vigilar las

concentraciones plasmáticas de los medicamentos, también es importante evaluar la concentración sérica de albúmina. Por ejemplo, aumentar la dosis de fenitoína debido a que los valores sanguíneos son bajos puede conducir a toxicidad si las concentraciones de albúmina también son bajas.



CONCEPTO CLAVE

Cuando se consumen diversos medicamentos de manera conjunta, los fármacos que se unen a proteínas pueden no lograr las concentraciones adecuadas debido a la unión ineficaz a causa de insuficiencia de proteínas.

Las enfermedades como la deshidratación y la hipoalbuminemia disminuyen el metabolismo farmacológico y pueden llevar a concentraciones plasmáticas mayores. Cuando se presentan estas condiciones, son necesarias las dosis bajas.

Metabolismo, destoxificación y excreción

Algunas anomalías, como la deshidratación, la hipertermia, la inmovilidad y la enfermedad hepática, pueden disminuir el metabolismo de los fármacos. Como consecuencia, los medicamentos se acumulan en concentraciones tóxicas y son capaces de causar reacciones adversas graves. Es importante la vigilancia cuidadosa. De manera similar, la **vida media biológica** prolongada que presentan gran cantidad de fármacos que consumen los adultos mayores exige la valoración cuidadosa de la depuración farmacológica. La estimación de la depuración de creatinina debe calcularse con base en la edad, el peso y la concentración de creatinina sérica, debido a que este valor solo no refleja la reducción en la depuración.

Durante la edad avanzada, puede disminuirse la secreción de ciertas enzimas, lo que afecta el metabolismo de los fármacos que requiere de esta actividad enzimática. Una de estas enzimas es el sistema citocromo P-450, el cual ayuda en el metabolismo de sustancias con actividad biológica (p. ej., hierbas), además de medicamentos. Cuando dos o más sustancias emplean el sistema enzimático del citocromo P-450, compiten por la cantidad disminuida de enzimas y se metabolizan con menor rapidez. Además, la destoxificación y la conjugación de los medicamentos puede encontrarse gravemente afectada, y el fármaco permanece en la circulación durante más tiempo. Cierta cantidad de evidencia sugiere mayores concentraciones de fármacos en los sitios de administración,

El sistema renal es el principal responsable de la función de excreción del cuerpo y una de sus principales actividades es la excreción de fármacos. Los medicamentos continúan por una vía renal similar que la que siguen la mayoría de los componentes de la orina. Después de la circulación, los medicamentos pasan a través de las paredes de los capilares glomerulares hacia la cápsula de Bowman. El medicamento continúa por los túbulos, donde las sustancias beneficiosas para el cuerpo se reabsorben hacia la sangre mediante los túbulos contorneados proximales y las sustancias de desecho se excretan en la orina hacia la pelvis renal. Los capilares que rodean los túbulos reabsorben la sangre filtrada y se unen para formar la vena renal. Se estima que para promover la filtración, la cantidad de sangre que circula por los riñones es 10 veces mayor en comparación con otros órganos de tamaño similar. La

disminución de la eficacia de los órganos relacionada con la edad también afecta a los riñones, lo que complica la excreción de fármacos en los adultos mayores. La cantidad de nefronas disminuye; las que aún se conservan en los adultos mayores pueden no ser funcionales. La tasa de filtración glomerular y la reabsorción tubular son menores. La disminución de la función cardíaca contribuye a la reducción de cerca del 50% del flujo sanguíneo en los riñones. Son importantes las implicaciones de la disminución de la eficacia de los riñones. Los medicamentos no se filtran con la misma velocidad de la sangre y permanecen en el cuerpo durante más tiempo. La vida media biológica, el tiempo necesario para que la mitad del fármaco sea excretado, puede aumentar tanto como el 40% y elevar el riesgo de reacciones adversas. Los medicamentos que tienen mayor probabilidad de vida media prolongada incluyen los antibióticos, los barbitúricos, la cimetidina, la digoxina y los salicilatos.



CONCEPTO CLAVE

La mayor vida media de los medicamentos en los adultos mayores aumenta el riesgo de aparición de reacciones adversas.

El hígado también tiene funciones importantes que influyen en la destoxificación y la excreción. El metabolismo de los hidratos de carbono en el hígado convierte la glucosa en glucógeno y lo libera hacia la sangre cuando se necesita. El metabolismo de las proteínas en las células parenquimatosas del hígado es responsable de la pérdida de grupos amino provenientes de los aminoácidos, los cuales participan en la formación de nuevas proteínas plasmáticas, como la protrombina y el fibrinógeno, así como en la conversión de ciertos productos de desecho nitrogenados tóxicos en sustancias no tóxicas, como la vitamina B₁₂. También de relevancia es la producción de bilis en el hígado, la cual descompone lípidos mediante actividad enzimática y elimina sustancias como la bilirrubina de la sangre. La función y el tamaño del hígado disminuyen con la edad, y el flujo sanguíneo del órgano desciende un 45% entre los 25 y 65 años de edad. Este efecto puede alterar el metabolismo de algunos fármacos, como los antibióticos, la cimetidina, el clordiazepóxido, la digoxina, el litio, la meperidina, la nortriptilina y la quinidina.

Alteración de la farmacodinámica

La *farmacodinámica* se refiere a los efectos biológicos y terapéuticos de los fármacos en el sitio de acción o el órgano diana. La información sobre la farmacodinámica en la población mayor es limitada, pero aumenta debido a la investigación referente en curso. En la actualidad, algunas de las diferencias conocidas acerca de las respuestas de los adultos mayores frente a los fármacos incluyen el aumento de sensibilidad miocárdica a la anestesia y el incremento de la sensibilidad a opiáceos, alcohol y bromuros en el sistema nervioso central (SNC).

Aumento del riesgo de reacciones adversas

El riesgo de efectos adversos a los fármacos es tan elevado en los adultos mayores

que el personal de enfermería debe indagar la presencia de complicaciones en todas las valoraciones y considerar la relación de nuevos síntomas con los medicamentos que se emplean. Los siguientes son algunos factores que deben recordarse acerca de las reacciones adversas:

- Los signos y síntomas de una reacción adversa frente a un fármaco específico pueden ser diferentes en los adultos mayores.
- Puede requerirse de mayor tiempo para que sea evidente la reacción adversa en los adultos mayores.
- Puede presentarse una reacción adversa incluso cuando se ha suspendido el medicamento.
- Las reacciones adversas pueden producirse súbitamente, incluso si el medicamento se ha empleado durante tiempo prolongado sin anomalías.



CONCEPTO CLAVE

El riesgo de efectos adversos de medicamentos es elevado en los adultos mayores debido a las diferencias relacionadas con la edad en la farmacocinética y la farmacodinámica.

Los diversos grados de alteración en el estado mental suelen ser síntomas tempranos de reacciones adversas a fármacos prescritos con frecuencia a los adultos mayores, como codeína, digitálicos, metildopa, fenobarbital, levodopa, diazepam y algunos diuréticos. Cualquier medicamento capaz de producir hipoglucemia, acidosis, desequilibrio hidroelectrolítico, elevación de la temperatura, aumento de la presión intracraneal y disminución de la circulación cerebral puede provocar alteración mental. Incluso los cambios más sutiles en el estado mental pueden estar asociados con el medicamento y deben ser valorados por el médico. Los adultos mayores pueden convertirse fácilmente en víctimas de una alteración mental asociada con fármacos. Desafortunadamente, la disfunción mental y conductual en los adultos mayores suele tratarse sintomáticamente (p. ej., con medicamentos, pero sin determinación de la etiología). Este abordaje no corrige el problema asociado con los medicamentos y predispone a la persona a complicaciones adicionales por el nuevo fármaco.



CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería debe asegurar que los problemas cognitivos y conductuales derivados de fármacos no se traten con más fármacos.

PROMOVER EL USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

Evitar los medicamentos potencialmente inapropiados. Criterios de Beers

En 1991, el Dr. Mark H. Beers y cols. publicaron un estudio en el que se identifican los medicamentos que representan alto riesgo para los adultos mayores. Desde entonces, este esfuerzo se ha desarrollado aún más para brindar criterios relacionados

con el empleo erróneo de medicamentos en los adultos mayores ([The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel, 2012](#)). Estos criterios incluyen medicamentos cuyo uso es inapropiado de manera general ([cuadro 17-1](#)) y medicamentos cuyo uso es inapropiado en condiciones específicas ([tabla 17-4](#)). Algunas de las principales preocupaciones con referencia a los fármacos incluyen los anticolinérgicos, los antidepresivos tricíclicos (ADT), los antipsicóticos, los barbitúricos (excepto cuando se emplean como anticonvulsivos) y las benzodiazepinas. Estos criterios se han aceptado ampliamente entre los expertos en atención geriátrica como medida para disminuir tanto los costes de medicamentos como los efectos adversos. En realidad, los Centers for Medicare and Medicaid Services han adoptado los criterios para su empleo en encuestas en las residencias de adultos mayores y la Joint Commission también los ha utilizado para la valoración de los efectos adversos en hospitales.

Revisar la necesidad y la eficacia de los medicamentos prescritos

El efecto del fármaco y las reacciones adversas potenciales que pueden derivar del empleo de un fármaco exigen que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica se asegure de emplear los medicamentos de manera selectiva y cuidadosa. El personal debe evaluar todos los medicamentos, prescritos o de venta libre, que consumen los pacientes y hacerse estas preguntas:

CUADRO 17-1 Medicamentos inapropiados en los adultos mayores

Los siguientes fármacos se han identificado como de alto riesgo de efectos adversos en los adultos mayores.

Antihistamínicos de primera generación (como fármaco único o como parte de un compuesto).

Bromfeniramina, carbinoxamina, clorfeniramina, clemastina, ciproheptadina, dexbromfeniramina, dexclorfeniramina, difenhidramina oral, doxilamina, hidroxicina, prometazina y triprolidina.

Antiparkinsonianos. Benzatropina oral, trihexifenidilo. *Antiespasmódicos.* Alcaloides de la belladona, clordiazepóxido, dicyclomina, hiosciamina, propantelina y escopolamina.

Antitrombóticos. Dipyridamol (oral de acción corta) y ticlopidina.

Antibióticos. Nitrofurantoína.

Cardiovasculares. Disopiramida, dronedarona, digoxina (> 0.125 mg/día), nifedipino (liberación inmediata) y espironolactona (> 25 mg/día).

α 1bloqueadores. Doxazosina, prazosina y terazosina.

α bloqueadores centrales. Clonidina, guanabenz, guanfacina, metildopa y reserpina (> 0.1 mg/día).

Antiarrítmicos (clase Ia, Ic, III). Amiodarona, dofetilida, dronedarona, flecainida, ibutilida, procainamida, propafenona, quinidina, sotalol.

Sistema nervioso central:

ATC terciarios solos o en combinación. Amitriptilina, clordiazepóxidoamitriptilina, clomipramina, doxepina (> 6 mg/día), imipramina, perfenazinaamitriptilina, trimipramina.

Antipsicóticos de primera (convencionales) y segunda (atípicos) generación. Mesoridazina, tioridazina.

Barbitúricos. Amobarbital, butalbital, butabarbital, mefobarbital, pentobarbital, fenobarbital, secobarbital.

Benzodiazepinas. *De acción corta:* alprazolam, estazolam, lorazepam, oxazepam, temazepam, triazolam.

De acción prolongada: clorazepato, clordiazepóxido, clordiazepóxidoamitriptilina, clidinio-clordiazepóxido, clonazepam, diazepam, flurazepam, quazepam.

Hidrato de cloral.

Meprobamato.

Hipnóticos no benzodiazepínicos. Eszopiclona, zolpidem, zaleplon.

Mesilatos ergoloides. Isoxsuprina.

Endocrinos. Andrógenos: metiltestosterona, testosterona; tiroides desecada, estrógenos con o sin progestágenos, hormona del crecimiento, insulina, insulina de acción progresiva, megestrol, sulfonilureas como la clorpropamida y la glibenclamida (larga duración).

Gastrointestinales. Metoclopramida, aceite mineral oral, trimetobenzamida.

Analgésicos:

Meperidina.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) no selectivos de la ciclooxigenasa orales. Ácido acetilsalicílico (> 325 mg/día), diclofenaco, diflunisal, etodolaco, fenoprofeno, ibuprofeno, ketoprofeno, meclofenamato, ácido mefenámico, meloxicam, nabumetona, naproxeno, oxaprozina, piroxicam, sulindaco, tolmetina.

Indometacina, ketorolaco, incluye compuestos parenterales.

Pentazocina.

Relajantes del músculo esquelético. Carisoprodol, clorzoxazona, ciclobenzaprina, metaxalona, metocarbamol, orfenadrina.

Fuente: [The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. \(2012\).](#) The American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults, Table 2. 2012 American Geriatrics Society Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 616–631.

- *¿Para qué se prescribió este medicamento?* Considere si el medicamento en realidad se requiere. Tal vez un vaso de leche caliente y un masaje de espalda son suficientes para evitar la necesidad de un sedante; es posible que el paciente haya defecado por la mañana y no requiera el laxante. El medicamento puede emplearse porque se ha prescrito durante años y nadie ha considerado suspenderlo.
- *¿Se emplea la menor dosis posible?* Los pacientes mayores suelen requerir menores dosis de medicamentos debido al retraso en el tiempo de excreción de las sustancias. Las dosis mayores de medicamentos aumentan el riesgo de reacciones adversas.
- *¿El paciente es alérgico al fármaco?* En algunas ocasiones, los médicos pasan por alto una alergia conocida o el paciente no compartió esta información. El personal de enfermería debe estar al tanto de la sensibilidad del paciente frente al fármaco. Debe considerarse también cualquier signo de nuevo inicio que pueda indicar una reacción ante un fármaco que se ha administrado durante largo tiempo sin mayor problema.
- *¿Este medicamento es capaz de interactuar con otros fármacos, hierbas o suplementos alimenticios que se administran actualmente?* Es de utilidad revisar la información disponible para identificar potenciales interacciones, pues son demasiado abundantes como para memorizarlas todas.
- *¿Existen instrucciones especiales para la administración de este fármaco?* Algunos fármacos deben consumirse en ayuno, otros con alimentos. Algunos momentos del día pueden ser mejores para unos medicamentos que para otros.
- *¿Se emplea la vía de administración más eficaz?* Puede ser mejor la formulación líquida para la persona que no es capaz de deglutir una tableta de gran tamaño. Los supositorios que se expulsan debido a desintegración ineficaz o los fármacos orales

que se vomitan no tienen el mismo efecto terapéutico que un fármaco administrado por una vía distinta.

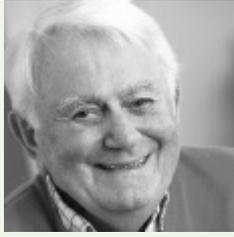
TABLA 17-4 Medicamentos inapropiados para uso en adultos mayores en presencia de enfermedades o alteraciones específicas

Existe un gran riesgo de reacciones adversas en pacientes con:	Cuando el paciente está bajo tratamiento con:
Anorexia y desnutrición	Estimulantes del sistema nervioso central (SNC)
Arritmias	Antidepresivos tricíclicos (ATC)
Obstrucción del flujo vesical	Anticolinérgicos y antihistamínicos, antiespasmódicos, relajantes musculares, oxibutinina, flavoxato, anticolinérgicos, antidepresivos, descongestionantes y tolterodina
Alteraciones de la coagulación o consumo de anticoagulantes	Ácido acetilsalicílico, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), dipyridamol, ticlopidina y clopidogrel
Deterioro cognitivo	Barbitúricos, anticolinérgicos, antiespasmódicos, relajantes musculares y estimulantes del SNC
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Benzodiazepinas de acción prolongada, β -bloqueadores
Depresión	Benzodiazepinas (uso crónico), simpaticolíticos
Úlceras gástrica y duodenal	AINE y ácido acetilsalicílico
Insuficiencia cardíaca	Disopiramida y fármacos ricos en sodio
Hipertensión	Fenilpropanolamina
Insomnio	Descongestionantes, teofilina, metilfenidato, inhibidores de la monoaminoxidasa y anfetaminas
Enfermedad de Parkinson	Metoclopramida, antipsicóticos convencionales y tacrina
Crisis convulsivas	Clozapina, clorpromazina, tioridazina y tiotixeno
Anomalías convulsivas	Bupropión
Incontinencia de esfuerzo	α bloqueadores, anticolinérgicos, ATC, benzodiazepinas de acción prolongada
Síncope y caídas	Benzodiazepinas de acción corta y prolongada y ATC

Fuente: The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. (2012). The American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults, Table 3. 2012 American Geriatrics Society Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults due to drug–disease or drug–syndrome interactions that may exacerbate the disease or syndrome. Journal of the American Geriatrics Society, 60(4), 616–631.

CASO A CONSIDERAR

El Sr. Mansfield, un hombre de 76 años de edad, viudo y que vive solo, visita a su médico de atención primaria para una consulta de seguimiento. Toma diversos medicamentos, los cuales ha traído consigo a la consulta. Al revisar los medicamentos, la enfermera se percata de que un antibiótico que se prescribió el mes anterior y debió consumirse por completo al cabo de 10 días aún cuenta con la mitad de los comprimidos. Al ser interrogado al respecto, el Sr. Mansfield aclara que en ocasiones ha olvidado tomarlos. Se revisan los otros medicamentos que consume el Sr. Mansfield, y la enfermera percibe que el



paciente parece tener dificultad para leer las etiquetas y recordar el propósito o las dosis de algunos de éstos. “Por lo general, los consumo correctamente, pero es demasiado que recordar”, asegura el Sr. Mansfield.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué información adicional sería de utilidad obtener para valorar la capacidad de administración de medicamentos del Sr. Mansfield?
- ¿Qué medidas se pueden sugerir al Sr. Mansfield para mejorar la administración de medicamentos?

El personal de enfermería debe llevar a completar una lista de verificación mental y contestar estas preguntas al administrar los medicamentos, e instruir a los adultos mayores responsables de su propia administración, así como indicar a los cuidadores que también realicen este proceso.



CONCEPTO CLAVE

Es esencial la revisión continua de la necesidad de medicamentos y su eficacia.

Promover la administración segura y eficaz

La vía más frecuente de administración de medicamentos es la oral. Los fármacos orales en forma de comprimidos, cápsulas, líquidos, polvos, jarabes, emulsiones, preparaciones y suspensiones se emplean debido a su acción directa en la mucosa o el tubo digestivo (antiácidos) o sus efectos sistémicos (antibióticos y tranquilizantes). A pesar de que la administración oral es simple, algunos problemas pueden interferir con el proceso. Las mucosas secas en la cavidad bucal son algo frecuente en los adultos mayores y pueden evitar que se deglutan las cápsulas y los comprimidos. Si se expulsan de la boca, no tienen efecto terapéutico; si se disuelven en la boca, pueden irritar la mucosa. La higiene bucal adecuada, los líquidos en cantidades suficientes para movilizar y deglutir, la posición correcta y explorar la cavidad bucal después de la administración son medidas para garantizar que el paciente reciba el beneficio completo del medicamento durante el paso a través del aparato digestivo. Algunas personas mayores pueden no estar al tanto de que un comprimido se ha atorado en el techo de su dentadura o debajo de la lengua.

Debido a que no deben triturarse los comprimidos con capa entérica o de liberación prolongada, el personal de enfermería debe consultar con el médico si existe una forma alternativa del comprimido en caso de que éste sea muy grande para ser deglutido. Como medida general, las cápsulas no deben ser abiertas o mezcladas. Los medicamentos se colocan en cápsulas para que los sabores desagradables no sean notorios o el revestimiento se desintegre al contacto con sustancias digestivas específicas. Algunas preparaciones de vitaminas, minerales y electrolitos son amargas, especialmente para los adultos mayores, quienes han perdido las papilas gustativas para sabores dulces mucho antes que aquellas para los sabores amargos o ácidos. Al mezclar medicamentos con alimentos y bebidas, como compota de manzana y jugos (zumos), pueden resultar más agradables y evitar irritación gástrica, aunque es un problema cuando no se ingiere la totalidad del alimento que contiene el medicamento. Se debe informar a las personas que el alimento o la bebida que

ingieren contiene un fármaco. La higiene bucal después de la administración de medicamentos previene el sabor desagradable.



CONCEPTO CLAVE

Para garantizar que los medicamentos orales logren su máximo efecto, aliente la buena higiene bucal, el consumo abundante de líquidos y la posición adecuada para facilitar la deglución.

Los medicamentos que se recetan en forma de supositorios por sus efectos locales o sistémicos se introducen en diversas cavidades corporales y actúan al desintegrarse gracias al calor corporal o de los líquidos corporales. Debido a que la circulación del intestino inferior y la vagina disminuyen y la temperatura corporal es menor en algunos adultos mayores, puede ser necesario un mayor tiempo para que el supositorio se desintegre. Si no se cuenta con una vía alternativa y es necesario utilizar el supositorio, se debe asegurar que el supositorio no se expulse.

La administración intramuscular y subcutánea de los medicamentos es necesaria cuando se buscan resultados inmediatos o cuando no se pueden emplear otras vías debido al tipo de medicamento o el estado del paciente. El mejor sitio para las inyecciones intramusculares es el cuadrante superior externo de las nalgas. De manera frecuente, los adultos mayores sangran o expulsan líquido a través del sitio de inyección debido a la disminución de la elasticidad tisular; puede ayudar el uso de un apósito pequeño. Alternar el sitio de inyección es útil para disminuir la molestia. No debe inyectarse medicamento en un miembro inmóvil porque este estado disminuye la tasa de absorción. En el caso de una persona que recibe inyecciones de manera habitual, el personal de enfermería debe vigilar los signos de infección en el sitio de inyección; la disminución de la percepción subcutánea o la ausencia de sensibilidad en los adultos mayores, como en las personas con ictus, puede evitar que la persona se percate de una complicación en la región.

En algunas ocasiones, es necesaria la administración de fármacos por vía intravenosa. Además de vigilar los efectos de los medicamentos, el personal de enfermería debe mantenerse alerta a la cantidad de líquido en la cual se administra el medicamento. La disminución de las funciones cardíaca y renal hace que el adulto mayor sea más susceptible no sólo de deshidratación, sino a hiperhidratación. El personal debe vigilar de manera estricta los signos de sobrecarga circulatoria, incluyendo aumento de la presión arterial, aumento de las respiraciones, tos, disnea y síntomas asociados con edema pulmonar. Son útiles para la vigilancia el control de ingresos y egresos, el peso corporal y la densidad urinaria. Por supuesto, el personal de enfermería también debe vigilar en este grupo de edad las complicaciones asociadas con el tratamiento intravenoso en cualquier grupo de edad, como la infiltración, la embolia gaseosa, la tromboflebitis y las reacciones febriles. La disminución de la sensibilidad puede ocultar cualquiera de estas complicaciones, lo que refuerza la necesidad de vigilancia estrecha.



CONCEPTO CLAVE

Los adultos mayores se encuentran en riesgo de sobrecarga circulatoria durante el tratamiento intravenoso; la vigilancia estrecha es importante.

Brindar asesoramiento para el paciente

Debido a que gran cantidad de los adultos mayores son responsables de la administración de sus propios medicamentos, el personal de enfermería debe promover el autocuidado. Enfermería debe valorar el riesgo individual para cometer errores en la administración (**cuadro 17-2**) y planificar intervenciones para disminuir estos riesgos. Algunos de los factores que pueden interferir con la administración segura de medicamentos incluyen:

- *Limitaciones funcionales.* Las alteraciones en la capacidad de las personas para realizar actividades de la vida cotidiana o instrumentales puede suponer retos en la capacidad de administrar medicamentos. Estos problemas incluyen la incapacidad de asistir a la farmacia para obtener los medicamentos, problemas para abrir los contenedores de medicamentos, problemas para extraer los medicamentos del contenedor u obtener líquidos para el consumo e incapacidad de deglutir.
- *Alteraciones cognitivas.* Los adultos mayores pueden contar con limitaciones que evitan que recuerden tomar sus medicamentos o que ya los han tomado y hacer que repitan la dosis, así como provocar que confundan un medicamento con otro, la dosis o el esquema de administración.
- *Limitaciones relacionadas con la escolaridad.* Las personas con escolaridad limitada pueden tener problemas para leer y comprender las instrucciones y las etiquetas.
- *Limitaciones sensoriales.* Los déficits auditivos pueden causar que las instrucciones no se registren o se malinterpreten. La mala visión puede evitar que las etiquetas y las instrucciones sean leídas de manera adecuada.
- *Limitaciones financieras.* La escasez de fondos puede provocar que el adulto mayor no compre sus medicamentos, evite dosis, emplee una receta desactualizada o consuma el medicamento de otra persona.
- *Elección.* Algunas personas toman la decisión consciente de no consumir los medicamentos a causa de efectos que no son de su agrado, falta de motivación, preferencia de usar el dinero para otro propósito o negación de la enfermedad.

CUADRO 17-2 Factores de riesgo para los errores en la medicación

- Empleo de múltiples medicamentos
- Deterioro cognitivo
- Deficiencias de la audición
- Manos con artritis o débiles
- Antecedentes de falta de apego a la atención médica
- Falta de conocimiento acerca de los medicamentos
- Recursos económicos limitados
- Analfabetismo
- Falta de redes de apoyo
- Antecedentes de automedicación inapropiada

- Presencia de medicamentos prestados o caducados en el hogar

COMUNICACIÓN

Una visita al proveedor de atención de la salud puede ser estresante para los adultos mayores, lo que aumenta el riesgo de olvidar o malinterpretar las instrucciones referentes al cuidado de la salud. Para ayudar a garantizar que las instrucciones se sigan y se comprendan, debe brindarse una descripción detallada por escrito a los pacientes y los cuidadores, la cual debe contener el nombre del medicamento, la dosis, el horario, la vía de administración, el efecto, las precauciones especiales, los alimentos o los fármacos a evitar y los efectos adversos (fig. 17-2). Un horario de administración con código de colores ayuda a las personas con alteraciones visuales o analfabetas. Deben proporcionarse etiquetas de medicamentos con letra grande y en mayúsculas que sean fáciles de desprender por las personas con manos débiles o con artritis.

Durante cada una de las interacciones entre el paciente y el personal de enfermería, éste debe verificar los horarios de toma y los síntomas nuevos. Puede prevenirse y corregirse una gran gama de errores mediante vigilancia estrecha. Algunos de los errores habituales en la automedicación incluyen dosis incorrectas, falta de cumplimiento derivada de malos entendidos, suspensión o continuación innecesaria de medicamentos sin la supervisión médica y el empleo de medicamentos recetados para enfermedades pasadas. El cuadro 17-3 describe las guías para la capacitación de los adultos mayores acerca del empleo seguro de fármacos.



FIGURA 17-2 ● El personal de enfermería instruye al adulto mayor acerca de sus medicamentos para promover el autocuidado seguro.

Vigilar los valores de laboratorio

Las pruebas de sangre suelen realizarse con la intención de determinar la concentración de medicamentos y valorar si los fármacos logran el resultado deseado. Esta vigilancia es especialmente importante para los adultos mayores, pues su función corporal cambia a lo largo del tiempo, así como el metabolismo y la excreción de los medicamentos. Además, los fármacos pueden actuar de manera diferente en los adultos mayores. La falta de cumplimiento de los esquemas de administración también puede determinarse mediante las pruebas de laboratorio.

El personal de enfermería debe consultar con el médico y el farmacéutico acerca de la frecuencia y el tipo de pruebas de laboratorio que se necesitan para medicamentos específicos. En el caso de los adultos que viven en la comunidad, es importante asegurarse de que puedan transportarse al centro de pruebas de

laboratorio; la limitación en la movilidad, la ausencia de ayuda para el traslado, la falta de dinero y la mala memoria interfieren con la obtención de las pruebas necesarias.

ALTERNATIVAS A LOS MEDICAMENTOS

Los adultos mayores padecen gran cantidad de enfermedades en las que los medicamentos son útiles. No obstante, los fármacos pueden producir efectos adversos graves que pueden provocar una mayor amenaza a la salud de los adultos mayores que la afección principal. Es importante que los medicamentos se utilicen de manera cuidadosa y se comparen las ventajas y los riesgos para garantizar que brinden mayor beneficio que daño.

En algunas ocasiones, los cambios en el estilo de vida pueden mejorar una enfermedad y eliminar la necesidad de medicamentos. Estos cambios pueden incluir modificaciones de la dieta, ejercicio regular, técnicas para control del estrés eficaz y horarios regulares de sueño, descanso y defecación y micción.

CUADRO 17-3 Consejos para el empleo seguro de medicamentos. Herramientas didácticas

- Mantener una lista actualizada de todo lo que consuma:
 - Medicamentos prescritos
 - Medicamentos de venta libre
 - Vitaminas, minerales y otros suplementos alimenticios
 - Remedios herbolarios y homeopáticos
 - Mostrar esta lista a sus proveedores de atención de la salud
- Conocer lo siguiente para cada uno de los fármacos, hierbas, remedios homeopáticos o suplementos alimenticios que consuma (de ser posible, mantener por escrito):
 - Dosis
 - Horario de toma
 - Instrucciones de administración (tomar en ayuno, tomar sólo en caso de síntomas, suspender en X días)
 - Propósito
 - Efectos adversos frecuentes
 - Efectos adversos que deba mencionar a su proveedor de atención de la salud
 - Precauciones (cuándo no deben tomarse, interacciones con los alimentos, los demás fármacos o sustancias)
 - Instrucciones de almacenamiento
 - Fecha de compra u obtención
- Aprender tanto como sea posible sobre los medicamentos que consume mediante la lectura de la información que se incluye con el fármaco y los libros de referencia para el consumidor que se encuentran disponibles en la biblioteca o librería locales.
- Recordar que la dosis de medicamento que emplea puede ser diferente a la que toma alguien más, incluso si se trata del mismo fármaco.
- Tener en mente que pueden desarrollarse efectos adversos frente a fármacos que ha consumido durante varios años sin problemas. Revisar sus síntomas con el proveedor de atención de la salud.
- Intentar reducir el número de medicamentos que consume. Comentar con su proveedor de atención de

la salud la mejoría en sus síntomas u otros cambios que puedan hacer que no requiera más un medicamento específico.

- Revisar de manera periódica las dosis de medicamentos con su proveedor de atención de la salud para determinar si los cambios en la función de su cuerpo requieren la reducción de las dosis.
- Intentar controlar los nuevos síntomas de manera natural en lugar de hacerlo con medicamentos.
- No tomar medicamentos nuevos sin consultar a su proveedor de atención de la salud.

Los tratamientos alternativos y complementarios brindan nuevos aspectos en el tratamiento de las enfermedades. Estas modalidades son cada vez más aceptadas y populares entre los consumidores y pueden brindar abordajes seguros y eficaces para el tratamiento de las enfermedades. Con frecuencia, los tratamientos alternativos pueden reemplazar la necesidad de fármacos o permitir que se empleen dosis menores. Es importante que el personal de enfermería esté al tanto de los usos, las limitaciones, las precauciones y los posibles efectos adversos de este tipo de tratamientos para que logren permitir que el adulto mayor sea un consumidor informado.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cómo puede planificar el uso de tratamientos alternativos y complementarios como sustitutos o adyuvantes a los medicamentos en su práctica profesional? ¿Cuáles son los obstáculos con los que puede enfrentarse al intentar integrar estos métodos en su práctica clínica y qué puede hacer para superarlos?

REVISIÓN DE FÁRMACOS ESPECÍFICOS

El resto de este capítulo se centra en los principales grupos de fármacos y los principales problemas relacionados con su administración en la población mayor. Esta sección no pretende ser una revisión farmacológica exhaustiva; se recomienda que el lector consulte la información específica actual y a los farmacéuticos para obtener la información completa.

Analgésicos

Debido a la alta prevalencia de dolor entre los adultos mayores, los analgésicos se emplean con gran frecuencia. Entre los analgésicos, el antiinflamatorio no esteroideo (AINE) ácido acetilsalicílico (aspirina) es particularmente popular debido a su eficacia y bajo coste. En especial, los adultos mayores son sensibles a los efectos del ácido acetilsalicílico y son más susceptibles a los efectos adversos. Entre los diversos efectos adversos del ácido acetilsalicílico, el sangrado gastrointestinal es el más grave. Cuando se detecta anemia por deficiencia de hierro en los adultos mayores, es importante preguntar acerca del consumo de ácido acetilsalicílico, el cual puede relacionarse con sangrado gastrointestinal. Emplear ácido acetilsalicílico en solución amortiguada o comprimidos con capa entérica y evitar consumirlo en ayuno son medidas útiles para disminuir la irritación y el sangrado gastrointestinales. El insomnio puede presentarse cuando los pacientes emplean productos que contienen ácido acetilsalicílico y cafeína, por lo que es importante preguntar acerca de la marca de ácido acetilsalicílico específica que se emplea al obtener la información referente a los medicamentos consumidos. De manera ocasional, se presentan alteraciones del

SNC cuando las personas con función renal disminuida utilizan ácido acetilsalicílico. Los supositorios de este fármaco pueden provocar irritación en el recto. Los síntomas relacionados con las alteraciones del SNC incluyen cambios en el estado mental, mareos, acúfenos y sordera. Cuando los pacientes siguen una dieta baja en sodio, debe prestarse atención a la ingesta de ácido acetilsalicílico, pues una gran dosis de salicilato de sodio (como puede ocurrir en los pacientes que consumen ácido acetilsalicílico para la artritis) es capaz de aportar una alta cantidad de sodio a la dieta.

El paracetamol (acetaminofeno) también es un analgésico popular entre los adultos mayores con dolor leve o moderado. A pesar de su relativa ausencia de actividad antiinflamatoria, suele recetarse como tratamiento inicial de la artrosis. La dosis diaria total no debe superar los 4 000 mg, pues las altas dosis a largo plazo provocan necrosis hepática irreversible. Las enzimas hepáticas pueden aumentar en el empleo crónico de dosis bajas. Las dosis de paracetamol deben ajustarse en los pacientes con alteración de la función renal. Al igual que el ácido acetilsalicílico y la cafeína, los productos de paracetamol que contienen cafeína o pseudoefedrina pueden provocar insomnio. El paracetamol es capaz de brindar resultados falsos positivos en algunas pruebas de glucemia; debe interrogarse el empleo de nuevos medicamentos cuando se detecten alteraciones en los valores de glucosa. Los pacientes con enfermedad renal o hepática tienen riesgo elevado de tener efectos adversos graves al emplear paracetamol.

Los opiáceos de acción corta (codeína, fentanilo, meperidina, morfina y oxicodona) se emplean para el tratamiento del dolor leve o moderado y suelen utilizarse antes que los opiáceos de acción prolongada (fentanilo, morfina de liberación prolongada y oxicodona de liberación prolongada). Los opiáceos deben emplearse con precaución en los adultos mayores debido a que cuentan con mayor riesgo de efectos adversos, especialmente depresión respiratoria. Los efectos adversos frecuentes durante el uso de estos fármacos incluyen estreñimiento, náuseas, vómitos, sedación, letargia, debilidad, riesgo de caídas, confusión y dependencia. Debido a que los adultos mayores son más susceptibles de padecer hipertrofia prostática benigna u obstrucción y alteración de la función renal relacionada con la edad, es probable que estén en riesgo de desarrollar retención urinaria debida a opiáceos. La meperidina es el opiáceo menos utilizado, pues se excreta por vía renal; ya que los adultos mayores tienen mayor probabilidad de disminución en la función renal, el riesgo de reacciones tóxicas a este fármaco es elevado.

Las guías de enfermería para los adultos mayores que consumen analgésicos incluyen lo siguiente:

- Valorar de manera cuidadosa los síntomas de dolor para detectar la causa subyacente. Disminuir o eliminar la causa del dolor puede hacer que no sea necesario emplear analgésicos.
- Evaluar las opciones no farmacológicas para el control del dolor, como los ejercicios de relajación, los masajes, los baños calientes y las actividades recreativas.
- Si las medidas no farmacológicas para el control del dolor no son exitosas, comenzar con el tipo más débil y la dosis menor de analgésico y aumentar de

manera paulatina con la intención de evaluar la respuesta del paciente.

- Administrar los analgésicos de manera regular para mantener una glucemia constante.
- Observar los signos de infección distintos a la fiebre en los pacientes bajo tratamiento con ácido acetilsalicílico o paracetamol, pues los efectos antipiréticos de los fármacos son capaces de enmascarar la fiebre asociada con la infección.
- Debido a que puede presentarse hemorragia y aumento en los tiempos de coagulación en caso de consumo crónico de ácido acetilsalicílico, valorar los signos de anemia y sangrado y los valores de tiempo de protrombina (TP) y hemoglobina.
- Prestar atención a los signos de toxicidad por salicilatos, como mareos, vómitos, acúfenos, pérdida auditiva, sudoración, fiebre, confusión, ardor en boca y garganta, crisis convulsivas y coma.
- Observar para detectar reacciones hipoglucémicas, las cuales pueden presentarse en personas con diabetes que mezclan el ácido acetilsalicílico con las sulfonilureas.
- Emplear los opiáceos con extrema precaución en los adultos mayores.
- Si se presenta una sobredosis confirmada o sospechada de cualquier fármaco en este grupo, derivar al paciente al servicio de urgencias para obtener ayuda, incluso en ausencia de síntomas. Los signos de toxicidad pueden no ser evidentes durante algunos días, aunque el daño hepático esté avanzando.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - El ácido acetilsalicílico es capaz de aumentar los efectos de los anticoagulantes orales, los antidiabéticos orales, los similares a la cortisona, las penicilinas y la fenitoína.
 - El ácido acetilsalicílico puede conducir a la disminución de los efectos del probenecid, la espironolactona y la sulfinpirazona.
 - La vitamina C en grandes cantidades puede aumentar el efecto del ácido acetilsalicílico, mientras que los antiácidos, el fenobarbital, el propranolol y la reserpina disminuyen su acción.
 - Los efectos del paracetamol pueden aumentar en combinación con el fenobarbital.
 - Los analgésicos opiáceos pueden aumentar los efectos de los antidepresivos, los sedantes, los tranquilizantes y otros analgésicos.
 - El efecto de los opiáceos puede aumentar debido a los antidepresivos y las fenotiazinas; los nitratos pueden aumentar la acción de la meperidina.
 - La meperidina puede conducir a la disminución de los efectos de colirios oftálmicos para el tratamiento del glaucoma.

Antiácidos

La menor cantidad de secreción gástrica y la mayor intolerancia a los alimentos fritos y grasos causan que la indigestión sea algo frecuente en la etapa tardía de la vida, por lo que los antiácidos son un medicamento muy utilizado. Es importante que el

personal de enfermería valore el motivo por el que se emplean los antiácidos. Lo que los pacientes pueden considerar como indigestión, puede ser en realidad cáncer o úlcera gástricos; además, los padecimientos cardíacos pueden presentarse con síntomas atípicos que imitan la indigestión. El uso crónico de antiácidos requiere una valoración diagnóstica.

La disponibilidad y el amplio uso de antiácidos puede provocar que algunas personas no den la suficiente importancia a estos medicamentos. Los antiácidos son fármacos y tienen interacciones con otros medicamentos. El bicarbonato de sodio y el magnesio en los antiácidos son capaces de provocar alteraciones electrolíticas al promover diarrea; el bicarbonato de sodio es capaz de provocar hipernatremia y acidosis metabólica; el carbonato de calcio es capaz de desencadenar hipercalcemia; el empleo prolongado de hidróxido de aluminio puede provocar hiperfosfatemia y la utilización a largo plazo de antiácidos a base de calcio es capaz de conducir a estreñimiento y problemas renales. Por lo tanto, es importante que se utilicen estos fármacos de manera cuidadosa y sólo cuando sean necesarios.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con antiácidos son:

- Durante las valoraciones, preguntar específicamente sobre la toma de antiácidos. Algunos pacientes pueden no considerar los medicamentos antiácidos de venta libre como motivo de preocupación y olvidar mencionarlos en los antecedentes.
- Asegurarse de que los pacientes que han consumido antiácidos de manera frecuente o por tiempo prolongado hayan recibido una valoración del problema de base.
- Evitar la administración de medicamentos dentro de las 2 h de la toma del antiácido, a menos que se prescriba de otra manera, con la intención de evitar que el antiácido afecte la absorción del fármaco.
- Vigilar la defecación. Puede presentarse estreñimiento por empleo de antiácidos con hidróxido de aluminio y calcio; es posible que se presente diarrea en el caso de las formulaciones con hidróxido de aluminio.
- Asesorar a los pacientes con dietas bajas en sodio para evitar el bicarbonato de sodio como antiácido.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - El hidróxido de aluminio puede aumentar el efecto de la meperidina y la pseudoefedrina.
 - El hidróxido de sodio puede aumentar los efectos de dicumarol.
 - La mayoría de los antiácidos pueden disminuir los efectos de los barbitúricos, la clorpromazina, la digoxina, el hierro, la isoniazida, los anticoagulantes orales, la penicilina, la fenitoína, los salicilatos, las sulfonamidas, la tetraciclina y las vitaminas A y C.

Antibióticos

Los cambios en el sistema inmunitario y la alta prevalencia de enfermedades hacen que el adulto mayor sea especialmente vulnerable a las infecciones. Los antibióticos

pueden tener un papel importante en el tratamiento de las infecciones; no obstante, el empleo excesivo de los anti-bióticos ha contribuido al surgimiento y la diseminación de bacterias resistentes a los antibióticos. El *Streptococcus pneumoniae* resistente a la penicilina ha aumentado de manera significativa, así como la resistencia a macrólidos, doxiciclina, trimetoprima-sulfametoxazol y cefalosporinas de segunda y tercera generación. *S. pneumoniae* resistente a antibióticos es una gran preocupación debido a que esta bacteria es la principal causa de neumonía bacteriana extrahospitalaria, meningitis bacteriana y sinusitis bacteriana. La candidosis oral, la colitis y la vaginitis son infecciones frecuentes debidas al tratamiento con antibióticos, las cuales pueden provocar molestias y mayores problemas. Además, las reacciones adversas a los antibióticos se presentan con mayor frecuencia en los adultos de edad avanzada en comparación con otros grupos etarios. Debido a las consecuencias graves, el tratamiento con antibióticos debe emplearse de manera selectiva y con precaución.

Cualquier antibiótico puede producir diarrea, náuseas, vómitos, anorexia y reacciones alérgicas. La vancomicina y los aminoglucósidos (amikacina, gentamicina y tobramicina) parenterales requieren vigilancia estrecha debido al riesgo de provocar pérdida auditiva e insuficiencia renal; las pruebas de función renal deben realizarse de manera regular durante el empleo de estos medicamentos. Las fluoroquinolonas (p. ej., ciprofloxacino y moxifloxacino) aumentan el riesgo de hipoglucemia e hiperglucemia en los adultos mayores y pueden provocar alargamiento del intervalo QTc; este grupo de antibióticos no se emplea en pacientes con prolongación del intervalo QTc diagnosticada o que reciben ciertos fármacos antiarrítmicos. Las cefalosporinas son capaces de provocar resultados falsos de glucosa en orina.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con antibióticos incluyen:

- Verificar que se obtengan cultivos cuando se presenta o sospecha una infección; diferentes antibióticos son eficaces en diferentes infecciones.
- Administrar antibióticos en un esquema regular para mantener la concentración sanguínea. Reforzar a los pacientes que no deben omitir las dosis. Considerar desarrollar una guía de administración o calendario para ayudar al paciente de edad mayor a recordar la toma de medicamentos.
- Observar los signos de superinfecciones, las cuales pueden ser el resultado de la administración crónica de antibióticos.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Las penicilinas son medicamentos que se unen a proteínas. Al tomar penicilina en conjunto con otros fármacos que se unen a proteínas (p. ej., ácido acetilsalicílico, fenitoína, valproato, aripiprazol, buspirona y clozapina), los efectos de este fármaco pueden disminuir, así como los efectos de los demás fármacos que se unen a proteínas.
 - La acción de la ampicilina y la carbenicilina puede disminuir en presencia de antiácidos, cloranfenicol, eritromicina y tetraciclina.
 - Los efectos de la doxiciclina pueden disminuir con la mezcla de laxantes y

antiácidos a base de aluminio, calcio o magnesio, las preparaciones de hierro, el fenobarbital y el alcohol.

- Los efectos del sulfafurazol pueden aumentar si se combina con ácido acetilsalicílico, oxifenbutazona, probenecid, sulfipirazona y ácido paraaminosalicílico. El sulfisoxazol puede aumentar los efectos del alcohol, los antidiabéticos orales, los anticoagulantes orales, el metotrexato y la fenitoína.
- El probenecid retrasa la excreción de la mayoría de los antibióticos, lo que conlleva el riesgo de aumentar la concentración de éstos en la sangre y los efectos adversos.

Anticoagulantes

Los anticoagulantes son eficaces en la prevención de la trombosis venosa y arterial y se prescriben con frecuencia para los pacientes con antecedentes de enfermedades trombóticas, infartos de miocardio, ictus, coronariopatías, así como método profiláctico en pacientes con cirugía de cadera o reemplazo valvular mitral. A pesar de que son beneficiosos, los anticoagulantes tienen un rango de tratamiento estrecho y conllevan un mayor riesgo de hemorragia en las personas de edad avanzada.

Por lo general, se prescribe heparina para la anticoagulación veloz y se continúa el tratamiento con warfarina (cumarina) para el tratamiento a largo plazo. Ninguno de estos dos medicamentos disuelve los coágulos ya existentes, sino que previenen la formación de nuevos coágulos. La heparina inhibe la respuesta de los eosinófilos a la hormona adrenocorticotrópica y la insulina. La osteoporosis y las fracturas espontáneas son un riesgo para las personas que han empleado heparina por largos períodos.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con anticoagulantes incluyen:

- Verificar que los pacientes tratados con anticoagulantes cuenten con vigilancia de TP/cociente internacional normalizado (INR, *international normalized ratio*); comentar con el médico la frecuencia recomendada.
- Es probable que se administren dosis ajustadas para la edad; consultar con el médico.
- Administrar anticoagulantes en el mismo horario todos los días para mantener una concentración sérica constante.
- Observar los signos de sangrado; instruir a los pacientes en la detección de estos signos.
- Educar a los pacientes acerca de la necesidad de ser cuidadosos con la dieta. Una gran ingesta de vitamina K en alimentos como los espárragos, el tocino (*bacon*), el hígado de res, la coliflor, el pescado, la col (repollo) y los vegetales de hoja verde puede reducir la eficacia de los anticoagulantes. El mango y la papaya pueden aumentar el INR. Las altas dosis de vitamina E pueden incrementar el riesgo de sangrado.
- Advertir a los pacientes no consumir productos herbolarios hasta que se los haya

aprobado su proveedor de atención de la salud. Gran cantidad de hierbas pueden interactuar con los anticoagulantes.

- Mantener disponible vitamina K como antídoto cuando los pacientes estén bajo tratamiento con anticoagulantes.
- aconsejar a los pacientes evitar el consumo de ácido acetilsalicílico, pues puede interferir con la agregación plaquetaria y provocar hemorragia. Se requieren 3 g o más de salicilatos (cantidad que puede lograrse en el tratamiento de artritis con ácido acetilsalicílico) para provocar hemorragia en los adultos mayores.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los anticoagulantes pueden provocar el aumento de los efectos de los hipoglucemiantes orales y la fenitoína y disminuir los efectos de la ciclosporina y la fenitoína.
 - Los efectos de los anticoagulantes pueden aumentar a causa del paracetamol, el alopurinol, la alteplasa, el amprenavir, los andrógenos, el ácido acetilsalicílico y algunos otros AINE, la azitromicina, el subsalicilato de bismuto, algunos antagonistas de los canales de calcio, la capsaicina, los antibióticos de amplio espectro, la clorpromazina, la colchicina, el ácido etacrínico, el aceite mineral, la fenitoína, el probenecid, la reserpina, la tiroxina, la tolbutamida y los antidepresivos tricíclicos (ATC).
 - Los efectos de los anticoagulantes pueden disminuir por los antiácidos, los antitiroideos, los barbitúricos, la carbamazepina, la clorpromazina, la colestiramina, los estrógenos, la rifampicina, los diuréticos tiazídicos y la vitamina K.
 - La heparina puede disminuir su efecto a causa de la digoxina, los antihistamínicos, la nicotina y las tetraciclinas.

Anticonvulsivos

Las crisis convulsivas en los adultos mayores pueden presentarse como consecuencia de antecedentes de epilepsia, lesión, hipoglucemia, infecciones, desequilibrio electrolítico o reacciones farmacológicas. Tratar algunos de estos padecimientos es suficiente para eliminar las crisis convulsivas y la necesidad de medicamentos anticonvulsivos; este hecho refuerza la importancia de una valoración completa y las pruebas terapéuticas para identificar la causa precisa.

Los anticonvulsivos pueden emplearse solos o en combinación para mantener concentraciones sanguíneas capaces de controlar las crisis con la menor cantidad de efectos adversos. Las personas mayores tienen un riesgo incrementado de toxicidad por anticonvulsivos, lo que requiere el empleo cuidadoso. La carbamazepina, la lamotrigina, el valproato y la gabapentina se prefieren sobre el fenobarbital y la fenitoína para el tratamiento de la epilepsia en la edad avanzada.

Además de las crisis convulsivas, los anticonvulsivos son útiles en el tratamiento de los trastornos bipolar y esquizoafectivo, el dolor neuropático crónico, la prevención de migrañas y otras alteraciones.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con anticonvulsivos incluyen:

- Observar y preguntar acerca de los posibles efectos adversos de estos medicamentos, incluyendo cambios en los hábitos intestinales, equimosis anómalas, sangrado, palidez, debilidad, ictericia, dolor articular y muscular, náuseas, vómitos, anorexia, mareos (aumento en el riesgo de caídas), visión borrosa, diplopia, confusión, agitación, habla incoherente, alucinaciones, arritmias, hipotensión, alteración del sueño, acúfenos, retención urinaria y glucosuria.
- Debido a que estos fármacos disminuyen la actividad psicomotora, asegurarse de que el paciente cuente con actividad física apropiada.
- Garantizar evaluaciones periódicas de las concentraciones séricas farmacológicas necesarias (p. ej., carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, primidona y ácido valproico).
- Estar al tanto de los medicamentos que pueden empeorar cualquier enfermedad renal o hepática.
- Los anticonvulsivos no deben suspenderse de manera repentina. Recomendar a los pacientes verificar con sus médicos antes de suspender estos medicamentos.
- Aconsejar a los pacientes evitar el consumo de toronja (pomelo) y jugo de toronja al tomar esta clase de medicamentos, pues aumenta el riesgo de toxicidad.
- Vigilar de cerca a los pacientes con glaucoma, coronariopatía o enfermedad prostática. Los anticonvulsivos pueden empeorar estas enfermedades.
- Recordar que los anticonvulsivos pueden provocar fotosensibilidad.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los anticonvulsivos pueden aumentar el efecto de los analgésicos, los antihistamínicos, el propranolol, los sedantes y los tranquilizantes.
 - Los anticonvulsivos disminuyen los efectos de la cortisona y los anticoagulantes.
 - Los depresores del SNC aumentan su efecto y alteran la acción de los anticonvulsivos cuando éstos se combinan con los ATC.
 - Los anticonvulsivos y los digitálicos que se consumen de manera conjunta aumentan gravemente el riesgo de toxicidad por cualquiera de ambos fármacos.

Antidiabéticos (hipoglucemiantes)

Los medicamentos antidiabéticos requieren ajuste cuidadoso de las dosis con base en el peso, la dieta y el grado de actividad individual. Algunos de los medicamentos en este grupo son la insulina y las sulfonilureas. La autoadministración de insulina puede ser un reto para algunos adultos mayores, en especial aquellos con artritis en manos, mala visión o alteraciones cognitivas. La valoración continua de la capacidad del paciente y la familia para realizar las inyecciones es de suma importancia. Las personas que aún producen cierto grado de insulina pueden consumir sulfonilureas. Los ejemplos incluyen la clorpropamida, la glimepirida, la glipizida, la glibenclamida, la tolazamida y la tolbutamida; la metformina no se recomienda para

los adultos mayores de 80 años de edad debido al riesgo de acidosis metabólica.

La clorpropamida y la glibenclamida no son medicamentos que se prefieran en la edad avanzada debido a que tienen vidas medias prolongadas y aumentan el riesgo de hipoglucemia grave.

La hipoglucemia es una situación más probable y de mayor riesgo para los pacientes mayores con diabetes que la cetosis. Algunos signos típicos de hipoglucemia pueden no estar presentes en los adultos mayores; la confusión y la alteración del habla pueden ser la primera indicación de esta complicación.

Véase el capítulo 26 para mayor información acerca de la atención del paciente con diabetes. Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con medicamentos antidiabéticos incluyen:

- Instruir a los pacientes con diabetes y sus cuidadores acerca del empleo y el almacenamiento correctos de los medicamentos y el reconocimiento de la hipoglucemia e hiperglucemia. Reforzar que no todos los tipos de insulina y medicamentos orales son intercambiables (p. ej., diferentes fármacos tienen diferente potencia, inicio de acción y duración).
- Verificar que las personas que presentan diabetes mellitus utilicen o porten una identificación para avisar a los demás acerca de su diagnóstico en caso de que sean encontrados inconscientes o en estado mental alterado.
- En el caso de los pacientes que usan insulina, explorar de manera regular los sitios de inyección. El eritema local, el edema, el dolor y el desarrollo de nódulos en el sitio de inyección pueden indicar alergia a la insulina. La presencia de una depresión en el sitio de inyección puede ser resultado de atrofia o hipertrofia asociada con lipodistrofia por insulina, una alteración que no supone riesgo pero estéticamente no es placentera.
- Informar acerca de las alteraciones que puedan necesitar cambios en los requerimientos de medicamentos, como fiebre, traumatismo grave, diarrea o vómitos crónicos, alteración de la función tiroidea o enfermedades cardíacas, renales o hepáticas.
- Recomendar a los pacientes no beber alcohol, pues esta bebida puede disminuir de manera grave la glucemia.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los efectos de los fármacos antidiabéticos pueden aumentar con el consumo de alcohol, anticoagulantes orales, cimetidina, isoniazida, ranitidina, sulfinpirazona y grandes dosis de salicilatos.
 - Los antidiabéticos pueden disminuir su actividad en caso de consumo concomitante de clorpromazina, similares de la cortisona, furosemida, fenitoína, tiazídicos, fármacos tiroideos y medicamentos para la tos y el resfriado.
 - Los medicamentos antidiabéticos son capaces de potenciar el efecto de los anticoagulantes.

Antihipertensivos

La circulación adecuada es complicada en la vida tardía debido a que se reduce la elasticidad de los vasos periféricos y existen depósitos de sustancias acumuladas en la luz de los vasos. Para compensar el aumento de la resistencia periférica, se incrementa la presión sistólica. De la misma manera, la presión diastólica aumenta en respuesta a la reducción del gasto cardíaco relacionada con la edad. A pesar de que este incremento en la presión arterial compensa los cambios que interfieren con la circulación adecuada, producen una nueva serie de riesgos cuando el valor de la presión arterial se considera hipertensión (> 140 mm Hg sistólica o > 90 mm Hg diastólica).

Debido a que los diuréticos anulan los efectos retentivos de sodio y agua de otras clases de antihipertensivos, como los β -bloqueadores, son los fármacos que se combinan con mayor frecuencia con otros medicamentos antihipertensivos. Los diuréticos provocan que los vasos sanguíneos se dilaten y ayudan a los riñones a eliminar sal y agua, lo que disminuye el volumen hídrico en todo el cuerpo, así como la presión arterial. Los β -bloqueadores detienen el efecto de la porción simpática del sistema nervioso, una parte del sistema que responde con rapidez al estrés mediante el aumento de la presión arterial. Los ejemplos incluyen acebutolol, atenolol, betaxolol, bisoprolol, carteolol, metoprolol, nadolol, penbutolol, pindolol, propranolol y timolol. Los efectos adversos de los β -bloqueadores pueden incluir mareos, síncope, broncoespasmo, bradicardia, insuficiencia cardíaca, enmascaramiento de hipoglucemia, alteración de la circulación periférica, insomnio, fatiga, disnea, depresión, fenómeno de Raynaud, sueños vívidos, alucinaciones, disfunción sexual y, en el caso de algunos β -bloqueadores, aumento en las concentraciones de triglicéridos.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) (lisinopril) son medicamentos con alta tolerancia y empleo frecuente como fármacos iniciales en el tratamiento de la hipertensión. Esta clase de fármacos dilata las arteriolas al prevenir la formación de angiotensina II, la cual provoca que las arteriolas se constriñan, y bloquea la conversión de angiotensina I en angiotensina II mediante la enzima convertidora de angiotensina. Los ejemplos incluyen benazeprilo, captoprilo, enalaprilo, fosinopril, lisinopril, moexiprilo, perindopril, quinapril, ramipril ytrandolapril. La tos es uno de los efectos adversos frecuentes de estos medicamentos. En los pacientes en los que se indican, pero no se toleran las combinaciones de IECA y diurético, también pueden prescribirse las combinaciones de antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (p. ej., losartán) y diurético.

Los antagonistas de los canales de calcio provocan que las arteriolas se dilaten mediante un mecanismo completamente diferente. Los ejemplos de esta clase de fármaco incluyen el amlodipino, el diltiazem (sólo de liberación prolongada), el felodipino, el isradipino, el nicardipino, el nifedipino (sólo liberación prolongada), el nisoldipino y el verapamilo. Los efectos adversos de estos medicamentos incluyen cefalea, mareos, rubor, retención de líquidos, alteraciones de la conducción cardíaca (incluyendo bloqueo cardíaco), bradicardia, insuficiencia cardíaca, hipertrofia de encías y estreñimiento. Los IECA y los antagonistas de los canales de calcio pueden emplearse en conjunto para disminuir la presión arterial, al igual que otros

medicamentos.

Los α -bloqueadores (doxazosina, prazosina y terazosina) y ARA II (candesartán, eprosartán, irbesartán, losartán, telmisartán y valsartán) se encuentran entre los fármacos que pueden emplearse para el tratamiento de la hipertensión.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con medicamentos antihipertensivos incluyen:

- Valorar de manera cuidadosa la presión arterial. Obtener lecturas con el paciente en decúbito, sentado y de pie.
- Ayudar a los pacientes a aprender y utilizar medidas no farmacológicas para disminuir la presión arterial, como la reducción de peso, la limitación de la ingesta de sodio y alcohol, la práctica de ejercicio aeróbico moderado y las técnicas de control del estrés.
- Vigilar de cerca a los pacientes una vez que se implemente el tratamiento. Algunos antihipertensivos pueden provocar hipotensión leve al inicio. Advertir a los pacientes que cambien de posición lentamente. Si se prescriben diuréticos, vigilar de cerca la presencia de deshidratación relacionada con diuréticos. Debido a que los efectos adversos relacionados con las tiazidas son frecuentes en los adultos mayores (Makam, 2014), deben vigilarse y detectarse los signos de alteraciones (p. ej., hiponatremia, hipocalcemia e insuficiencia renal aguda).
- Garantizar que todos los pacientes obtengan las pruebas de laboratorio indicadas. Vigilar el potasio sérico es de especial importancia cuando los pacientes reciben IECA en conjunto con potasio o diuréticos ahorradores de potasio.
- Vigilar a los pacientes para detectar efectos adversos.
- Reforzar a los pacientes la importancia de cumplir con el tratamiento, inclusive en ausencia de síntomas.
- Algunos de los antihipertensivos no deben suspenderse de manera súbita. Recomendar a los pacientes verificar con sus médicos antes de suspender estos fármacos.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los medicamentos antihipertensivos pueden incrementar los efectos de los barbitúricos, la insulina, los antidiabéticos orales, los sedantes y los diuréticos tiazídicos.
 - Los efectos de los antihipertensivos pueden disminuir en presencia de anfetaminas, antiácidos, antihistamínicos, salicilatos y ATC.
 - El verapamilo puede aumentar la concentración sérica de digoxina.
 - Los efectos del propranolol pueden ser incrementados por la cimetidina, el ciprofloxacino y los diuréticos.
 - El jugo de toronja afecta la biodisponibilidad y altera los efectos de los antagonistas de los canales de calcio.
 - Cada uno de los medicamentos cuenta con interacciones específicas; consulte la información farmacológica para conocer cada uno de ellos.

Antiinflamatorios no esteroideos

La alta prevalencia de artritis en los adultos mayores contribuye al amplio uso de los AINE. Esta clase de medicamentos son eficaces en el alivio del dolor y la inflamación leves o moderados; no obstante, habitualmente no se emplean a menos que los analgésicos de bajo riesgo (p. ej., paracetamol) no hayan mostrado beneficios. Los ejemplos de AINE incluyen diclofenaco, diflunisal, flurbiprofeno, indometacina, ácido meclofenámico, naproxeno, piroxicam, salicilatos y tolmetina.

Los inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (COX-2) son una nueva clase de AINE introducidos al mercado en 1998 con la ventaja de producir menor irritación gástrica. Se denominan *inhibidores de la COX-2* debido a que antagonizan la enzima ciclooxigenasa, la cual se considera como desencadenante del dolor y la inflamación en el organismo. En 2005, el comité de recomendaciones de la Food and Drug Administration (FDA) concluyó que los inhibidores de la COX-2 aumentan el riesgo de infartos de miocardio e ictus. Sin embargo, la FDA aceptó la comercialización de algunos de estos fármacos (p. ej., celecoxib) porque para numerosas personas los beneficios superan los riesgos cardiovasculares. Cuando las personas se encuentran bajo tratamiento con celecoxib, se requiere vigilancia cuidadosa. Algunos de los efectos adversos que deben detectarse incluyen el edema facial, de dedos, manos y miembros inferiores, dolor abdominal intenso y signos de sangrado. Las personas que son alérgicas a las sulfonamidas pueden tener reacciones alérgicas al celecoxib.

Cualquier AINE puede provocar o agravar la insuficiencia renal, elevar la presión arterial y agudizar la insuficiencia cardíaca. Las guías de enfermería para adultos mayores bajo tratamiento con AINE incluyen:

- Los AINE tienen una ventana terapéutica limitada y las concentraciones tóxicas se acumulan con mayor facilidad y con menores dosis en los adultos mayores. Vigilar de cerca y preguntar sobre los efectos adversos, como síntomas digestivos, alteración de la audición e indicaciones de alteraciones del SNC. Recordar que los adultos mayores tienen mayor riesgo de desarrollar delirium como efecto adverso de estos fármacos.
- Verificar que las pruebas de laboratorio se realicen de manera regular.
- Administrar este tipo de medicamentos con alimentos o un vaso de leche, a menos que esté contraindicado, para disminuir la irritación gastrointestinal.
- Si los pacientes utilizan ácido acetilsalicílico debido a sus propiedades cardioprotectoras y comienzan a consumir otro AINE, consultar con el médico o el farmacéutico, pues algunos de estos fármacos (p. ej., ibuprofeno) disminuyen los beneficios cardíacos del ácido acetilsalicílico.
- El empleo prolongado de la indometacina, el meclofenamato, el piroxicam y la tolmetina puede provocar efectos en el SNC (cefalea, mareos, somnolencia y confusión). Al revisar los medicamentos de un paciente, prestar atención a si se han consumido durante largo tiempo y evaluar este dato con el médico y el farmacéutico.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los AINE pueden incrementar los efectos de los anticoagulantes orales, la

insulina, los antidiabéticos orales, la ciclosporina, el litio, la penicilina, la fenitoína y las sulfonamidas; pueden disminuir los efectos de los diuréticos y los β -bloqueadores.

- Cuando el celecoxib se emplea con ácido acetilsalicílico, litio o fluconazol, existe un aumento en el riesgo de efectos adversos graves.

Hipolipemiantes

Cada vez un mayor número de individuos en envejecimiento se hacen conscientes de los riesgos asociados con las concentraciones de las lipoproteínas de baja densidad (LDL, *low-density lipoproteins*). La publicidad dirigida al consumidor también ha incrementado la conciencia acerca del problema. El resultado es que cada vez se emplean con mayor frecuencia los hipolipemiantes. Estos medicamentos han demostrado beneficios en la reducción de las crisis cardiovasculares y la mortalidad en los adultos mayores.

El principal objetivo de la reducción de colesterol es disminuir la LDL y aumentar las lipoproteínas de alta densidad (HDL, *high-density lipoproteins*). Los objetivos del tratamiento son individualizados con base en un perfil único para cada paciente. A menudo, antes de comenzar con el tratamiento, se emplean otras medidas (seguir una dieta favorable para la salud cardíaca, programas de actividad física y disminución del peso). Los medicamentos hipolipemiantes incluyen las estatinas, la niacina, las resinas de ácido biliar, los derivados del ácido fibrico y los inhibidores de la absorción de colesterol.

Las estatinas (inhibidores de la HMG-CoA reductasa) suelen ser el tratamiento de primera elección e impiden la producción de colesterol en el hígado. Los ejemplos incluyen rosuvastatina, atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina y simvastatina. También se dispone de estatinas combinadas, como Advicor[®], una mezcla de estatina y niacina, y Caudet[®], una mezcla de atorvastatina y amlodipino. Debido a que estos medicamentos pueden alterar la función hepática, deben realizarse pruebas de función hepática antes de comenzar el tratamiento y en intervalos regulares a partir del inicio. El dolor muscular es un síntoma importante que debe vigilarse en los adultos mayores bajo tratamiento con estos fármacos, pues pueden provocar miopatía y deterioro del músculo esquelético, lo que desencadena insuficiencia renal.

La niacina, o ácido nicotínico, es una vitamina del complejo B que además de poderse obtener en la dieta, se encuentra disponible para su prescripción con la intención de disminuir las concentraciones de LDL y aumentar las de HDL. Los ejemplos de estas formulaciones incluyen Niacor[®], Niaspan[®] y Slo-Niacin[®]. Los principales efectos adversos son rubor, prurito, parestesias y cefalea; el ácido acetilsalicílico puede disminuir algunos de estos síntomas. La niacina interfiere con el control de la glucosa y empeora la diabetes; también puede empeorar la enfermedad colestásica y la gota.

Las resinas de ácido biliar funcionan dentro del intestino, donde se unen a la bilis para prevenir que se reabsorban en el sistema circulatorio. Los ejemplos incluyen colestiramina, colestipol y colesevelam. Los efectos adversos más frecuentes son el

estreñimiento, las flatulencias y la dispepsia. Estos medicamentos pueden interactuar con los diuréticos, los β -bloqueadores, los corticoesteroides, las hormonas tiroideas, la digoxina, el ácido valproico, los AINE, las sulfonilureas y la warfarina; se debe consultar con el médico y el farmacéutico acerca del tiempo de espera entre la administración de estos medicamentos y las resinas de ácido biliar.

Los derivados del ácido fibrico, a pesar de que su mecanismo de acción no se comprende del todo, mejoran la descomposición de partículas con alto contenido de triglicéridos, disminuyen la secreción de ciertas lipoproteínas e inducen la síntesis de HDL. Los ejemplos incluyen fenofibrato y gemfibrozilo. Deben valorarse las pruebas de función renal y el hemograma antes de comenzar el tratamiento con estos fármacos, y de manera regular después de comenzarlo.

Los inhibidores de la absorción de colesterol actúan mediante la inhibición de la absorción de colesterol en los intestinos. Vytorin[®] es un medicamento nuevo que se compone de ezetimiba y simvastatina.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con hipolipemiantes incluyen:

- Ayudar a los pacientes a implementar cambios en la dieta y el estilo de vida para promover la disminución de las concentraciones de colesterol.
- Verificar que los pacientes se realicen pruebas de función hepática y otras pruebas necesarias.
- Vigilar las interacciones y seguir las precauciones para cada una de las categorías de hipolipemiantes comentadas con anterioridad.

Fármacos que mejoran la cognición

Casi 5 millones de personas con demencia y cerca de 30 millones con algún tipo de alteración de la memoria en los Estados Unidos han propiciado que aumente el desarrollo de fármacos para mejorar las funciones cognitivas. Estos medicamentos pueden disminuir la progresión del deterioro cognitivo en las personas con demencia leve, pero no mejoran la función en los casos de deterioro grave. Estos fármacos incluyen:

- *Inhibidores de la colinesterasa.* Donepezilo, galantamina, rivastigmina y tacrina.
- *Antagonistas de los receptores de NMDA.* Memantina.

Los medicamentos de esta categoría provocan diversos efectos adversos, incluyendo náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, pérdida de peso, polaquiuria, calambres musculares; dolor, edema o rigidez articulares; fatiga, mareos, cefalea, somnolencia, nerviosismo, depresión, confusión, cambios en el comportamiento, sueños anómalos, dificultad para dormir o permanecer dormido; decoloración o equimosis de la piel; eritema, escama y prurito cutáneos.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con medicamentos que mejoran la función cognitiva incluyen:

- Evaluar el estado mental del paciente, la cognición y las actividades de la vida cotidiana antes de comenzar el tratamiento, y de manera regular después de

comenzarlo. Vigilar los signos y los síntomas de sangrado gastrointestinal. Verificar que los pacientes que consumen tacrina obtengan con regularidad pruebas de función hepática.

- Recomendar a los pacientes que emplean estos medicamentos que sean reevaluados a medida que mejora su padecimiento.
- Los inhibidores de la colinesterasa pueden afectar la conducción cardíaca en los pacientes con alteraciones de esta función o que emplean medicamentos que modifican la frecuencia cardíaca. Revisar los riesgos potenciales con el médico y el farmacéutico.
- Evitar suspender de manera súbita esta clase de medicamentos. Recomendar a los pacientes que verifiquen con sus médicos antes de suspender estos fármacos.
- Instruir a los pacientes que la tacrina debe tomarse en ayuno y la galantamina con alimentos.
- Estar alerta a las interacciones con anticolinérgicos, ácido acetilsalicílico (se emplean dosis elevadas en la artritis), colinérgicos, inhibidores de la colinesterasa, AINE de uso prolongado, carbamazepina, dexametasona, fenobarbital, fenitoína y rifampicina.

Digoxina

Las preparaciones de digitálicos se emplean en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva, el aleteo o la fibrilación auriculares, la taquicardia supraventricular y las extrasístoles con la intención de aumentar la fuerza de la contracción cardíaca a través de la acción directa sobre el miocardio. La mejoría resultante en la circulación también ayuda a disminuir el edema.

Por lo general, las dosis en los adultos mayores no deben ser mayores de 0.125 mg, a menos que se empleen para el control de la arritmia auricular y la frecuencia ventricular. La digoxina debe emplearse con precaución en pacientes con alteración de la función renal.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con digoxina incluyen:

- Vigilar e indicar al paciente y los cuidadores que verifiquen la frecuencia cardíaca, el ritmo y la regularidad antes de la administración de digoxina.
- La vida media biológica habitual de estos medicamentos puede extenderse en los adultos mayores, lo que aumenta el riesgo de toxicidad por digitálicos. Los signos de toxicidad incluyen bradicardia, diarrea, anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, delirium, agitación, alucinaciones, cefalea, inquietud, insomnio, pesadillas, afasia, ataxia, debilidad y dolor musculares, arritmias cardíacas y concentraciones séricas de fármaco elevadas (aunque *la toxicidad puede presentarse con concentraciones normales*). Informar de manera oportuna cualquier signo de posible toxicidad.
- La hipocalemia causa que los pacientes sean más susceptibles a la toxicidad. Verificar que los individuos consuman alimentos ricos en potasio y que se evalúen

de manera regular las concentraciones de potasio.

- Los pacientes mayores pueden presentar signos de toxicidad con concentraciones séricas normales del fármaco. Verificar que se vigilen los signos.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los efectos de la digoxina pueden aumentar en presencia de alprazolam, anfotericina, benzodiazepinas, carvedilol, ciclosporina, eritromicina, ácido etacrínico, fluoxetina, eritromicina, guanetidina, ibuprofeno, indometacina, fenitoína, propranolol, quinidina, tetraciclinas, tolbutamida, trazodona, trimetoprima, verapamilo, entre otros.
 - El riesgo de toxicidad puede disminuirse mediante antiácidos, colestiramina, caolín pectina, laxantes, neomicina, fenobarbital y rifampicina.
 - El riesgo de toxicidad aumenta cuando los digitálicos se consumen en conjunto con cortisona, diuréticos, reserpina parenteral y medicamentos tiroideos.

Diuréticos

Los diuréticos se emplean en el tratamiento de diversas enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión y la insuficiencia cardíaca congestiva. Existen varios tipos principales de diuréticos que actúan de distintas maneras:

- *Tiazidas*. Inhiben la reabsorción en el sitio de dilución cortical del asa ascendente de Henle y aumentan la excreción de cloruro y potasio. Los ejemplos incluyen clorotiazida, hidroclorotiazida y metolazona.
- *Diuréticos de asa*. Inhiben la reabsorción de sodio y cloruro en la porción proximal del asa ascendente de Henle. Los ejemplos incluyen bumetanida, ácido etacrínico y furosemida.
- *Diuréticos ahorradores de potasio*. Antagonizan la aldosterona en el túbulo distal, lo que provoca que el agua y el sodio, mas no el potasio, se excreten. Los ejemplos incluyen la amilorida, la espironolactona y el triamtereno.

En circunstancias normales, los adultos mayores están en riesgo elevado de desarrollar desequilibrios hidroelectrolíticos; el tratamiento con diuréticos aumenta este riesgo de manera importante. Debe prestarse especial atención al reconocimiento de los signos de desequilibrio de manera temprana y corregirlos de forma oportuna.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Los diuréticos tiazídicos ayudan a disminuir la presión arterial, aunque provocan disminución de la concentración de potasio.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con diuréticos incluyen:

- Planificar la administración de los fármacos en un horario que interfiera lo menos posible con la rutina del paciente. Suele preferirse la administración matutina.
- Vigilar los ingresos y los egresos y verificar el consumo adecuado de líquidos.

- Instruir a los pacientes y los cuidadores acerca del reconocimiento y el informe inmediato de los signos de desequilibrio hídrico o electrolítico, a saber: sequedad de boca, confusión, sed, debilidad, letargia, somnolencia, inquietud, calambres musculares, fatiga muscular, hipotensión, disminución del gasto urinario, pulso lento y alteraciones gastrointestinales.
- Debido a que la hipotensión postural puede presentarse por el uso de estos fármacos, prestar atención para prevenir caídas.
- Observar los signos de diabetes latente, la cual puede manifestarse en ocasiones gracias al tratamiento con tiazidas.
- Observar la presencia de signos de reacciones adversas metabólicas cuando se utilicen diuréticos tiazídicos.
- Vigilar la audición en pacientes bajo tratamiento con diuréticos de asa, pues estos medicamentos pueden provocar ototoxicidad temporal.
- Los diuréticos pueden empeorar la hepatopatía existente, las enfermedades renales, la gota y la pancreatitis, así como elevar la glucemia en pacientes con diabetes. Vigilar de cerca a los pacientes que padecen estas enfermedades.
- Garantizar que se valoren de manera periódica los electrolitos séricos, glucosa y nitrógeno ureico en sangre.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los diuréticos pueden aumentar los efectos de los antihipertensivos y disminuir los del alopurinol, la digoxina, los anticoagulantes orales, los fármacos antidiabéticos y el probenecid.
 - Los efectos de los diuréticos pueden aumentar en caso de empleo concomitante de analgésicos y barbitúricos, mientras que los efectos de los diuréticos se incrementan en presencia de colestiramina y altas dosis de ácido acetilsalicílico (administrar estos fármacos al menos 1 h antes).

Laxantes

La disminución del peristaltismo relacionada con la edad y la tendencia de los adultos mayores a realizar menor actividad, consumir menor cantidad de fibra y tomar medicamentos que provocan estreñimiento hacen que éste sea un problema frecuente. Las medidas no farmacológicas para promover la defecación adecuada deben implementarse antes de recurrir al empleo de laxantes. Cuando los laxantes son necesarios, deben elegirse y administrarse con precaución. Los laxantes cuentan con diversos mecanismos de acción:

- *Formadores de masa.* Los fármacos como la metilcelulosa absorben líquido en los intestinos y producen masa adicional, la cual causa distensión y aumenta el peristaltismo. Estos fármacos suelen actuar en 12-24 h. Los formadores de masa deben tomarse con grandes cantidades de agua. Estos compuestos no deben usarse en caso de que existan signos de obstrucción intestinal.
- *Ablandadores de heces.* Los medicamentos de esta clase, como el docusato disódico,

absorben líquido hacia las heces, lo que les brinda menor consistencia y facilita su movilización. Estos fármacos no afectan el peristaltismo; ejercen su efecto en 24-48 h.

- *Hiperosmolares.* Las sustancias como la glicerina provocan la secreción de agua hacia el colon, lo que produce distensión intestinal e incremento del peristaltismo. Estos fármacos tienen efecto en 1-3 días; están contraindicados cuando existe riesgo de bolo fecal.
- *Estimulantes.* Este tipo de sustancias, como la cáscara sagrada, irritan el músculo liso en los intestinos y provocan la secreción de agua hacia el intestino, acciones que producen el peristaltismo. Su efecto es evidente en 6-10 h. Los estimulantes son capaces de causar cólicos intestinales y excreción excesiva de líquido.
- *Lubrificantes.* La materia fecal es cubierta por sustancias como el aceite mineral para facilitar su movilización. Las sustancias de este tipo actúan en 6-8 h. No están recomendados en los pacientes mayores.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con laxantes incluyen:

- Ayudar a los pacientes a prevenir el estreñimiento haciendo consciencia de que es un problema frecuente.
- Ayudar de manera cuidadosa cuando los pacientes informen la presencia de estreñimiento antes de decidir implementar el tratamiento con laxante.
- Reforzar a los adultos mayores y los cuidadores que los laxantes, aunque son populares, son medicamentos que pueden producir efectos adversos e interactuar con otros.
- Instruir a los pacientes que la ingesta de líquidos adecuada debe acompañar al consumo de laxantes formadores de masa y ablandadores de heces para prevenir la acumulación de materia fecal y la presencia de obstrucción intestinal.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los laxantes pueden disminuir la eficacia de diversos medicamentos orales al aumentar la velocidad con la que atraviesan el aparato digestivo.
 - El uso crónico de aceite mineral puede agotar las reservas corporales de vitaminas liposolubles (A, D, E, K).

Psicoactivos

Ansiolíticos

Los problemas financieros, las muertes, el crimen, la enfermedad y otros factores que enfrentan con frecuencia los adultos mayores son una causa legítima de ansiedad. La ayuda económica, el asesoramiento, la instrucción en el autocuidado y diversas intervenciones pueden brindar mejores resultados en el tratamiento a largo plazo de la ansiedad situacional en comparación con los fármacos solos, y estas medidas pueden prevenir problemas adicionales como resultado de los efectos adversos de los fármacos. De acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

([American Psychiatric Association, 2013](#)), los ansiolíticos sólo deben emplearse en caso de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, ansiedad que acompaña a otro trastorno psiquiátrico, trastorno del sueño, ansiedad significativa en respuesta a un estímulo situacional, delirium, demencia y otras enfermedades cognitivas asociadas con comportamientos registrados, persistentes y que no se deben a situaciones prevenibles o susceptibles de tratamiento y provocan tal grado de estrés o disfunción que ponen en riesgo al paciente o a los demás.

Cuando se consideran necesarias, las benzodiazepinas se emplean con frecuencia en los adultos mayores. Los depresores del SNC pueden incluir benzodiazepinas de acción corta (alprazolam, estazolam, lorazepam, oxazepam y temazepam) y benzodiazepinas de acción prolongada (clordiazepóxido, clonazepam, diazepam, flurazepam y quazepam). Es más probable que los adultos mayores experimenten efectos adversos, los cuales pueden incluir mareos, marcha inestable, somnolencia, habla incoherente y confusión. A pesar de que son menos frecuentes, los efectos adversos pueden incluir cólicos estomacales y abdominales, aumento de la frecuencia cardíaca, incremento de la sudoración, fotosensibilidad, crisis convulsivas y alucinaciones. Algunos pacientes experimentan insomnio, irritabilidad y nerviosismo después de suspender el medicamento. Debido a que las benzodiazepinas se encuentran dentro de la lista de Beers de medicamentos inapropiados, deben emplearse con el mayor de los cuidados y sólo hasta que los medicamentos de acción lenta han comenzado a ejercer su efecto.

El meprobamato, la difenhidramina y la hidroxizina no se recomiendan en los adultos mayores. Los pacientes que han consumido meprobamato durante largos períodos pueden desarrollar dependencia física y psicológica y requieren suspenderla paulatinamente.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con ansiolíticos incluyen:

- Verificar que los abordajes distintos a los fármacos ya se hayan implementado antes de prescribir un medicamento ansiolítico. Incluso si estas medidas ya se han probado y no han sido eficaces, deben intentarse de nuevo.
- Recomendar a los pacientes que cambien de posición lentamente y eviten conducir un automóvil o emplear maquinaria que requiera agudeza mental y respuestas rápidas.
- Instruir al paciente a incluir alimentos en la dieta que puedan promover la defecación, pues estos medicamentos son capaces de provocar estreñimiento. Vigilar la defecación.
- Controlar el estado nutricional y el peso para asegurar que la ingesta de alimentos no se altere por letargia o molestias gastrointestinales.
- Advertir acerca de la ingesta de toronja; esta fruta puede aumentar la concentración de los ansiolíticos.
- Recordar a los pacientes que pueden requerirse varios días de administración antes de que los efectos clínicos del fármaco sean evidentes y los efectos pueden persistir durante varios días después de suspender su consumo.

- Evitar el consumo de alcohol cuando se empleen estos medicamentos, así como limitar el consumo de cafeína.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los medicamentos ansiolíticos pueden incrementar los efectos de los anticonvulsivos, los antihipertensivos, los anticoagulantes orales y otros depresores del SNC.
 - Los efectos de los ansiolíticos pueden aumentarse debido a los ATC.
 - El diazepam puede aumentar los efectos de la digoxina y la fenitoína, lo que provoca toxicidad; por otro lado, puede disminuir la acción de la levodopa.

Antidepresivos

La incidencia de depresión aumenta con la edad, efecto que contribuye a que ésta sea el diagnóstico psiquiátrico principal en los adultos mayores. La depresión puede ser un problema en las personas mayores que han tenido dificultades a lo largo de la vida o un nuevo síntoma como respuesta a las circunstancias de la vida que se presentan en la actualidad.

Existen diversas clases de antidepresivos disponibles, incluyendo adrenoceptores (p. ej., mirtazapina), antagonistas de la recaptación de dopamina (p. ej., bupropión), inhibidores de la monoaminoxidasa, antagonistas de la serotonina (receptores de 5-hidroxitriptamina, p. ej., nefazodona y trazodona), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (p. ej., duloxetina y venlafaxina), inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS; p. ej., citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina) y ATC. De entre todos ellos, los ISRS son los que suelen tolerarse mejor y ser eficaces en los adultos mayores y casi nunca provocan cardiotoxicidad, hipotensión ortostática o los efectos anticolinérgicos que se presentan con los ATC. El citalopram, la sertralina y el escitalopram tienen menor cantidad de interacciones medicamentosas. A pesar de ser frecuentes, los ATC tienen efectos adversos que suponen un riesgo para los adultos mayores, como efectos anticolinérgicos, hipotensión ortostática y arritmias, en especial en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con antidepresivos incluyen:

- Valorar los factores que contribuyen a la depresión. En algunas situaciones, obtener ayuda financiera, terapia para el duelo, unirse a un grupo, entre otras acciones, pueden ser de utilidad para mejorar la causa de la depresión y reducir o eliminar la necesidad de tomar fármacos.
- Explorar el empleo de otras medidas además de los antidepresivos para mejorar el estado de ánimo.
- Verificar que se emplea la menor dosis eficaz de medicamento para disminuir el riesgo de efectos adversos.
- Recordar a los pacientes que se requieren semanas antes de que se perciba mejoría en el estado de ánimo.

- Vigilar la concentración plasmática del fármaco; es probable que se requiera un ajuste de la dosis.
- Detectar e indagar la presencia de efectos adversos, incluyendo diaforesis, retención urinaria, indigestión, estreñimiento, hipotensión, visión borrosa, dificultad para orinar, aumento del apetito, aumento de peso, fotosensibilidad y glucemia fluctuante.
- Los mareos, la somnolencia y la confusión pueden presentarse en los adultos mayores e incrementar el riesgo de caídas, por lo que se requieren precauciones especiales.
- La sequedad de boca puede ser uno de los efectos adversos incómodos de los medicamentos. Aconsejar a los pacientes emplear dulces de menta, trozos de hielo o un sustituto de saliva para mejorar el síntoma. Vigilar de cerca la salud bucal, ya que la xerostomía aumenta el riesgo de enfermedad dental.
- Algunos antidepresivos requieren ser suspendidos de manera gradual. Advertir a los pacientes no suspender súbitamente el medicamento.
- Observar a los pacientes para detectar el deterioro de la depresión o comportamientos o pensamientos suicidas; informar estos hallazgos de inmediato al médico.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los antidepresivos pueden incrementar el efecto de los anticoagulantes, los medicamentos similares a la atropina, los antihistamínicos, los sedantes, los tranquilizantes, los opiáceos y la levodopa.
 - Los antidepresivos pueden disminuir los efectos de la clonidina, la fenitoína y diversos antihipertensivos.
 - Los efectos de los antidepresivos pueden aumentar al consumir alcohol o diuréticos tiazídicos.
 - El bupropión puede aumentar el riesgo de crisis convulsivas.

Antipsicóticos

Los medicamentos antipsicóticos se emplean de manera frecuente para tratar a los pacientes con delirium, agitación y psicosis debidas a enfermedad de Alzheimer o esquizofrenia. La eficacia de los antipsicóticos en el control de los síntomas ha permitido que gran cantidad de personas mejoren su calidad de vida y funcionamiento; no obstante, estos medicamentos pueden tener gran cantidad de efectos adversos, lo que requiere prescripción y vigilancia cuidadosas.

Existen dos principales clases de medicamentos antipsicóticos:

- *Fármacos de primera generación (convencionales/típicos):*
 - Clorpromazina
 - Flufenazina
 - Haloperidol

- Loxapina
- Molindona
- Perfenazina
- Pimozida
- Tioridazina
- Tiotixeno
- Trifluoperazina
- *Fármacos de segunda generación (atípicos):*
 - Aripiprazol
 - Clozapina
 - Fluoxetina y olanzapina
 - Olanzapina
 - Paliperidona
 - Quetiapina
 - Risperidona
 - Ziprasidona

Debido a que se considera que estos fármacos tienen menor riesgo de efectos adversos y mejor tolerabilidad, los antipsicóticos atípicos han reemplazado en gran medida a los fármacos convencionales, o típicos. No obstante, los antipsicóticos atípicos han demostrado contar con sus propios efectos adversos que deben considerarse en la atención geriátrica, como hipotensión ortostática, sedación y caídas. La FDA ha determinado que el tratamiento de los trastornos conductuales en los pacientes mayores con demencia mediante antipsicóticos de segunda generación, o atípicos, se ha asociado con aumento de la presencia de ictus y mortalidad, por lo que ha emitido una advertencia especial para estos fármacos ([U.S. Food and Drug Administration, 2005](#)). Estos medicamentos sólo deben emplearse en el tratamiento de esquizofrenia y no de las alteraciones conductuales asociadas con la demencia.

Los graves riesgos asociados con estos medicamentos y la escasez de estudios clínicos con fármacos psicotrópicos en la población, especialmente en personas mayores, requieren que se utilicen medidas no farmacológicas antes de implementar el tratamiento con medicamentos. Las intervenciones no farmacológicas pueden incluir atender los factores que contribuyen a los síntomas, modificaciones del entorno, intervenciones conductuales y tratamiento de otras enfermedades.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con antipsicóticos incluyen:

- Verificar que los pacientes reciban una valoración física y mental antes de que se indique cualquier antipsicótico.
- Cuando sea posible, buscar implementar otras medidas para el control de los síntomas antes de utilizar antipsicóticos.

- Los antipsicóticos deben emplearse para el tratamiento de enfermedades específicas, no como un método para cambiar el comportamiento. Emplear antipsicóticos para modificar el comportamiento puede considerarse como restricción de la movilidad química.
- Los medicamentos tienen una vida media prolongada en los adultos mayores; verificar que se utilice en primer lugar la menor dosis posible.
- Los adultos mayores son más sensibles a los *efectos anticolinérgicos* de estos medicamentos: sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa, insomnio, inquietud, fiebre, confusión, desorientación, alucinaciones, agitación y autolesiones cutáneas. Esta población también se encuentra en mayor riesgo de desarrollar síntomas *extrapiramidales*: discinesia tardía, parkinsonismo, acinesia y distonía. Se deben observar e informar los síntomas de manera oportuna.
- Los pacientes que consumen antipsicóticos se encuentran en mayor riesgo de sufrir caídas debido a los efectos hipotensores y sedantes. Implementar medidas de prevención de caídas en estos pacientes.
- El estreñimiento es un efecto adverso frecuente de los antipsicóticos. Recomendar a los pacientes incluir fibra y otros alimentos en la dieta que puedan promover el peristaltismo y vigilar la excreción.
- Los hombres con hipertrofia prostática pueden desarrollar dificultad para orinar y retención durante el tratamiento con antipsicóticos. Aconsejar a los pacientes y los cuidadores vigilar la presencia de síntomas urinarios e informarlo de manera oportuna.
- Se recomienda el retiro gradual, en lugar de súbito, de esta clase de medicamentos.
- La respuesta frente a estos medicamentos es diversa en los adultos mayores, lo que requiere vigilancia estrecha.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los efectos de los antipsicóticos pueden disminuir debido a los medicamentos anticolinérgicos, la fenitoína y los antiácidos.
 - Los antipsicóticos pueden incrementar los efectos de los sedantes y los antihipertensivos y disminuir los de la levodopa.
 - El alcohol puede incrementar el efecto sedante y depresor de estos fármacos sobre la función cerebral.

Sedantes/hipnóticos

Los sedantes y los hipnóticos suelen prescribirse en los adultos mayores para el tratamiento del insomnio, la inquietud nocturna, la ansiedad, la confusión y las alteraciones relacionadas. La dosis determina si el fármaco ejerce un efecto sedante o hipnótico.

Por lo general, el hidrato de cloral, la difenhidramina, el flurazepam, la hidroxicina, el quazepam y el triazolam no son fármacos que se empleen en los adultos mayores para el tratamiento del insomnio.

Debido a que puede desarrollarse tolerancia ante el consumo de sedantes a lugo

plazo, es necesaria una evaluación constante de la eficacia. No es infrecuente que se presenten inquietud, insomnio y pesadillas después de suspender los sedantes.

Las guías de enfermería para los adultos mayores bajo tratamiento con sedantes o hipnóticos incluyen:

- Valorar los factores que contribuyen al insomnio antes de emplear esta clase de medicamentos. Es posible mejorar el sueño y eliminar la necesidad de sedantes al ajustar la iluminación del entorno, la temperatura, disminuir el ruido, aumentar la actividad física, aliviar el dolor, brindar un masaje de espalda y controlar los síntomas de las enfermedades.
- Vigilar de manera cuidadosa a los pacientes bajo tratamiento con sedantes, pues se encuentran en mayor riesgo de caídas y fracturas.
- Mantenerse alerta a las interacciones:
 - Los sedantes y los hipnóticos pueden aumentar los efectos de los anticoagulantes orales, los antihistamínicos y los analgésicos, y disminuyen los efectos de la cortisona y sus similares.
 - Los efectos de los sedantes y los hipnóticos pueden aumentar con el consumo de alcohol, antihistamínicos y fenotiazinas.

Existen otros grupos de fármacos que pueden emplear los adultos mayores. Resulta beneficioso conocer más acerca de los fármacos antes de administrarlos, comprender el efecto que ciertos medicamentos tienen sobre los adultos mayores, capacitarlos en el empleo seguro de cada uno de los fármacos y vigilar de manera regular la presencia de efectos adversos.

Resumen del capítulo

La mayor prevalencia de enfermedades en los adultos mayores aumenta el empleo de fármacos. La polifarmacia incrementa el riesgo de reacciones adversas a causa de interacciones medicamentosas. Además, existen diferencias en la farmacocinética (la manera en la que los fármacos se absorben, metabolizan, distribuyen y excretan) y la farmacodinamia (los efectos terapéuticos y biológicos de los fármacos en su sitio de acción). Todos estos factores contribuyen al aumento en el riesgo de reacciones adversas.

Los criterios de Beers mencionan los fármacos que potencialmente son inadecuados para los adultos mayores; se han aceptado ampliamente en la atención geriátrica para disminuir los efectos adversos de los fármacos y los costes. El personal de enfermería debe revisar los fármacos que se utilizan en los adultos mayores para determinar si son necesarios y consultar con quien los ha indicado los riesgos y los beneficios de aquellos medicamentos que se consideren inadecuados o con alto potencial de riesgos. Cuando sea posible, el personal de enfermería debe buscar alternativas a los medicamentos para controlar los síntomas.

El personal de enfermería debe familiarizarse con el propósito, la dosis, las precauciones de administración, las potenciales interacciones, la necesidad de vigilancia y los signos de efectos adversos de todos los medicamentos que administra

a los pacientes. Es importante recordar que los fármacos que los adultos mayores han utilizado durante varios años pueden comenzar a causar problemas; estos medicamentos deben considerarse cuando se presenten nuevos signos y síntomas.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Efecto combinado de medicamentos que aumentan el riesgo de caídas y antitrombóticos sobre la gravedad de las lesiones y la incidencia de hemorragia intracraneal entre pacientes mayores de traumatología

Fuente: Hohmann, N., Hohmann, L., & Kruse, M. (2014). Geriatric Nursing, 35(1), 20–25.

A causa del riesgo elevado de caídas de los adultos mayores y el aumento en el uso de anticoagulantes, debe darse importancia al empleo de medicamentos potencialmente inadecuados en esta población, los cuales podrían contribuir a las caídas y las consecuencias graves derivadas de un sangrado en caso de accidente. Los objetivos de este estudio fueron valorar el empleo ambulatorio de medicamentos que aumentan el riesgo de caídas y antitrombóticos en una población de adultos mayores y analizar la gravedad de las heridas y la presencia de hemorragia intracraneal, la cual potencialmente puede presentarse. Los medicamentos que suponen un riesgo de caídas incluyen los anti-colinérgicos, barbitúricos, benzodiazepinas, clonidina, digoxina, relajantes musculares, psicotrópicos y zolpidem. Se analizaron los datos de 112 pacientes de 65 años de edad o mayores que ingresaron debido a una caída extra-hospitalaria de dos centros de atención traumatológica. El 39% de estas personas se encontraban tomando anti-trombóticos y medicamentos que aumentan el riesgo de caídas; la puntuación de lesión, incluyendo la hemorragia intracraneal, fue mayor en las personas que tomaban ambos medicamentos.

El personal de enfermería debe verificar todos los medicamentos que emplean los adultos mayores y, cuando se administren medicamentos que aumentan el riesgo de caídas junto con antitrombóticos, verificar que los pacientes comprendan el riesgo y las medidas para reducirlo. Es posible ofrecer recomendaciones específicas para la disminución de caídas (p. ej., cambiar de posición lentamente, utilizar zapatos de tacón bajo, evitar subir escaleras, entre otros). Este estudio refuerza la realidad de que, a pesar de que algunos medicamentos pueden ser eficaces en el tratamiento de ciertas enfermedades y mejorar los síntomas, también traen consigo riesgos graves; los beneficios y los riesgos deben verificarse de manera regular y los pacientes deben recibir ayuda para disminuir riesgos específicos.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La Sra. Hemmings, una mujer de 83 años de edad que vive sola en la comunidad, es una paciente de un consultorio privado que visita cada 6 meses, a menos que se presente una urgencia. Consume seis fármacos diferentes para el tratamiento de la hipertensión, el glaucoma y la osteoporosis.

Durante su visita al consultorio, en el momento en el que la enfermera obtuvo sus signos vitales, su presión arterial era de 190/165 mm Hg. Cuando el médico se

presenta y vuelve a registrar su presión arterial 15 min después, es de 180/160 mm Hg. El médico pregunta si ha estado tomando su medicamento antihipertensivo y diurético; ella afirma que así lo ha hecho. Ella comenta: “en realidad, es necesario que corra al inodoro todas las noches a orinar”.

El médico cambia el fármaco antihipertensivo de la Sra. Hemmings por uno más potente y sale de la habitación.

¿Qué debe hacerse de manera diferente antes de prescribir un nuevo medicamento? ¿Qué debe hacer el personal de enfermería para ayudar a la Sra. Hemmings en esta situación?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Mencione los cambios relacionados con la edad que afectan el comportamiento de los fármacos en los adultos mayores.
2. ¿Cuáles son los puntos que incluiría en un programa de instrucción para adultos mayores acerca del consumo seguro de fármacos?
3. ¿Qué intervenciones puede implementar para ayudar al adulto mayor con problemas de memoria para administrar de manera segura los medicamentos?
4. Revise los principales grupos farmacológicos e identifique aquellos que se utilicen en el tratamiento de problemas que pueden atenderse mediante métodos no farmacológicos.

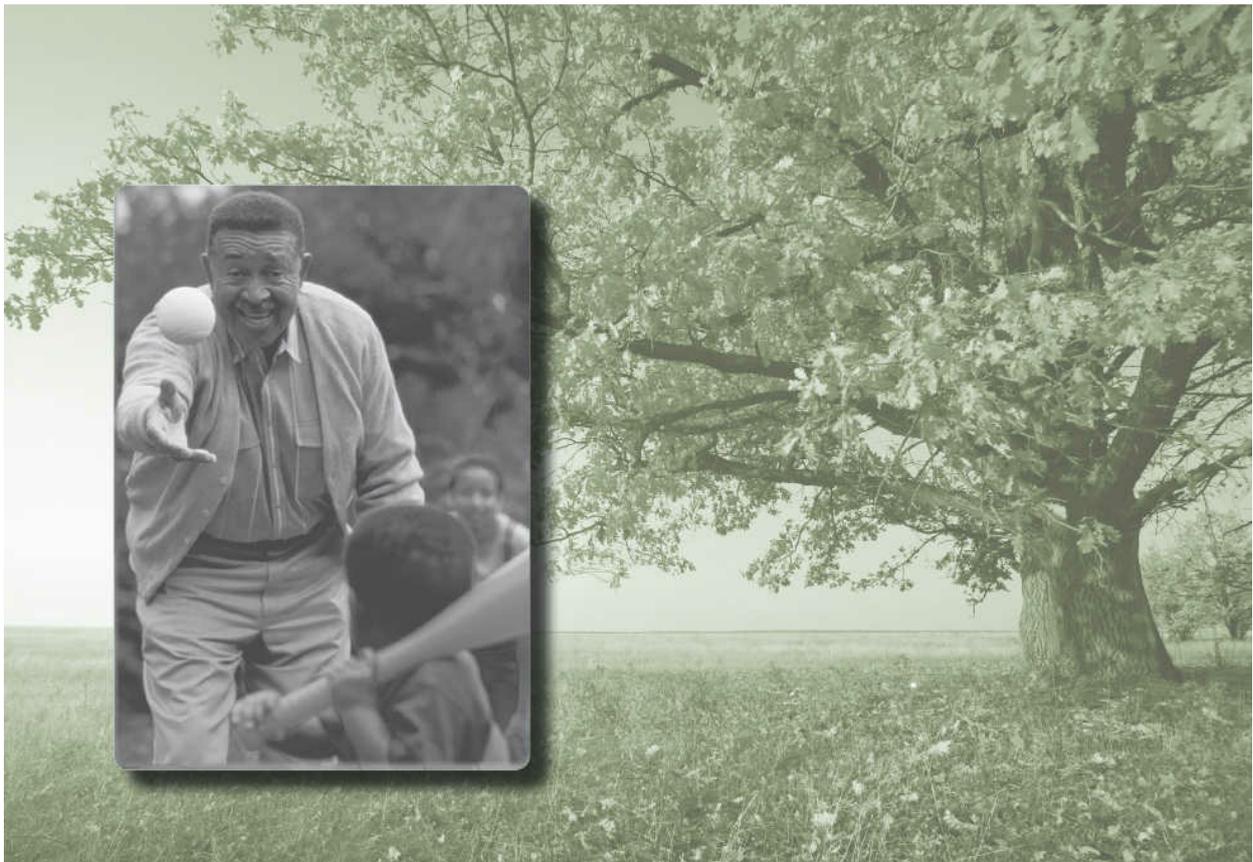
Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Gu, Q., Dillon, C. F., & Burt, V. L. (2010). *Prescription drug use continues to increase: U.S. prescription drug data for 2007–2008. NCHS Data Brief, No 42*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Jerz-Roiq, J., Medeiros, L. F., Silva, V. A., Bezerra, C. L., Cavalcante, L. A., Piuevezam, G., & Souza, D. L. (2014). Prevalence of self-medication and associated factors in an elderly population: a systematic review. *Drugs and Aging, 31*(12), 883–896.
- Makam, A. (2014). Common blood pressure medication may pose risk to older adults. *Stone Health News*, June 16, 2014. Acceso el 2 de diciembre de 2014 en: www.stoneearthnewsletters.com?S=makam
- The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. (2012). The American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society, 60*(4), 616–631.
- U.S. Food and Drug Administration. (2005). *FDA public health advisory: Deaths from antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances*. Acceso el 3 de diciembre de 2014 en: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm1248>

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas asociadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña a este libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y otros recursos vinculados con este capítulo.

Atención geriátrica



- 18 Respiración
- 19 Circulación
- 20 Digestión y eliminación intestinal
- 21 Micción
- 22 Salud del aparato reproductor
- 23 Movilidad
- 24 Función neurológica
- 25 Visión y audición

- 26 Función endocrina
- 27 Salud cutánea
- 28 Cáncer
- 29 Trastornos de salud mental
- 30 Delirium y demencia
- 31 Vivir en armonía con las enfermedades crónicas

Respiración

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento sobre la salud respiratoria

Promoción de la salud respiratoria

Afecciones respiratorias seleccionadas

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Neumonía
- Influenza
- Cáncer pulmonar
- Absceso pulmonar

Consideraciones generales de enfermería para las afecciones respiratorias

- Identificar los síntomas
- Prevenir las complicaciones

Garantizar la administración segura de oxígeno

- Drenaje postural
- Promover la tos productiva
- Usar tratamientos complementarios
- Promover el autocuidado
- Dar ánimo

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Indicar el impacto sobre la salud respiratoria de los cambios relacionados con la edad.
2. Describir las medidas para promover la salud respiratoria en los adultos mayores.
3. Comentar los riesgos, síntomas y consideraciones de atención asociados con enfermedades respiratorias específicas.
4. Describir las intervenciones que pueden ayudar a prevenir las complicaciones y promover el autocuidado de los adultos mayores con enfermedades respiratorias.

GLOSARIO

Bronquiectasia: afección en la que hay un ensanchamiento anómalo permanente de las vías respiratorias por inflamación.

Capacidad pulmonar total: volumen máximo que pueden alcanzar los pulmones durante la inspiración máxima.

Capacidad vital: cantidad máxima de aire que se puede expulsar tras una inspiración máxima.

Cifosis: curvatura de la columna vertebral que causa arqueamiento externo de la porción superior.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): grupo de afecciones como asma, bronquitis crónica y enfisema.

Frémito: vibración que se percibe durante la palpación del tórax.

Retracción elástica: capacidad de los pulmones de expandirse y contraerse.

La salud respiratoria es vital para la capacidad del adulto mayor de llevar una vida física, mental y socialmente activa. Puede hacer la diferencia entre una persona que aprovecha al máximo las oportunidades para vivir a plenitud y la que está demasiado cansada e incómoda como para salir de los confines del hogar. Toda una vida de daños al aparato respiratorio por fumar, la contaminación y las infecciones repercute en la vejez y hace que las enfermedades respiratorias sean la principal causa de discapacidad y la cuarta de muerte en los adultos mayores de 70 años de edad. Sin embargo, las prácticas de salud positivas para promover la respiración eficaz pueden beneficiar la salud respiratoria a cualquier edad y reducir al mínimo las limitaciones impuestas por sus problemas.

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA SALUD RESPIRATORIA

Los efectos del envejecimiento crean una situación en la que pueden presentarse fácilmente problemas respiratorios y con mayor dificultad terapéutica. Los cambios en el aparato respiratorio pueden detectarse en las vías aéreas altas. La nariz sufre cambios del tejido conjuntivo que afectan su sostén y pueden causar desviación del tabique nasal que interfiere con el paso del aire. La disminución de las secreciones de las glándulas en la submucosa causan que el moco en la nasofaringe sea más denso y difícil de expulsar; ello también puede causar irritación crónica en la garganta y tos. Aunque puede parecer una consideración de importancia relativamente menor, el vello en las narinas se hace más denso con la edad y puede acumular fácilmente una mayor cantidad de partículas de polvo y suciedad durante la inspiración. Si no se eliminan estas partículas y se mantienen permeables las fosas nasales, puede presentarse interferencia con la inspiración normal. Sonarse la nariz y la manipulación suave con un pañuelo desechable puede liberar adecuadamente estas partículas. Cuando las partículas son difíciles de eliminar, un hisopo con punta de algodón humedecido con agua tibia o solución salina puede ayudar a eliminarlas. Debe tenerse precaución de no introducir demasiado el hisopo con punta de algodón en la nariz, pues puede causar con facilidad un traumatismo. Cualquier obstrucción nasal que no se resuelve de forma sencilla debe dar lugar a una consulta médica.

La tráquea se endurece debido a la calcificación del cartílago. La tos disminuye

por desaceleración de los reflejos laríngeos y tusígenos. El reflejo nauseoso es más débil debido a un menor número de terminaciones nerviosas en la laringe.

Los pulmones tienen menor tamaño y peso conforme avanza la edad. Los diversos tejidos conjuntivos encargados de la respiración y la ventilación son más débiles. Durante la espiración, disminuye la **retracción elástica** de los pulmones por la presencia de colágeno y elastina con menor distensibilidad, por lo que se requiere el uso activo de los músculos respiratorios accesorios. Los alvéolos son menos elásticos, desarrollan tejido fibroso y contienen menos capilares funcionales. La pérdida de fuerza del músculo esquelético en el tórax y el diafragma, junto con la pérdida de elasticidad que mantiene el tórax en una posición ligeramente contraída, contribuye a la aparición de cifosis leve y tórax en tonel evidente en algunos adultos mayores. El efecto neto de estos cambios es la disminución de la **capacidad vital** y el aumento en el volumen residual, en otras palabras, menor intercambio de aire y mayor retención de aire y secreciones en los pulmones.

Además, los cambios externos al aparato respiratorio relacionados con la edad pueden afectar la salud respiratoria de formas significativas. Una disminución de los líquidos corporales y la menor ingesta de líquidos pueden causar mucosas secas, lo que obstaculiza la eliminación del moco y conduce al desarrollo de tapones e infección. Las alteraciones sensitivas del dolor pueden provocar que se pasen por alto indicios de problemas respiratorios o su confusión con los de otra índole. Las variaciones de la temperatura corporal pueden causar que la fiebre se presente con unas cifras anormalmente bajas que pueden pasarse por alto, y que permiten que las infecciones respiratorias progresen sin un tratamiento oportuno. Los dientes que han perdido firmeza o quebradizos pueden desprenderse o romperse, lo que conduce a infecciones y abscesos pulmonares por la broncoaspiración de fragmentos dentales. Los esfínteres relajados y la movilidad gástrica más lenta contribuyen al riesgo de broncoaspiración. La movilidad disminuida, la inactividad y los efectos secundarios de los diversos medicamentos que consume la población de edad avanzada pueden disminuir la función respiratoria, promover la infección, interferir con la detección temprana y complicar el tratamiento de los problemas respiratorios. En la [tabla 18-1, Diagnóstico de enfermería](#), se mencionan los riesgos respiratorios asociados con el envejecimiento. Es indispensable la valoración perspicaz para limitar la morbilidad y la mortalidad asociadas con estas afecciones ([guía de valoración 18-1](#)).



CONCEPTO CLAVE

Los fragmentos de dientes frágiles pueden desprenderse, aspirarse y causar problemas respiratorios. Lo anterior refuerza la importancia de la buena salud y atención bucal en la etapa avanzada de la vida.

PROMOCIÓN DE LA SALUD RESPIRATORIA

El alto riesgo de desarrollar enfermedades respiratorias que enfrenta toda persona mayor exige la incorporación de medidas preventivas en todos los planes de atención. La prevención de infecciones es un componente importante. Además de las precauciones que tomaría cualquier persona adulta, los adultos mayores deben mantenerse particularmente atentos a la obtención de vacunas contra influenza y

neumonía, y evitar la exposición a personas con infecciones respiratorias.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 18-1 Envejecimiento y riesgos para la respiración adecuada

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería
Menor retracción elástica de los pulmones durante la espiración.	Alteración del intercambio gaseoso.
Aumento de la capacidad residual.	Patrón respiratorio ineficaz.
Disminución de la capacidad respiratoria máxima.	Respiración ineficaz.
Hiperinsuflación de los ápices e hipoinflación de las bases pulmonares.	Depuración ineficaz de la vía aérea.
Número y elasticidad disminuidos de los alvéolos.	Alteración del intercambio gaseoso.
Calcificación de los cartílagos traqueales y laríngeos.	Intolerancia a la actividad relacionada con la menor eficacia respiratoria.
Disminución de la capacidad vital.	Depuración ineficaz de la vía aérea.
Reducción de la actividad ciliar.	Riesgo de infección.
Mayor diámetro de los bronquiolos y los conductos alveolares.	
Pérdida de la fuerza muscular esquelética en tórax y diafragma.	
Mayor rigidez de los músculos torácicos y las costillas.	
Mayor diámetro anteroposterior del tórax.	
Respuesta de tos menos eficaz.	

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.



GUÍA DE VALORACIÓN 18-1 FUNCIÓN RESPIRATORIA

INSPECCIÓN GENERAL

Se puede determinar una gran cantidad de aspectos en cuanto al estado del aparato respiratorio mediante la inspección cuidadosa de lo siguiente:

- *Color.* La coloración de la cara, el cuello, las extremidades y los lechos ungueales puede indicar el estado respiratorio. La tez rubicunda y rosada a menudo se presenta en el enfisema y se asocia con hipoxia, la cual es causada por una concentración alta de dióxido de carbono en la sangre que inhibe la neurotransmisión involuntaria desde la protuberancia hasta el diafragma para la inspiración. En presencia de bronquitis crónica, los pacientes pueden tener una coloración azul o gris, causada por la falta de unión del oxígeno a la hemoglobina.
- *Estructura del tórax y postura.* El diámetro anteroposterior del tórax aumenta con la edad y

significativamente en presencia de **enfermedad pulmonar obstructiva crónica** (EPOC). Valore las curvaturas anómalas de la columna vertebral (p. ej., cifosis, escoliosis y lordosis).

- *Patrón de respiración.* Observe la expansión simétrica del tórax durante las respiraciones, así como la profundidad, la velocidad, el ritmo y la duración de las respiraciones. La disminución de la expansión del tórax puede ser causada por dolor, costillas fracturadas, émbolos pulmonares, derrame pleural o pleuresía. Pida al paciente que cambie de posición, camine y tosa para verificar si estas actividades dan lugar a cambios.
- *Tos.* Tenga en cuenta la presencia y las características de la tos que se pueden visualizar.

INTERROGATORIO

Algunos adultos mayores pueden dar testimonios no fiables de sus síntomas respiratorios recientes o están tan acostumbrados a vivir con sus síntomas que no los consideran anómalos. Las preguntas específicas como las siguientes pueden ayudar a revelar alteraciones:

- ¿Presenta sibilancias, dolor o pesadez de tórax?
- ¿Con qué frecuencia sufre resfriados? ¿Tiene resfriados que reaparecen? ¿Cómo los trata?
- ¿Qué tan lejos puede caminar? ¿Cuántos escalones puede usted subir antes de que le falte el aliento?
- ¿Tiene problemas de respiración cuando el clima es frío o caluroso?
- ¿Con cuántas almohadas duerme? ¿Alguna vez lo despiertan los problemas para respirar (p. ej., tos o disnea)?
- ¿Qué tanto tose durante el día? ¿Cada hora? ¿Puede detener la tos?
- ¿Expulsa esputo, flemas o moco cuando tose?
- ¿Cuánto? ¿De qué color? ¿Tiene la consistencia del agua, clara de huevo o gelatina?
- ¿Cómo trata sus problemas respiratorios? ¿Con qué frecuencia utiliza jarabes para la tos, medicamentos para el resfriado, inhaladores, vapores, masajes o ungüentos?
- ¿Alguna vez fumó? ¿Si es así, durante cuánto tiempo, y cuándo y por qué dejó de hacerlo? ¿Cuántos cigarrillos o puros fuma al día? ¿Las personas con quienes vive suelen pasar mucho tiempo en presencia de humo?
- ¿Qué tipo de puestos de trabajo ha tenido durante su vida? ¿Alguno en fábricas o plantas químicas?
- ¿Vive o ha residido cerca de fábricas, campos o zonas de alto tráfico vehicular?

Las preguntas más específicas aumentan la probabilidad de obtener los antecedentes completos y precisos de los factores relacionados con la salud respiratoria. También se deben determinar y documentar las fechas de vacunas contra influenza y neumonía.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Palpe la cara posterior del tórax para evaluar la profundidad de las respiraciones, el grado de movimiento de la pared y la presencia de masas o dolor. Por lo general, hay movimiento bilateral durante las respiraciones y menor expansión de la base de los pulmones. El frémito suele percibirse mejor en los lóbulos superiores; se presenta mayor frémito en los lóbulos inferiores en presencia de neumonía y masas. La EPOC y el neumotórax pueden causar ausencia de frémito en los lóbulos superiores.
- La percusión de los pulmones debe producir un sonido resonante. La auscultación de los pulmones debe detectar ruidos respiratorios bronquiales, vesiculares y broncovesiculares normales; las crepitaciones, los estertores gruesos y las sibilancias son hallazgos anómalos. Los ruidos pulmonares pueden disminuir en los adultos mayores debido a una disminución en el volumen de ventilación pulmonar. Si se sospechan infecciones respiratorias y los ruidos pulmonares son imprecisos o difíciles de escuchar con el paciente sentado, solicite que se recline de costado y ausculte los pulmones; esta maniobra suele ayudar a escuchar ruidos pulmonares anómalos en el lado afectado.

Revise los datos de valoración de diagnósticos de enfermería reales y

potenciales que se pueden utilizar para guiar el plan de atención.

Además de las prácticas básicas de salud, es importante la atención especial a la promoción de la actividad respiratoria. El personal de enfermería debe instruir a los adultos mayores a hacer ejercicios de respiración profunda varias veces al día (fig. 18-1). Teniendo en cuenta que toda espiración completa es más difícil que la inspiración en los adultos mayores, en estos ejercicios debe intentarse un cociente inspiratorio-espiratorio de 1:3. Para ayudar a hacer sistemáticos estos ejercicios, deben acompañar a otras actividades, como antes de comer o cada vez que la persona se siente a ver las noticias. Incluso las personas sanas y activas pueden beneficiarse de aunar estos ejercicios a sus actividades diarias. El yoga es otra práctica que puede ayudar con la respiración.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Tome unos minutos para reducir la velocidad de marcha, cerrar los ojos y hacer ejercicios de respiración profunda. ¿Qué efectos tuvo la maniobra en su cuerpo, mente y espíritu? ¿Cómo pueden ser de utilidad estos ejercicios si los realiza varias veces al día?

Debido a que fumar es el factor más importante que contribuye a las enfermedades respiratorias, abandonar el hábito tabáquico es una medida importante para la promoción de la salud. Gran cantidad de adultos mayores fumadores comenzaron su hábito en un momento en el que aún no se conocían sus efectos, y el hábito era bien visto, sociable y sofisticado. Aunque los fumadores pueden estar conscientes de los riesgos para la salud asociados con fumar, es muy difícil dejar de hacerlo.

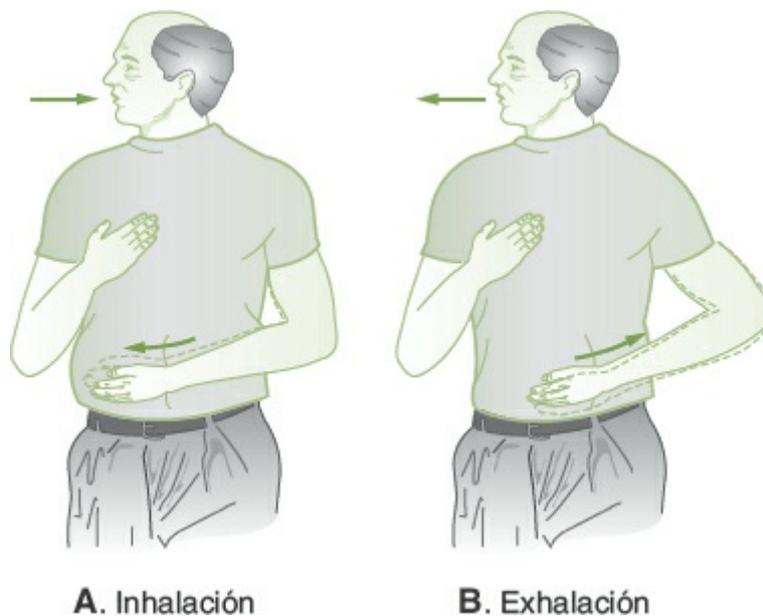


FIGURA 18-1 ● Los ejercicios respiratorios deben hacer énfasis en la espiración forzada. **A.** Con una mano en el epigastrio (debajo de las costillas) y otra en la línea media de la cara anterior del tórax, el paciente debe inhalar profundamente a la cuenta de uno. La mano sobre el abdomen debe desplazarse hacia afuera conforme el diafragma y el estómago descienden; la mano sobre el tórax no debe moverse. **B.** Exhale el aire lentamente a la cuenta de tres. La mano sobre el epigastrio debe acercarse al cuerpo conforme el diafragma y el estómago ascienden; la mano sobre el tórax no debe moverse.

Fumar tiene efectos significativos sobre el sistema respiratorio, incluyendo broncoconstricción, cierre prematuro de las vías respiratorias, disminución de la acción ciliar, inflamación de la mucosa y aumento de las secreciones mucosas y tos. Los efectos sobre la salud respiratoria pueden ser al inicio tan sutiles y graduales que no se perciben. Lamentablemente, para el momento en el que los signos y síntomas se hacen evidentes, tal vez ya exista daño considerable del aparato respiratorio, lo que agrava los cambios relacionados con la edad. Los fumadores tienen una incidencia del doble de cáncer de pulmón, una mayor incidencia de enfermedades respiratorias y mayor cantidad de complicaciones, y suelen sufrir tos productiva, disnea y disminución de la capacidad respiratoria. La nicotina también puede interactuar con los medicamentos. Aunque se obtiene el máximo beneficio no comenzando a fumar o dejando de hacerlo a edad temprana, el cese a cualquier edad es de beneficio. Las oficinas locales de la American Lung Association, los departamentos de salud, las clínicas y las agencias comerciales, ofrecen una amplia gama de técnicas para dejar de fumar que pueden ser útiles.



CONCEPTO CLAVE

El consumo de tabaco en cualquier forma conlleva un mayor riesgo de problemas de salud.

La inmovilidad es una grave amenaza para la salud pulmonar, y los adultos mayores con frecuencia experimentan afecciones que disminuyen su movilidad. La prevención de fracturas, dolor, debilidad, depresión y otros problemas que pueden disminuir la movilidad constituye un objetivo esencial. Debe comentarse con los adultos mayores, sus familiares y sus cuidadores los múltiples riesgos relacionados con la inmovilidad. Puede ser tentador para el adulto mayor o para los miembros de su familia que lo cuidan disminuir la actividad o motivar el descanso en los días en los que la artritis u otras molestias son intensas; por lo tanto, debe comprenderse que estas medidas pueden aumentar el malestar y la discapacidad. Cuando la inmovilidad es inevitable, el cambio de posición cada hora, la tos y la respiración profunda promueven la actividad respiratoria; soplar botellas y equipos similares también pueden ser beneficioso. Las personas confinadas a una silla de ruedas pueden necesitar la misma atención para la actividad respiratoria que aquellas que están postradas en cama para asegurar la expansión pulmonar completa.

Debe recomendarse a los adultos mayores evitar el autotratamiento de las afecciones respiratorias. Muchos remedios de venta libre para el resfriado y la tos pueden tener efectos graves en los adultos mayores e interactuar con otros medicamentos. Estos fármacos también pueden enmascarar los síntomas de problemas graves y así retrasar el diagnóstico y el tratamiento. Los adultos mayores deben saber que un supuesto resfriado que dura más de una semana tal vez sea algo más grave que requiere atención médica.

Es importante revisar todos los medicamentos utilizados por los adultos mayores para determinar su efecto sobre la respiración. La disminución de las respiraciones o la ventilación rápida y superficial pueden ser el resultado de diversos fármacos que suelen prescribirse para las enfermedades geriátricas, incluidos los analgésicos, los

antidepresivos, los antihistamínicos, los antiparkinsonianos, los antiespasmódicos sintéticos, los sedantes y los tranquilizantes. Como es habitual, deben emplearse alternativas a los medicamentos siempre que sea posible.

Los factores ambientales también influyen en la salud respiratoria. La ventilación indirecta de la habitación es ideal para los adultos mayores, quienes son más susceptibles a las corrientes de aire; la fibrosis, que es frecuente en ellos, puede agravarse a causa del frío y las corrientes de aire. Se ha prestado considerable atención a los contaminantes como el ozono, el monóxido de carbono y el óxido de nitrógeno, los cuales afectan la calidad del aire que se respira en exteriores. Sin embargo, la contaminación del aire en interiores también puede afectar la salud respiratoria. Los materiales de construcción sintéticos o de plástico pueden emitir gases; tal vez haya esporas, caspa animal, ácaros, polen, yeso, bacterias y virus en el polvo doméstico; y el humo del cigarrillo puede añadir monóxido de carbono y cadmio al aire de los interiores. Las elecciones conscientes para disminuir la exposición a la contaminación del aire en los sitios de residencia, laborales y de esparcimiento pueden ayudar a aliviar el estrés del aparato respiratorio. Además, se puede mejorar la calidad del aire en interiores mediante:

Instalación y mantenimiento de filtros de aire en los sistemas de calefacción y aire acondicionado.

Aspirar de manera regular (de preferencia, con uso de un sistema central o con trampa de agua, que impida el regreso del polvo a la habitación).

Quitar el polvo de muebles con un paño húmedo.

Desalentar el hábito tabáquico.

Abrir las ventanas para ventilar las habitaciones.

Mantener plantas verdes para interiores con la intención de ayudar a desintoxicar el aire.

El personal de enfermería debe ayudar a los adultos mayores a identificar y reducir las fuentes de contaminantes de interiores. Pueden compartirse recomendaciones de limpieza de la casa (p. ej., quitar el polvo con un paño húmedo, airear la ropa de cama al exterior y eliminar objetos innecesarios de papel y tela almacenados); en algunas situaciones, ayudar a los adultos mayores a localizar servicios de limpieza de hogares puede resultar de beneficio para mejorar la salud respiratoria.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué fuentes de contaminación del aire puede identificar en su entorno doméstico y laboral? ¿Qué puede hacer para corregirlos?

Por último, con frecuencia se pasa por alto en la prevención de problemas respiratorios la importancia de tener una cavidad bucal sana. Las infecciones de la cavidad bucal pueden derivar en infecciones respiratorias o quizás disminuyan el apetito y faciliten un mal estado general de salud. Como se señaló, los dientes pueden romperse o desprenderse, lo que lleva a abscesos pulmonares, infecciones y

aspiración de fragmentos dentales. Las infecciones respiratorias pueden disminuir cuando se extraen los dientes que han perdido firmeza o con alteraciones.

Pueden consultarse algunas consideraciones para promover la respiración eficaz en el [diagnóstico de enfermería destacado 18-1](#), *Respiración ineficaz*.

AFECCIONES RESPIRATORIAS SELECCIONADAS

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La **enfermedad pulmonar obstructiva crónica** (EPOC) corresponde a un grupo de afecciones como el asma, la bronquitis crónica y el enfisema. La incidencia de EPOC es mayor en mujeres y en fumadores.

Asma

Algunas personas mayores han sido afectadas por el asma durante toda su vida; otros la desarrollan en la edad avanzada. Sus síntomas y tratamiento en el adulto mayor no difieren mucho de los otros grupos de edad. Debido a la tensión agregada que el asma impone al corazón, los adultos mayores que la padecen tienen un alto riesgo de desarrollar complicaciones como bronquiectasias y problemas cardíacos. También tienen tasas más altas de mortalidad por esta enfermedad. El personal de enfermería debe ayudar a detectar los factores causales (p. ej., emociones, respiración por la boca e infecciones respiratorias crónicas) e instruir al paciente sobre el reconocimiento temprano y la atención inmediata de una crisis asmática.

Es recomendable una valoración cuidadosa del uso de nebulizadores para los pacientes asmáticos de mayor edad. Debido a la dificultad que algunas personas mayores tienen para usar correctamente los inhaladores, puede ser de utilidad un espaciador o una cámara de retención para permitir que el medicamento inhalado penetre profundamente en los pulmones. Estos sistemas constan de cámaras aéreas que atrapan el medicamento o cámaras de retención que colapsan y se inflan durante la inspiración y la espiración. Se ofrecen instrucciones específicas con cada sistema. Es de beneficio para el personal de enfermería revisar el uso de estos dispositivos como parte de cada valoración de los pacientes que los utilizan.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DESTACADO 18-1

RESPIRACIÓN INEFICAZ

Resumen

En la etapa avanzada de la vida, hay una alta prevalencia de las afecciones que limitan la capacidad de insuflar adecuadamente los pulmones o eliminar una cantidad suficiente de dióxido de carbono. Las manifestaciones como confusión, disnea, dificultad respiratoria, gasometría arterial anómala, cianosis, respiración con los labios fruncidos, retracción de los músculos respiratorios durante la inspiración y las respiraciones poco profundas, pueden estar asociadas con este diagnóstico.

Causas o factores contribuyentes

Debilidad, fatiga, dolor, parálisis, inmovilidad, estado mental alterado y enfermedad respiratoria o musculoesquelética.

Objetivo

El paciente muestra un patrón de respiración eficaz, está libre de signos de ventilación ineficaz y presenta gases normales en la sangre arterial.

Intervenciones

- Instruir al paciente en cuanto a ejercicios respiratorios (véase la [fig. 18-1](#)).
- Aliviar los síntomas (p. ej., dolor) que podrían poner en riesgo las respiraciones eficaces.
- Elevar la cabecera de la cama al menos 30° cuando el paciente esté acostado, a menos que haya contraindicación.
- Instruir al paciente para que gire, tosa y respire profundamente al menos una vez cada 2 h.
- Vigilar la frecuencia, la profundidad y el ritmo de las respiraciones, el color, el patrón de la tos, los gases en sangre y el estado mental.

Son importantes las precauciones para evitar efectos adversos de los medicamentos. El uso excesivo de nebulizadores de broncodilatadores simpaticomiméticos crea un riesgo de arritmias cardíacas que conducen a la muerte súbita. El cromoglicato de sodio es uno de los fármacos respiratorios con menor toxicidad que pueden utilizarse, aunque quizás sean necesarias varias semanas de tratamiento para lograr un beneficio. Algunos de los nuevos esteroides inhalados son eficaces y tienen menor riesgo de absorción sistémica y reacciones adversas que los antiguos.

Bronquitis crónica

Gran cantidad de personas mayores muestran tos persistente, productiva, sibilancias, infecciones respiratorias recurrentes y disnea por bronquitis crónica. Estos síntomas pueden desarrollarse de forma gradual, a veces durante años, antes de poder mostrar el impacto total de la enfermedad, momento en el cual, debido al broncoespasmo, los pacientes presentan mayor disnea en climas fríos y húmedos. La afección resulta de la inflamación recurrente y la producción de moco en los bronquios, las cuales causan obstrucción y cicatrización que limitan el flujo de aire. Los individuos con bronquitis crónica experimentan infecciones respiratorias más habituales y de mayor dificultad para su tratamiento. Las crisis de hipoxia se presentan con mayor frecuencia porque el moco obstruye el árbol bronquial y causa retención de dióxido de carbono. Conforme avanza la enfermedad, puede desarrollarse enfisema y presentarse muerte por obstrucción.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Las manifestaciones más frecuentes de la EPOC son tos, disnea, sibilancias y aumento de la producción de esputo. La disnea puede ser un síntoma de la EPOC, pero el dolor torácico no.

El tratamiento de la bronquitis crónica dirigido a eliminar las secreciones bronquiales y prevenir la obstrucción de las vías respiratorias es similar para los pacientes de todas las edades. Las personas de edad avanzada pueden necesitar motivación especial para mantener la buena ingesta de líquidos y expectorar las secreciones. El personal de enfermería puede ser más eficaz en la prevención de la

bronquitis crónica desalentando la irritación respiratoria crónica, como al fumar, y ayudar a los adultos mayores a prevenir las infecciones respiratorias.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Las enfermedades respiratorias asociadas con fumar afectan no sólo al individuo, sino a la sociedad en términos de los costes de la atención de la salud. ¿Qué opina acerca de los costes para la sociedad que resultan de la decisión personal de fumar? ¿Qué incentivos podría utilizar la sociedad para desalentar este comportamiento?

Enfisema

El enfisema ocurre con incidencia creciente en la población de mayor edad. Los factores que causan esta enfermedad destructiva incluyen bronquitis crónica, irritación crónica por polvos o ciertos contaminantes del aire y cambios morfológicos en los pulmones, como distensión de los sacos alveolares, rotura de las paredes alveolares y destrucción del lecho capilar alveolar. Fumar cigarrillos también desempeña un papel importante en el desarrollo de enfisema. Los síntomas son lentos al inicio y pueden parecerse a cambios relacionados con la edad en el aparato respiratorio, lo que causa que muchos pacientes experimenten la identificación y el tratamiento tardíos de esta enfermedad. Poco a poco, se experimenta una mayor disnea que no se alivia al sentarse en posición vertical, como ocurría antes. Se presenta tos crónica. Conforme se requiere mayor esfuerzo para respirar y se presenta hipoxia, el paciente muestra fatiga, anorexia, pérdida de peso y debilidad. Las infecciones respiratorias recurrentes, la desnutrición, la insuficiencia cardíaca congestiva y las arritmias cardíacas están entre las complicaciones más peligrosas para la vida que los adultos mayores pueden experimentar por el enfisema.

Por lo general, el tratamiento incluye drenaje postural, broncodilatadores, evitación de situaciones de estrés y ejercicios respiratorios, los cuales son una parte importante de la instrucción del paciente. Debe detenerse el consumo de cigarrillos. El adulto mayor puede no tener energía para consumir nutrientes y líquidos suficientes. El personal de enfermería necesita valorar y brindar las intervenciones dietéticas que puedan facilitar la ingesta (p. ej., consumo de porciones pequeñas frecuentes y suplementos altos en proteína). Si se utiliza oxígeno, debe hacerse con extrema precaución y supervisión cercana. Debe recordarse que una concentración baja de oxígeno, en lugar de una alta de dióxido de carbono, estimula la respiración en estos pacientes. El adulto mayor con enfisema tiene un alto riesgo de presentar intoxicación por dióxido de carbono. Deben prevenirse las infecciones respiratorias; cualquiera que ocurra, independientemente de qué tan leve sea, debe comunicarse de inmediato al médico. Pueden estar contraindicados los sedantes, los hipnóticos y los opiáceos, pues el individuo es más sensible a ellos. Puede ser útil consultar con los médicos de los pacientes acerca de la posibilidad de una cirugía para disminución del volumen pulmonar (un procedimiento en el que se extirpa la mayor parte de las porciones enfermas del pulmón para permitir a los tejidos restantes y los músculos respiratorios trabajar más eficazmente).

Los pacientes con enfisema necesitan instrucción y apoyo abundantes para poder tratar la enfermedad. Puede ser difícil adaptarse a la presencia de una enfermedad

crónica grave que requiere atención especial o incluso un cambio del estilo de vida. El paciente debe aprender a ordenar sus actividades, evitar climas extremadamente fríos, administrar correctamente los medicamentos y reconocer los síntomas de infección. En el [plan de atención de enfermería 18-1](#) se presenta una muestra de la atención para el paciente con EPOC.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 18-1

EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Diagnósticos de enfermería. 1) Alteración del intercambio gaseoso relacionado con hipoxia tisular crónica, 2) riesgo de infección relacionado con la acumulación de secreciones en los pulmones.

Objetivo

El paciente mantiene una vía aérea permeable; expectora las secreciones de los pulmones.

Intervenciones de enfermería

- Enseñar ejercicios respiratorios para aumentar el cociente inspiratorio:espiratorio con las siguientes pautas:
 - Inhalar lentamente a la cuenta de cinco.
 - Inclinarsse hacia adelante (30-40°) y exhalar lentamente a la cuenta de 10; usar los labios fruncidos para la espiración.
 - Repetir varias veces, respirando de manera lenta y rítmica.
- Enseñar la respiración abdominal para ayudar a la espiración mediante las siguientes directrices:

En decúbito:

 - Colocar un libro o una almohada pequeña en el abdomen.
 - Impulsar hacia afuera el abdomen durante la inspiración; observar el libro o la almohada ascender.
 - Exhalar lentamente con los labios fruncidos mientras se retrae el abdomen.

En posición sentada:

 - Sostener un libro o una almohada pequeña sobre el abdomen.
 - Impulsar hacia afuera el abdomen contra el libro o la almohada durante la inspiración.
 - Inclinarsse hacia adelante, espirar lentamente con los labios fruncidos y retraer el abdomen presionando el libro o la almohada.
- Instruir al paciente para que tosa y respire profundamente al menos una vez cada 8 h. Puede estimularse la tos por espiración profunda y planificarse después de los ejercicios respiratorios.
- Realizar ejercicios de drenaje postural según lo indicado; destinar períodos de reposo entre los cambios de posición y tener precaución para evitar golpes contundentes, ya que los adultos mayores con huesos frágiles pueden experimentar una fractura.
- Si se prescriben antibióticos, debe verificarse que se administren a tiempo para mantener una concentración constante en la sangre.
- Evitar el contacto con las personas que presentan signos de infección respiratoria.
- Buscar signos de infección respiratoria e informar pronto al médico.
- Mantener una temperatura ambiente estable de 24 °C.
- Si se prescribe oxígeno, administrarlo con precaución y vigilancia cercana para evitar la intoxicación por dióxido de carbono (*véase la*

fig. 18-2).

- Verificar que se han administrado las vacunas de influenza y antineumocócica, a menos que estén contraindicadas.

Diagnóstico de enfermería. Intolerancia de la actividad relacionada con la hipoxia crónica.

Objetivo

El paciente realiza las actividades de la vida cotidiana (AVC) sin experimentar cansancio o síntomas respiratorios.

Intervenciones de enfermería

- Determinar la influencia de los síntomas respiratorios en las AVC, identificar los déficits reales o potenciales al participar en las AVC y proporcionar ayuda para compensar los déficits o intervenciones para aumentar la capacidad de autocuidado.
- Programar períodos de reposo entre las actividades.
- Identificar los factores que contribuyen a la intolerancia de la actividad (p. ej., interrupciones del sueño por la tos y falta de conocimiento de métodos para planificar actividades con la intención de conservar energía) y aliviar o mejorar tanto como sea posible.
- Aumentar paulatinamente el grado de actividad; vigilar los signos vitales y suspender la actividad si se presenta lo siguiente:
 - Disminución de la frecuencia respiratoria
 - Disminución de la frecuencia cardíaca
 - Falta de aumento en la presión sistólica
 - Aumento de 15 mm Hg en la presión diastólica
 - Confusión
 - Vértigo
 - Dolor
 - Dificultad respiratoria
- Consultar con el nutriólogo sobre la ingesta nutricional para mejorar la actividad.



CONCEPTO CLAVE

El asma, la bronquitis crónica y el enfisema se agrupan en la categoría de enfermedad pulmonar obstructiva crónica por su resultado en común de obstrucción del flujo de aire.

Neumonía

La neumonía, en especial la bronconeumonía, es frecuente en los adultos mayores y constituye una de las principales causas de muerte en este grupo de edad. Varios factores contribuyen a su alta incidencia:

- Escasa expansión del tórax y la respiración superficial por cambios asociados con la edad en el aparato respiratorio.
- Alta prevalencia de enfermedades respiratorias que promueven la formación de moco y la obstrucción bronquial.
- Resistencia disminuida a las infecciones.
- Menor sensibilidad de los reflejos faríngeos, que promueve la broncoaspiración de objetos extraños.
- Alta incidencia de afecciones que causan disminución de la movilidad y debilidad (fig. 18-2).

- Mayor probabilidad de que los adultos mayores sean hospitalizados o internados y de desarrollo de neumonía intrahospitalaria en comparación con los jóvenes.

La neumonía neumocócica causada por *Streptococcus pneumoniae* es el tipo más frecuente en los adultos mayores. Otras neumonías son causadas por bacilos gramnegativos (*Klebsiella pneumoniae*), *Legionella pneumophila*, bacterias anaerobias y *Haemophilus influenzae*.

Los signos y síntomas de la neumonía pueden alterarse en los adultos mayores, por lo que puede ocurrir neumonía grave sin síntomas evidentes. El dolor pleurítico, por ejemplo, puede no ser tan intenso como el descrito por los pacientes más jóvenes. Las diferencias en la temperatura del cuerpo pueden causar fiebre mínima o ninguna. Los síntomas pueden incluir tos leve, fatiga y respiración rápida; es posible que se presente confusión, inquietud y cambios de comportamiento como resultado de la hipoxia cerebral. La atención de enfermería para el adulto mayor con neumonía es similar a la de los adultos jóvenes. Es especialmente importante una vigilancia más cercana de los cambios sutiles. El paciente mayor puede desarrollar también la complicación del íleo paralítico, que se puede prevenir mediante la movilidad.



FIGURA 18-2 ● Los estados de inmovilidad aumentan el riesgo de neumonía en los adultos mayores.



COMUNICACIÓN

Debido a que el diagnóstico de neumonía en los adultos mayores puede retrasarse debido a la presentación atípica de los síntomas, es de beneficio destacar con los adultos mayores y sus cuidadores la importancia de identificar y comunicar los síntomas de forma temprana. Se deben describir los síntomas a un nivel

apropiado para que el individuo pueda comprenderlos. Por ejemplo, en lugar de utilizar la denominación *tos productiva*, usar la de *tos con flema* o *con moco*; *dolor en el pecho* se puede utilizar para describir la *sensación de pesadez* o *tirantez del tórax*. Además, debido a que muchas personas consideran a la fiebre como una temperatura alta (p. ej., 38.3 °C) y muchos adultos mayores presentan fiebre a temperaturas más bajas debido a su menor temperatura corporal, pueden ser útiles las descripciones como *una sensación de calor* y *sudoración*.



CONCEPTO CLAVE

La tos productiva, la fiebre y el dolor torácico pueden ser atípicos en los adultos mayores por los cambios relacionados con la edad, lo que puede dar lugar a un diagnóstico tardío de la neumonía.

Aunque su eficacia aún es controvertida, se recomiendan las vacunas antineumocócicas para los adultos mayores de 65 años de edad. La vacuna no debe administrarse durante una enfermedad febril. Su administración concurrente con la de influenza y algunas otras vacunas es admisible, siempre que se utilicen sitios de inyección diferentes. Los efectos secundarios frecuentes son malestar general, fiebre, mialgias y eritema local. Algunos individuos pueden experimentar intensificación del dolor artrítico y, de manera infrecuente, parestesias y otras neuropatías. Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomiendan la vacunación antineumocócica y un refuerzo único después de 5 años si la persona tenía 65 años de edad cuando se administró la primera dosis. El personal de enfermería debe asegurarse de documentar la administración de la vacuna, junto con el nombre del fabricante, el número de lote y la fecha de caducidad. En los CDC también se recomienda que si hay duda de la administración de la vacuna, es mejor volver a administrarla que correr el riesgo de una neumonía.

Influenza

La mayoría de las muertes por influenza se presentan en la población de adultos mayores, lo que recuerda la gravedad de esta infección en ellos. De los dos subtipos de influenza, la A es la causa más frecuente de enfermedad grave y muerte en los adultos mayores; la influenza de tipo B es menos grave, aunque puede producir problemas graves en los adultos mayores. Los cambios relacionados con la edad, incluyendo una respuesta inmunitaria alterada al virus, hacen a los adultos mayores muy susceptibles a la enfermedad. Por lo general, la influenza causa fiebre (aunque no tan alta como en los adultos jóvenes), mialgias, faringitis y tos no productiva. Una vez que ataca, el virus destruye las células epiteliales ciliadas del aparato respiratorio y disminuye la depuración mucociliar. Las infecciones bacterianas secundarias y otras complicaciones aumentan el riesgo de los adultos mayores de morir a causa de la influenza. Los pacientes con enfermedades respiratorias, cardíacas o metabólicas crónicas están en riesgo particularmente alto de desarrollar neumonía bacteriana secundaria. Las complicaciones no pulmonares pueden incluir miositis, pericarditis, síndrome de Guillain-Barré, encefalitis y pérdida temporal del olfato o el gusto.

Las consecuencias graves de la influenza en los adultos mayores requieren medidas preventivas. Debido a que la influenza se adquiere por inhalación de gotículas infectadas, es importante disminuir el contacto con personas con la enfermedad o que se sospecha que la padezcan. También puede lograrse la

prevención mediante la vacunación anual contra el virus, la cual se recomienda para los adultos mayores de 65 años de edad. Aunque los adultos mayores tienen títulos más bajos de anticuerpos después de la vacunación que los adultos jóvenes, el procedimiento puede prevenir las complicaciones graves asociadas con la infección, aunque no la enfermedad. Se necesitan aproximadamente 2 semanas para notar una respuesta de anticuerpos a la vacuna; por lo tanto, se recomienda su administración en el otoño para que la inmunidad esté presente antes de los puntos máximos de la temporada de influenza. Puesto que la temporada de la enfermedad puede durar hasta finales del invierno, las vacunas para adultos mayores pueden administrarse después del otoño. La inmunidad disminuye de manera gradual en los meses siguientes a la vacunación, por lo que es necesaria la revacunación anual. La vacuna está contraindicada en personas con enfermedades febriles, alergia al huevo y con antecedente del síndrome de Guillain-Barré. La concentración de carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, teofilina y warfarina en la sangre puede elevarse 1-4 semanas después de la vacunación; en consecuencia, los pacientes que consumen estos medicamentos deben vigilarse de forma cercana en cuanto a reacciones tóxicas. Es recomendable la vacunación de las personas que trabajan con adultos mayores.

Cáncer pulmonar

La mayoría de los casos de cáncer de pulmón se presentan en la actualidad en pacientes mayores de 65 años de edad. Los patrones generacionales en la prevalencia del tabaquismo constituyen un gran factor causal, aunque los mejores recursos de diagnóstico y un mayor número de personas que sobreviven hasta una edad avanzada ciertamente participan en la elevada incidencia de cáncer pulmonar en los adultos mayores. El cáncer pulmonar se presenta con mayor frecuencia en los hombres, aunque su tasa es creciente en las mujeres. La incidencia y la tasa de mortalidad por cáncer pulmonar son más altas en los hombres afroamericanos, seguidos por caucásicos, indios americanos/nativos de Alaska, asiáticos/de islas del Pacífico y latinos; entre las mujeres, las caucásicas muestran la tasa más alta de cáncer pulmonar, seguidas por afroamericanas, indias americanas/nativas de Alaska, asiáticas/de islas del Pacífico y latinas ([Centers for Disease Control and Prevention, 2014](#)). Los fumadores de cigarrillos tienen una incidencia del doble en comparación con los no fumadores. También hay una alta incidencia entre los individuos crónicamente expuestos a sustancias como asbesto, gas de carbón, polvos radiactivos y cromatos. Lo anterior recuerda la importancia de obtener información detallada en cuanto a los antecedentes ocupacionales del paciente como parte de la valoración de enfermería. Aunque no hay pruebas concluyentes disponibles, se ha divulgado cierta asociación entre la presencia de cicatrices pulmonares, como las derivadas de tuberculosis y neumonitis, y el cáncer pulmonar.



CONCEPTO CLAVE

La exposición crónica al humo de tabaco, el asbesto, el gas de carbón, el radón y los contaminantes del aire contribuye al desarrollo de cáncer pulmonar.

La persona puede presentar cáncer de pulmón mucho antes de sufrir síntomas. Por

lo tanto, debe valorarse de manera regular a las personas con alto riesgo. La disnea, la tos, el dolor torácico, la fatiga, la anorexia, las sibilancias y las infecciones respiratorias superiores recurrentes forman parte de las manifestaciones conforme progresa la enfermedad. El diagnóstico se confirma mediante radiografía de tórax, citología de esputo, broncoscopia y biopsia. El tratamiento puede consistir en cirugía, quimioterapia o radioterapia, las cuales requieren la misma atención de enfermería que la que se brinda a pacientes de cualquier edad con este diagnóstico.

Absceso pulmonar

Un absceso pulmonar puede ser secundario a neumonía, tuberculosis, cáncer o traumatismo pulmonar. La broncoaspiración de material extraño también puede causar un absceso pulmonar; ello puede constituir un riesgo particular para los adultos mayores con disminución de los reflejos faríngeos. Los síntomas, que se asemejan a los de muchos otros problemas respiratorios, incluyen anorexia, pérdida de peso, fatiga, elevación de la temperatura y tos crónica. Puede ocurrir producción de esputo, pero no siempre se presenta en los adultos mayores.

El diagnóstico y el tratamiento son los mismos que para otros grupos de edad. Las modificaciones para el drenaje postural, un componente importante del tratamiento, se describen más adelante en este capítulo. Puesto que se pueden perder proteínas en el esputo, se recomienda una dieta alta en proteínas y calorías para mantener y mejorar el estado nutricional del adulto mayor.

CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA PARA LAS AFECCIONES RESPIRATORIAS

Identificar los síntomas

Se debe recomendar a los adultos mayores buscar atención médica de inmediato si presentan signos de infección respiratoria. Con frecuencia, los adultos mayores no experimentan el mismo grado de dolor de pecho asociado con la neumonía que los adultos jóvenes, y su temperatura corporal, normalmente más baja, puede causar una forma de fiebre atípica (p. ej., con menor intensidad que en las personas más jóvenes). Así, para el momento en el que los síntomas son obvios para los demás, la neumonía puede estar ya en una etapa avanzada.

El personal de enfermería debe instruir a los adultos mayores a comunicar cambios en las características del esputo que puedan relacionarse con ciertos procesos patológicos. Por ejemplo, el esputo es espeso, transparente y blanco grisáceo en la EPOC, purulento y fétido ante un absceso pulmonar o bronquiectasias, y es rojo y espumoso en el edema pulmonar y la insuficiencia cardíaca izquierda.

Prevenir las complicaciones

Una vez que se presentan enfermedades respiratorias, es necesaria la vigilancia cercana del estado del paciente para evitar la discapacidad y prevenir la mortalidad. La atención estrecha por el personal de enfermería puede prevenir y detectar las complicaciones respiratorias, las cuales deben incluir las siguientes revisiones:

- ▀ Frecuencia y volumen respiratorios
- ▀ Pulso (p. ej., un aumento repentino puede indicar hipoxia)
- ▀ Presión arterial (p. ej., pueden ocurrir elevaciones con la hipoxia crónica)
- ▀ Temperatura (p. ej., no sólo para detectar las infecciones, sino también para prevenir el estrés en los sistemas cardiovascular y respiratorio conforme intentan satisfacer las mayores demandas de oxígeno impuestas por una temperatura elevada)
- ▀ Las venas del cuello (p. ej., distensión)
- ▀ Permeabilidad de la vía aérea
- ▀ Tos (p. ej., frecuencia, profundidad y secreción)
- ▀ Tipo de secreciones
- ▀ Estado mental

GARANTIZAR LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE OXÍGENO

Puede usarse con prudencia la administración de oxígeno para tratar las afecciones respiratorias en los adultos mayores. La EPOC o las altas concentraciones crónicas de oxígeno (oxigenoterapia) pueden contribuir a que una persona retenga una mayor cantidad de dióxido de carbono en sus pulmones; esta retención aumenta el riesgo de desarrollar la complicación grave de toxicidad por dióxido de carbono durante la oxigenoterapia (fig. 18-3). El personal de enfermería debe vigilar los gases en sangre y los síntomas de intoxicación por dióxido de carbono en el paciente, que incluyen confusión, fasciculaciones musculares, defectos visuales, sudoración profusa, hipotensión, grados progresivos de insuficiencia circulatoria y depresión neurológica, que puede manifestarse con sueño o coma profundo.

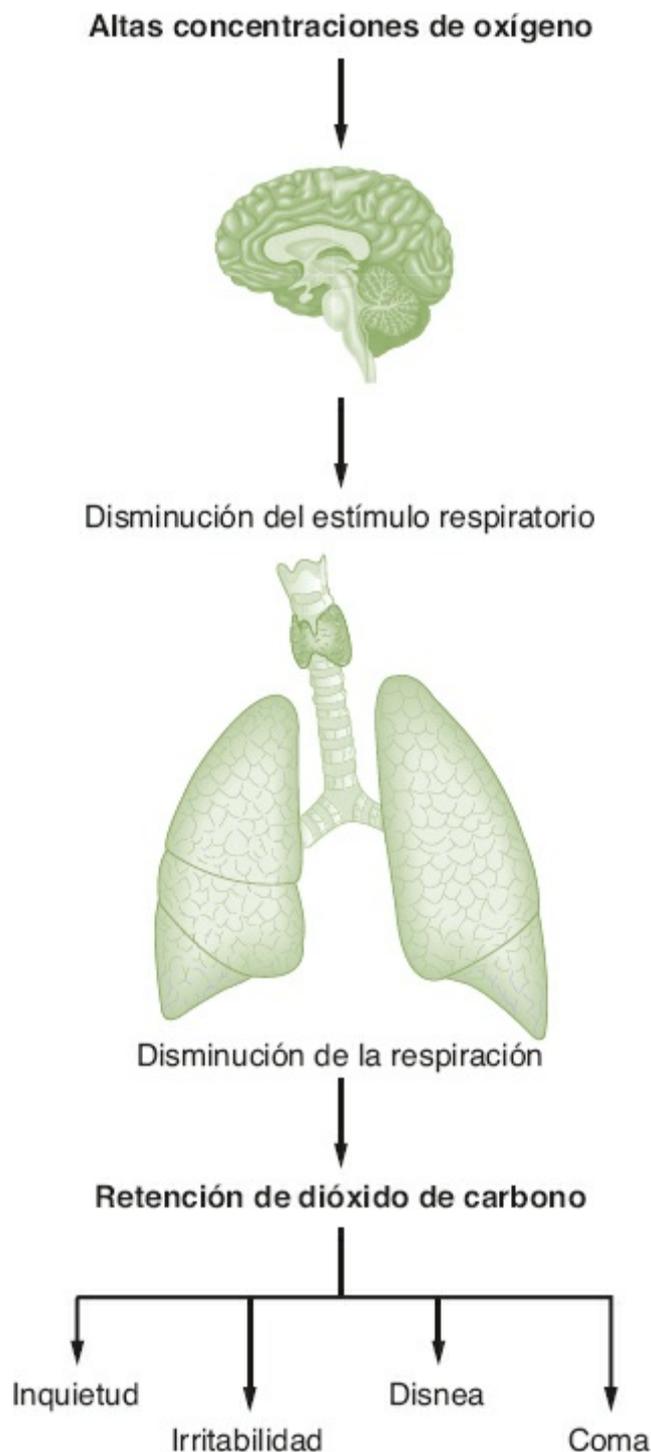


FIGURA 18-3 ● Debe administrarse el oxígeno con cuidado a los adultos mayores. Las concentraciones altas crónicas de oxígeno pueden deprimir el estímulo respiratorio en el cerebro, con disminución de la respiración y promoción de la retención de dióxido de carbono.

Puesto que la administración inadecuada de oxígeno puede tener consecuencias graves para los adultos mayores, el personal de enfermería debe apegarse estrictamente a los procedimientos adecuados para su uso. El personal de enfermería debe revisar con frecuencia el manómetro para verificar que se encuentra en el nivel prescrito y comprobar el flujo de oxígeno respecto de cualquier interrupción o bloqueo por un tanque vacío, vías obstruidas u otros problemas. El personal de enfermería debe valorar y recomendar el método de administración más eficaz para cada paciente. Los pacientes de mayor edad que respiran por la boca o tienen

dificultad para mantener sus labios sellados en la mayoría de las ocasiones quizá no reciban el beneficio total de una cánula nasal. Una persona en emaciación cuya estructura facial no permite un sellado hermético de la mascarilla puede perder una porción significativa del oxígeno por fuga. Un paciente inseguro y ansioso dentro de una tienda de oxígeno puede utilizar el gas en exceso por estrés emocional y no obtener el beneficio terapéutico completo. Deben limpiarse con regularidad las vías nasales del paciente para mantener su permeabilidad. Es necesario vigilar de cerca los índices de oxigenación insuficiente; algunos adultos mayores no presentan cianosis durante la hipoxia, por lo que el personal de enfermería debe evaluar otros signos.

Con un número cada vez mayor de pacientes dados de alta de los hospitales con oxígeno para uso domiciliario y la noción de que gran cantidad de adultos mayores carecen de capacidades, conocimientos y el apoyo de un cuidador, es crucial la valoración realista de su capacidad para usar oxígeno en casa de forma segura. El paciente debe recibir un refuerzo de la información y supervisión a través de agencias de atención sanitaria en el hogar u otros medios de la comunidad hasta que el paciente o el cuidador estén cómodos y sean competentes en este tratamiento. Debe evaluarse la seguridad del hogar. Es importante tomar en cuenta el efecto del tratamiento con oxígeno sobre el estilo de vida del paciente y la familia; si el oxígeno en casa produce la sensación de una nueva carga en su vida o de convertirse en prisioneros en su hogar, la ayuda y el apoyo pueden mejorar esta situación.

Drenaje postural

Se prescribe a menudo el drenaje postural (fig. 18-4) para eliminar las secreciones bronquiales en ciertas afecciones respiratorias. Los pasos básicos para este procedimiento son los mismos que para otros adultos, con algunas modificaciones leves. Si se prescriben medicamentos en aerosol, el personal de enfermería aplica antes el procedimiento de drenaje postural. La posición de drenaje postural depende del paciente y de la porción del pulmón afectada. El adulto mayor debe cambiar lentamente de posición y permitirse unos minutos para descansar entre los cambios para adaptarse a la nueva posición. La posición final habitual para el drenaje postural, boca abajo con la cabeza a nivel del suelo, puede ser estresante para el adulto mayor y tener efectos adversos. El personal de enfermería puede consultar con el médico la conveniencia de esta posición y sus posibles modificaciones para satisfacer las necesidades de cada paciente. Si se utiliza esta posición, es beneficioso valorar la tolerancia del paciente y modificar el posicionamiento de acuerdo con sus necesidades. El uso de ventosas y vibración facilita el drenaje de las secreciones; sin embargo, los huesos y tejidos de los adultos mayores son más frágiles y pueden lesionarse con facilidad. El procedimiento debe suspenderse de inmediato si se presenta disnea, palpitaciones, dolor torácico, diaforesis, temor o cualquier otro signo de ansiedad. La higiene bucal completa y un período de descanso deben seguir al drenaje postural. Es esencial el registro de la tolerancia del procedimiento y la cantidad y las características del moco obtenido.

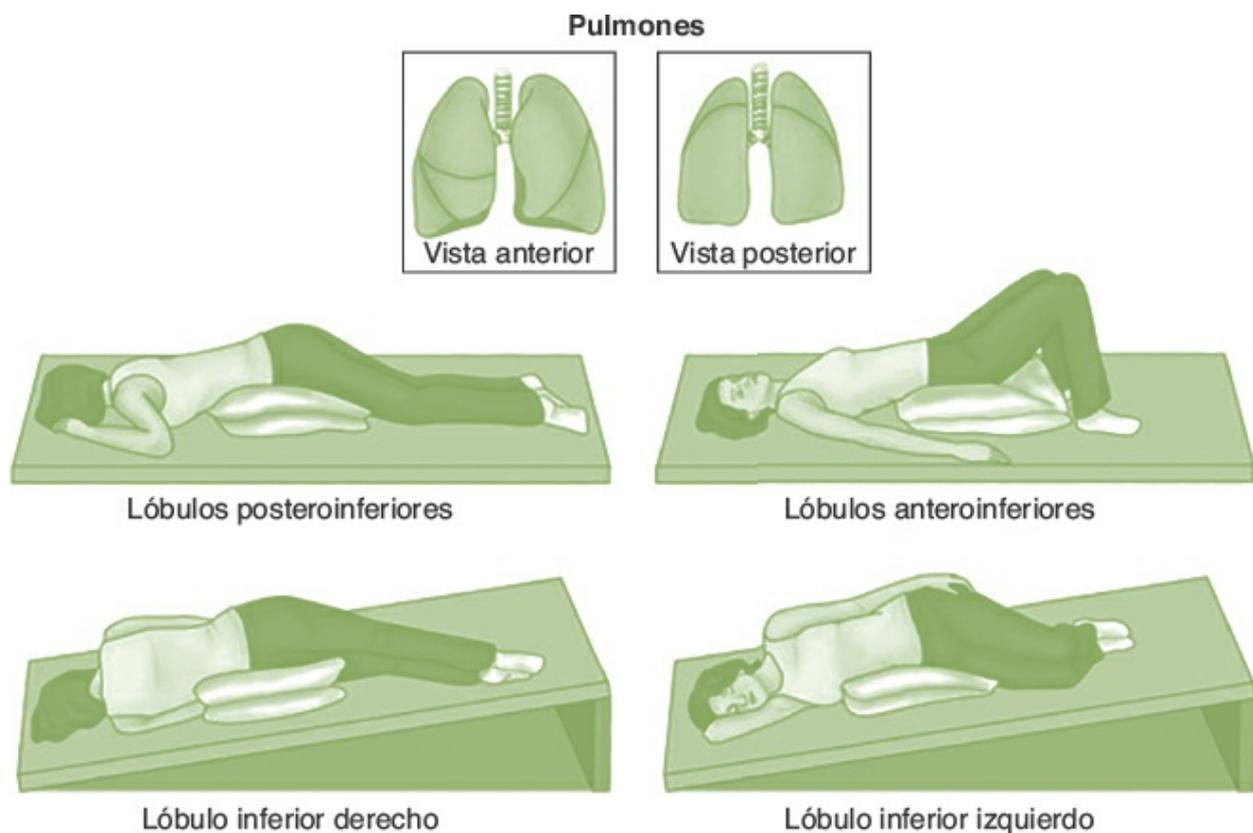


FIGURA 18-4 ● Drenaje postural. Se muestran cuatro posiciones que aprovechan la gravedad para ayudar el drenaje de las secreciones de las vías respiratorias bronquiales más pequeñas hacia los bronquios principales y la tráquea para permitir al paciente expectorarlas (tomado de: Taylor, C., Lillis, C. & Lynn, P. (2015). *Fundamentals of nursing* (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, con autorización).

Promover la tos productiva

Toser para eliminar las secreciones es importante en el tratamiento de los problemas respiratorios; sin embargo, la tos no productiva puede constituir un gasto inútil de energía y ser estresante para el adulto mayor. Pueden utilizarse varias estrategias para promover una tos productiva. Los caramelos sólidos y otros dulces aumentan las secreciones, ayudando así a hacer productiva la tos. Los ejercicios de respiración antes mencionados también pueden ser beneficiosos. Una gran variedad de humidificadores se pueden obtener sin receta para el uso domiciliario; el personal de enfermería debe instruir al paciente para el uso correcto y seguro de estos dispositivos. También se pueden prescribir expectorantes para diluir las secreciones y hacer más productiva la tos. Una medida básica, aunque importante y que debe reforzarse, es la adecuada ingesta de líquidos. Se debe recomendar a los pacientes utilizar pañuelos desechables de papel, no de tela, para el esputo expectorado. Son fundamentales el lavado frecuente de las manos y la higiene bucal, que conllevan muchos beneficios físicos y psicológicos.



CONCEPTO CLAVE

La tos no productiva puede constituir un gasto de energía inútil y ser estresante para un adulto mayor.

Usar tratamientos complementarios

Se considera que algunas hierbas afectan la salud respiratoria. El gordolobo, la cañamera y el olmo rojo tienen efectos secretores de moco y pueden disminuir la irritación del revestimiento de las vías respiratorias. Se han utilizado lobelia, tusílogo y sanguinaria como expectorantes. La aromaterapia con eucalipto, pino, lavanda y limón puede resultar útil. Antes de la introducción de cualquier remedio herbolario, el personal de enfermería debe investigar sus posibles interacciones con los medicamentos que el paciente está empleando y comentarlo con el médico.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. B., de 79 años de edad, que presenta enfermedad pulmonar obstructiva crónica, vive en casa con su esposa de 80 años de edad, quien padece enfermedad de Alzheimer. La Sra. B. es capaz de caminar y realizar actividades de la vida cotidiana con la guía del Sr. B.; sin embargo, muestra falta de juicio y requiere supervisión cercana. Recientemente, el Sr. B. fue hospitalizado por neumonía y dado de alta con oxígeno para uso domiciliario. Su esposa, quien se alojó con una amiga durante la hospitalización del Sr. B., ha regresado a casa. El Sr. B. desea cuidar a su esposa en casa, pero percibe que sus reservas de energía son bajas y tiene dificultad para

seguir sus pasos por toda la casa mientras está conectado a su oxígeno. La pareja desea desesperadamente permanecer en su hogar, pero no tienen familia en la zona y reciben solamente la ayuda limitada de amigos y vecinos.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles son los riesgos que enfrenta esta pareja y cómo pueden disminuirse?
- ¿Qué ayuda podría brindarse a la pareja?

Los alimentos irritantes (p. ej., ajo, cebolla y chile o ají) pueden tener el efecto de abrir las vías aéreas, mientras que los que forman moco, como los lácteos y procesados, pueden hacerlo espeso y reducir el intercambio eficaz de aire.

La acupuntura, realizada por un terapeuta entrenado, se utiliza para el tratamiento de la fiebre del heno, el asma y el enfisema. La acupresión se utiliza con algún grado de beneficio en las personas con asma, bronquitis y enfisema. El yoga puede promover la respiración profunda y la buena oxigenación de los tejidos. La manipulación del tejido conjuntivo (una técnica que mediante la presión ejercida con los dedos, nudillos y codos libera adherencias aponeuróticas y brinda equilibrio al cuerpo) y el masaje pueden movilizar el tórax y mejorar la respiración.

Un número cada vez mayor de estadounidenses está empleando recursos terapéuticos complementarios para la prevención y el tratamiento de las afecciones respiratorias. Aunque la eficacia de estos métodos no puede establecerse por completo, el personal de enfermería debe mantener una mente abierta; si el método terapéutico no hace daño y el individuo cree que es beneficioso, podrían lograrse resultados positivos combinándolo con los tratamientos convencionales.

Promover el autocuidado

Se pueden prescribir broncodilatadores en forma de inhalador para el tratamiento del asma bronquial y otras enfermedades que causan broncoespasmo, como la bronquitis crónica o el enfisema. El uso eficaz de estos dispositivos depende de la capacidad del individuo para manipular el aparato y coordinar el rocío con la inhalación, aspecto

que puede ser problemático para los adultos mayores, con respuestas más lentas, mala coordinación, artritis o debilidad generalizada. Antes de prescribir un inhalador, debe valorarse la capacidad del paciente para utilizarlo de forma correcta. Los terapeutas respiratorios pueden ser de ayuda para recomendar dispositivos capaces de asistir a los pacientes en la resolución de problemas específicos con el uso de inhaladores. Si el individuo es capaz de dominar las habilidades requeridas para el uso, deben revisarse a fondo las instrucciones y precauciones. El sujeto y sus cuidadores deben entender los efectos cardíacos graves del uso excesivo. Suelen ser suficientes una o dos inhalaciones para aliviar los síntomas durante 4 h. Para asegurar que el inhalador no se vacíe de forma inesperada y deje a la persona sin medicamento cuando sea necesario, debe valorarse de forma periódica el contenido del inhalador colocándolo en un recipiente con agua. Cuando esté lleno, se hundirá; cuando esté vacío, flotará; los diferentes grados intermedios indican su contenido parcial.



CONCEPTO CLAVE

El uso eficaz de los inhaladores requiere la capacidad del usuario para manipular el dispositivo y coordinar la descarga y la inhalación, tareas que pueden ser difíciles para algunos adultos mayores.

No hace mucho tiempo, los pacientes con soporte ventilatorio se encontraban en unidades de cuidados intensivos de hospitales de urgencias. En la actualidad, un número creciente de personas dependientes del ventilador se tratan en casa o en centros de atención a largo plazo. Cada ventilador tiene características únicas, y el personal de enfermería debe buscar la guía de un especialista en cuidados respiratorios para asegurar una comprensión amplia y uso correcto de los equipos. Ya sea en sus propias casas o en un centro de atención, estos pacientes necesitan apoyo multidisciplinario estricto para ayudar con la compleja red de necesidades físicas, emocionales y sociales que pueden presentar. El personal de enfermería puede tener una participación significativa en la provisión de una valoración realista de las capacidades de los pacientes y los cuidadores familiares para brindar la atención relacionada con el ventilador. Tiene poco sentido utilizar un ventilador para salvar la vida de un paciente y después ponerla en riesgo mediante el envío a casa con una familia que no puede satisfacer las necesidades de atención. También se debe prestar atención especial a la calidad de vida del paciente dependiente de un ventilador; deben emplearse asesoramiento, estimulación sensorial, métodos de expresión artística y emocional y otros recursos.

Dar ánimo

Los problemas respiratorios son atemorizantes y producen ansiedad. Los pacientes con estas afecciones requieren apoyo psicológico y tranquilidad, especialmente durante los períodos de disnea. Los pacientes necesitan una comprensión completa de su enfermedad y tratamiento para ayudar a reducir su ansiedad. Puede requerirse el estímulo repetido para ayudar al individuo con el cumplimiento de las exigencias de una enfermedad crónica. Puede ser necesario para algunos sujetos pasar la mayor parte de su tiempo en interiores para evitar los entornos con calor y frío extremos; otros pueden requerir aprender a transportar el oxígeno consigo cuando viajan fuera

de casa; otros más deben trasladarse a un clima diferente para su alivio. Es posible que estos cambios en el estilo de vida tengan un impacto significativo en su vida. Como con cualquier persona que padece enfermedades crónicas, los pacientes con problemas respiratorios pueden beneficiarse de la asistencia para vivir al máximo posible con sus afecciones, en lugar de convertirse en sus prisioneros.

Resumen del capítulo

El proceso de envejecimiento afecta al aparato respiratorio con un mayor riesgo de problemas para el intercambio de aire completo, disminución de la capacidad vital, expulsión ineficaz de las secreciones y facilidad para contraer infecciones respiratorias. Estos riesgos se pueden disminuir con la práctica regular de los ejercicios de respiración profunda, la evitación y la interrupción del hábito tabáquico, la actividad física, la evitación de exposición a contaminantes del aire y la promoción de una buena salud bucal.

Cuando se valora a los adultos mayores, debe prestarse atención a los signos que pueden asociarse con problemas respiratorios, como la tez rubicunda, la coloración azul o gris de la piel, un aumento del diámetro anteroposterior torácico, la expansión disminuida o asimétrica del tórax durante la ventilación, los ruidos respiratorios anómalos durante la auscultación, la ausencia de resonancia durante la percusión de los pulmones, tos y expectoración de moco en grandes cantidades o con coloración. El interrogatorio debe incluir preguntas acerca de antecedentes de hábito tabáquico y los problemas respiratorios presentes.

Puesto que los síntomas de las afecciones respiratorias en los adultos mayores pueden modificarse, el personal de enfermería necesita hacer esfuerzos especiales para identificar e investigar acerca de los signos y síntomas. Una vez que se presentan enfermedades respiratorias, es necesaria la vigilancia estrecha del estado del paciente para evitar la discapacidad y prevenir la mortalidad.

Aunque resulta de beneficio en el tratamiento de las enfermedades respiratorias, la oxigenoterapia debe vigilarse de manera cuidadosa por el riesgo de intoxicación por dióxido de carbono. Pueden requerirse modificaciones en el drenaje postural debido a la posibilidad de que los pacientes se agoten durante el procedimiento y no poder tolerar algunas de las posiciones. La gravedad de los síntomas y su efecto sobre la capacidad para realizar actividades habituales requieren que los pacientes reciban instrucción, vigilancia y apoyo para tratar con eficacia las alteraciones respiratorias.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Sobrevivir al cáncer pulmonar. Toma de medicamentos y tratamiento bucal dirigido

Fuente: Wickersham, K. E., Happ, M. B., Bender, C. M., Engberg, S. J., Tarhini, A. & Erlen, J. A. (2014). Geriatric Nursing, 35(2), Supplement, S49–56.

El cáncer pulmonar no microcítico (CPNM) representa a la mayoría de las neoplasias de pulmón y se encuentra, por lo general, en una etapa avanzada cuando se

diagnostica en los adultos mayores. El tratamiento actual se compone principalmente de medicamentos orales que se toman a diario hasta que pierden su eficacia. Es importante tomar los medicamentos de manera consciente; sin embargo, los pacientes requieren muchas competencias para tomarlos (p. ej., identificación y conteo de comprimidos, recordar acompañarlos con las comidas, abastecer las recetas). En este estudio se exploró el proceso de la toma de tratamientos orales en un grupo de adultos mayores con CPNM.

Se seleccionó intencionalmente a 13 personas para obtener una muestra variada en sexo, etnicidad, edad y tratamiento. Se realizaron entrevistas con estas personas durante un período de 1 año.

Todos los participantes describieron un proceso de toma de decisiones para elegir el tratamiento con el apoyo del oncólogo y los miembros de la familia. La mayoría obtuvo información sobre el medicamento y cómo emplearlo de manera correcta a partir de folletos, libros y publicaciones de la compañía farmacéutica; algunos evitaron intencionalmente buscar en Internet porque se sintieron más cómodos al desconocer todos los detalles del medicamento. La mayoría de ellos consideraron al medicamento como un tratamiento activo de una enfermedad crónica potencialmente mortal, integrando así el cáncer a su vida cotidiana y centrándose en vivir con éste en lugar de morir por su causa. Los participantes expresaron preocupación por saber que el medicamento es limitado al no poder curar el cáncer y su coste significativo.

Este estudio muestra el valor que los pacientes dan al efecto del tratamiento sobre la calidad de vida, más que al control de la enfermedad. Los pacientes pueden ser más propensos a cumplir con un esquema terapéutico si relacionan los beneficios con la calidad de sus vidas. Además, los pacientes a menudo tienen inquietudes acerca del coste, a lo que el personal de enfermería debe ser sensible. El mejor tratamiento significa poco si los pacientes temen consumir los recursos familiares y causar problemas económicos para ellos y sus seres queridos. Ayudar a las personas a encontrar fuentes de pago cuando sus recursos son limitados es una parte crucial de la atención a quienes utilizan tratamientos costosos que no son cubiertos por los seguros.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La Sra. O'Day fue dada de alta del hospital y se tiene programado visitarla cada 3 días durante 2 semanas para ayudar en el cuidado de su incisión abdominal. Tiene antecedentes de infecciones respiratorias recurrentes y utiliza de manera regular antihistamínicos de venta libre para lo que ha descrito como "alergias".

En la primera visita a domicilio se encuentra con el Sr. y la Sra. O'Day, ambos de 76 años de edad, viviendo con sus seis gatos. La casa parece sucia y desordenada y prevalece un fuerte olor a orina de mascotas. Hay pelos de gato en todos los muebles tapizados y las alfombras.

Durante la visita entera, varios gatos trepan y bajan del regazo de la Sra. O'Day, y experimenta un episodio de estornudos y secreción nasal acuosa.

Se pregunta a la Sra. O'Day si ha considerado que su problema de alergia podría estar relacionado con sus gatos, y responde: "probablemente tengan algo que ver,

pero son mis nenes y no me resisto cuando alguno aparece y necesita un hogar. No puedo pensar en separarme de ellos”. El Sr. O’Day apoya la posición de su esposa y declara “también soy un amante de los gatos”.

¿Cómo se podrían tratar las cuestiones de salud relacionadas con los gatos respetando el deseo de los O’Day de tenerlos en su hogar?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué riesgos para los adultos más jóvenes autoimpuestos e impuestos por el entorno pueden contribuir al desarrollo de enfermedades respiratorias en etapas posteriores de la vida?
2. ¿De qué manera los cambios relacionados con la edad pueden afectar el desarrollo, la detección y el tratamiento de las enfermedades respiratorias?
3. ¿Qué puntos clave se incluirían en un programa educativo para la promoción de la salud respiratoria en los adultos mayores?
4. Describa las precauciones que deben tomarse cuando se administra oxígeno a los adultos mayores.

Recursos

American Lung Association

<http://www.lungusa.org>

Asthma and Allergy Foundation of America

<http://www.aafa.org>

National Heart, Lung, and Blood Institute Information Center

<http://www.nhlbi.nih.gov>

Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention

<http://www.cdc.gov/tobacco>

Referencias

Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Lung cancer rates by race and ethnicity*. Obtenido el 6 de diciembre de 2014 en: <http://www.cdc.gov/cancer/lung/statistics/race.htm>

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Circulación

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento sobre la salud cardiovascular

Promoción de la salud cardiovascular

- Nutrición adecuada
- Ejercicio adecuado
- Evitar el humo del tabaco
- Tratar el estrés
- Intervenciones proactivas

Enfermedades cardiovasculares y las mujeres

Afecciones cardiovasculares seleccionadas

- Hipertensión
- Hipotensión
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Embolia pulmonar
- Coronariopatías
- Hiperlipidemia
- Arritmias
- Enfermedad vascular periférica

Consideraciones generales de enfermería para las afecciones cardiovasculares

- Prevención
- Mantener al paciente informado
- Prevenir las complicaciones
- Promover la circulación
- Proveer cuidados de los pies
- Tratar los problemas asociados con la enfermedad vascular periférica
- Promover la normalidad
- Integrar tratamientos complementarios

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir los efectos del envejecimiento sobre la circulación y la salud cardiovascular.
2. Mencionar los factores que promueven la salud cardiovascular.
3. Identificar las características frecuentes de las enfermedades cardiovasculares en los adultos mayores.
4. Describir las acciones del personal de enfermería para asistir a los pacientes con afecciones cardiovasculares.

GLOSARIO

Arritmia: frecuencia o ritmo cardíaco anómalo.

Ateroesclerosis: endurecimiento y estrechamiento de las arterias por la acumulación de placa en sus paredes.

Desacondicionamiento físico: disminución de la función cardiovascular por inactividad.

Hipertensión: presión arterial sistólica ≥ 140 o diastólica ≥ 90 .

Hipotensión postural: disminución de la presión arterial sistólica de 20 mm Hg o mayor después de levantarse y permanecer de pie durante 1 min.

Signo de Homans: dolor a la dorsiflexión de la pierna afectada, generalmente asociado con flebitis profunda.

La mejoría en la tecnología para el diagnóstico y el tratamiento tempranos, junto con la mayor conciencia pública de la importancia de la nutrición adecuada, el ejercicio y dejar de fumar, ha dado lugar a una disminución en las cardiopatías en la población general. Se prevé que las futuras generaciones experimentarán menos muertes y discapacidades asociadas con las enfermedades cardiovasculares. Desafortunadamente, la población de adultos mayores tiene lesiones a causa de gran cantidad de años de prácticas de prevención, diagnóstico y tratamiento inapropiadas, que los llevaron a sufrir enfermedades cardiovasculares, el principal motivo de discapacidad y muerte. El fenómeno anterior incluye algunos de los efectos del envejecimiento sobre el sistema cardiovascular. Con la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares en los adultos mayores, es crucial planificar acciones para prevenir y tratar algunos de los problemas potenciales relacionados con la circulación.

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR

Conforme avanza la edad, las válvulas cardíacas aumentan en grosor y rigidez a causa de esclerosis y fibrosis. La aorta se dilata, se desarrolla una leve hipertrofia ventricular y ocurre engrosamiento de la pared ventricular izquierda. El miocardio es menos eficaz y pierde parte de su fuerza contráctil, lo que provoca una reducción en el gasto cardíaco cuando se aumentan las demandas sobre el corazón. Se requiere más tiempo para concluir el ciclo de llenado diastólico y vaciado sistólico, se observa calcificación y menor elasticidad de los vasos, y los corazones en envejecimiento son menos sensibles a la regulación de la presión arterial por los barorreceptores. Por lo

general, estos cambios son graduales y llegan a ser más evidentes cuando el adulto mayor se enfrenta con un estrés fisiológico atípico, como el incremento de la actividad o una infección.

La buena salud de los tejidos depende de la perfusión tisular adecuada (p. ej., la circulación hacia y desde una parte del cuerpo). Para asegurar la buena perfusión de los tejidos, la presión arterial debe permanecer dentro de un rango normal. Desafortunadamente, los adultos mayores son más propensos a sufrir afecciones que pueden alterar la perfusión de los tejidos, como las siguientes:

- *Enfermedad cardiovascular.* Cardiopatía arterioesclerótica, hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y venas varicosas.
- *Enfermedades.* Diabetes mellitus, cáncer e insuficiencia renal.
- *Discrasias sanguíneas.* Anemia, trombosis y reacciones a transfusiones.
- *Hipotensión.* Debida a choque anafiláctico, hipovolemia, hipoglucemia, hiperglucemia e hipotensión ortostática.
- *Efectos adversos de medicamentos.* Antihipertensivos, vasodilatadores, diuréticos y antipsicóticos.
- *Otras afecciones.* Edema, inflamación, inmovilidad prolongada, hipotermia y desnutrición.

En la [tabla 19-1](#) se identifican los diagnósticos asociados con los riesgos de la circulación causados por la edad. El personal de enfermería puede evaluar la adecuación de la circulación tisular en los adultos mayores mediante la revisión de los antecedentes de salud del individuo, valorar los signos vitales, hacer la inspección del cuerpo y registrar los signos y síntomas. En el [cuadro 19-1](#) se mencionan los indicadores de perfusión tisular ineficaz.

PROMOCIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR

Una gran cantidad de las alteraciones en el sistema cardiovascular pueden modificarse mediante cambios en el estilo de vida y la dieta; por lo tanto, la prevención de los problemas cardiovasculares en todos los grupos etarios es un objetivo importante que todo miembro del personal de enfermería debe tener en cuenta. Al enseñar a los jóvenes y adultos mayores a identificar y reducir los factores de riesgo relacionados con las enfermedades cardiovasculares, el personal de enfermería promueve la función y la salud óptimas. Comer apropiadamente, hacer ejercicio adecuado, evitar el humo de cigarrillo, disminuir el estrés y usar intervenciones proactivas, cuando es necesario, son prácticas importantes para mejorar la salud.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 19-1 Envejecimiento y riesgos para la circulación adecuada

Causas o factores

Diagnóstico de enfermería^a

contribuyentes

Diagnóstico de enfermería^a

Disminución de la elasticidad de los vasos sanguíneos	Disminución de la perfusión de tejidos periféricos
Aumento de la resistencia de los vasos periféricos	Intolerancia a la actividad
Disminución de la circulación coronaria	Disminución de la perfusión del tejido cardíaco
Menor porcentaje de oxígeno extraído de la sangre arterial por los tejidos	Menor perfusión de tejidos cardiopulmonares
Menor capacidad de respuesta cardiovascular a la estimulación adrenérgica	Intolerancia a la actividad

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

CUADRO 19-1 Indicadores de perfusión ineficaz de los tejidos

Hipotensión
Taquicardia, menor calidad del pulso Claudicación
Edema
Pérdida de vello en las extremidades
Necrosis tisular, úlceras por estasis
Disnea, respiraciones rápidas
Palidez, frialdad de piel
Cianosis
Gasto urinario disminuido
Delirium (cognición y nivel de consciencia alterados)
Inquietud
Alteración de la memoria

Nutrición adecuada

Una dieta que cubra todos los requerimientos diarios, mantenga el peso dentro de un rango ideal para la estatura y edad y limite la ingesta de colesterol es beneficiosa. En el [cuadro 19-2](#) se nombran algunas pautas dietéticas generales para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Algunos suplementos nutricionales también pueden ayudar a la salud cardiovascular ([cuadro 19-3](#)).

CUADRO 19-2 Guías dietéticas para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular

- Disminuir la ingesta de alimentos fritos, grasas animales y las parcialmente hidrogenadas. Estar alerta de la comida rápida, que suele ser rica en grasa y calorías.
- Aumentar la ingesta de hidratos de carbono complejos y fibra. Utilizar productos de cereales integrales sin refinar, como trigo, avena, centeno, cebada, maíz, rosetas de maíz, arroz integral, arroz silvestre, trigo sarraceno, bulgur (trigo quebrado), mijo, quinoa y sorgo.
- Mantener la ingesta calórica en un rango ideal. Disminuir el consumo de alimentos pobres en nutrientes.

grosella negra, onagra).

- Comer al menos dos veces por semana pescados ricos en ácidos grasos omega-3 (p. ej., salmón, trucha y arenque).
- Disminuir la ingesta de carnes rojas, azúcar y alimentos muy procesados.
- Limitar las bebidas alcohólicas.

CUADRO 19-3 Suplementos nutricionales para la salud cardiovascular^a

Vitamina B₆. Eficaz en la prevención de la oxidación del colesterol inducida por la homocisteína, que puede ayudar en la prevención de ataques cardíacos e ictus (accidentes vasculares cerebrales).

Vitamina B₁₂. Puede disminuir la concentración de la homocisteína.

Ácido fólico. Esencial para el correcto metabolismo de la homocisteína.

Vitamina C. Ayuda a prevenir la formación de oxisteroles, mantiene la integridad de las paredes arteriales.

Selenio. Reduce la agregación plaquetaria.

Magnesio. Ayuda a dilatar las arterias y facilitar la circulación; previene la calcificación de los vasos sanguíneos, disminuye el colesterol total, aumenta las lipoproteínas de alta densidad, inhibe la agregación plaquetaria.

Calcio. Puede disminuir el colesterol total e inhibir la agregación plaquetaria.

Cromo. Disminuye el colesterol total y los triglicéridos (particularmente cuando se combina con niacina), aumenta las lipoproteínas de alta densidad.

Potasio. Puede ayudar a reducir la dependencia de antihipertensivos y diuréticos.

Aceite de pescado. Disminuye las muertes por cardiopatía coronaria y la presión arterial.

^aEs preferible obtener vitaminas y minerales necesarios de los alimentos, no a través de suplementos.

El Dr. Dean Ornish promueve una dieta que mostró eficacia, no sólo en la prevención, sino también en la reversión de la enfermedad cardíaca (Millen, Wolongevicz, deJesus, Nonas y Lichenstein, 2014; Ornish, 2008, 2013). La *Reversal Diet* para personas que sufren enfermedad cardiovascular consiste en lo siguiente:

- Menos del 10% de las calorías provienen de grasas y muy pocas de grasas saturadas.
- Consumo abundante de fibra.
- Exclusión de todos los aceites, productos que los contienen y los de origen animal, excepto leche descremada y yogurt.
- Permite, pero no promueve, tomar menos de 60 mL de alcohol al día.
- Ingesta sin restricción de frijoles (judías/porotos), legumbres, frutos, cereales y hortalizas.

La *Ornish Prevention Diet* está destinada a personas con un colesterol menor de 150 mg/dL o un cociente de colesterol total/lipoproteínas de alta densidad (HDL, *high-density lipoproteins*) menor de 3 sin cardiopatía. La dieta de prevención es similar a la dieta de la reversión, con la excepción de que hasta el 20% de las calorías pueden provenir de grasas (además de las modificaciones dietéticas, el programa del Dr. Ornish aboga por el ejercicio moderado, la mayor intimidad de pareja, la reducción del estrés y otras prácticas saludables).

reducción del estrés y otras prácticas saludables).

En los últimos años, la dieta de Ornish ha sido criticada como demasiado restrictiva en el consumo de grasas y por contribuir al aumento de la obesidad, ya que, en consecuencia, las personas consumen un exceso de hidratos de carbono. A pesar de las críticas y aunque gran cantidad de personas consideran que la dieta restrictiva propuesta por Ornish es difícil de cumplir a largo plazo, cualquier modificación continua del estilo de vida y la alimentación que respalde la reducción de grasas y estimulantes, el aumento de la cantidad de fibra y ejercicio y el control eficaz del estrés, sin duda lleva a las personas en la dirección correcta.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Su alimentación actual aumenta el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca? Si es así, ¿qué factores presentan obstáculos para el cambio de su patrón alimentario a uno más vegetariano y qué podría hacer para superarlos?

Es importante una nutrición adecuada durante toda la vida para prevenir la hiperlipidemia, que es un factor de riesgo relevante de enfermedad cardiovascular. En las últimas décadas se ha aprendido mucho sobre la reducción significativa de los incidentes cardiovasculares y cerebrovasculares asociada con menores concentraciones de colesterol en las personas de edad madura. Aunque hay investigación insuficiente para demostrar los beneficios en los adultos mayores, la disminución de la ingesta de colesterol es, por lo general, una práctica positiva (*véase* mayor información más adelante en el capítulo). Las modificaciones del estilo de vida para disminuir el colesterol también pueden ayudar a las personas a evitar el uso de medicamentos con este propósito, los cuales pueden causar efectos adversos, como dolor muscular, debilidad, fatiga, disfunción eréctil, pérdida de la memoria y ardor y hormigueo en las manos y los pies.

Ejercicio adecuado

Los automóviles, los ascensores, los electrodomésticos modernos y los trabajos físicamente menos exigentes conducen a una vida más sedentaria de lo que es saludable. En relación con esta situación, se encuentra la ausencia de actividad física durante la mitad de la semana y la distribución de limpieza del hogar, jardinería y actividades deportivas durante los fines de semana. Es recomendable una distribución razonable del ejercicio a lo largo de la semana y más beneficiosa para la función cardiovascular que las rachas periódicas de actividad. La falta de ejercicio, conocida como *desacondicionamiento físico*, puede aumentar muchas de las anomalías funcionales relacionadas con la edad que se experimentan al envejecer. Por fortuna, se experimenta una tasa menor de disminución y mejor condición cardiovascular en las personas de mediana edad que se ejercitaron con regularidad. El personal de enfermería debe alentar a las personas que no gustan de los ejercicios programados para aprovechar al máximo las oportunidades de realizarlo durante sus actividades sistemáticas (p. ej., usar escaleras en lugar del ascensor, estacionar el automóvil en un extremo lejano o caminar hasta el puesto de periódicos para comprar un diario en lugar de contratar su entrega a domicilio). Se recomiendan 30 min de actividad física

días cada semana para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular.



CONCEPTO CLAVE

Además de los ejercicios aeróbicos, de fortalecimiento y equilibrio tradicionales, el yoga y el *tai chi* son buenas actividades para mejorar la circulación.

Evitar el humo del tabaco

Aunque gran cantidad de fumadores son conscientes de los riesgos para la salud que produce el consumo de cigarrillos, es muy difícil dejar el hábito. Las personas necesitan más que la sola recomendación de abandonarlo: requieren apoyo y asistencia considerables, que con frecuencia se pueden obtener mediante programas para dejar de fumar. Se ha mostrado la utilidad de la acupuntura para algunas personas que desean dejar de consumir cigarrillos. Incluso si el paciente ha fracasado en dejar de fumar, podría tener éxito en el siguiente intento y se debe motivar a estas personas. Además de evitar fumar, el personal de enfermería debe recomendar a las personas limitar su exposición al humo del cigarrillo producido por otros, que también es perjudicial.

Tratar el estrés

El estrés es una parte normal de la vida. El personal de enfermería puede enseñar a las personas a identificar los factores de estrés en su vida, las reacciones personales y cómo controlarlo con mayor eficacia. Los ejercicios de relajación, el yoga, la meditación y una variedad de otras actividades de reducción del estrés pueden resultar beneficiosas para casi todas las personas.

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica entiende que es mucho más fácil y útil establecer prácticas de buena salud temprano en la vida que cambiarlas o lidiar con sus resultados en la vejez.

Intervenciones proactivas

Las investigaciones continúan dando luz acerca de las rutinas que las personas pueden establecer para promover la salud cardíaca. Durante muchos años se han recomendado dosis bajas de ácido acetilsalicílico cada día para reducir el riesgo de infartos cardíacos; sin embargo, en estudios recientes se cuestiona su utilidad. En un gran estudio de pacientes japoneses que tomaron ácido acetilsalicílico en dosis bajas diariamente, se determinó que no hay ninguna disminución significativa de muertes por problemas cardiovasculares, ictus e infartos de miocardio no letales en los pacientes de 60 años de edad y mayores con factores de riesgo de aterosclerosis, pero sí un aumento en el riesgo de hemorragia extracraneal que requiere transfusión u hospitalización (Ideda, et al., 2014). Puesto que las investigaciones en proceso pueden modificar las recomendaciones relativas al uso de ácido acetilsalicílico para prevenir ictus y el hecho de que los riesgos y los beneficios de esta medida preventiva pueden variar entre pacientes, el personal de enfermería debe indicar a cada paciente que consulte a su médico sobre la conveniencia de iniciar o continuar la práctica.

CUADRO 19-4 Importancia de la detección precoz con proteína C reactiva

Tomando en cuenta que la inflamación en la circulación puede ser causa de un infarto de miocardio, la American Heart Association (AHA) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomiendan la detección precoz con proteína C reactiva (PCR) a las personas con riesgo moderado de enfermedad cardíaca (Ridker, 2003). La PCR es un índice de inflamación, un factor de predicción más fuerte de incidentes cardiovasculares que las lipoproteínas de baja densidad (LDL). Se sugieren dos mediciones de la PCR y se emplea el valor más bajo, o el promedio, para determinar el riesgo vascular. Puesto que la concentración de PCR es estable durante largos períodos, no se ve afectada por la ingesta de alimentos y muestra una escasa variación circadiana; no es necesario obtener las muestras de sangre en ayuno para la valoración de la PCR. El coste de las pruebas de PCR es comparable al de la detección de colesterol estándar y es muy eficaz para evitar complicaciones graves y la muerte.

Los sujetos con PCR > 3 mg/dL y LDL < 130 mg/dL se consideran como de alto riesgo y se recomiendan intervenciones en el estilo de vida del Adult Treatment Panel (ATP) III. Las personas con una PCR elevada y LDL de entre 130 y 160 mg/dL están en alto riesgo y se debe recomendar el cumplimiento estricto de las directrices actuales del ATP III. Las personas con concentraciones elevadas de PCR y LDL > 160 mg/dL requieren medicamentos y vigilancia estrecha del cumplimiento del plan de tratamiento.

Las concentraciones significativamente elevadas de PCR pueden estar relacionadas con otras causas de inflamación sistémica, como lupus o endocarditis; se justifica la realización de pruebas adicionales para lograr el diagnóstico.

Otra medida preventiva para los individuos con riesgo de enfermedad cardíaca es la detección de la proteína C reactiva (PCR) (cuadro 19-4).

Una valoración exhaustiva del sistema cardiovascular es útil no sólo para identificar signos de enfermedad, sino también para indagar los hábitos de vida de los pacientes que pueden contribuir con las enfermedades cardiovasculares (guía de valoración 19-1). Durante la valoración, el personal de enfermería identifica problemas reales y potenciales y desarrolla sus diagnósticos con base en ellos. En la tabla 19-2 se mencionan algunos diagnósticos de enfermería relacionados con problemas cardiovasculares.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y LAS MUJERES

Con el avance de la edad, la prevalencia de la enfermedad cardiovascular aumenta en las mujeres, lo que afecta a más de un 33 % de aquellas entre 45 y 54 años de edad y casi el 70% de las de 65 años de edad y mayores. Las cardiopatías matan a doce veces más mujeres cada año que el cáncer de mama, pero a menudo no se consideran como una amenaza significativa para ellas. Las mujeres suelen pasar por alto los signos de enfermedad cardiovascular porque los síntomas son menos evidentes que en los hombres; este retraso en la búsqueda de valoración médica provoca que la afección avance a estados más graves antes de obtener un diagnóstico y tratamiento. Es necesario instruir a las mujeres de todas las edades acerca del riesgo de tener cardiopatías y las medidas para promover la salud cardiovascular. Además, durante las valoraciones sistemáticas, debe interrogarse a las mujeres acerca de los síntomas asociados con la enfermedad cardiovascular para ayudar a revelar aquellos que no se han detectado.

AFECCIONES CARDIOVASCULARES SELECCIONADAS

Hipertensión

La incidencia de **hipertensión** se incrementa conforme avanza la edad y es la afección cardiovascular más prevalente en los adultos mayores, lo que constituye un problema que suele enfrentar el personal de enfermería geriátrica y gerontológica. Gran cantidad de personas mayores presentan hipertensión derivada de la vasoconstricción asociada con el envejecimiento, que produce resistencia periférica. También pueden ser causa de hipertensión: hipertiroidismo, parkinsonismo, enfermedad de Paget, anemia y deficiencia de tiamina.



GUÍA DE VALORACIÓN 19-1 FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

La detección precoz de problemas cardíacos puede ser difícil debido a la presentación atípica de los síntomas, la naturaleza sutil de la progresión de la enfermedad cardíaca y la facilidad con la que los síntomas cardíacos se atribuyen a otras afecciones de la salud (p. ej., indigestión y artritis). Un interrogatorio y exploración cuidadosos aportan información valiosa sobre problemas que recientemente se desarrollaron o se pasaron por alto.

Los indicadores de afecciones vasculares periféricas con frecuencia pueden detectarse durante la interacción con los pacientes, que quizás comenten que siempre sienten sus pies fríos y entumecidos, que experimentan ardor en la pantorrilla o que se sienten mareados al levantarse. Los pacientes pueden caminar lentamente, frotar sus piernas o quitarse los zapatos; pueden evidenciarse venas varicosas en las piernas. Las observaciones se utilizan para iniciar la investigación de problemas vasculares periféricos.

INSPECCIÓN GENERAL

La valoración del sistema cardiovascular comienza en el momento de observar al paciente en busca de signos de su estado. Las observaciones incluyen:

- *Color.* Se observa palidez en caso de afecciones cardiovasculares.
- *Grado de energía.* Investigar la fatiga y la cantidad de actividad que puede tolerarse.
- *Patrón de respiración.* Visualizar las respiraciones mientras el paciente camina, cambia de posición y habla. La disnea aguda justifica una atención médica inmediata, ya que puede ser un síntoma de infarto del miocardio en los adultos mayores.
- *Estado de las uñas.* Inspeccionar el color, la forma, el grosor, la curvatura y las marcas en los lechos ungueales, que pueden aportar información sobre problemas. Las uñas pueden ser gruesas y secas en presencia de enfermedad cardiovascular. Comprobar el llenado capilar; la insuficiencia circulatoria puede retrasar el retorno del color rosa a las uñas después de blanquearse. La enfermedad cardíaca avanzada puede causar acropaquia.
- *Estado de los vasos sanguíneos.* Inspeccionar los vasos sanguíneos en las extremidades, la cabeza y el cuello. Observar las venas varicosas, así como el rubor cutáneo por encima de un vaso sanguíneo.
- *Vello en las extremidades.* La pérdida de cabello acompaña la mala circulación.
- *Edema.* El edema de los tobillos y los dedos suele ser indicador de afecciones cardiovasculares.
- *Estado mental.* La circulación cerebral inadecuada con frecuencia se manifiesta como confusión; valorar

la función cognitiva y el nivel de consciencia.

INTERROGATORIO

El interrogatorio debe incluir una revisión de la función, los signos y los síntomas. Se hacen preguntas relativas a los siguientes temas:

Síntomas

Preguntar la presencia de mareos, vértigo, edema, extremidades frías, palpitaciones, desmayos, disnea, tos, hemoptisis, dolor torácico o sensaciones anómalas en el tórax, el cuello, la espalda o la mandíbula. Es útil usar ejemplos concretos en las preguntas: “¿alguna vez ha sentido como si una prensa ejerciera presión sobre su tórax?”, “¿alguna vez se sintió sudoroso y con problemas para respirar además de tener la sensación anómala en el tórax?”, “¿percibe que sus anillos y zapatos están más ajustados conforme avanza el día?”, “¿alguna vez tiene la sensación de que la habitación gira cuando se levanta?”. Cuando se informe de síntomas, se indaga frecuencia, duración y tratamiento.

Algunos pacientes pueden relatar los síntomas de problemas vasculares. Sin embargo, otros quizás no se percaten de que los signos como mareos, descamación de la piel, edema, decoloración u otros se asocian con enfermedades vasculares periféricas; en consecuencia, es fundamental hacer preguntas específicas. Obtener información mediante preguntas como las siguientes:

- ¿Se entumecen o enfrían sus brazos o piernas?
- ¿Tiene manchas o llagas en las piernas?
- ¿Percibe dolor o inflamación en sus piernas cuando camina o se pone de pie?
- ¿Alguna vez presenta períodos en los que se siente mareado, con vértigo o confundido?
- ¿Una pierna parece ser más grande que la otra en ocasiones?

Cambios en la función

Pregunte al paciente si ha notado cambios en la función física o mental:

- ¿Tiene dificultad o ha notado algún cambio en su capacidad para caminar, trabajar o cuidar de sí?
- ¿Presenta períodos en los que su pensamiento no parece claro?
- ¿Ha tenido que limitar sus actividades o cambiar su estilo de vida recientemente?

PRÁCTICAS DEL ESTILO DE VIDA

- ¿Con qué frecuencia se ejercita, durante cuánto tiempo y qué tipo de ejercicio realiza?
- ¿Cómo es su patrón de consumo de alcohol?
- ¿Consume alguna droga? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia?
- ¿Qué complementos (vitaminas, hierbas y sustancias homeopáticas) está consumiendo?
- ¿Realiza alguna medida de promoción de la salud (p. ej., tomar ácido acetilsalicílico diariamente y seguir una dieta especial)?

EXPLORACIÓN FÍSICA

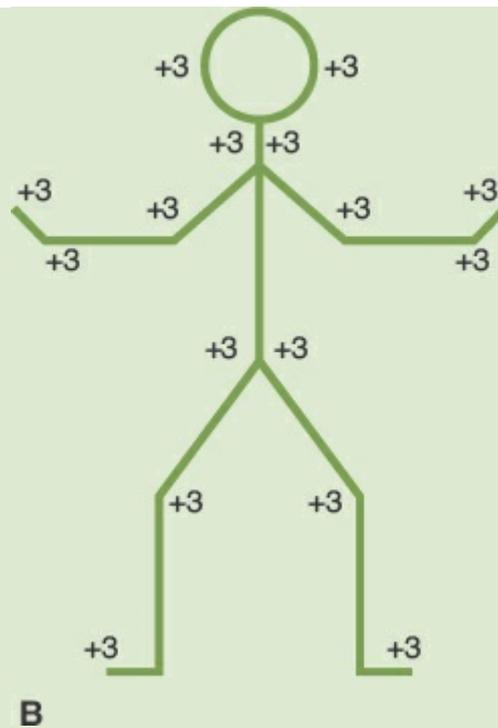
- Explorar al paciente de la cabeza a los pies e identificar zonas de irritación o eritema sobre un vaso sanguíneo, distensión vascular, edema y palidez. El blanqueamiento de los lechos ungueales ofrece información sobre la circulación. La exploración de miembros debe incluir palpación de los pulsos y temperatura de las extremidades y visualización de la distribución del vello en las piernas.

- La valoración de los pulsos apical y radial suele revelar uno que oscila entre 60 y 100 latidos por minuto. Recordar que los corazones mayores tardan más en recuperarse del estrés; por lo tanto, puede detectarse taquicardia como resultado de un estrés que ocurrió varias horas antes. Si se descubre taquicardia en un adulto mayor, revalorar en algunas horas.
- Valorar la presión arterial en las posiciones de decúbito, sentado y de pie para determinar la presencia de hipotensión postural (**fig. A**); los descensos posicionales superiores a 20 mm de Hg son significativos.



- Auscultar el corazón para detectar frémito y soplos. Palpar el choque de la punta para identificar si está desplazado, situación que se presenta con problemas como la hipertrofia ventricular izquierda. Medir la presión venosa yugular.
- Palpar los pulsos de forma bilateral para valorar el estado de la pared del vaso, la frecuencia, el ritmo, la calidad, el contorno y la simetría en:
 - *Pulso temporal.* Corresponde a la única arteria palpable de la cabeza, situada por delante del oído, sobre el hueso temporal; por lo general, tortuoso.
 - *Pulso braquial.* Situado en el surco entre los músculos bíceps y tríceps; por lo general, se palpa cuando se sospecha de insuficiencia arterial.
 - *Pulso radial.* Corresponde a una ramificación de la arteria braquial, la arteria radial, que se extiende en la parte lateral desde el antebrazo hasta la muñeca y se palpa en la cara anterior de ésta.
 - *Pulso cubital.* También corresponde a una rama de la arteria braquial, la arteria cubital, que se extiende desde el antebrazo hasta la muñeca en el lado medial y se palpa en la cara medial anterior de ésta; por lo general, se realiza cuando se sospecha de insuficiencia arterial.
 - *Pulso femoral.* Corresponde a la arteria que se palpa sobre el ligamento inguinal a la mitad del trayecto entre la espina ilíaca anterosuperior y el pubis.
 - *Pulso poplíteo.* Detrás de la rodilla; corresponde a la arteria poplíteo, continuación de la arteria femoral. La flexión de la rodilla durante la palpación puede ayudar en la localización de este pulso.
 - *Pulso tibial posterior.* Palpable detrás y debajo del maléolo medial.
 - *Pulso dorsal del pie.* Se palpa en el surco entre los dos primeros tendones en el lado medial del dorso del pie; este pulso y el tibial posterior pueden estar ausentes de forma congénita.
- Frecuencias del pulso en una escala de 0 a 4:
 - 0 = sin pulso.
 - 1 = pulso filiforme, se obstruye fácilmente.
 - 2 = pulso difícil de palpar, se obstruye fácilmente.
 - 3 = pulso normal.
 - 4 = pulso fuerte y saltón, no se obstruye con presión.

Con frecuencia, se utiliza un esquema para documentar la calidad de los pulsos en diferentes sitios (**fig. B**):



- Mientras se valoran los pulsos, se hace la inspección de los vasos sanguíneos para detectar signos de flebitis. Los signos incluyen eritema, hipersensibilidad y edema sobre una vena. En ocasiones, no hay signos visibles de inflamación y el principal indicio de que existe una flebitis puede ser la hipersensibilidad del vaso sanguíneo detectada mediante palpación. El signo de Homans (dolor a la dorsiflexión del lado afectado) puede acompañar a la flebitis profunda de la pierna.
- Realizar la inspección de las piernas en busca de decoloración, pérdida de vello, edema, descamación de la piel, palidez, lesiones y venas tortuosas.
- Valorar la temperatura de la piel tocando su superficie en diferentes zonas.
- Verificar que el paciente haya sido objeto reciente de un electrocardiograma y análisis de sangre para cuantificar el colesterol y la PCR (véase el cuadro 19-4).
- Las alteraciones en la circulación cerebral provocan alteraciones de la función cognitiva; valorar el estado mental para obtener información útil sobre los problemas circulatorios.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 19-2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería ^a
Transporte insuficiente de oxígeno, mala circulación, desequilibrio electrolítico, reposo en cama, dolor, fatiga, efectos de los medicamentos, temor a lastimarse	Intolerancia a la actividad
Cambio en el autoconcepto, temor a procedimientos desconocidos o de diagnóstico, hospitalización	Ansiedad
Reposo en cama, medicamentos, dieta, estrés, inactividad, líquidos insuficientes, dolor, ambiente hospitalario	Estreñimiento
Bradicardia, taquicardia, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto de miocardio, hipertensión arterial, cardiopatía pulmonar, estrés, medicamentos	Disminución de la perfusión del tejido cardíaco
Vasoespasmio, oclusión, flebitis, espasmos, pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica, mala posición, esfuerzo	Dolor agudo

Separación del paciente de su familia, falta de conocimientos	Interrupción de la dinámica familiar
Hospitalización, pérdida de actividades, temor de las consecuencias	Aislamiento social
Enfermedad del paciente; cargas financieras, físicas y psicológicas; hospitalización; cambios de actividad	Interrupción de la dinámica familiar
Cambio de la función, discapacidad, procedimientos, dolor, falta de conocimientos	Temor
Ascitis, hipovolemia, anorexia	Déficit de volumen hídrico
Disminución del gasto cardíaco, ingesta excesiva de líquidos, acumulación en partes declives/estasis venosa	Exceso de volumen hídrico
Cambio en la función del cuerpo o el estilo de vida, dolor	Alteración crónica de la autoestima
Falta de conocimientos, pérdida de la independencia	Dificultad para permanecer sano
Discapacidad, dolor, fatiga	Incapacidad para organizar y mantener el hogar
Transporte deficiente de oxígeno, procedimientos invasivos, medicamentos	Potencial de infección
Circulación deficiente, fatiga, inmovilidad, dolor, medicamentos	Riesgo de lesiones
Dolor, fatiga, reposo en cama, edema, medicamentos	Movilidad física disminuida
Anorexia, depresión, estrés, medicamentos, falta de aceptación de la dieta prescrita, ansiedad	Deficiencia nutricional
Incapacidad para participar en las actividades habituales, falta de conocimientos, hospitalización	Impotencia emocional
Inmovilidad, dolor, edema, fatiga	Discapacidad para la higiene, el vestido y el uso del inodoro
Cambio en la función del cuerpo, nuevo diagnóstico, hospitalización, inmovilidad, dolor	Alteración de la imagen corporal
Cambios metabólicos, alteración del transporte de oxígeno, medicamentos, inmovilidad, dolor, estrés, ambiente hospitalario	Alteración de la percepción sensorial
Dolor, fatiga, temor, ansiedad, depresión, medicamentos, hospitalización, falta de conocimientos	Disfunción sexual
Edema, inmovilidad, problemas de transporte del oxígeno	Alteración de la integridad de la piel
Transporte de oxígeno deficiente, inmovilidad, hospitalización, dolor, ansiedad, inactividad, medicamentos, depresión	Alteración en el patrón de sueño
Desequilibrios metabólicos o electrolíticos, medicamentos, ansiedad, depresión	Confusión
Disminución del gasto cardíaco, infarto de miocardio, angina, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, vasoconstricción, hipotensión, inmovilidad, medicamentos	Disminución de la perfusión del tejido cardíaco y de tejidos periféricos
Diuréticos, reposo en cama, entorno hospitalario, ansiedad	Alteración de la eliminación urinaria

^a Adaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

Las personas con presión sistólica > 140 mm Hg y diastólica > 90 mm Hg se consideran hipertensas. Algunos proveedores de atención son conservadores y no prescriben tratamiento para la hipertensión, excepto si la presión arterial rebase los 160 mm Hg sistólica y 90 mm Hg diastólica. El personal de enfermería debe valorar de manera cuidadosa la presión arterial del paciente midiéndola varias veces con la

persona de pie, sentada y en decúbito prono. Debe considerarse la ansiedad, el estrés o la actividad antes de determinar la presión arterial, ya que estos factores son causa de su aumento transitorio. La ansiedad de ser valorado por un médico o de prepararse para una consulta con un médico con frecuencia provocan aumento de la presión arterial en un individuo con presión arterial normal.

Despertar con un dolor de cabeza sordo, el deterioro de la memoria, la desorientación, la confusión, la epistaxis y el temblor lento pueden ser indicadores de hipertensión arterial. La presencia de estos síntomas con una lectura de presión arterial alta suele justificar el tratamiento. Se recomienda a los pacientes adultos mayores con hipertensión descansar, reducir la ingesta de sodio y, si es necesario, disminuir su peso. No se recomienda el tratamiento intensivo de la hipertensión en los adultos mayores debido al riesgo de una disminución repentina peligrosa en la presión arterial. El personal de enfermería debe buscar señales que indiquen que la presión arterial es demasiado baja como para satisfacer los requerimientos del paciente, como mareos, confusión, síncope, inquietud y somnolencia. También puede estar presente una concentración elevada de nitrógeno ureico en sangre. Se debe estar alerta ante estas manifestaciones y comunicarlas al médico si se presentan. En el tratamiento del adulto mayor hipertenso, constituye un desafío alcanzar una cifra de presión arterial suficientemente alta como para garantizar la circulación óptima y a la vez suficientemente baja como para evitar las complicaciones graves relacionadas.

Todavía existe controversia acerca del tratamiento adecuado de la hipertensión en los adultos mayores; por lo tanto, las personas mayores con hipertensión reciben una amplia variedad de tratamientos, no sólo fármacos antihipertensivos. Aunque suelen prescribirse diuréticos tiazídicos para el tratamiento inicial de la hipertensión, éstos no carecen de riesgos. En un importante estudio de adultos mayores con uso de diuréticos tiazídicos se determinó que 1 de cada 12 desarrolló un efecto adverso, con mayor frecuencia hiponatremia, hipocalcemia e insuficiencia renal aguda; menos de la mitad de estos pacientes contaban con un control de laboratorio para la detección de estos efectos adversos ([Makam, Boscardin, Miao y Steinman, 2014](#)). Lo anterior refuerza la importancia de que el personal de enfermería revise los antecedentes de los pacientes para verificar que se hagan pruebas de laboratorio de manera regular a fin de detectar efectos adversos. Otros fármacos que pueden utilizarse para tratar la hipertensión incluyen inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), β -bloqueadores y antagonistas de los canales de calcio.

Puesto que tienen un mayor riesgo de reacciones adversas a los fármacos antihipertensivos, debe instruirse a los adultos mayores siempre que sea posible en el uso de medidas no farmacológicas para disminuir la presión arterial. Los ejercicios de biorretroalimentación, el yoga, la meditación y la relajación pueden resultar eficaces para disminuir la presión arterial ([National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2015a](#)). La American Heart Association (AHA) sugiere el uso de medidas alternativas en lugar de medicamentos prescritos para la hipertensión leve ([Brook, et al., 2013](#)). Los suplementos de aceite de pescado disminuyen la presión arterial en las personas con hipertensión. La mayor ingesta de cereales integrales se asocia con menor riesgo de hipertensión en mujeres de mediana edad y mayores, lo que sugiere que el aumento de la ingesta de cereales integrales puede ser una medida

de prevención primaria de hipertensión y sus complicaciones cardiovasculares (Wang, et al., 2007). Algunas hierbas tienen efectos hipotensores, como el ajo, las bayas de espino, la rauwolfia y la vinca de Madagascar. Por el contrario, otras hierbas, como el *ginseng* y el regaliz, pueden causar un aumento de la presión arterial cuando se usan regularmente. El efecto de las hierbas sobre la presión arterial destaca la necesidad de interrogar acerca del uso de estos productos durante la valoración.

El [National Heart, Lung and Blood Institute \(2015\)](#) recomienda el esquema DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) para la disminución de la presión arterial. El esquema consiste en una dieta rica en frutos, vegetales, cereales integrales y alimentos lácteos bajos en grasa. Se determinó que la presión arterial disminuyó en mayor grado cuando la ingesta diaria de sodio se redujo a 1 500 mg, en combinación con la dieta DASH ([Saneei, Abargouei Salehi, Esmailzadeh y Azabakht, 2014](#)). La dieta DASH se considera de beneficio para todas las personas, no sólo aquellas con hipertensión.

Hipotensión

Una disminución en la presión arterial sistólica de 20 mm Hg o más después de levantarse y permanecer de pie durante 1 min corresponde a la *hipotensión postural*; la reducción semejante después de comer se denomina *hipotensión posprandial*. En diversos estudios se mostró que gran cantidad de adultos mayores experimentan problemas de hipotensión postural y posprandial a causa de una mayor ingesta de medicamentos vasoactivos y alguna disminución concomitante de la función fisiológica, como menor sensibilidad de los barorreceptores ([Romero-Ortuno, Cogan, Foran, Kenny y Fan, 2011](#)). El efecto anterior puede ser resultado de cambios relacionados con la edad, como la disminución de la respuesta mediada por barorreceptores al ajuste de la frecuencia cardíaca y la presencia de enfermedades que afectan el corazón. La hipotensión posprandial también se relaciona con medicamentos antihipertensivos que se administran antes de los alimentos y una alta ingesta de hidratos de carbono en las comidas (los efectos se pueden prevenir consumiendo una bebida con cafeína después de terminar la ingesta de alimentos). La hipotensión puede tener graves consecuencias para los adultos mayores, incluyendo un alto riesgo de caídas, ictus, síncope y complicaciones coronarias.



COMUNICACIÓN

Preguntar acerca de caídas durante el proceso de valoración para identificar los problemas de hipotensión postural. Asimismo, en contextos hospitalarios o de centros de atención a largo plazo, deben hacerse preguntas para valorar el potencial de los cambios posturales sobre la presión arterial en individuos con antecedentes de caídas. Debido a la alta prevalencia de hipotensión postural, es de beneficio hablar con los adultos mayores y sus cuidadores sobre la importancia de cambiar de posición lentamente para disminuir el riesgo de caídas, las cuales suelen resultar de esta alteración.

Insuficiencia cardíaca congestiva

La incidencia de la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) aumenta significativamente con la edad y es la principal causa de hospitalización de los adultos mayores. Es una complicación potencial en adultos mayores con enfermedad

arterioesclerótica del corazón; el tratamiento exitoso de los pacientes con infarto de miocardio (IM) con trombolíticos contribuye a una incidencia cada vez mayor. La cardiopatía coronaria es causa de la mayoría de los casos de ICC, seguida por la hipertensión; otros factores de riesgo que pueden precipitar la ICC en los adultos mayores incluyen diabetes mellitus, dislipidemia, afecciones respiratorias del sueño, albuminuria, anemia, nefropatía crónica, uso de drogas, sedentarismo y estrés psicológico. Este problema es frecuente en los adultos mayores debido a cambios relacionados con la edad, como disminución de la elasticidad y el tamaño de la luz de los vasos y aumento de la presión arterial, los cuales interfieren con el suministro de sangre al miocardio. La reserva cardíaca disminuida limita la capacidad del corazón para soportar los efectos de la enfermedad o la lesión.

Los síntomas de ICC en adultos mayores incluyen disnea de esfuerzo (el hallazgo más frecuente), confusión, insomnio, deambulación nocturna, agitación, depresión, anorexia, náuseas, debilidad, disnea, ortopnea, sibilancias, aumento de peso y edema bilateral en tobillos. A la auscultación, se perciben estertores. El personal de enfermería debe informar al médico con prontitud de la detección de cualquiera de estos síntomas.

El interrogatorio y la exploración física ayudan a confirmar el diagnóstico de ICC. La New York Heart Association (NYHA) ha desarrollado cuatro categorías de ICC que pueden utilizarse para clasificar la gravedad de la enfermedad y orientar el tratamiento (la NYHA permite el uso de este sistema de clasificación sin autorización previa):

- *Clase 1.* Cardiopatía sin limitación física.
- *Clase 2.* Presencia de síntomas con la actividad física habitual; puede haber limitaciones leves.
- *Clase 3.* Se experimentan síntomas con actividades menores a las habituales; limitación significativa de la actividad física.
- *Clase 4.* Se experimentan síntomas con cualquier actividad y durante el descanso; puede ser necesario el reposo en cama.

El tratamiento de la ICC en las personas mayores es prácticamente el mismo que en los adultos de mediana edad y, por lo general, se compone de reposo en cama, IECA, β -bloqueadores, digitálicos, diuréticos y una disminución de la ingesta de sodio. Puede permitirse al paciente sentarse en una silla junto a la cama; no suele recomendarse el reposo total en cama para evitar el potencial desarrollo de trombosis y congestión pulmonar. El personal de enfermería debe ayudar al paciente a sentarse en la silla, proporcionar un apoyo adecuado y, mientras esté sentado, vigilar signos de fatiga y disnea, así como cambios en el color de la piel y el pulso.

La presencia de edema y la mala nutrición de los tejidos asociados con esta enfermedad, junto con la piel más frágil de los adultos mayores, los predisponen a un mayor riesgo de pérdida de continuidad cutánea. Son esenciales los cuidados regulares de la piel y los cambios de posición frecuentes. La ICC es una enfermedad alarmante y a menudo recurrente que requiere un alto grado de tranquilización y apoyo emocional. En el [plan de atención de enfermería 19-1](#) se ofrece un esquema de

atención básica para el adulto mayor con insuficiencia cardíaca.



CONCEPTO CLAVE

El riesgo de roturas de la piel es alto en las personas con ICC debido a la presencia de edema y mala nutrición de los tejidos. La mayor fragilidad de la piel en envejecimiento aumenta el riesgo.

Embolia pulmonar

La incidencia de la embolia pulmonar es alta en los adultos mayores, aunque su detección y diagnóstico en este grupo de edad constituyen un reto. Los pacientes con alto riesgo para desarrollar esta afección son aquellos con fractura de cadera, ICC, arritmias y antecedente de trombosis. La inmovilización y la desnutrición, que son problemas frecuentes en la población de edad avanzada, pueden contribuir a las embolias pulmonares. Los síntomas por detectar incluyen confusión, angustia, disnea en aumento, elevación leve de la temperatura, neumonitis y velocidad de sedimentación globular elevada. Los adultos mayores pueden no experimentar dolor de tórax debido a alteraciones de su percepción, o quizás lo atribuyan a otros problemas existentes. Se puede hacer una gammagrafía o angiografía pulmonar para confirmar el diagnóstico y establecer la ubicación, el tamaño y la magnitud del problema. El tratamiento de la embolia pulmonar en los adultos mayores no difiere significativamente del utilizado para los jóvenes.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 19-1

EL ADULTO MAYOR CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Diagnósticos de enfermería. Intolerancia a la actividad relacionada con disminución del gasto cardíaco, dolor, disnea y fatiga.

Objetivo

El paciente tolera la actividad ligera o moderada sin dolor, disnea o arritmias.

Intervenciones de enfermería

- Valorar la capacidad del paciente para participar en actividades de la vida cotidiana; tener en cuenta la presencia de síntomas con diversos grados de actividad.
- Programar las actividades para evitar agrupar aquellas que resultan extenuantes (p. ej., ducha, pruebas de diagnóstico, fisioterapia); planificar períodos de descanso antes y después de las actividades.
- Consultar con el médico para desarrollar un plan de aumento gradual de la actividad; vigilar la respuesta y ajustar la actividad conforme sea necesario.
- Administrar el oxígeno necesario y prescrito; usar cánula nasal (puntas nasales) en lugar de

maskarilla, pues ésta tiende a aumentar aún más la ansiedad y quizá no logre un sello adecuado contra la cara del paciente (tener en mente que puede prescribirse oxígeno en menor cantidad o estar contraindicado en los pacientes con hipoxia crónica).

- Prevenir y controlar el dolor; estar alerta ante las manifestaciones de dolor exclusivas de los adultos mayores (p. ej., estado mental alterado, angustia, cambios en la capacidad funcional).
- Valorar los signos vitales en reposo y en actividad. Indagar sobre signos de gasto cardíaco disminuido (p. ej., descenso de la presión arterial, aumento del pulso).
- Vigilar el ritmo cardíaco según la indicación mediante electrocardiografía o telemetría.
- Administrar fármacos antiarrítmicos según la prescripción; vigilar la respuesta.
- Identificar alteraciones en el estado mental indicadores de hipoxia cerebral (p. ej., confusión, inquietud, disminución del nivel de consciencia, agitación).
- Promover actividades recreativas con base en el grado de tolerancia.

Diagnósticos de enfermería. Pérdida de la integridad cutánea relacionada con edema y nutrición deficiente de los tejidos.

Objetivo

El paciente no presenta úlceras por presión y otras alteraciones de integridad de la piel.

Intervenciones de enfermería

- Valorar el tiempo que el paciente puede permanecer en una posición antes de presentar signos evidentes de presión; programar un horario de cambio de posición individualizado.
- Usar piel de cordero, acojinamiento y otros dispositivos de protección.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Verificar que el paciente consuma una alimentación adecuada; consultar con un nutriólogo para planificarla según la necesidad.

Diagnósticos de enfermería. Exceso de volumen hídrico relacionado con bombeo cardíaco ineficaz; deficiencia nutricional relacionada con disminución del apetito, disnea, restricciones en la dieta, efectos adversos de los tratamientos.

Objetivo

El paciente mantiene el equilibrio hidroelectrolítico.

El paciente ingiere nutrientes suficientes para satisfacer sus necesidades metabólicas corporales sin aumentar la carga de trabajo cardíaco.

Intervenciones de enfermería

- Pesar al paciente diariamente (a la misma hora del día, con la misma cantidad de ropa, en la misma báscula); informar y registrar los cambios que excedan 1.5 kg y que estén relacionados con los cambios en la alimentación.
- Inspeccionar las extremidades, las regiones periorbitarias y el sacro para detectar edema; valorar la ingurgitación yugular.
- Elevar y sostener las extremidades mientras se sienta el paciente.
- Colocar medias antiembólicas o vendajes elásticos según la prescripción; retirar durante 10 min cada 8 h e inspeccionar la piel.
- Verificar que el paciente cumpla con las restricciones de líquidos y sodio según lo prescrito; capacitar según la necesidad.
- Registrar y valorar los ingresos y los egresos.
- Consultar con el especialista en nutrición sobre las restricciones alimentarias e incorporar las preferencias del paciente en su dieta.
- Administrar diuréticos según la indicación; observar signos de desequilibrios de líquidos y electrolitos; instruir al paciente según la necesidad.
- Vigilar densidad urinaria y otros valores (p. ej., nitrógeno ureico, creatinina, electrolitos).
- Instruir al paciente para identificar y comunicar síntomas de agravamiento (p. ej., edema de los tobillos, pérdida del apetito, aumento de peso, disnea).

Diagnóstico de enfermería. Falta de conocimiento relacionado con las modificaciones del estilo de vida y necesidades de provisión de cuidados asociadas con la insuficiencia cardíaca congestiva.

Objetivo

El paciente describe los requisitos del plan de cuidados y las medidas de autocuidado.

El paciente muestra un máximo autocuidado.

Intervenciones de enfermería

- Valorar las necesidades de aprendizaje.
- Consultar con el equipo multidisciplinario en relación con recomendaciones relativas a la alimentación e ingesta de líquidos, la actividad, los medicamentos, las pautas de ejercicio y la

precauciones.

- Instruir al paciente acerca de cómo distribuir el descanso y la actividad durante todo el día para reducir la carga de trabajo del corazón.
- Revisar los síntomas que el paciente debe identificar y comunicar, incluyendo aumento de peso ≥ 1.5 kg en un período de uno o varios días, aumento de la fatiga o debilidad, mareo, síncope, disnea, edema, disnea con actividades que antes toleraba, tos, dolor torácico o abdominal, distensión, hemorragia, equimosis o vómitos.
- Derivar a los recursos comunitarios según la necesidad (p. ej., grupos de apoyo, clases de cocina saludable).
- Brindar información de contacto del médico, el encargado del caso y otras personas pertinentes.

Coronariopatías

Coronariopatía es la denominación utilizada con frecuencia para referirse a la enfermedad isquémica cardíaca. La prevalencia de las coronariopatías aumenta en la edad avanzada, de modo que existe alguna forma de esta enfermedad en la mayoría de las personas de 70 años de edad o mayores.

Angina de pecho

La angina de pecho constituye un síntoma de la isquemia de miocardio, también llamada *síndrome anginoso*, que se presenta con un patrón atípico en los adultos mayores, lo cual dificulta su detección. El dolor puede ser difuso y de una naturaleza menos grave que la descrita en los adultos jóvenes. El primer indicio de este problema puede ser un malestar difuso bajo el esternón, con frecuencia después de un esfuerzo o una comida abundante. El tipo de dolor descrito y la relación de su aparición con una comida pueden provocar que el paciente y el profesional de atención sanitaria lo atribuyan a una indigestión. A medida que la afección evoluciona, el paciente experimenta dolor precordial que se irradia hacia el brazo izquierdo. Otros síntomas pueden incluir tos, síncope, sudoración con el esfuerzo y episodios de confusión.

La recurrencia de los síndromes anginosos durante gran cantidad de años puede dar como resultado la formación de pequeñas zonas de necrosis y fibrosis miocárdicas. Por último, ocurre fibrosis miocárdica difusa que conduce a la debilidad del miocardio y el riesgo potencial de ICC.

La nitroglicerina ha sido eficaz para la prevención y el tratamiento de los ataques anginosos. Las personas mayores son más propensas a experimentar hipotensión

ortostática con los nitratos como resultado de la pérdida de la reactividad vasomotora y de los barorreceptores. Puesto que este medicamento puede causar una disminución en la presión arterial, quizás se indiquen dosis más bajas. El personal de enfermería indica al paciente que se siente o acueste después de tomar el comprimido, y así prevenir los episodios de desmayo y las caídas. Para evitar la deglución del comprimido y, por lo tanto, el bloqueo de su absorción, los pacientes no deben deglutir su saliva durante varios minutos después de la administración sublingual. Por lo general, no se prescriben nitratos de acción prolongada a los adultos mayores.

Para evitar los síndromes anginosos, el personal instruye y ayuda al paciente a evitar los factores que pueden agravar este problema, como el viento frío, el estrés emocional, la actividad extenuante, la anemia, la taquicardia, las arritmias y el hipertiroidismo. La acupuntura ha mostrado disminuir la frecuencia y la gravedad de los episodios de angina de pecho en algunas personas y merece consideración. Puesto que el dolor asociado con un IM puede ser similar al de la angina de pecho, debe instruirse a los pacientes que informen al médico o el personal de enfermería si el dolor no se alivia con la nitroglicerina. Los expedientes de los pacientes deben incluir los factores que precipitan las crisis, así como el tipo de dolor y su descripción por los afectados, el método de tratamiento y el número habitual de comprimidos de nitroglicerina consumidos para aliviar el ataque. La instrucción y el apoyo para la disminución de los factores de riesgo complementan el plan de atención.

Infarto de miocardio

El IM sucede con frecuencia en los adultos mayores, especialmente en hombres con antecedentes de hipertensión y arterioesclerosis. El diagnóstico de IM puede retrasarse o pasarse por alto en los adultos mayores por un conjunto atípico de síntomas y la ausencia de dolor. Los síntomas incluyen dolor que se irradia al brazo izquierdo, el tórax entero, el cuello, la mandíbula y el abdomen, entumecimiento en los brazos, el cuello o la espalda, confusión, piel húmeda y pálida, disminución de la presión arterial, síncope, dificultad para respirar, tos, fiebre de grado bajo y velocidad de sedimentación globular elevada. Debe vigilarse el gasto cardíaco porque puede desarrollar anuria parcial o completa si el problema persiste. Pueden presentarse arritmias que progresan a fibrilación y muerte si no se tratan.

La tendencia en el tratamiento del IM ha sido reducir la cantidad de tiempo que el paciente se somete al reposo absoluto en cama y permitir que se siente en un sillón junto a ésta. El paciente debe ser asistido para sentarse en la silla con el mínimo esfuerzo. Se deben sostener sus brazos para evitar la tensión sobre el corazón. El uso del sillón no sólo ayuda a prevenir una gran cantidad de complicaciones asociadas con la inmovilidad, también evita la acumulación de la sangre en los vasos pulmonares, lo que disminuye el trabajo cardíaco.

Se recomienda la deambulación temprana después de un IM. Por lo general, se permite a los pacientes salir de la cama unos días luego de un IM no complicado y deambular poco después. Levantarse temprano puede ser beneficioso para el corazón (usar un recipiente junto a la cama hace trabajar más a este órgano que el uso de un cómodo), mantiene la condición física y ayuda a la prevención de complicaciones asociadas con la inmovilidad.

El tratamiento trombolítico es de uso general y, debido a que los adultos mayores son más susceptibles a las hemorragias cerebrales e intestinales, es esencial la vigilancia por el personal de enfermería para detectar signos de hemorragia. El personal de enfermería debe estar alerta a los signos del desarrollo de edema pulmonar e ICC, posibles complicaciones del paciente geriátrico con un IM. Estas y otras manifestaciones, como la disnea persistente, la cianosis, la presión arterial decreciente, la temperatura en aumento y las arritmias, reflejan un problema en la recuperación del paciente y se deben comunicar al médico con prontitud.

Los programas de acondicionamiento físico han mostrado ser de beneficio en los adultos mayores con coronariopatía para mejorar la capacidad funcional cardíaca, disminuir los episodios isquémicos, aminorar el riesgo de complicaciones y promover una sensación de bienestar y alivio de la enfermedad. Caminar, nadar y montar en bicicleta son excelentes medios de ejercicio aeróbico y rítmico para los adultos mayores. Los deportes intensos no necesariamente se excluyen, pero presentan un mayor desafío para la regulación de la frecuencia cardíaca durante el ejercicio. Todas las sesiones de ejercicio deben comenzar con un calentamiento de 5 min y finalizar con un tiempo de enfriamiento de 5-10 min con ejercicios de baja intensidad. El personal de enfermería debe recomendar a los pacientes someterse a una valoración médica y una prueba de ejercicio antes de participar en un programa de acondicionamiento físico. Por lo general, se recomienda un objetivo de frecuencia cardíaca de aproximadamente 70-85% de la máxima durante el ejercicio.



CONCEPTO CLAVE

Los programas de acondicionamiento físico han mostrado beneficio en los adultos mayores con coronariopatía, pues mejoran la capacidad funcional cardíaca, disminuyen los episodios isquémicos y el riesgo de complicaciones y promueven una sensación de bienestar y alivio de la enfermedad.

Hiperlipidemia

El riesgo de coronariopatía asociada con una concentración alta de colesterol total se incrementa con la edad, principalmente por aumento de las lipoproteínas de baja densidad (LDL, *low-density lipoproteins*). Además de la edad, los adultos mayores pueden presentar afecciones que alteran las lipoproteínas, como diabetes no controlada, hipotiroidismo, uremia y síndrome nefrótico, o consumir medicamentos que aumentan el riesgo, por ejemplo, corticoesteroides, diuréticos tiazídicos, entre otros.

Diagnóstico

La valoración del paciente debe incluir la obtención de un estudio lipídico completo en lugar de sólo la concentración de colesterol total en plasma. Puesto que las cifras de colesterol pueden cambiar de un día a otro, no debe utilizarse una determinación única para clasificar a un paciente. Las concentraciones de triglicéridos son sensibles a los alimentos; por lo tanto, una prueba de detección definitiva requiere que el paciente ayune 12 h antes. Es deseable una concentración de HDL mayor de 60 mg/dL; los triglicéridos mayores de 200 mg/dL son limítrofes y los mayores de 240

mg/dL se consideran elevados. Se recomiendan LDL menores de 100 mg/dL para las personas con coronariopatía o diabetes y una concentración menor de 130 mg/dL en quienes no las padecen pero presentan dos o más factores de riesgo coronarios; es deseable la cifra de LDL menor de 160 mg/dL para los individuos sin coronariopatía o diabetes que presentan uno o ningún factor de riesgo.

Si se pueden descartar causas secundarias de las alteraciones de las lipoproteínas (p. ej., diabetes, alimentación rica en grasas saturadas o colesterol, consumo excesivo de alcohol, suplementos de estrógenos exógenos, diabetes mal regulada, uremia y uso de β -bloqueadores o corticoesteroides), tal vez haya una alteración primaria o familiar de lipoproteínas. Las hiperlipoproteinemias familiares más frecuentes se transmiten como rasgos autosómicos dominantes, por lo que los niños o los adultos mayores afectados por esta alteración necesitan detección y asesoramiento sobre las prácticas del estilo de vida que pueden prevenir la hipercolesterolemia.

Tratamiento

Los cambios alimentarios y el ejercicio son procesos iniciales para el tratamiento de la hiperlipidemia. Se recomienda el paso 1 de la dieta de la AHA para el tratamiento inicial. Si el paciente ya sigue una dieta similar a la del paso 1, se prescribe la del paso 2. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe remitir a los pacientes a un experto en nutrición para que sean orientados sobre estas dietas. Como se mencionó, la dieta de Dean Ornish es más restrictiva que la de la AHA y se ha mostrado que mejora la concentración de LDL. En el [cuadro 19-5](#) se mencionan algunas pautas dietéticas generales. Otras prácticas de estilo de vida que pueden ayudar incluyen disminuir de peso y limitar la ingesta de alcohol.

Puede utilizarse una variedad de medicamentos si las modificaciones de la dieta y el estilo de vida solos no dan resultado. Los fármacos ideales para tratar las LDL elevadas han sido los inhibidores de la reductasa de la 3-hidroxi-3-metilglutaril-coenzima A (HMG-CoA) (p. ej., atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina y simvastatina). También conocidas como *estatinas*, esta clase de medicamentos se consideran eficaces para disminuir la concentración de LDL y tienen pocos efectos adversos inmediatos y a corto plazo; sin embargo, en un número creciente de estudios se cuestionan los beneficios contra los riesgos para los adultos mayores por la gran frecuencia de efectos adversos ([Joseph, et al., 2015](#); [Stone, Turin, Spitz, Valle y Kazmi, 2015](#)). También se pueden usar secuestradores de ácidos biliares (colestiramina y colestipol), ácido nicotínico (niacina), HMG-CoA, derivados del ácido fibrótico (gemfibrozilo y clofibrato) y ácido grasos omega-3 (aceites de pescado).

CUADRO 19-5 Guías dietéticas para las personas con hiperlipoproteinemia

- Reducir el consumo de yemas de huevo y vísceras. Aumentar el consumo de fibras solubles (p. ej., cebada, avena).
- Reducir la ingesta de carne roja y sustituirla con pescado, pollo o pavo.
- Sustituir los aceites vegetales con aceite de oliva.
- Utilizar leche descremada y queso *cottage* sin grasa.

Sustituir aderezos de suero de leche con crema.
Comer abundantes vegetales y frutos frescos.

Algunos tratamientos alternativos y complementarios también han mostrado ser beneficiosos para la disminución de la concentración de colesterol, como la fibra soluble en agua (avena, goma guar, pectina y fibras mixtas), complementos de ajo, té verde y las vitaminas antioxidantes A, C y E, y el β -caroteno.

Arritmias

La toxicidad de los digitálicos, la hipocalcemia, las infecciones agudas, la hemorragia, el síndrome anginoso y la insuficiencia coronaria son algunos de los numerosos factores que causan una incidencia creciente de **arritmias** conforme avanza la edad. De las causas mencionadas, la más frecuente es la intoxicación por digital. Los síntomas asociados con las arritmias incluyen debilidad, fatiga, palpitaciones, confusión, mareos, hipotensión, bradicardia y síncope.

Los principios básicos del tratamiento de las arritmias no varían mucho en los adultos mayores. Son parte del tratamiento prescrito los tranquilizantes, los fármacos antiarrítmicos, los digitálicos y los suplementos de potasio; también se puede realizar la cardioversión. Está justificada la instrucción al paciente para ayudar a modificar la dieta y los patrones del fumar, beber alcohol y actividad. El personal de enfermería debe estar consciente de que la toxicidad de los digitálicos puede progresar en ausencia de signos clínicos y con concentraciones sanguíneas dentro de un rango normal, y los efectos pueden ser evidentes incluso 2 semanas después de suspender el consumo. El efecto anterior destaca la importancia de la valoración y la vigilancia por el personal de enfermería para detectar cambios sutiles y síntomas atípicos. Las personas mayores tienen una mayor tasa de mortalidad por infarto de miocardio en comparación con otros segmentos de la población, lo que recalca la necesidad de la estrecha vigilancia y la detección precoz del problema por parte del personal de enfermería para prevenir esta complicación.

Fibrilación auricular

La mayoría de las personas afectadas por la fibrilación auricular, la arritmia cardíaca crónica más frecuente, tienen más de 65 años de edad. Este tipo de arritmia se presenta con frecuencia en personas con defectos estructurales y afecciones concomitantes. En realidad, se ha determinado que la mayoría de los adultos mayores que desarrollan fibrilación auricular presentan diversas afecciones relacionadas (January, et al., 2014): más del 80% sufren hipertensión, más del 50% presentan cardiopatía isquémica, hiperlipidemia o insuficiencia cardíaca, y otros suelen sufrir anemia, artritis, diabetes mellitus y nefropatía crónica.

En la etapa temprana, el individuo puede no presentar síntomas y la fibrilación auricular quizás se descubra en la exploración física. Cuando sí ocurren síntomas, pueden incluir palpitaciones, pulso irregular, disnea, dolor de tórax, fatiga, mareos y delirium. En ocasiones, la fibrilación auricular se presenta de manera súbita y se resuelve por sí sola en poco tiempo; este fenómeno se conoce como *fibrilación auricular paroxística*. Sin embargo, a medida que avanza la afección, se desarrolla

fibrilación auricular persistente, en la que los episodios duran más y no hay alivio sin la intervención médica. En algunas situaciones, puede desarrollarse fibrilación auricular permanente, situación en la que ésta se presenta de manera regular durante al menos un año y no es posible obtener un ritmo normal. El diagnóstico se realiza mediante exploración física, interrogatorio, electrocardiograma, estudios de electrofisiología, pruebas de esfuerzo y ecocardiogramas.

Son importantes la regulación y la prevención de la fibrilación auricular para disminuir el riesgo de ictus. El tratamiento puede incluir antiarrítmicos, cardioversión eléctrica y, si la afección no responde a esos tratamientos, ablación con catéter y procedimiento de laberinto (ablación quirúrgica). Además de apoyar el plan de tratamiento, el personal de enfermería desempeña un papel importante en la instrucción de los pacientes acerca de la enfermedad, los tratamientos, las modificaciones dietéticas y de actividades que se pueden recomendar y los síntomas que se deben informar de inmediato (p. ej., palpitaciones, edema, aumento de peso, disnea, fatiga, signos de hemorragia).

Enfermedad vascular periférica

Arterioesclerosis

La arterioesclerosis es un problema frecuente en los adultos mayores, especialmente en quienes sufren diabetes. A diferencia de la aterosclerosis, que por lo general afecta a los grandes vasos que nacen del corazón, la arterioesclerosis afecta con mayor frecuencia los vasos pequeños más alejados del corazón. Se pueden utilizar arteriografías y radiografías para diagnosticar la arterioesclerosis; las pruebas oscilométricas permiten valorar el pulso arterial en diferentes ámbitos. Si se valora la temperatura superficial como parámetro de diagnóstico, el personal de enfermería debe mantener al paciente en una temperatura ambiente cálida y estable durante al menos una hora antes de la prueba. El tratamiento de la arterioesclerosis incluye reposo en cama, calor, ejercicios de Buerger-Allen ([cuadro 19-6](#)) y vasodilatadores. En ocasiones, se logra un efecto de vasodilatación permanente realizando una gangliectomía simpática.

Problemas especiales asociados con la diabetes

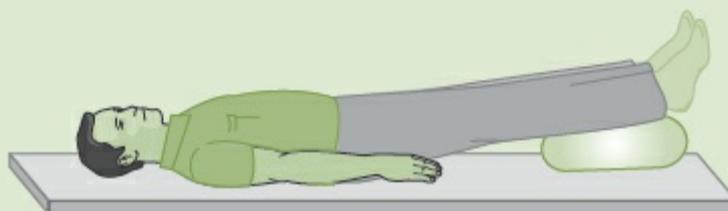
Las personas con diabetes, con alto riesgo de desarrollar problemas vasculares periféricos y las complicaciones asociadas, padecen con frecuencia neuropatías asociadas con la enfermedad e infecciones que afectan a los vasos sanguíneos de todo el cuerpo. La insuficiencia arterial puede presentarse de varias maneras. Puede ocurrir dolor en reposo resultante de la claudicación intermitente, los pulsos arteriales quizás sean difíciles de percibir o estén por completo ausentes y tal vez se presenten decoloración, ulceraciones y gangrena cutáneas. Las medidas de diagnóstico, similares a las utilizadas para determinar el grado de insuficiencia arterial con otros problemas, incluyen la oscilometría, pruebas de elevación y declive, palpación de pulsos y la temperatura de la piel en diferentes sitios. Cuando es posible una intervención, se puede hacer una arteriografía para establecer el tamaño y la localización exactos de la lesión arterial. El tratamiento seleccionado depende de la extensión de la afección. Caminar puede promover la circulación colateral y

constituir un tratamiento suficiente si la claudicación intermitente es el único problema. Los analgésicos proveen alivio del dolor de reposo.

CUADRO 19-6 Ejercicios de Buerger-Allen

Capacitar al paciente para que realice ejercicios de Buerger-Allen siguiendo estos pasos:

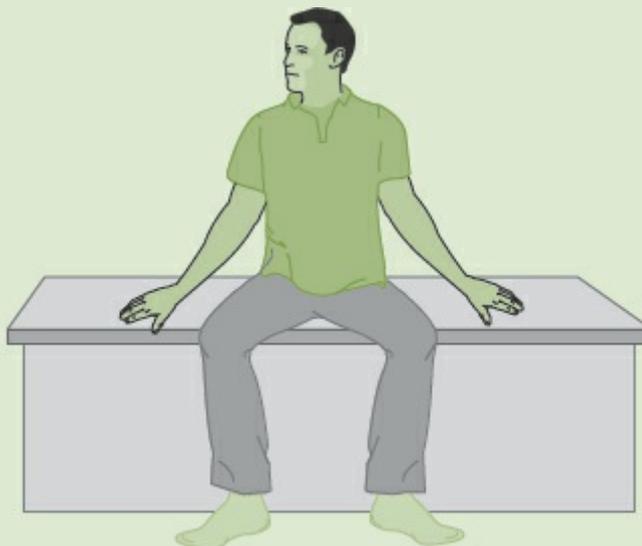
1. Acostarse con las piernas elevadas por encima del nivel del corazón hasta que se presente palidez (cerca de 2 min; [fig. A](#)).



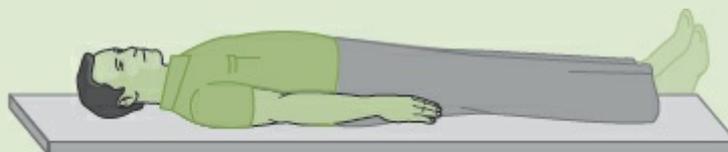
A

Apoyar las piernas

2. Sentarse en el borde de la cama; bajar las piernas para que se llenen los vasos sanguíneos y ejercitar los pies hasta que las piernas se tornen de color rosa (cerca de 5 min; [fig. B](#)).
3. Acostarse durante 5 min antes de repetir los ejercicios ([fig. C](#)).
4. Repetir toda la secuencia cinco veces o, según se tolere, tres veces del día.
5. Ayudar al paciente con los cambios de posición, pues puede presentarse hipotensión postural. Tener en cuenta la tolerancia del paciente y la eficacia del procedimiento.



B



C

Puesto que gran cantidad de adultos mayores en la actualidad pueden haber atestiguado a lo largo de toda la vida alguna discapacidad grave o la muerte en otros con la misma enfermedad, necesitan estar seguros de que los métodos de tratamiento médico y quirúrgico mejorados (que tal vez ni siquiera se habían desarrollado en los

tiempos en los que sus padres y abuelos padecían diabetes) aumentan las posibilidades de una vida plena e independiente.

Aneurismas

En los adultos mayores, la arterioesclerosis avanzada es, por lo general, causa del desarrollo de aneurismas, aunque también pueden resultar de infecciones, traumatismos, sífilis y otros factores. Algunos aneurismas pueden verse a simple vista y palpase como masas pulsátiles; otros sólo pueden detectarse mediante radiografía. Es posible que se desarrolle trombosis en el aneurisma, que lleva a obstrucción arterial o rotura, la complicación asociada más grave.

Los aneurismas de la aorta abdominal se presentan con máxima frecuencia en los adultos mayores. Los pacientes con antecedentes de lesiones arterioescleróticas, angina de pecho, IM e ICC desarrollan con mayor frecuencia aneurismas aórticos. Una masa pulsátil en la región umbilical, a veces dolorosa, es indicativa de un aneurisma aórtico abdominal. Es esencial la corrección oportuna para evitar la rotura. Ocurren menos complicaciones y muertes como resultado de la intervención quirúrgica antes de la rotura. Entre las complicaciones que los adultos mayores pueden desarrollar después de la intervención quirúrgica para este problema están la hemorragia, IM, ictus e insuficiencia renal aguda. El personal de enfermería debe vigilar de cerca al paciente para detectar signos de complicaciones postoperatorias.



CONCEPTO CLAVE

Los aneurismas aórticos abdominales son de alto riesgo en las personas con antecedentes de lesiones arterioescleróticas, angina de pecho, infarto del miocardio e ICC.

Es posible que se desarrollen aneurismas en las arterias periféricas; aquellas en las que se presentan con mayor frecuencia son las femorales y las poplíteas. En general, los aneurismas periféricos pueden palpase, por lo que así se establece el diagnóstico. La complicación más grave asociada con los aneurismas periféricos es la formación de un trombo, que puede ocluir el vaso y causar la pérdida del miembro. Como en los aneurismas de la aorta abdominal, el tratamiento temprano disminuye el riesgo de complicaciones y muerte. La lesión puede extraerse y esta parte del vaso sanguíneo puede reemplazarse, habitualmente con un material protésico. En ciertos pacientes, puede realizarse una simpatectomía lumbar. El personal de enfermería debe estar consciente de que estos pacientes quizás desarrollen un trombo postoperatorio y ayudarlos en la prevención de esta complicación.

Venas varicosas

Las venas varicosas, un problema frecuente en la vejez, pueden ser causadas por la falta de ejercicio, trabajos que impliquen permanecer mucho tiempo de pie y pérdida de elasticidad y fortaleza de los vasos asociada con el proceso del envejecimiento. Las venas varicosas pueden detectarse en todas las edades por la naturaleza tortuosa y dilatada de la vena, en especial en las extremidades inferiores. La persona puede experimentar dolor sordo y calambres en las piernas que en ocasiones son lo suficientemente intensos como para interferir con el sueño. Es posible que se

presenten mareos al momento en el que el paciente se pone de pie, pues la sangre se estanca en las piernas y se reduce la circulación cerebral. Los efectos de las venas varicosas hacen que la piel sea más susceptible a los traumatismos y la infección, lo que facilita el desarrollo de lesiones ulcerosas, en especial en el paciente con obesidad o diabetes (cuadro 19-7).



CONCEPTO CLAVE

Pueden presentarse mareos en los pacientes con venas varicosas cuando se levantan desde una posición sedente, pues la sangre se localiza en las extremidades inferiores y se reduce la circulación cerebral.

El tratamiento de las venas varicosas se dirige a la reducción de la estasis venosa. El paciente eleva y descansa el miembro afectado para promover el retorno venoso. El ejercicio, especialmente caminar, también mejorará la circulación. El personal de enfermería debe verificar que se utilicen correctamente las medias y las vendas elásticas, las cuales no deben comprimir en exceso; además, se deben informar al paciente las causas del estancamiento venoso (p. ej., bipedestación prolongada, piernas cruzadas y ropa ajustada) para evitar el desarrollo de complicaciones y venas varicosas adicionales. La extracción y ligadura venosas requieren de los mismos principios de atención de enfermería que se utilizan en otros grupos de edad sometidos a estas intervenciones.

CUADRO 19-7 Temas a incluir en la instrucción del paciente con úlcera en pierna

Las úlceras venosas resultan de la insuficiencia venosa profunda crónica o venas varicosas graves. El personal de enfermería instruye a los pacientes con úlceras venosas para promover la perfusión de los tejidos y prevenir las complicaciones como sigue:

- Aprovechar la fuerza de gravedad para promover la circulación y reducir el edema mediante la elevación de la extremidad inferior al estar sentado y evitar estar de pie o sentado o cruzar las piernas durante períodos largos.
- Evitar la presión sobre la úlcera mediante un soporte para evitar que la ropa de cama haga contacto con la extremidad.
- Evitar la obstrucción de la circulación con calcetines ajustados o bandas elásticas textiles.
- Aliviar el dolor con un analgésico; tomarlo aproximadamente 30 min antes del cambio de vendajes puede disminuir algunas de las molestias asociadas con el procedimiento.
- Cambiar el apósito según lo prescrito (si el paciente es incapaz de realizar el procedimiento de forma independiente, instruir a un cuidador).
- Promover la circulación mediante el ejercicio (p. ej., caminar, nadar, bicicleta fija, dorsiflexión de los pies).

Tromboembolia venosa

Existe una mayor incidencia de tromboembolias venosas en los adultos mayores. Los pacientes postrados en cama, sometidos recientemente a una cirugía o que sufrieron la fractura de una pierna son candidatos de alto riesgo. Aunque las venas en los músculos de la pantorrilla son los sitios afectados con mayor frecuencia por este problema, también se presenta en la vena cava inferior, el segmento iliofemoral y

diversas venas superficiales.

Los síntomas y signos de la tromboembolia venosa dependen del vaso sanguíneo afectado. El personal de enfermería debe estar alerta para identificar edema, calor sobre la zona afectada y dolor en la planta del pie. El edema puede ser el principal índice de la tromboembolia en las venas de los músculos de la pantorrilla, pues a menudo están ausentes la decoloración y el dolor. Si la vena cava inferior está afectada, se presentan inflamación, dolor y cianosis bilaterales en los miembros inferiores, ingurgitación de las venas superficiales e hipersensibilidad a lo largo de las venas femorales. Se presentan signos similares si es el segmento iliofemoral el que se ve afectado, pero sólo en el lado implicado.

La localización de la afección tromboembólica dicta el tratamiento a utilizar. Las medias o los vendajes elásticos, el reposo y la elevación del miembro afectado pueden promover el retorno venoso. Se pueden administrar analgésicos para aliviar el dolor asociado, además de anti-coagulantes o tratamiento con cirugía. El personal de enfermería debe ayudar al paciente a evitar situaciones que provocan estrés y permanecer cómodo y bien hidratado.

CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA PARA LAS AFECCIONES CARDIOVASCULARES

Prevención

La alta incidencia y los efectos de las enfermedades cardiovasculares potencialmente invalidantes demandan acciones del personal de enfermería geriátrica y gerontológica para incorporar medidas de prevención a la planificación y la provisión de cuidados. La instrucción, el asesoramiento, la ayuda y las actividades de rehabilitación o restaurativas promueven la prevención en tres niveles:

1. *Primario*. Evitar que se desarrolle la enfermedad en los adultos mayores sanos.
2. *Secundario*. Fortalecer las capacidades de las personas a quienes se diagnostica la enfermedad para evitar las complicaciones y el empeoramiento de su estado y lograr la salud y la función máximas.
3. *Terciario*. Maximizar las capacidades mediante rehabilitación y restauración para que la enfermedad no origine mayor cantidad de problemas.

Es de utilidad incorporar las medidas de promoción de la salud cardiovascular que se describen al comienzo de este capítulo a cualquier plan de promoción de la salud de los adultos mayores.

Mantener al paciente informado

Las medidas básicas de diagnóstico y tratamiento de los problemas cardiovasculares de los adultos mayores no son diferentes de las utilizadas en los pacientes jóvenes; se pueden aplicar las mismas acciones de enfermería. Debido a los déficits sensoriales, la ansiedad, la memoria deficiente o la presencia de enfermedad, el paciente mayor puede no comprender o recordar las explicaciones de las medidas diagnósticas y terapéuticas. Son esenciales las explicaciones completas y su refuerzo. Los pacientes

y las familias deben contar con la oportunidad de hacer preguntas y comunicar abiertamente sus preocupaciones. A menudo, los procedimientos que suelen ser de poca relevancia para el personal, como las determinaciones regulares de signos vitales, pueden ser alarmantes para el paciente y la familia.

Prevenir las complicaciones

El edema asociado con numerosas enfermedades cardiovasculares facilita las roturas de la piel, especialmente en los adultos mayores que suelen tener piel frágil. Son esenciales los cambios de posición frecuentes. El cuerpo debe estar apoyado con una alineación apropiada y debe evitarse colgar los brazos y las piernas al lado de la cama o la silla. Una revisión frecuente de la vestimenta y los dispositivos de protección ayuda a la detección de puntos de presión causados por el edema en aumento. Es de utilidad contar con protección y acolchonamiento y brindar masaje sobre los puntos de presión. Si se espera que el paciente permanezca en una camilla, una mesa de exploración o de quirófano durante gran cantidad de tiempo, el acolchonamiento protector sobre los puntos de presión proporciona comodidad y evita roturas de la piel. En casos en los que el edema es grave, debe evitarse la actividad excesiva, pues aumenta la movilización de líquido y las sustancias que éste contiene, lo que puede causar intoxicación grave. El peso y el perímetro de las extremidades y el abdomen deben vigilarse para proporcionar datos cuantitativos sobre los cambios en el estado del edema.

La observación y el registro precisos del equilibrio hídrico son especialmente importantes. Dentro de cualquier restricción de líquidos prescrita se recomienda la ingesta de éstos para prevenir la deshidratación y promover la diuresis; el agua es eficaz para este efecto. Debe cuantificarse la pérdida de líquidos por cualquier medio; se deben identificar el volumen, el color, el olor y la densidad de la orina. Se vigilan de manera cuidadosa las soluciones intravenosas, especialmente porque la administración excesiva de líquidos causa hipervolemia y aumenta el riesgo de ICC en los adultos mayores. La administración intravenosa de solución glucosada estimula el aumento de la producción de insulina, lo que puede producir hipoglucemia si la solución se suspende de manera abrupta.

Deben vigilarse de manera regular los signos vitales y los cambios en ellos. Una elevación de la temperatura corporal puede reflejar infección o IM. La temperatura del cuerpo en personas mayores puede ser normalmente menor que en las jóvenes; es importante registrar la temperatura habitual del paciente sano para tener una base de comparación. Es recomendable detectar y corregir de manera oportuna la elevación de la temperatura puesto que el metabolismo y los requerimientos corporales de oxígeno aumentan, lo cual hace que el corazón trabaje con mayor intensidad. La disminución en la temperatura afecta el metabolismo, provoca un menor consumo de oxígeno y una producción menor de dióxido de carbono, además de disminuir la velocidad de la respiración. Un aumento en la presión arterial se asocia con menor gasto cardíaco y volumen sanguíneo y mayor vasodilatación. La hipotensión produce una circulación insuficiente para satisfacer las necesidades del cuerpo; la confusión y el mareo son indicación de circulación cerebral deficiente a causa de disminución de la presión arterial. Los cambios del pulso son evidentes. Además de problemas

cardíacos, la taquicardia puede indicar hipoxia causada por una obstrucción de las vías respiratorias. La bradicardia puede asociarse con toxicidad por digitálicos.

Con frecuencia, se administra oxígeno en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares; en los adultos mayores, se requiere un uso más cuidadoso. El personal de enfermería debe vigilar de cerca al paciente para detectar hipoxia. Los pacientes con cánula nasal pueden respirar por la boca, lo que disminuye el ingreso de oxígeno. Aunque una mascarilla puede solucionar este problema, no garantiza la inspiración de oxígeno suficiente. Los adultos mayores no pueden mostrar cianosis como signo inicial de hipoxia; en cambio, pueden estar inquietos, irritables y con disnea. Estos síntomas también indican altas concentraciones de oxígeno en sangre y narcosis a causa del dióxido de carbono, un riesgo particular para los pacientes mayores que reciben tratamiento con oxígeno. Las concentraciones de gases sanguíneos proporcionan datos que son de suma importancia para revelar estos problemas; su corrección temprana depende de la vigilancia de enfermería.



CONCEPTO CLAVE

En lugar de mostrar cianosis, los adultos mayores con hipoxia están inquietos, irritables y con disnea.

La anorexia puede acompañar a las enfermedades cardiovasculares, por lo que es necesaria la intervención de enfermería para ayudar a los pacientes a satisfacer sus necesidades nutricionales. Diversas comidas pequeñas durante todo el día, en lugar de menor cantidad pero más abundantes, pueden compensar la falta de apetito y disminuir la carga sobre el corazón. Los alimentos preferidos y los preparados de forma atractiva pueden ser de utilidad. Debe recomendarse a los pacientes mantener un consumo regular de glucosa, la principal fuente de la energía cardíaca. Puede requerirse instrucción en cuanto a las dietas bajas en sodio, colesterol y calorías. Las modificaciones dietéticas terapéuticas deben intentar incorporar la comida étnica de los pacientes, pues quizás se rechacen las dietas especiales si se considera que es necesario eliminar los alimentos que han sido un componente importante de la vida durante décadas. Puede ser necesario realizar sacrificios en el plan; una dieta realista, aunque imperfecta, con la que los pacientes se sientan satisfechos cuenta con mayor probabilidad de cumplirse en comparación con una dieta perfecta con la que el paciente no se sienta cómodo. El personal de enfermería debe revisar los alimentos incluidos en las dietas e informar a los pacientes acerca del contenido de sodio, colesterol y calorías. Estos alimentos se pueden entonces identificar como aquellos que pueden comerse “nunca”, “de vez en cuando”, “no más de una vez al mes” o “cuando se desee”. Los pacientes deben aprender a leer las etiquetas de alimentos, bebidas y fármacos para identificar el contenido de sodio y comprender que las bebidas carbonatadas, ciertos analgésicos o alcalinizantes comerciales y las mezclas caseras de bicarbonato contienen sodio.



CONCEPTO CLAVE

Una forma de promover el cumplimiento de la dieta consiste en clasificar los alimentos para el paciente, como los que pueden comerse “nunca”, “de vez en cuando” o “cuando se desee”.

El pujo por estreñimiento, los enemas y el alivio del bolo fecal pueden causar estimulación vagal, una situación en especial peligrosa para los pacientes con enfermedad cardiovascular. Las medidas para prevenir el estreñimiento deben ser parte integral del plan de atención de estos pacientes; se puede prescribir un laxante. Si se prescribe reposo en cama, deben realizarse ejercicios de amplitud de movimiento, ya que las contracciones musculares comprimen las venas periféricas y facilitan el retorno venoso.

Los pacientes débiles o que duermen sentados deben brindar soporte a la cabeza y el cuello para evitar la hiperextensión o la hiperflexión. Todos los adultos mayores, no sólo aquellos con enfermedad cardiovascular, pueden sufrir disminución de la circulación sanguínea cerebral a causa de la compresión de los vasos durante la hiperextensión o la hiperflexión. Aquellos con ICC necesitan una buena posición y apoyo. La posición semisentada con almohadas que sostienen toda la espalda mantiene la buena alineación del cuerpo, promueve la comodidad y ayuda a disminuir la congestión pulmonar. El esfuerzo cardíaco se reduce cuando se da soporte a los brazos con almohadas o reposabrazos. Los estribos ayudan a prevenir las contracturas por pies péndulos; debe instruirse a los pacientes cómo utilizarlos para realizar ejercicio.

Si se presenta congestión hepática, los fármacos se depuran con menor velocidad. Puesto que los adultos mayores cuentan con una tasa de eliminación de fármacos más lenta, el personal de enfermería debe estar al tanto de los signos que indican reacciones adversas. En particular los digitálicos deben vigilarse y podrían causar un cambio del estado mental, náuseas, vómitos, arritmias y pulso lento. Puesto que la hipocalcemia sensibiliza el corazón a los efectos de los digitálicos, es recomendable la prevención mediante una alimentación adecuada y posible uso de suplementos de potasio.

Promover la circulación

Debido a que los adultos mayores experimentan cambios relacionados con la edad y cuentan con alta prevalencia de enfermedades que aumentan el riesgo de alteración de la perfusión de los tejidos, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe promover intervenciones que mejoren la circulación sanguínea:

- Verificar que la presión arterial se mantenga dentro de un rango aceptable (debajo de 140 mm Hg sistólica y de 90 mm Hg diastólica).
- Prevenir y eliminar las fuentes de presión sobre el cuerpo.
- Recordar o ayudar a los pacientes a cambiar de posición con frecuencia.
- Evitar la acumulación de sangre en las extremidades.
- Fomentar la actividad física.
- Prevenir la hipotermia y mantener el calor corporal (en especial de las extremidades).
- Ofrecer masaje al cuerpo, a menos que esté contraindicado (p. ej., en presencia de trombosis venosa profunda y úlceras por presión).

- Vigilar la presencia de hipotensión como efecto adverso de los medicamentos.
- Instruir para disminuir los riesgos (p. ej., evitar la ingesta excesiva de alcohol, el hábito tabáquico, el uso de drogas, la obesidad y la inactividad).
- Evaluar periódicamente la salud física y mental para identificar signos y síntomas de alteración de la perfusión de los tejidos.

El personal de enfermería desempeña un papel importante en la prevención de los problemas vasculares periféricos. En la educación para la salud de las personas de todas las edades se debe reforzar la importancia del ejercicio para promover la circulación; deben revisarse los factores que pueden interferir con la circulación óptima, como cruzar las piernas y usar bandas elásticas textiles. Debe alentarse el control de peso, pues la obesidad interfiere con el retorno venoso. Debe recomendarse evitar el consumo de tabaco, el cual provoca espasmos arteriales. La inmovilidad y la hipotensión deben prevenirse para evitar la formación de trombos. En la [figura 19-1](#) se muestran ejercicios que benefician a los pacientes con enfermedad vascular periférica. El yoga y el *tai chi* también pueden promover la circulación. Además, se pueden prescribir ejercicios de Buerger-Allen ([véase el cuadro 19-6](#)) y el paciente, los familiares y los cuidadores necesitan aprender cómo se realizan de manera correcta y cómoda. Es importante la instrucción en el uso correcto de medias de compresión o elásticas especiales.

Proveer cuidados de los pies

Las personas con enfermedad vascular periférica deben prestar especial atención al cuidado de sus pies, los cuales deben lavarse y explorarse todos los días. Para evitar lesiones, los pacientes no deben caminar descalzos. Cualquier lesión o decoloración del pie debe ser objeto de la atención del médico o el personal de enfermería. Estos pacientes tienen un alto riesgo de desarrollar infecciones micóticas debido a la humedad producida por la transpiración normal del pie; no es infrecuente que los adultos mayores presenten onicomycosis, lo que recalca la importancia de la inspección regular y cuidadosa. Sin tratamiento, una simple infección micótica puede conducir a gangrena y otras complicaciones graves. Colocar algodón entre los dedos de los pies y quitarse los zapatos varias veces al día ayuda a mantenerlos secos. El calzado debe ser lo suficientemente grande para evitar cualquier presión y seguro para prevenir lesiones en los pies; se debe ventilar después de su uso. Las agujetas no deben apretarse mucho, ya que pueden ejercer presión sobre los pies. Los calcetines de colores pueden contener tintes irritantes y es mejor evitarlos; deben cambiarse regularmente. Aunque se deben mantener los pies calientes, la aplicación directa de calor (cojines térmicos o bolsas y baños de agua caliente) quizá aumente el metabolismo y la demanda circulatoria, lo que agrava el problema existente.

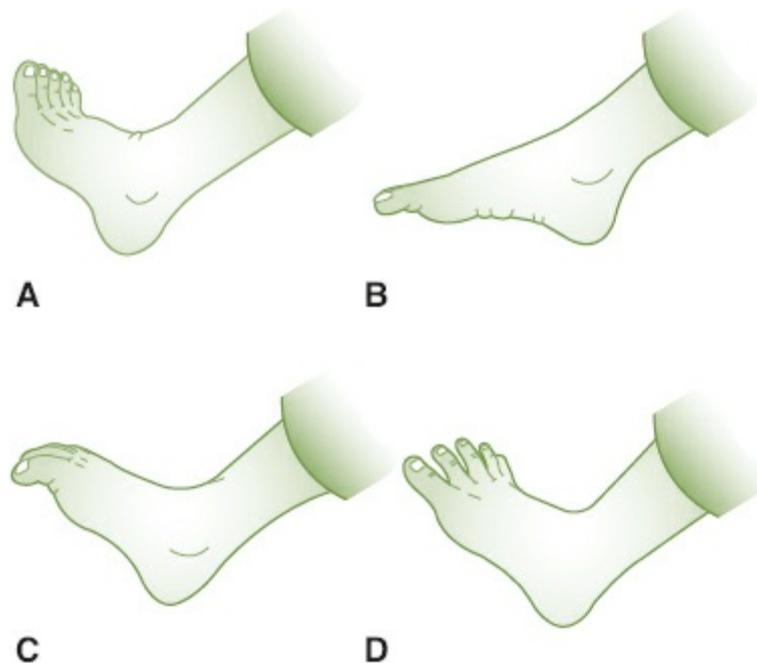


FIGURA 19-1 ● Ejercicios de los pies y los dedos. **A.** Flexión. **B.** Extensión. **C.** Flexión de los dedos. **D.** Abducción de los dedos.

Tratar los problemas asociados con la enfermedad vascular periférica

Las lesiones isquémicas del pie pueden presentarse en pacientes con enfermedad vascular periférica. Si hay escaras, deben desprenderse para permitir el drenaje. Es necesario el desbridamiento cuidadoso para evitar la hemorragia y el traumatismo; pueden ser útiles algunas sustancias químicas dedicadas a este procedimiento para el efecto. Los antibióticos sistémicos pueden ayudar a eliminar la celulitis. Por lo general, no se utilizan antibióticos tópicos, pues debe presentarse la epitelización antes de poder eliminar la flora bacteriana. Se pueden administrar analgésicos para aliviar el dolor asociado. La buena nutrición, en particular una ingesta adecuada de proteínas, el mantenimiento de la fuerza muscular y el movimiento de las articulaciones son importantes. Se pueden emplear diversos procedimientos quirúrgicos en el tratamiento de las lesiones isquémicas de los pies, incluyendo derivación con injertos, simpatectomías y amputaciones.

La pérdida de un miembro puede representar una carencia significativa de independencia en los adultos mayores, sin importar la realidad de la situación. Con una alteración de la imagen corporal, se pueden asumir nuevas funciones, ya que otras se abandonan. Los pacientes y las familias necesitan oportunidades para hablar de sus temores y preocupaciones. Hacerlos conscientes de la posibilidad de una vida normal y la disponibilidad de dispositivos que hacen posibles la marcha, la conducción de automóviles y otras actividades pueden ayudar a reducir la ansiedad y promover una adaptación más fácil a la amputación. El período de rehabilitación puede ser prolongado para los adultos mayores y quizás requiera motivación y estímulo frecuentes del personal de enfermería.

Promover la normalidad

Un tema que no suelen tratar los adultos mayores es el efecto de su afección

cardiovascular sobre la actividad sexual. Pueden ser reacios a realizar preguntas debido a que temen ser ridiculizados o que se perciba como sorprendente que alguien de su edad todavía esté interesado en la actividad sexual. Es posible que una persona se resigne a perder la actividad sexual bajo la idea errónea de que el sexo afecta el corazón; las investigaciones han mostrado que los pacientes suelen imponer restricciones innecesarias sobre la actividad sexual después de los ataques cardíacos. El personal de enfermería debe tratar este tema y presentarlo a los pacientes si parecen incapaces de hacerlo por su cuenta. Si existe el temor de lesionar el corazón por reanudar la actividad sexual, el personal de enfermería debe ofrecer explicaciones realistas, incluso acerca de cuándo puede hacerse, cómo los medicamentos pueden afectar el funcionamiento sexual, cómo programar horarios para los medicamentos con efectos positivos para la actividad sexual y cuáles posiciones producen menor exigencia cardíaca.



COMUNICACIÓN

El personal de enfermería debe abordar de una manera directa y realista las preguntas y las conversaciones acerca del efecto de las enfermedades cardiovasculares sobre la función sexual. Evitar suposiciones que podrían interferir con expresiones abiertas, como que el sexo no es un problema debido a la edad avanzada, el estado de salud o la viudez. Ofrecer a los pacientes explicaciones realistas acerca de la relación de las enfermedades cardiovasculares con la función sexual y promover preguntas.

La relajación y el reposo son importantes en el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares; conviene recordar que un paciente en reposo no necesariamente está relajado. El estrés de la hospitalización, el dolor, la ignorancia y el temor acerca de la discapacidad, las alteraciones en el estilo de vida y la muerte potencial pueden causar al paciente ansiedad, confusión e irracionalidad. Son necesarias la confianza y el apoyo, incluyendo explicaciones completas de pruebas diagnósticas, rutinas hospitalarias o del centro de atención y otras actividades. El personal de enfermería debe dar oportunidades a los pacientes y sus familias para hacer preguntas y hablar de sus preocupaciones y temores. Las explicaciones realistas de cualquier restricción y cambio del estilo de vida necesarios deben recalcar que los pacientes no deben convertirse en “discapacitados cardíacos” sólo porque presentan una enfermedad del corazón. La mayoría de los pacientes son capaces de llevar una vida normal y este hecho debe alentarse (*véase* la sección de *Recursos* al final del capítulo para conocer las organizaciones capaces de ayudar a los pacientes a vivir con afecciones cardiovasculares).

Integrar tratamientos complementarios

Los beneficios de los digitálicos (especies de plantas *Digitalis*) en el tratamiento de las enfermedades del corazón han estimulado el interés por el uso de otras hierbas para la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, incluyendo ajo, espino blanco, jengibre y *ginkgo biloba*. También se ha recomendado el uso de niacina, vitaminas E y K y ácidos grasos omega-3 para promover la salud cardiovascular. Aunque puede ser de utilidad su uso, en este momento hay pruebas insuficientes sobre los beneficios y el uso adecuado de suplementos para la salud cardiovascular ([John M. Eisenberg Center for Clinical Decisions and](#)

[Communications Science, 2013](#)). Conviene que los pacientes hablen del uso de hierbas medicinales y suplementos nutricionales con sus proveedores de atención y eviten exceder las dosis recomendadas.

Algunas de las medidas no convencionales para facilitar la relajación profunda y reducir el estrés pueden ser eficaces para revertir las enfermedades del corazón. Por ejemplo, se ha demostrado que la meditación aumenta el flujo sanguíneo y el consumo de oxígeno; la biorretroalimentación, la imaginación guiada, el *tai chi* y el yoga han disminuido la presión arterial y la frecuencia cardíaca; y la acupuntura disminuye la presión arterial ([National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2015b](#)).

Algunos pacientes se benefician de los efectos del yoga sobre la circulación debido a que las diferentes posturas que se utilizan aumentan la circulación a causa de sus efectos sobre las glándulas endocrinas y los plexos nerviosos. Las técnicas de masaje de acupresión mediante compresión, masaje, percusión y vibración pueden mejorar la circulación. La hierba *ginkgo biloba* ha mostrado beneficios sobre la circulación cerebral y periférica. El futuro quizás aporte medidas no invasivas adicionales para mejorar la circulación.

Aunque los beneficios de los tratamientos complementarios están en proceso de descubrirse, son medidas menos invasivas y costosas que los tratamientos convencionales y, en su mayor parte, conllevan un riesgo mínimo. El personal de enfermería debe considerar el uso de estos tratamientos para prevenir las cardiopatías y complementar los tratamientos convencionales cuando se presenta la enfermedad.

CASO A CONSIDERAR



La Sra. U., de 68 años, continúa trabajando tiempo completo en la universidad y no tiene planificado su retiro laboral en el futuro cercano. Mientras practicaba senderismo la semana pasada, presentó dolor en el tórax y se dirigió al servicio de urgencias del hospital para su valoración. Se diagnosticó infarto de miocardio y, después de una breve hospitalización, se envió a casa con la prescripción de un trombolítico.

Puesto que sigue una dieta saludable y hace ejercicio con regularidad, el cardiólogo no recomienda tratamiento adicional alguno, pero desea que la Sra. U. acuda a consulta frecuentemente. La Sra. U. ahora tiene miedo de volver a sus actividades físicas y está considerando la posibilidad del retiro por “su afección cardíaca”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles considera que son los problemas de la Sra. U.?
- ¿Qué podría hacerse para ayudarla?

Resumen del capítulo

Se presenta una variedad de cambios graduales en el aparato cardiovascular conforme avanza la edad. Casi todos los adultos mayores presentan una función adecuada a pesar de estos cambios; sin embargo, las diferencias del corazón envejecido se hacen más evidentes cuando aumentan las exigencias.

Las prácticas a lo largo de la vida afectan la salud cardiovascular en su etapa

tardía, incluyendo la dieta baja en grasas, el mantenimiento del peso dentro de un rango ideal, el ejercicio físico regular, el tratamiento eficaz del estrés y la evitación del hábito tabáquico, el consumo excesivo de alcohol y las drogas ilegales.

Aunque la enfermedad cardiovascular causa la muerte de una mayor cantidad de mujeres que el cáncer de mama, con frecuencia no recibe la misma atención, por lo que quizá no estén conscientes del riesgo. Es necesaria una mayor instrucción de las mujeres acerca de los riesgos y las formas en que podrían presentarse los síntomas.

La incidencia de hipertensión aumenta con la edad, lo que la hace la enfermedad cardiovascular más prevalente en los adultos mayores. Debido a los riesgos asociados con los medicamentos antihipertensivos, deben emplearse alternativas, a menos que estén contraindicados. Los adultos mayores también están en mayor riesgo de experimentar hipotensión postural. El personal de enfermería debe revisar los factores que contribuyen a este riesgo y recalcar la importancia de cambiar posiciones de forma lenta.

La ICC es una de las principales causas de hospitalización de los adultos mayores. Aunque los síntomas son similares a los de los adultos jóvenes con este diagnóstico, el riesgo de roturas de la piel por edema y mala perfusión de los tejidos asociado con esta afección es más alto en los adultos mayores.

La mayor frecuencia de las afecciones que causan inmovilidad y desnutrición en los adultos mayores origina una alta incidencia de embolias pulmonares en esta población. Como numerosas afecciones, las embolias pulmonares pueden manifestarse de manera atípica en los adultos mayores, lo que tal vez retrase el diagnóstico.

La mayoría de los adultos mayores de 70 años de edad presentan algún grado de enfermedad coronaria. La detección del síndrome anginoso y el infarto de miocardio puede retrasarse por el cuadro clínico atípico. Es beneficiosa la instrucción del paciente para evitar los factores que agravan este problema.

El riesgo de enfermedad coronaria asociada con altas concentraciones de colesterol total aumenta con la edad, en especial en individuos con diabetes no regulada, hipotiroidismo, uremia, síndrome nefrótico o aquellos que utilizan corticoesteroides o diuréticos tiazídicos.

La fibrilación auricular es la arritmia continua más frecuente y el principal factor que contribuye a los ictus isquémicos en los adultos mayores. Debido a que el individuo afectado no puede experimentar síntomas manifiestos en la etapa temprana, es importante una valoración cuidadosa de la frecuencia cardíaca y su calidad.

A diferencia de la aterosclerosis, que por lo general afecta a los grandes vasos que nacen del corazón, la arterioesclerosis afecta con mayor frecuencia a los vasos pequeños más alejados del corazón. Las personas con diabetes, con alto riesgo de desarrollar problemas vasculares periféricos y las complicaciones asociadas, habitualmente muestran neuropatías asociadas con la diabetes e infecciones que afectan los vasos sanguíneos de todo el cuerpo.

En los adultos mayores, la arterioesclerosis avanzada suele provocar el desarrollo de aneurismas, aunque éstos también pueden resultar de infecciones, traumatismos, sífilis y otros factores. Los aneurismas de la aorta abdominal se presentan con la mayor frecuencia en los adultos mayores. Es necesario un tratamiento rápido para

evitar la rotura.

La falta de ejercicio, los trabajos que implican permanecer mucho tiempo de pie y la pérdida de la elasticidad y la fuerza de los vasos sanguíneos asociada con el proceso del envejecimiento contribuyen a la presencia de venas varicosas, un problema frecuente en la edad avanzada. Estos individuos están en riesgo de caídas por mareos, y las lesiones ulcerosas de la piel son más susceptibles a traumatismos e infecciones.

El personal de enfermería tiene un papel importante en la educación del paciente sobre las medidas preventivas, la prevención de complicaciones en caso de que ya se cuente con alguna enfermedad, la vigilancia del cumplimiento de los tratamientos, la promoción de métodos para mejorar la circulación y la ayuda para lograr contar con un estilo de vida tan normal como sea posible.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Implementación de un programa de autocuidado domiciliario para personas con insuficiencia cardíaca

Fuente: Bryant, R. & Gaspar, P. (2014). Geriatric Nursing, 35(3), 188–193.

Debido a que es la causa más frecuente de ingreso hospitalario, la ICC tiene un efecto significativo en los costes de la atención sanitaria y la calidad de vida de los adultos mayores. Puesto que las mejores destrezas de autocuidado pueden incidir en la cantidad de ingresos hospitalarios, en este proyecto se revisó cómo la aplicación de un programa de autocuidado de la insuficiencia cardíaca es capaz de afectar la cantidad de ingresos causados por esta enfermedad.

Para el estudio se identificó a un grupo de personas confinadas al hogar de 65 años de edad o mayores con diagnóstico de insuficiencia cardíaca bajo atención del personal de enfermería. Se excluyeron a los pacientes con limitaciones cognitivas o funcionales, pues su capacidad de autocuidado es limitada. Los pacientes recibieron instrucción acerca de la prevención y la atención de la insuficiencia cardíaca (p. ej., dieta, medicamentos, ingesta de sodio), instrucciones de autovigilancia de los síntomas e información que debían comunicar a sus proveedores. Durante los siguientes 6 meses se vigiló el número de hospitalizaciones de este grupo a causa de la insuficiencia cardíaca. Al cabo de los 6 meses, el grupo mostró una mejoría en los resultados sin hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. Además, en general, se presentó mejoría en la conducta de autocuidado.

Aunque el tamaño de muestra fue pequeño, el estudio mostró que el personal de enfermería puede participar en la mejoría de la salud de los pacientes y la disminución de las hospitalizaciones y los costes de la atención sanitaria. También recalcó la importancia de equipar a los pacientes para el autocuidado eficaz. En una época en la que hay gran interés por atenuar los costes de la atención sanitaria, combinar las intervenciones del personal de enfermería y menores costes de atención puede ser un medio eficaz para destacar el papel de la enfermería.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Se realizan determinaciones de la presión arterial y un programa de instrucción para la salud en un centro de atención de adultos mayores local. Se encuentra una presión arterial ligeramente elevada en uno de los participantes, un hombre soltero jubilado de 76 años de edad. Cuando se menciona el hallazgo, el paciente reconoce que ha tenido antecedentes de la enfermedad y que su médico aconsejó disminuir la ingesta de sodio. “Es fácil decirlo”, expresa el hombre, “pero no cocino y tengo un ingreso limitado. En la mayoría de las ocasiones, consumo alimentos baratos o comida para llevar. Aunque fuera capaz de permitirme el lujo de comer pescado, vegetales y frutas frescas, no siempre los venden en el supermercado del barrio y no conduzco automóvil. Tengo que aprovechar lo que tengo”.

Usted comprende que los problemas financieros, de transporte y de preparación de alimentos de este hombre son reales, ya que vive en un departamento básico en una sección pobre de la ciudad.

¿Cómo se puede ayudar a este hombre?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Cómo contribuye el estilo de vida del ciudadano promedio al riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular conforme avanza la edad?
2. Mencione las complicaciones sobre el estado de salud del adulto mayor que pueden surgir como consecuencia de una enfermedad cardiovascular.
3. Describa los temas generales que se incluyen en la instrucción de un adulto mayor que se recupera de un infarto de miocardio.
4. ¿Qué medidas que promuevan la salud cardiovascular en etapas avanzadas de la vida puede recomendar a los jóvenes para que las incorporen en sus prácticas de salud?

Recursos

American Heart Association

<http://www.amhrt.org>

Mended Hearts (for patients with heart disease)

<http://www.mendedhearts.org>

National Amputation Foundation

<http://www.nationalamputation.org>

National Heart, Lung, and Blood Institute Information Center

<http://www.nhlbi.nih.gov>

Referencias

- Brook, R. D., Appel, L. J., Rubenfire, M., Ogedegbe, G., Bisognano, J. D., Elliott, W. J., Rajagopalan, S. (2013). AHA Scientific Statement. Beyond medications and diet: Alternative approaches to lowering blood pressure. *Hypertension*, 61(6), 1360–1383.
- Ideda, Y., Shimada, K., Teramoto, T., Uchiyama, S., Yamazaki, T., Ishizuka, N. (2014). Low-dose aspirin for primary prevention of cardiovascular events in Japanese patients 60 years or older with atherosclerotic risk

- factors. *Journal of the American Medical Association*, 312(23), 2510–2520. Acceso el 10 de diciembre de 2014 en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1936801>
- January, C. T., Wann, S., Alpert, J. S., Calkins, H., Cleveland, J. C., ACC/AHA Task Force Members. (2014). AHA/ ACC/HRS guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: A report of the American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*, 130(23), e199–e267.
- John M. Eisenberg Center for Clinical Decisions and Communications Science. (2013). Taking dietary supplements with heart, blood pressure, or cholesterol medications: A review of the research for adults. *Agency for Healthcare Research and Quality*. Acceso el 11 de enero de 2015 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0060225/pdf/consdietary.pdf>
- Joseph, J. P., Alfonso, M., Berdai, D., Salles, N., Benard, A., & Gay, B., Bonnet, F. (2015). Benefits and risks for primary prevention with statins in the elderly. *Presse Medicines*, 44(12), 1219–1225.
- Makam, A. N., Boscardin, W. J., Miao, Y., & Steinman, M. A. (2014). Risk of thiazide-induced metabolic adverse events in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(6), 1039–1045.
- Millen, B. E., Wolongevicz, D. M., deJesus, J. M., Nonas, C. A., & Lichenstein, A. H. (2014). 2013 American Heart Association/American College of Cardiology guidelines on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: Practice opportunities for registered nutritionists. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(11), 1723–1729.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (2015a). Hypertension. Acceso el 5 de enero de 2015 en: <http://nccam.nih.gov/health/hypertension>
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2015b). Cardiovascular disease. Acceso el 5 de enero de 2015 en: <http://nccam.nih.gov/health/hypertension>
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2015). *Description of the DASH eating plan*. Acceso el 3 de enero de 2016 en: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/dash/>
- Ornish, D. (2008). *Dr. Dean Ornish's program for reversing heart disease*. New York, NY: Ivy Books.
- Ornish, D. (2013). Mediterranean diet for primary prevention of cardiovascular disease. *New England Journal of Medicine*, 369(7), 675–676.
- Ridker, P. M. (2003). Clinical application of C-reactive protein for cardiovascular disease detection and prevention. *Circulation*, 107(3), 363–369.
- Romero-Ortuno, R., Cogan, L., Foran, T., Kenny, R. A., & Fan, C. W. (2011). Continuous noninvasive orthostatic blood pressure measurements and their relationship with orthostatic intolerance, falls, and frailty in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 655–665.
- Saneei, P., Salehi-Abargouei, A., Esmailzadeh, A., & Azabakht, L. (2014). Influence of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on blood pressure: A systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Disease*, 24(12), 1253–1261.
- Stone, N. J., Turin, A., Spitz, J. A., Valle, C. W., & Kazmi, S. (2015). Stain therapy across the lifespan: Evidence in major age groups. *Expert Review of Cardiovascular therapy*. Acceso el 2 de enero de 2016 en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/14779072.2016.1128825>
- Wang, L., Gaziano, J. M., Liu, S., Manson, J. E., Buring, J. E., & Sesso, H. D. (2007). Whole- and refined-grain intakes and the risk of hypertension in women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 86(2), 472–479.

Lecturas recomendadas thePoint™

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Digestión y eliminación intestinal

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento sobre la salud gastrointestinal

Promoción de la salud gastrointestinal

Afecciones gastrointestinales seleccionadas y consideraciones de enfermería relacionadas

Boca seca (xerostomía)
Problemas dentales
Disfagia
Hernia hiatal
Cáncer de esófago
Úlcera péptica
Cáncer de estómago
Enfermedad diverticular
Cáncer de colon
Estreñimiento crónico
Flatulencias
Obstrucción intestinal
Bolo fecal
Incontinencia fecal
Apendicitis aguda
Cáncer de páncreas
Enfermedades de las vías biliares

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir cómo el envejecimiento afecta la salud gastrointestinal.
2. Comentar las medidas para promover la salud gastrointestinal en los adultos mayores.
3. Mencionar los síntomas y el tratamiento de las afecciones gastrointestinales en los adultos mayores.

GLOSARIO

Anorexia: falta de apetito.

Colelitiasis: formación o presencia de cálculos en la vesícula biliar.

Disfagia: dificultad para deglutir.

Disfagia bucofaríngea: dificultad para transferir el bolo alimenticio o los líquidos de la boca a la faringe y el esófago.

Disfagia esofágica: dificultad para la transferencia del alimento a través el esófago.

Diverticulitis: inflamación o infección de los pliegues de la mucosa intestinal.

Enfermedad periodontal: inflamación de las encías que se extiende a los tejidos subyacentes, las raíces de los dientes y los huesos.

Flatulencias: gases expulsados por el ano.

Gingivitis: inflamación de las encías que rodean a los dientes.

Hernia hiatal: porción del estómago que sobresale a través de una abertura en el diafragma.

Incontinencia fecal: expulsión involuntaria de heces.

Presbiesófago: cambios en el esófago relacionados con la edad que causan disminución de la fuerza de las contracciones y transporte más lento de los alimentos a través del esófago.

La digestión y la eliminación intestinal son funciones importantes del aparato digestivo. Significativamente menos personas mayores mueren por problemas gastrointestinales que por enfermedades de otros aparatos y sistemas corporales importantes; sin embargo, estos problemas a menudo son fuente de múltiples molestias y malestares en este grupo de edad. Indigestión, eructos, diarrea, estreñimiento, náuseas, vómitos, anorexia, aumento o pérdida de peso y flatulencias son algunos de los problemas que se producen con mayor frecuencia, incluso en ausencia de una causa orgánica. Las enfermedades de la vesícula biliar y varios tipos de cáncer del aparato digestivo aumentan en incidencia durante las etapas avanzadas de la vida. Además, la mala nutrición, los medicamentos, las emociones, la inactividad y una variedad de otros factores influyen en el estado de la salud gastrointestinal.

Por lo general, los adultos mayores son conscientes de sus malestares gastrointestinales y utilizan diversas medidas para aliviar los síntomas de estos problemas. En algunas situaciones, la desinformación interfiere con la buena salud gastrointestinal (p. ej., suponer que la pérdida de los dientes es normal o considerar que un laxante diario es esencial); en otras circunstancias, la automedicación puede retrasar el diagnóstico de alteraciones patológicas (p. ej., el uso de antiácidos que enmascara los síntomas del cáncer de estómago). La enfermería geriátrica y gerontológica tiene una participación importante en la promoción de la salud gastrointestinal de los adultos mayores e interviene cuando se identifican problemas.

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA SALUD GASTROINTESTINAL

El aparato gastrointestinal y las estructuras accesorias experimentan cambios significativos con la edad (véase el [cap. 5](#)). La lengua se atrofia, lo que afecta las

papilas gustativas y disminuye su sensibilidad. Los cambios en el gusto también pueden relacionarse con la xerostomía (boca seca), los efectos de algunos medicamentos, las enfermedades y el hábito tabáquico. Disminuye la producción de saliva y puede dificultarse la deglución. Hay adelgazamiento de la mucosa bucal y debilitamiento de los músculos implicados en la masticación, lo que lleva a una menor eficacia de este proceso. La recesión gingival de las superficies de los dientes disminuye su sostén. El *presbiesófago*, cambios degenerativos del músculo liso del revestimiento esofágico inferior, da lugar a contracciones menos intensas y debilidad del esfínter. Como la movilidad del esófago y el estómago disminuye, los alimentos pueden permanecer en el tubo digestivo alto durante un período prolongado; como resultado, hay riesgo de indigestión y broncoaspiración. La menor elasticidad del estómago disminuye la cantidad de comida que puede alojar en una sola ocasión. El estómago tiene un pH más elevado como resultado de la menor producción de ácido clorhídrico y pepsina, lo que contribuye a una mayor incidencia de irritación gástrica en las etapas avanzadas de la vida. La presencia reducida de pepsina puede interferir con la absorción de las proteínas, mientras que la disminución de ácido clorhídrico puede interferir con la absorción de calcio, hierro, ácido fólico y vitamina B₁₂. Hay menos células en la superficie de absorción de las paredes intestinales, lo que afecta la captación de glucosa, xilosa, calcio, hierro y vitaminas B, B₁₂ y D.

El peristaltismo más lento, la inactividad, la menor ingesta de alimentos y líquidos, los fármacos y la dieta baja en fibra son causas de la alta incidencia de estreñimiento en los adultos mayores. La percepción sensorial disminuida puede bloquear la señal para la eliminación intestinal, lo que causa estreñimiento. También hay una tendencia hacia el vaciamiento incompleto del intestino durante la evacuación; es posible que se deba volver a evacuar 30-45 min después de la primera defecación para evitar complicaciones.

La estructura de la vesícula y los conductos biliares no se modifica con la edad; sin embargo, la síntesis de sales biliares disminuye, lo que contribuye al riesgo de desarrollo de cálculos. El páncreas experimenta fibrosis, atrofia y depósito de ácidos grasos, junto con una reducción en sus secreciones; este proceso afecta la digestión de los lípidos y contribuye a la intolerancia a los alimentos grasos. Aunque el tamaño del hígado se reduce con la edad, su función permanece dentro de límites normales. El riego sanguíneo hepático puede disminuir como resultado de un menor gasto cardíaco.

PROMOCIÓN DE LA SALUD GASTROINTESTINAL

Puede evitarse una gran variedad de afecciones gastrointestinales mediante prácticas de buena salud. La higiene dental adecuada ([cuadro 20-1](#)) y las consultas regulares al dentista pueden prevenir las alteraciones que suelen afectar la ingesta de nutrientes, la salud general, el confort y el autoconcepto.

CUADRO 20-1 Prácticas de salud bucal para los adultos mayores

- Cepillar todas las superficies de los dientes y la lengua al menos dos veces al día con un cepillo de cerdas suaves y pasta de dientes fluorada. Usar movimientos de cepillado de arriba abajo. Si la artritis, la debilidad u otros problemas interfieren con la capacidad para cepillarse adecuadamente, conseguir un cepillo de mango grande, operado con baterías o eléctrico.
- Usar hilo dental entre los dientes todos los días. Se dispone de auxiliares para el uso del hilo dental que compensan las limitaciones de los dedos con artritis u otros problemas que pueden interferir con esta acción.
- Si se utiliza enjuague bucal, evitar los que contienen alcohol (el enjuague no es sustituto del cepillado).
- Evitar los hisopos (p. ej., de limón con glicerina), ya que secan la mucosa bucal y erosionan el esmalte de los dientes.
- Cepillar los dientes o enjuagar la boca después de consumir caramelos u otras golosinas.
- Si se usan prótesis dentales, retirarlas durante la noche y remojarlas en agua. Limpiar la dentadura y las encías antes de colocar nuevamente la dentadura.
- Si se desean goma de mascar y caramelos, utilizar las variedades sin azúcar.
- Consultar a un dentista cada 6 meses. Son aceptables las consultas menos frecuentes si se usa una prótesis completa, pero es importante la valoración dental para detectar enfermedades bucales; preguntar a un dentista la frecuencia sugerida de consultas.

Alerta sobre el dominio de conceptos

No se recomienda el uso de hisopos a base de alcohol o cítricos (p. ej., limón con glicerina) para la higiene bucal, pues secan la mucosa y erosionan el esmalte de los dientes. El cepillado, el uso de hilo dental y el lavado de la cavidad bucal con enjuagues, promueven la salud bucal.

La cantidad y la calidad adecuadas de alimentos pueden mejorar la salud general y reducir al mínimo el riesgo de indigestión y estreñimiento (véase el [cap. 11](#) para mayor información sobre formas de promover la salud nutricional). También es importante el conocimiento de la relación entre los medicamentos y la salud gastrointestinal.

Es importante que los adultos mayores incorporen medios naturales para promover las evacuaciones intestinales en sus rutinas diarias, incluyendo la buena ingesta de líquidos, una dieta rica en frutas y vegetales, la actividad física y el establecimiento de un horario regular para las evacuaciones intestinales ([fig. 20-1](#)). Se recomienda la ingesta de 20-35 g de fibra dietética al día; sin embargo, cuando ha sido baja, debe aumentarse de manera gradual la cantidad para evitar gases, distensión abdominal, diarrea y otros síntomas. Si una persona no gusta de comer alimentos ricos en fibra, pueden agregarse a otros (p. ej., adición de salvado de trigo a la carne de res molida o los panes) para enmascarar el sabor. Una abundante cantidad de líquido debe acompañar a la mayor ingesta de fibra. Debido a que el vaciamiento de los intestinos suele ser incompleto con una sola evacuación, debe darse la

oportunidad de que ésta sea completa y después brindarse tiempo para volver a defecar. En ocasiones, la petición de un adulto mayor para que sea llevado al cuarto de baño o de un cómodo para la evacuación intestinal poco antes de que ocurra es vista como una demanda innecesaria e ignorada; es entonces cuando queda clara la razón por la que es frecuente la incontinencia. Es útil para los adultos mayores intentar una evacuación intestinal después del desayuno, pues la actividad matutina y la ingesta de alimentos y líquidos después de un período de descanso estimulan el peristaltismo.



FIGURA 20-1 ● Una alimentación rica en frutas y vegetales es un medio natural para promover la evacuación intestinal.

La valoración hábil puede revelar problemas que los pacientes tal vez omitieron compartir con sus proveedores de atención sanitaria e identificar las prácticas que interfieren con la buena salud ([guía de valoración 20-1](#)). La [tabla 20-1](#) presenta los posibles diagnósticos relacionados con una gran cantidad de los problemas de índole gastrointestinal que suelen presentarse en los adultos mayores.



GUÍA DE VALORACIÓN 20-1 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL

INSPECCIÓN GENERAL

- *Hábito exterior.* La palidez puede asociarse con la pérdida de sangre por hemorragia gastrointestinal. La debilidad y la fatiga pueden deberse a desnutrición, desequilibrios de líquidos y electrolitos o hemorragia. Tomar nota de la obesidad o el bajo peso anómalo.
- *Olores.* Los olores anómalos en el aliento pueden asociarse con algunas enfermedades. La halitosis indica prácticas inadecuadas de higiene bucal, enfermedades de la cavidad bucal o el esófago, absceso o infección pulmonar, enfermedad hepática o uremia.
- *Piel.* La piel seca y con poca turgencia puede indicar deshidratación; la descamación, el prurito, la decoloración o las erupciones pueden ser resultado de una variedad de deficiencias nutricionales.

INTERROGATORIO

Las preguntas estructuradas con cuidado pueden revelar problemas ocultos, especialmente en los adultos mayores que aceptan algunos síntomas gastrointestinales como normales o que han vivido con ellos durante tanto tiempo que ya no los consideran anómalos. Las preguntas deben revisar temas como los siguientes:

- *Estado de los dientes o la dentadura.* ¿Cuándo fue la última exploración dental? ¿Cómo cuida sus dientes o prótesis dentales? ¿Cuándo requirió dentadura postiza; se ajusta bien? ¿Tiene algún dolor, hemorragia u otros síntomas?
- *Gusto y apetito.* ¿La comida tiene un sabor diferente al que percibía anteriormente? ¿Qué hace para mejorar el sabor de la comida? ¿Cómo es su apetito; cómo se compara con el de años anteriores?
- *Síntomas.* ¿Alguna vez presentó úlceras en la boca, dificultad para la deglución, atragantamiento, sensación de que algo se ha ido por el sitio equivocado, náuseas, vómitos, hemorragia bucal, sangre en los vómitos o las heces, dolor o ardor en el estómago o los intestinos, diarrea, estreñimiento, gas, hemorragia rectal? Deben hacerse preguntas específicas para explorar cada respuesta positiva.
- *Peso.* ¿Ha notado algún cambio reciente en su peso? ¿Ha intentado aumentar o disminuir su peso?
- *Digestión.* ¿Con qué frecuencia sufre indigestión? ¿Qué parece causarla y cómo la trata? ¿Hay sensación de plenitud o molestias torácicas después de las comidas? ¿Alguna vez presenta regurgitación o eructos?
- *Evacuación.* ¿Con qué frecuencia defeca? ¿Tiene que tomar medidas especiales para la defecación? Si es así, ¿cuáles son? ¿Puja para defecar? ¿Percibe alguna vez sangre en las heces o el papel sanitario? ¿Cuáles son el color y la consistencia de sus heces?
- *Dieta.* Describa lo que come y el momento en el que come en un día habitual. ¿Los alimentos tienen un sabor diferente para usted? ¿Puede comprar alimentos y cocinar por su cuenta? ¿Ha cambiado su patrón de alimentación? *Valoración colorrectal.* Preguntar si se ha realizado pruebas de detección precoz colorrectal (p. ej., sangre oculta en heces, sigmoidoscopia y colonoscopia).

Pueden requerirse otras preguntas en respuesta a ciertos problemas que surgen a través del interrogatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

La inspección, la auscultación, la percusión y la palpación ayudan a validar problemas identificados mediante el interrogatorio y en la detección de anomalías no reveladas. En una revisión sistemática del aparato digestivo se incluye:

- *Labios.* Tenga en cuenta la simetría, el color, la humedad y el estado general. Puesto que los capilares son abundantes en los labios, una coloración azulada refleja mala oxigenación. Las grietas y las fisuras se pueden relacionar con deficiencia de riboflavina, dientes irregulares o dentaduras mal ajustadas.
- *Cavidad bucal.* Con un depresor lingual (abatelenguas) y la linterna, explore la boca. La mucosa debe estar húmeda y rosada. Las personas de raza negra tienen mucosa pigmentada. La sequedad excesiva de la mucosa o la lengua indica deshidratación. Tenga en cuenta las lesiones o zonas de irritación que puedan ser causadas por los dientes, las dentaduras postizas o las patologías. Las placas blancas en la cavidad bucal son signo de candidosis y deben obtenerse cultivos. La hemorragia y la inflamación de las encías suelen relacionarse con la enfermedad periodontal. La inflamación de las encías también puede

ser resultado del tratamiento con fenitoína o la leucemia. La intoxicación por plomo produce una línea negra azulada en el borde de las encías, pero sólo en presencia de dientes. Las personas mayores pueden desarrollar intoxicación por plomo a causa de exposición ocupacional o del contacto dentro del entorno casero.

- *Lengua.* Explorar las caras superior e inferior de la lengua. Una capa que reviste la lengua se relaciona con higiene deficiente o deshidratación. Una lengua lisa y roja indica deficiencia de hierro, vitamina B₁₂ o niacina. Los parches gruesos y blancos indican leucoplasia, que puede ser una lesión precancerosa. Prestar atención a las lesiones en la lengua que han estado presentes durante varias semanas, pues pueden ser cancerosas; ocurren con mayor frecuencia en la cara inferior, no en la superior de la lengua. Las venas varicosas en la cara inferior de la lengua no son datos anómalos. Determinar si el individuo puede mover la lengua de lado a lado, hacia arriba y abajo.
- *Faringe.* Durante la deglución normal, el nervio vago causa que el paladar blando suba y bloquee la nasofaringe, con lo que se previene la broncoaspiración. Para valorar esta función, presione con un depresor lingual en el centro de la lengua, pero no tan profundamente como para despertar el reflejo nauseoso, y solicite al paciente que diga “ah”. El paladar blando se eleva cuando se dice “ah”. Si hay malestar, enrojecimiento o manchas blancas en la garganta, está justificada la realización de un cultivo.
- *Abdomen.* Indique al paciente evacuar la vejiga y que después se coloque en decúbito supino sobre una superficie firme; inspeccione el abdomen. Pregunte acerca de cualquier cicatriz presente; el paciente puede haber olvidado mencionar una apendicectomía realizada hace 50 años. Las estrías o las marcas de distensión son color rosa o azul cuando son recientes y blancas argénticas cuando son antiguas; pueden ser consecuencia de obesidad, ascitis, embarazo o tumores. Visualice erupciones, depresiones y otros datos. Ambos lados del abdomen deben ser simétricos y sin masas. La distensión simétrica suele deberse a la obesidad, pero también puede asociarse con ascitis o tumores. Se presenta distensión central abdominal (p. ej., debajo del ombligo) ante una vejiga llena o tumores del útero o los ovarios. La distensión abdominal central alta puede ser resultado de dilatación gástrica o tumores pancreáticos. La pared abdominal debe subir y bajar en concordancia con las respiraciones. Se puede observar actividad peristáltica; en ocasiones, sacudir suavemente un dedo sobre el abdomen estimula el peristaltismo. Con el diafragma del estetoscopio, se perciben los ruidos intestinales una vez cada 5-15 s, por lo general, irregulares. Si no se escuchan ruidos intestinales, intentar estimularlos sacudiendo un dedo sobre el abdomen. La ausencia de ruidos durante al menos 5 min justifica la valoración médica. Los ruidos intensos, de gorgoteo, indican un aumento de la actividad peristáltica. Por lo general, la palpación del abdomen no debe revelar masas.
- *Recto.* Realizar una exploración rectal con el paciente de pie e inclinado sobre la mesa de exploración o en decúbito lateral izquierdo con la cadera y rodilla derechas flexionadas. Primero inspeccione la región perianal. Los sacos de piel flácida que rodean al ano corresponden a hemorroides. Pueden visualizarse fisuras, tumores, inflamación y prácticas higiénicas deficientes. Solicite al paciente que puje para hacer más visibles las hemorroides o el prolapso rectal. Indique al paciente que puje de nuevo e introduzca un dedo enguantado y lubricado en el ano. Asegurar al paciente que es normal sentir como si estuviera por defecar. El esfínter debe comprimirse alrededor del dedo. Deben detectarse las masas u otras anomalías a lo largo de la pared rectal. Una masa dura que impide la palpación completa del recto puede corresponder a un bolo fecal. Los bolos pueden ser móviles. Si se trata de un bolo fecal, se encuentran heces en el guante o se produce su descarga cuando se retira el dedo del explorador.
- *Heces.* Obtener una muestra de materia fecal; el excremento obtenido durante la exploración rectal ofrece información acerca de los problemas. Las heces negras alquitranadas están asociadas con la ingesta de suplementos o alimentos ricos en hierro o indican hemorragia gastrointestinal alta; la sangre roja brillante acompaña a la hemorragia del tubo digestivo bajo o las hemorroides; las heces pálidas oleosas pueden presentarse con los problemas de absorción; las heces grises o amarillentas son causadas por ictericia obstructiva; y la presencia de moco en las heces puede ser resultado de inflamación.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 20-1 Diagnósticos de enfermería relacionados con problemas gastrointestinales

Causas o factores contribuyentes

Diagnóstico de

Causas o factores contribuyentes

enfermería^a

Anemia, estreñimiento, obesidad, deficiencias de vitaminas y minerales, deshidratación	Intolerancia a la actividad física
Disminución del peristaltismo del colon relacionada con la edad y los impulsos nerviosos deficientes para la señal de defecación, anorexia, obesidad, hemorroides, falta de fibra en la dieta, deshidratación, uso habitual de laxantes	Estreñimiento
Medicamentos, úlcera péptica, gastritis, colitis ulcerativa, diverticulitis, diabetes, bolo fecal, alimentación por sonda, estrés	Diarrea
Indigestión, estreñimiento, hemorroides, flatulencias	Dolor agudo
Diabetes no tratada, infección, peritonitis, diarrea, vómitos, pérdida de sangre, insuficiente ingesta de líquidos, alimentación rica en solutos por sonda	Deficiencia de volumen hídrico
Diabetes, desnutrición, hemorroides	Riesgo de infección
Obstrucción intestinal, anorexia, náuseas, vómitos, mal estado dental, gusto alterado, estreñimiento	Desequilibrio nutricional: ingesta menor a las necesidades corporales
Alteración del gusto, preferencias étnicas, inactividad, falta de motivación para comer de manera adecuada	Desequilibrio nutricional: ingesta mayor a las necesidades corporales
Diabetes, cáncer, gingivitis, enfermedad periodontal, dientes irregulares, mal ajuste de prótesis dentales, desnutrición, deshidratación, xerostomía	Alteración de la mucosa bucal

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.



COMUNICACIÓN

Si durante el interrogatorio los pacientes niegan cualquier problema con el estreñimiento cuando se pregunta acerca de sus evacuaciones intestinales, puede ser de beneficio preguntar qué medidas toman para mantener la regularidad intestinal. Mediante el análisis, se puede descubrir qué pacientes usan laxantes sistemáticamente, se autoaplican enemas o experimentan episodios regulares de diarrea. Hacer preguntas específicas acerca de estos temas ayuda a revelar problemas que de lo contrario podrían pasarse por alto.

AFECCIONES GASTROINTESTINALES SELECCIONADAS Y CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS

Boca seca (xerostomía)

La saliva tiene varias funciones importantes, como lubricar los tejidos, fomentar la remineralización de los dientes, promover el gusto y restringir la presencia de bacterias y hongos en la cavidad bucal. Por lo tanto, la disminución de la saliva puede tener consecuencias significativas.

La boca seca puede ser causada por una variedad de factores, además de la ligera disminución de su secreción conforme avanza la edad. Gran cantidad de medicamentos utilizados por los adultos mayores (p. ej., diuréticos, antihipertensivos, antiinflamatorios y antidepresivos) pueden afectar a la salivación. El síndrome de

glándulas salivales y causar sequedad intensa de las mucosas. La respiración por la boca y la cognición alterada también contribuyen a este problema.

Las personas con boca seca se benefician de la higiene bucal frecuente, no sólo debido a la sensación agradable obtenida sino también por disminuir el riesgo de enfermedades dentales relacionadas. Se dispone de sustitutos de saliva (p. ej., Salivart[®], saliva sintética) como geles y enjuagues; sin embargo, beber agua a sorbos para aliviar la sequedad y estimular la producción de saliva con caramelos y gomas de mascar sin azúcar es eficaz para muchas personas.

Problemas dentales

La atención odontológica es importante durante toda la vida de un individuo. La exploración dental puede ser instrumental para la detección temprana y la prevención de numerosos problemas que afectan a otros sistemas corporales. El mal estado de los dientes puede restringir la ingesta de alimentos, lo que puede causar estreñimiento y desnutrición (véase el [cap. 11](#)); también puede deteriorar el aspecto, lo que afecta la socialización, y causar apetito deficiente capaz de conducir a la desnutrición. La **enfermedad periodontal** puede predisponer a los adultos mayores a infecciones sistémicas. Aunque la atención odontológica es importante para la prevención de estos problemas, las limitaciones financieras impiden que muchas personas mayores la busquen. Algunos tienen la idea errónea de que las prótesis dentales eliminan la necesidad de realizar visitas regulares al dentista; otros, como numerosas personas más jóvenes, temen usarlas. El personal de enfermería debe fomentar la exploración odontológica y la atención dental regulares explicando a los pacientes que el dentista es capaz de detectar enfermedades graves y ayudar a encontrar clínicas dentales de bajo coste o gratuitas. Entender cómo las técnicas odontológicas modernas disminuyen al mínimo el dolor puede aliviar temores. Aunque los adultos mayores no han tenido el beneficio del agua fluorada o los tratamientos con fluoruro cuando fueron jóvenes, las aplicaciones tópicas de este material son tan beneficiosas para los dientes de los adultos mayores como para los de personas jóvenes. El personal de enfermería debe instruir a los pacientes a informar a sus dentistas sobre los problemas de salud y los medicamentos que toman para ayudar a determinar cómo modificar los procedimientos, qué tasa de curación esperar y qué medicamentos no deben administrarse.

Los problemas dentales pueden ser causados por alteración de la sensación del gusto, mala alimentación o dieta de bajo presupuesto rica en hidratos de carbono y exceso de golosinas que pueden causar caries. Las deficiencias de vitaminas del complejo B y calcio, los desequilibrios hormonales, el hiperparatiroidismo, la diabetes, la osteomalacia, la enfermedad de Cushing y la sífilis pueden ser causas subyacentes de problemas odontológicos, así como ciertos medicamentos, como la fenitoína, que pueden causar **gingivitis**, y los antihistamínicos y antipsicóticos, que causan sequedad intensa de la boca. El proceso de envejecimiento tiene su efecto propio sobre los dientes. Por lo general, las superficies de los dientes se desgastan por la gran cantidad de años de uso, se producen diversos grados de absorción radicular y la pérdida del esmalte de los dientes puede aumentar el riesgo de irritación de tejidos dentales profundos. Aunque las lesiones neoplásicas benignas se desarrollan con

dentales profundos. Aunque las lesiones neoplásicas benignas se desarrollan con mayor frecuencia que las malignas, el cáncer de la cavidad bucal, especialmente en hombres, aumenta su incidencia con la edad, al igual que la candidosis, la cual suele asociarse con problemas más graves, como diabetes o leucemia. No se debe asumir que todas las lesiones blancas en la boca corresponden a candidosis; es importante la biopsia para verificar que no sean cancerosas. La enfermedad periodontal, la cual daña los tejidos blandos que rodean a los dientes y los huesos que brindan soporte, tiene una alta incidencia entre los adultos mayores y es una causa importante de pérdida dental. Las caries se presentan con menor frecuencia en los adultos mayores, pero aún son un problema.



CONCEPTO CLAVE

Con la edad, los dientes experimentan desgaste en sus superficies, disminución de tamaño y volumen de la pulpa, mayor fragilidad, diferentes grados de absorción radicular y pérdida de esmalte.

La buena higiene bucal es especialmente importante para los adultos mayores, quienes ya cuentan con problemas de **anorexia** o percepción anómala del sabor de los alimentos. Los dientes, las encías y la lengua se deben cepillar de manera regular con un cepillo de dientes de cerdas suaves, el cual también puede utilizarse para el masaje delicado de las encías en las personas con prótesis dentales. El cepillado es mejor que el uso de hisopos, incluso para los dientes de los pacientes inconscientes. También debe usarse diariamente hilo dental en los dientes naturales. Puesto que la mucosa es más delgada y menos vascularizada conforme aumenta la edad, deben evitarse los traumatismos en la cavidad bucal. El personal de enfermería debe notificar al dentista y al médico familiar de una lengua atónica o atrófica, lesiones, decoloración de la mucosa, dientes que han perdido su firmeza, dolor, hemorragia o cualquier otro problema identificado durante la inspección y la atención de la cavidad bucal.

Disfagia

La incidencia de dificultad para deglutir aumenta con la edad. Debido a que la deglución depende de mecanismos complejos que implican diversos nervios craneales y músculos de la boca, la cara, la faringe y el esófago, cualquier anomalía que afecte a estas estructuras puede causar **disfagia**. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una causa frecuente, al igual que los ictus y las anomalías estructurales. La disfagia puede ser **bucofaríngea**, caracterizada por la dificultad para transferir el bolo alimenticio o los líquidos desde la boca hacia la faringe y el esófago o, de manera más frecuente en personas con daño neurológico, o **esofágica**, con dificultad para el traslado descendente de alimentos y más frecuente en personas con alteraciones de la movilidad del tubo digestivo, esfínteres u obstrucción mecánica causada por estenosis. Los síntomas pueden ser leves, desde disfagia ocasional para ciertos tipos de alimentos hasta una incapacidad completa para deglutir.

La inspección y la valoración cuidadosas ayudan a alcanzar el diagnóstico de la causa subyacente del problema. El personal de enfermería debe preguntar a los pacientes con disfagia:

- ¿Qué otros síntomas acompañan la disfagia (dolor torácico, náuseas o tos)?
- ¿Qué tipos de alimentos desencadenan los síntomas (p. ej., sólidos o líquidos)?
- ¿El problema es intermitente o se presenta con cada comida?

Vigilar la ingesta de alimentos puede brindar información sobre la naturaleza del problema. La derivación al terapeuta del habla es esencial para desarrollar un plan de atención eficaz.

La prevención de la broncoaspiración y la promoción del estado nutricional adecuado son objetivos importantes en la atención de los pacientes con disfagia. El personal de enfermería debe seguir de cerca las recomendaciones del especialista del habla. Con frecuencia se recomiendan una dieta blanda y espesamiento de los líquidos para promover la facilidad en la deglución; sin embargo, existen varios grados de modificación alimentaria que pueden prescribirse, desde el puré hasta las modificaciones mecánicas o las presentaciones habituales. Los pacientes con disfagia deben comer en posición erguida e ingerir bocados pequeños de una manera pausada. Pueden ser necesarias las indicaciones verbales. Un aparato de aspiración fácilmente accesible es beneficioso en caso de ahogamiento. Es importante vigilar la ingesta de alimentos y el peso.

Hernia hiatal

La incidencia de **hernia hiatal** aumenta con la edad; afecta a casi la mitad de los adultos mayores de 50 años de edad en los Estados Unidos y es más frecuente en las mujeres. Existe información que indica que la dieta baja en fibra de los estadounidenses contribuye a la alta prevalencia de esta afección. Los dos tipos de hernia hiatal son deslizamiento (axial) y rotación (paraesofágica). El de tipo deslizamiento es el más frecuente y se presenta cuando una parte del estómago junto con la unión con el esófago se desplazan a través del diafragma. La mayoría de los pacientes con ERGE presentan este tipo de hernia hiatal. En el de tipo rotación, o paraesofágico, el fondo y la curvatura mayor del estómago giran con ascenso a través del diafragma. La pirosis, la disfagia, los eructos, los vómitos y la regurgitación son los síntomas asociados con mayor frecuencia con la hernia hiatal. Estos síntomas son especialmente problemáticos cuando el paciente está recostado. También puede haber dolor (a veces confundido con un infarto de miocardio) y hemorragia. El diagnóstico se confirma por un esofagograma con bario y esofagoscopia.

La mayoría de los pacientes se tratan con medicamentos. Si el paciente presenta obesidad, la disminución de peso puede reducir el problema. Se puede recomendar una dieta blanda, así como el uso de leche y antiácidos para el alivio sintomático. Hacer varias comidas pequeñas al día en lugar de tres abundantes ayuda a mejorar las hernias hiatales y puede ser ventajoso para los adultos mayores para hacer frente a otros problemas gastrointestinales relacionados con la edad. Debe recomendarse no comer antes de acostarse. Para algunos pacientes puede ser útil dormir en una posición reclinada. A menudo, se prescriben inhibidores de receptores H₂, como ranitidina, cimetidina o nizatidina, e inhibidores de la bomba de sodio y potasio, como lansoprazol y omeprazol. En el [plan de tratamiento de enfermería 20-1](#) se presenta un plan de muestra para la atención para el paciente con hernia hiatal.

como lansoprazol y omeprazol. En el [plan de tratamiento de enfermería 20-1](#) se presenta un plan de muestra para la atención para el paciente con hernia hiatal.



CONCEPTO CLAVE

Hacer varias comidas pequeñas durante el día, en lugar de tres abundantes, no sólo es beneficioso en el tratamiento de la hernia hiatal, sino que también tienen ventajas para la salud gastrointestinal de los adultos mayores.

Cáncer de esófago

Aunque su incidencia ha disminuido, la mayoría de las personas afectadas por el cáncer de esófago son de edad avanzada. Los tipos más frecuentes son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. Por lo general, esta enfermedad se presenta entre los 50 y 70 años de edad y es de mayor incidencia en los hombres. Los varones afroamericanos con antecedente de alcoholismo y hábito tabáquico intenso tienen una mayor incidencia de carcinoma epidermoide esofágico. La mala higiene bucal y la irritación crónica por el tabaco, el alcohol y otras sustancias contribuyen al desarrollo de este problema. El *esófago de Barrett* es una afección en la que el revestimiento normal del esófago es reemplazado por uno que suele encontrarse en el intestino (metaplasia intestinal) y se asocia con un mayor riesgo de desarrollar cáncer ([Patel y Burbridge, 2015](#)); el riesgo de presentar un adenocarcinoma es 30-125 veces mayor en las personas con esófago de Barrett que en quienes no lo padecen ([National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease, 2015](#)).

La disfagia, la pérdida de peso, la salivación excesiva, la sed, el hipo, la anemia y la hemorragia crónica son los síntomas de la enfermedad. Desafortunadamente, los síntomas no suelen percibirse sino hasta que la enfermedad es avanzada, lo que contribuye a un mal pronóstico. Se deben solicitar esofagografía con bario, esofagoscopia y biopsia como medidas de diagnóstico. Las opciones de tratamiento incluyen resección quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, terapia con láser y fototerapia dinámica. Los tumores benignos del esófago son infrecuentes en los adultos mayores.

Úlcera péptica

Además del estrés, la dieta y la predisposición genética, se considera que factores causales específicos son el origen del aumento de la incidencia de úlceras en los adultos mayores, como la longevidad, la valoración diagnóstica más precisa y el hecho de que las úlceras pueden ser una complicación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cual cada vez es más frecuente. Los medicamentos que suelen recetarse a los adultos mayores pueden aumentar las secreciones gástricas y disminuir la resistencia de la mucosa; éstos incluyen el ácido acetilsalicílico, la reserpina, la tolbutamida, la fenilbutazona, la colchicina y los corticoesteroides suprarrenales. Otros factores de riesgo comprenden el hábito tabáquico, el consumo cuantioso de bebidas alcohólicas, la cafeína, el estrés y la infección por *Helicobacter pylori*.

Las úlceras pépticas tienden a producir síntomas más agudos en los adultos mayores, como dolor, hemorragia, obstrucción y perforación. Las medidas

presente en los adultos mayores), como el estreñimiento o la diarrea causados por tratamiento antiácido y la obstrucción pilórica que da lugar a deshidratación, peritonitis, hemorragia y choque.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 20-1

EL ADULTO MAYOR CON HERNIA HIATAL

Diagnóstico de enfermería. Dolor agudo.

Objetivo	Intervenciones de enfermería
El paciente no presenta molestias relacionadas con la hernia hiatal.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ayudar al paciente a identificar situaciones que causan malestar (p. ej., agacharse, colaciones antes acostarse para dormir); recomendar evitarlos. ■ Enseñar y respaldar una dieta baja en calorías si la obesidad es un problema. ■ Recomendar al paciente comer pequeñas porciones de cinco a seis veces durante el día, en lugar de tres comidas abundantes; en un hospital o entorno institucional, consultar con el experto en nutrición para organizar este plan de alimentación. ■ Instruir al paciente a ingerir alimentos lentamente y sentarse erguido al comer y al menos durante 1 h después. ■ Desalentar el consumo de alimentos picantes y bebidas con cafeína, carbonatadas y alcohólicas. ■ Recomendar al paciente dejar de fumar si tiene ese hábito; derivar al programa de abandono del hábito de fumar, según la necesidad. ■ Recomendar al paciente no consumir alimentos durante al menos 2 h antes de acostarse o de una siesta. ■ Instruir al paciente a evitar levantar objetos pesados, agacharse, usar fajas o pantalones ajustados y toser o estornudar enérgicamente. ■ Prevenir el estreñimiento para evitar el esfuerzo durante la defecación. ■ Elevar la cabecera de la cama con objetos sólidos (es preferible que elevar la parte superior del colchón, pues existe el riesgo de ejercer fuerzas de cizallamiento). ■ Administrar antiácidos según lo prescrito.

Diagnósticos de enfermería. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales.

Objetivo	Intervenciones de enfermería
El paciente consume la dieta prescrita; no presenta molestias abdominales.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consultar con el especialista en nutrición y el médico para desarrollar un plan de dieta adecuado para el paciente. ■ Instruir al paciente para comer cinco o seis raciones pequeñas en lugar de tres abundantes. ■ Identificar los alimentos que intensifican los síntomas e instruir al paciente cómo evitarlos; ofrecer alimentos de valor nutritivo equivalente para reemplazar los eliminados de la dieta si es necesario. ■ Registrar y vigilar el peso y la ingesta de alimentos.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿En qué formas la dieta, la actividad, las emociones y otros factores afectan su apetito, alimentación, digestión y evacuación intestinal? ¿Percibe algunos patrones que puede corregir? Si es así, ¿cómo?

¿En qué formas la dieta, la actividad, las emociones y otros factores afectan su apetito, alimentación, digestión y evacuación intestinal? ¿Percibe algunos patrones que puede corregir? Si es así, ¿cómo?

Cáncer de estómago

La incidencia de cáncer gástrico aumenta con la edad y ocurre con mayor frecuencia en personas de 50 a 70 años de edad, con una media de edad en el momento del diagnóstico de 69 años. Es más frecuente en los hombres, los fumadores de cigarrillos, los de grupos socioeconómicos bajos e individuos afroamericanos, latinos, asiáticos e isleños del Pacífico. Los adenocarcinomas representan la mayoría de los casos de cáncer gástrico. La anorexia, el dolor epigástrico, la pérdida de peso y la anemia son síntomas del cáncer gástrico; pueden ser insidiosos y se confunden fácilmente con problemas de indigestión. Puede presentarse hemorragia y aumento de volumen del hígado. También se desarrollan síntomas relacionados con metástasis pélvicas. El diagnóstico se confirma mediante estudios de tránsito esofagogastroduodenal con bario y gastroscopia con biopsia. Se prefiere el tratamiento quirúrgico, el cual consiste en la gastrectomía parcial o total. Si se detecta temprano, el pronóstico es bueno, pero cuando está avanzado, es malo. Se considera que una dieta baja en carne roja y rica en antioxidantes es útil para prevenir la enfermedad.



CONCEPTO CLAVE

Los síntomas de cáncer gástrico pueden ser insidiosos y fácilmente confundirse con indigestión.

Enfermedad diverticular

Las múltiples bolsas de mucosa intestinal en la pared muscular del intestino grueso debilitada, conocidas como *diverticulosis*, son frecuentes entre los adultos mayores. El estreñimiento crónico, la obesidad, la hernia hiatal y la atrofia muscular de la pared intestinal con el envejecimiento contribuyen al problema. Las dietas bajas en fibra y residuo, frecuentes en las sociedades occidentales, constituyen un motivo importante para que la diverticulosis se presente con cierta frecuencia en los Estados Unidos y sea un problema poco habitual en numerosos países en desarrollo. La mayoría de los casos implican al colon sigmoideo; numerosos pacientes no presentan síntomas. Si hay síntomas, pueden incluir hemorragia leve, cambios en los hábitos intestinales (estreñimiento, diarrea o ambos) y dolor a la palpación abdominal del cuadrante inferior izquierdo. Por lo general, un enema con bario permite identificar el problema. No se realiza cirugía, a menos que ocurra una hemorragia grave. El tratamiento médico es el más habitual e incluye aumentar la ingesta de fibra en los alimentos, disminuir el peso y evitar el estreñimiento.

El contenido intestinal puede acumularse en los divertículos y descomponerse, lo que causa inflamación e infección; se conoce como *diverticulitis*. Aunque menos de la mitad de los pacientes con diverticulosis desarrollan diverticulitis, la mayoría son de edad avanzada. Los hombres mayores tienden a sufrir este padecimiento más que cualquier otro grupo.

Comer en exceso, pujar durante la defecación, ingerir alcohol y alimentos

pueden presentarse náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, febrícula y presencia de sangre o moco en las heces. Estos episodios pueden ser intensamente agudos o de progresión lenta; aunque la presentación aguda puede causar peritonitis, la forma lenta también puede ser grave debido a la posibilidad de obstrucción intestinal baja resultante de la cicatrización y la formación de un absceso. Además de las complicaciones mencionadas, pueden presentarse fistulas en la vejiga, la vagina, el colon y el intestino delgado. Durante la fase aguda, los esfuerzos se centran en disminuir la infección, proporcionar nutrición, aliviar el malestar y promover el reposo. Por lo general, se indica no ingerir nada por vía oral y se utiliza tratamiento intravenoso. Cuando cede el episodio agudo, se instruye al paciente consumir una dieta baja en residuo. La intervención quirúrgica puede consistir en una resección o una colostomía temporal si el tratamiento médico no tiene éxito o si se presentan complicaciones graves. Se recomienda el seguimiento continuo.

Cáncer de colon

El cáncer en cualquier parte del intestino grueso es frecuente en la edad avanzada. Tanto el colon sigmoideo como el recto tienden a ser sitios frecuentes de carcinoma; de hecho, el cáncer colorrectal es la segunda neoplasia más frecuente en los Estados Unidos. Aunque el patrón de los síntomas suele variar para cada persona, algunos de los que se presentan con frecuencia incluyen los siguientes:

- Hemorragia rectal, heces sanguinolentas
- Cambio en el patrón intestinal
- Sensación de evacuación intestinal incompleta
- Anorexia
- Náuseas
- Malestar abdominal, dolor sobre la región afectada
- Debilidad, fatiga
- Pérdida de peso inexplicable
- Anemia

Algunos adultos mayores ignoran los síntomas intestinales, pues consideran que corresponden a estreñimiento, mala alimentación o hemorroides. La descripción del paciente de los problemas intestinales es menos confiable que un tacto rectal, con el cual se detectan la mitad de todos los carcinomas del intestino grueso y el recto. La prueba de sangre oculta en heces es eficaz para la detección temprana de tumores colónicos. Las pruebas de diagnóstico incluyen la colonoscopia con biopsia y colonografía por tomografía computarizada (colonoscopia virtual). Suele realizarse la resección quirúrgica con anastomosis o la colostomía. Los libros de texto de enfermería medicoquirúrgica incluyen información sobre esta operación; el personal de enfermería debe consultarlos para la orientación específica sobre la atención de los pacientes con esta afección.

de enfermería debe consultarlos para la orientación específica sobre la atención de los pacientes con esta afección.



CONCEPTO CLAVE

Se recomiendan el análisis de sangre oculta en heces y el tacto rectal anual, pues permiten detectar numerosos casos de cáncer de intestino grueso y el recto. Además, se recomienda la sigmoidoscopia cada 5 años o la colonoscopia cada 10 años como método para detectar el cáncer colorrectal. Los factores de riesgo pueden justificar una detección más frecuente.

Es importante tener en cuenta que una colostomía puede conllevar numerosos problemas para los adultos mayores. Además de tener que adaptarse a gran cantidad de cambios corporales con la edad, una colostomía presenta un ajuste importante y una amenaza para un buen autoconcepto. Los adultos mayores pueden considerar que una colostomía los aleja de lo que es normal dentro de la sociedad. La socialización puede alterarse por la preocupación del paciente sobre las reacciones de los demás o por temor a pasar momentos embarazosos. Las menores reservas de energía, los dedos con artritis, el movimiento lento y una peor vista están entre los problemas que obstaculizan la capacidad de cuidar una colostomía, lo que provoca la dependencia para cumplir con este procedimiento. Esta necesidad de asistencia puede percibirse como una pérdida significativa de independencia en los adultos mayores. La intervención de enfermería diestra y con tacto promueve el ajuste psicológico y físico a una colostomía. El seguimiento continuo es beneficioso para evaluar la capacidad de cambio del paciente para cumplir con esta actividad de autocuidado, identificar problemas y proporcionar seguridad y apoyo constantes.

Estreñimiento crónico

El estreñimiento es una preocupación habitual de los adultos mayores (véase el [diagnóstico de enfermería destacado 20-1](#), *Estreñimiento*). Una gran cantidad de factores pueden contribuir a este problema, a saber:

- Estilo de vida sedentario
- Ingesta de fibra y líquidos baja
- Depresión
- Abuso de laxantes
- Ciertos medicamentos, como opiáceos, sedantes y geles de hidróxido de aluminio
- Sensibilidad disminuida, que provoca que se pase por alto la señal para la evacuación intestinal
- No permitir el tiempo suficiente para la evacuación intestinal completa

Una dieta rica en fibra y líquidos y la actividad física regular pueden promover la evacuación intestinal, y los alimentos que los pacientes encuentren particularmente eficaces (p. ej., ciruelas pasas o pudín de chocolate) pueden integrarse a la dieta regular. Una mezcla de pasas, ciruelas pasas y dátiles es una cena nutritiva y apetecible que puede promover la evacuación intestinal (para personas con problemas

ser el mejor momento para ello en los adultos mayores. Girar el tronco de lado a lado y hacia adelante y atrás mientras está sentado en el inodoro suele estimular la evacuación intestinal. Sólo después de que estas medidas hayan fracasado se debe considerar el uso de medicamentos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DESTACADO 20-1

ESTREÑIMIENTO

Resumen

El *estreñimiento* es una afección en la cual hay expulsión infrecuente de heces secas y duras. Algunos de los resultados compatibles con el estreñimiento incluyen disminución de la frecuencia de las deposiciones (en comparación con el patrón normal del paciente), pujo para la defecación, heces duras y secas, distensión y malestar abdominales, masa palpable y sensación de presión o plenitud en el recto, falta de apetito, dolor de espalda y de cabeza, menor grado de actividad y solicitud o uso de laxantes o enemas.

Causas o factores contribuyentes

Disminución del peristaltismo relacionada con la edad, la inactividad, la inmovilidad, el dolor de hemorroides, la ingesta deficiente de fibra y líquidos, la deshidratación, ciertas enfermedades (p. ej., hipotiroidismo), las cirugías, la dependencia de laxantes o enemas y los efectos adversos de medicamentos (p. ej. antiácidos, calcio, anticolinérgicos, bario, hierro y opiáceos).

Objetivo

El paciente establece un patrón regular de evacuación intestinal y expulsa heces de consistencia normal sin pujar o experimentar malestar.

Intervenciones

- ▮ Establecer y mantener el registro de la frecuencia y las características de las evacuaciones.
- ▮ Verificar que el paciente ingiera por lo menos 1 300 mL de líquidos diario (a menos que esté contraindicado).
- ▮ Revisar el patrón dietético con el paciente e instruirlo como sea necesario acerca de la inclusión de alimentos ricos en fibra; vigilar la ingesta alimentaria.
- ▮ Ayudar al paciente con el desarrollo de un programa de aumento del grado de actividad según corresponda.
- ▮ Ayudar al paciente a desarrollar un horario regular para defecar, proveer asistencia cuando sea necesario, garantizar que se proporcione privacidad durante la evacuación; si debe utilizar el cómodo, verificar que el paciente esté en posición vertical y la posición no cause molestias, a menos que esté contraindicado.
- ▮ Considerar el uso de hierbas con efectos laxantes, como aloe, diente de león, cáscara sagrada, *senna* y ruibarbo.
- ▮ Consultar con el médico acerca del uso de complementos de vitamina C varias veces al día hasta que las heces se tornen blandas (no rebasar 5 000 mg/día).
- ▮ Administrar laxantes según lo indicado; evitar su uso a largo plazo, a menos que el estado del paciente justifique lo contrario.

estado del paciente justifique lo contrario.

- Vigilar la presencia de bolo fecal.
- Valorar el uso de laxantes y enemas por el paciente; si hay dependencia de ellos para defecar, instruir acerca de los riesgos y desarrollar un plan para disminuir de manera gradual su uso (está contraindicada la suspensión súbita).
- Instruir al paciente en cuanto a medios no farmacológicos para estimular la evacuación intestinal.



CONCEPTO CLAVE

Las medidas para promover la evacuación intestinal incluyen programar un horario regular para la función, incorporar alimentos ricos en fibra en la dieta y girar el tronco de lado a lado y hacia adelante y hacia atrás mientras se está sentado en el inodoro.

Las personas mayores pueden requerir instrucción acerca de la evacuación intestinal. Se debe insistir en el uso seguro de laxantes para prevenir el abuso. El paciente debe estar consciente de que la diarrea resultante del abuso de laxantes puede causar deshidratación, una seria amenaza para la vida. El diente de león, la cáscara sagrada, la *senna* y el ruibarbo son hierbas que estimulan la evacuación intestinal y se pueden tomar para prevenir el estreñimiento.

Los adultos mayores alojados en un hospital o centro de atención pueden beneficiarse de un registro de evacuaciones que refleje el horario, la cantidad y las características de las heces. Este cuadro puede ayudar al personal de enfermería a prevenir el estreñimiento y el bolo fecal ofreciendo datos fácilmente accesibles con respecto a la evacuación intestinal. Incluso los adultos mayores en la comunidad pueden beneficiarse del uso de un registro de evacuaciones hecho por su propia cuenta.

El estreñimiento crónico que no mejora con las medidas habituales requiere valoración médica, incluyendo exploraciones anal, rectal y sigmoidea para determinar la presencia de cualquier causa subyacente.

Flatulencias

Las **flatulencias**, frecuentes en los adultos mayores, son causadas por estreñimiento, defecación irregular, ciertos alimentos (p. ej, alimentos con alto contenido de fibra promovidos en años recientes para aumentar el consumo de fibra) y la mala regulación neuromuscular del esfínter anal. Alcanzar un patrón intestinal normal y evitar los alimentos productores de flatulencias pueden aliviar este problema; también puede lograrlo la administración de medicamentos específicos para este propósito. Sentarse en posición vertical después de las comidas es útil para permitir que el gas ascienda al fondo gástrico y se expulse.

En ocasiones puede presentarse malestar asociado con la incapacidad para expulsar flatulencias. El aumento de la actividad puede proporcionar alivio, así como la posición genupectoral, si es posible. Puede ser de ayuda una bolsa de flatos, la cual consta de un tubo rectal y una bolsa de plástico que impide la entrada de aire en el

Obstrucción intestinal

El deterioro en el tránsito del contenido del intestino grueso parcial o total se produce con máxima frecuencia a causa del cáncer de colon; las adherencias y las hernias son la principal causa de obstrucciones del intestino delgado. Otras causas de obstrucción son diverticulitis, colitis ulcerativa, hipocalcemia, problemas vasculares e íleo paralítico, una obstrucción que puede presentarse después de las operaciones debido a daño de los nervios por la ausencia prolongada de actividad peristáltica.

Los síntomas son diversos en función del sitio y la causa de la obstrucción:

- La obstrucción del intestino delgado causa dolor abdominal superior y medio en oleadas rítmicas recurrentes relacionadas con el intento de impulsar su contenido a través de la obstrucción. Se presentan vómitos, que pueden causar algo de alivio.
- Las obstrucciones después del íleon causan una distensión abdominal tan intensa que el diafragma elevado puede obstaculizar la respiración. Los vómitos son más intensos que en las obstrucciones del intestino delgado e inicialmente incluyen alimento semidigerido y más tarde bilis, y es de consistencia más líquida.
- La obstrucción del colon causa dolor abdominal inferior, alteración de los hábitos intestinales, distensión y sensación de necesidad de defecar. Por lo general, los vómitos no se presentan sino hasta más tarde, cuando la distensión alcanza el intestino delgado.

El personal de enfermería debe revisar de manera cuidadosa los síntomas y tratar de auscultar los ruidos intestinales. La obstrucción intestinal puede causar ruidos peristálticos que se perciben mediante auscultación. Si la obstrucción ha persistido durante un tiempo prolongado o se dañó considerablemente el intestino, los ruidos intestinales disminuyen y en un momento dado cesan.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. C., de 75 años de edad, es participante de un programa de centro de día para adultos. Al interrogarlo, menciona que sufrió un ictus hace 2 años, el cual lo dejó con cierta debilidad del lado derecho. Su expediente clínico indica que también tiene antecedentes de hernia hiatal, depresión, hipertensión y artrosis. Está tomando antihipertensivos, antidepressivos y antiinflamatorios no esteroideos.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué amenazas hay para la salud gastrointestinal del Sr. C.?
- ¿Qué medidas pueden tomarse para reducirlas?

Es fundamental la intervención oportuna para evitar la estrangulación del intestino y complicaciones graves. Por lo general, se realizan radiografías y estudios de sangre para determinar la causa y la magnitud del problema. La intubación intestinal es el principal tratamiento y suele ayudar a descomprimir el intestino y eliminar la obstrucción. Si el tratamiento médico no tiene éxito o si la causa es una obstrucción vascular o mecánica, se requiere una intervención quirúrgica. Además de

eliminar la obstrucción. Si el tratamiento médico no tiene éxito o si la causa es una obstrucción vascular o mecánica, se requiere una intervención quirúrgica. Además de respaldar el plan de tratamiento médico o quirúrgico, el personal necesita promover el confort del paciente y garantizar el restablecimiento del equilibrio hidroelectrolítico y su mantenimiento.

Bolo fecal

La prevención del estreñimiento ayuda a evitar el bolo fecal o fecaloma. Registrar la frecuencia y las características de las evacuaciones intestinales ayuda a detectar el desarrollo de un bolo fecal; es esencial un registro de las evacuaciones intestinales de los adultos mayores en un hospital o centro de atención para la identificación de alteraciones. Los indicadores de bolo fecal incluyen lo siguiente:

- Distensión del recto
- Malestar abdominal y rectal
- Escape de materia fecal alrededor del bolo fecal, que a menudo se confunde con diarrea
- Masa fecal palpable y dura
- Fiebre

Ya que las políticas pueden variar, el personal de enfermería debe revisar los procedimientos permisivos de su agencia de empleo para verificar que el alivio de un bolo fecal sea una acción de enfermería aceptable. Se puede prescribir un enema, generalmente oleoso, para ayudar en el proceso de ablandamiento y expulsión. La fragmentación manual y la extracción de heces con un dedo enguantado lubricado promueve la eliminación del bolo fecal. En algunas ocasiones, la inyección de 50 mL de peróxido de hidrógeno a través de una sonda rectal provoca la fragmentación del contenido del bolo conforme el peróxido de hidrógeno produce espuma. Debe tenerse cuidado de no dañar o agotar al paciente durante estos procedimientos.

Incontinencia fecal

La *defecación involuntaria*, o **incontinencia fecal**, se refiere a la incapacidad de controlar voluntariamente la expulsión de heces; se asocia con mayor frecuencia con el bolo fecal en adultos mayores dentro de centros de atención o con deterioro físico o cognitivo. Por esta razón, el paso inicial es evaluar la presencia de bolo fecal. Si no hay presencia de bolo, el personal de enfermería debe evaluar otras causas. Las posibles etiologías de la incontinencia fecal incluyen disminución de la fuerza contráctil, alteración de la automaticidad puborrectal y del esfínter anal externo (secundaria a debilidad muscular relacionada con edad avanzada o lesiones del nervio pudendo), pérdida de la regulación cortical y menor capacidad de reservorio (secundaria a la resección quirúrgica o la presencia de un tumor). Las pruebas de diagnóstico utilizadas para valorar esta enfermedad son la proctosigmoidoscopia, la proctografía y la manometría anorrectal. La causa de la incontinencia dicta el tipo de tratamiento, que puede incluir reentrenamiento intestinal ([plan de atención de](#)

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 20-2

EL ADULTO MAYOR CON INCONTINENCIA FECAL

Diagnóstico de enfermería. Incontinencia intestinal (fecal).

Objetivo	Intervenciones de enfermería
El paciente logra una restauración parcial o completa de la regulación intestinal.	<ul style="list-style-type: none">■ Registrar y evaluar el patrón de evacuación intestinal del paciente.■ Establecer un horario regular de defecación con base en el patrón.■ Ubicar al paciente en la mejor posición fisiológica para defecar (sentado con postura normal).■ Hacer que el paciente se incline hacia adelante o apoye los pies en un banco para aumentar la presión intraabdominal.■ Instruir al paciente para pujar e intentar defecar.■ Registro de resultados; verifique que el paciente no desarrolle bolo fecal.■ Si es necesario, estimular el reflejo anorrectal con un supositorio de glicerina de 30-45 min antes de la evacuación intestinal programada.■ Complementar las actividades de la defecación con ejercicio y una buena ingesta de líquidos (mínimo 1 500 mL/día) y de fibra, a menos que esté contraindicada.

Apendicitis aguda

Aunque la apendicitis aguda no se presenta con frecuencia en los adultos mayores, es importante tener en cuenta que se puede presentar con signos y síntomas modificados cuando ocurre. El dolor que se produce en las personas más jóvenes puede estar ausente en los adultos mayores, en quienes quizás sea mínimo y referido. La fiebre puede ser mínima y tal vez no haya leucocitosis, diferencias que a menudo causan un retraso en el diagnóstico. La pronta intervención quirúrgica mejorará el pronóstico del paciente. Desafortunadamente, el retraso en el diagnóstico o su falta y la incapacidad para mejorar el estado general antes de tal intervención de urgencia pueden llevar a complicaciones mayores y la muerte de los adultos mayores con apendicitis.

Cáncer de páncreas

El cáncer de páncreas afecta primordialmente a los adultos mayores y es difícil de detectar hasta que ha alcanzado una etapa avanzada. La anorexia, la debilidad, la pérdida de peso y la emaciación son manifestaciones generalizadas fácilmente atribuidas a otras causas. También puede presentarse dispepsia, eructos, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento e ictericia obstructiva. Puede o no presentarse fiebre. El enfermo quizás experimente dolor epigástrico que se irradia a la espalda. Este dolor se alivia cuando el paciente se inclina hacia adelante y se agrava cuando asume una posición de decúbito. Este problema se trata mediante cirugía. Desafortunadamente, la enfermedad está a menudo muy avanzada cuando se hace el diagnóstico, por lo que el pronóstico suele ser malo.

Enfermedades de las vías biliares

La **colecistitis**, formación o presencia de cálculos biliares en la vesícula biliar,

Enfermedades de las vías biliares

La **colecistitis**, formación o presencia de cálculos biliares en la vesícula biliar, aumenta con la edad y afecta a las mujeres con más frecuencia que a los hombres. El dolor es el síntoma principal. Las medidas terapéuticas incluyen las no quirúrgicas, como la litotricia rotatoria y la de ondas de choque extracorpóreas, además de los procedimientos operatorios estándar. La obstrucción, la inflamación y la infección son posibles resultados de los cálculos biliares y requieren vigilancia.

El cáncer de la vesícula biliar afecta sobre todo a personas mayores, en especial, mujeres. Afortunadamente, esta enfermedad no se presenta con frecuencia. Son manifestaciones habituales el dolor en el hipocondrio derecho, anorexia, náuseas, vómitos, pérdida de peso, ictericia, debilidad y estreñimiento. Aunque se puede realizar una cirugía, el pronóstico para el paciente con cáncer de vesícula biliar es malo.

Resumen del capítulo

Aunque la mayoría de los problemas gastrointestinales experimentados por los adultos mayores no son peligrosos para la vida, pueden afectar de manera significativa la calidad de ésta y el estado de salud, por lo que es importante su tratamiento eficaz. Algunas afecciones gastrointestinales pueden prevenirse con prácticas de buena salud, incluyendo la higiene bucal regular, las buenas prácticas alimentarias, la evacuación intestinal regular y la atención rápida de los síntomas.

Los síntomas gastrointestinales, aunque frecuentes, pueden indicar problemas de salud graves en los adultos mayores y requieren tomarse en serio. Las afecciones como la xerostomía, disfagia, hernia hiatal, cáncer de esófago, úlcera péptica, colecistitis y cáncer de estómago, colon y páncreas se presentan con mayor frecuencia en los adultos mayores. El diagnóstico de estos problemas puede ser difícil debido a la presentación atípica, la automedicación que enmascara los síntomas y la fácil confusión con alteraciones de otros aparatos y sistemas. El interrogatorio sagaz y estar alerta a los síntomas sutiles durante la valoración pueden ayudar al diagnóstico y tratamiento tempranos de estas afecciones.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Cuando la evidencia se enfrenta con las emociones. Alimentación por sonda en casos de demencia

Fuente: Rhodes, R. (2014). Annals of Long-Term Care, 22(9), 24–26.

Conforme las personas con demencia avanzada se aproximan al final de la vida, suelen experimentar dificultad con la masticación y la deglución, que complican cada vez más la capacidad de comer y beber. En estos casos, puede considerarse el uso de la alimentación enteral.

Los autores revisaron evidencia que indica que la alimentación por sonda no mejora los resultados o prolonga la vida del paciente y en realidad puede crear problemas adicionales. Los estudios muestran que puede presentarse desnutrición en

estando presente. La curación de las úlceras por presión y la supervivencia no se ven afectadas por el aporte de nutrientes mediante alimentación enteral. Además, la investigación sugiere que los pacientes mayores con sondas de alimentación tienen una mayor probabilidad de hospitalizaciones relacionadas con disfunción, obstrucción, desplazamiento e infección de la sonda.

La decisión de proporcionar alimentación enteral a los pacientes al final de la vida puede tener fundamentos emocionales y no clínicos, pues los pacientes, los familiares y los cuidadores consideran que la opción de proporcionar alimentación enteral es compasiva y positiva. El personal de enfermería necesita verificar que se tomen en cuenta pruebas sólidas cuando se realicen decisiones clínicas. El personal de enfermería debe asesorar sobre los riesgos a pacientes, familias y cuidadores para tomar decisiones informadas y considerar alternativas que reduzcan los riesgos y promuevan el consuelo durante el proceso del morir.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Una iglesia local con más de 2 000 miembros inició un programa de provisión de salud y encuestó a las personas para valorar las necesidades. Uno de los resultados de la encuesta fue que menos del 10% de los adultos mayores de 60 años de edad se habían sometido a una colonoscopia. Todos los encuestados tenían un seguro que podría cubrir el coste del procedimiento, de manera que las dificultades financieras no constituyeron un obstáculo.

La iglesia solicita ayuda para el desarrollo de una campaña con el propósito de fomentar la detección de cáncer colorrectal.

¿Cuáles considera que deben ser los componentes de este programa?

¿Qué estrategias pueden estimular el interés de los miembros de la iglesia?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué cambios relacionados con la edad afectan la evacuación intestinal?
2. Describa los cambios en la atención odontológica que se han presentado desde que los adultos mayores eran niños y la manera en que afectarán la salud dental de las generaciones de personas mayores en el futuro.
3. ¿Qué medidas preventivas puede recomendar a los adultos mayores para promover la evacuación intestinal?
4. ¿Cuáles son algunas acciones que se pueden tomar en un centro de atención para valorar la presencia de disfagia y vigilar a los residentes para detectar de manera continua síntomas nuevos de disfagia o su empeoramiento?

Recursos

American Dental Association

<http://www.ada.org>

Crohn's & Colitis Foundation of America

<http://www.cdfa.org>

<http://www.cdfa.org>

National Institute of Dental and Craniofacial Research

<http://www.nidcr.nih.gov>

United Ostomy Associations of America, Inc.

<http://www.uoa.org>

Referencias

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease. (2015). *Barretts esophagus*. Bethesda, MD: National Digestive Diseases Information Center. NIH Publication No. 02-4546. En: <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/barretts/index.aspx>

Patel, V., & Burbridge, R. A. (2015). Endoscopic approaches for early-stage esophageal cancer: current options. *Current Oncology Reports*, 17(1), 421.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.



Micción

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento sobre la eliminación urinaria

Promoción de la salud del aparato urinario

Afecciones urinarias seleccionadas

Infección de vías urinarias

Incontinencia urinaria

Cáncer de vejiga

Cálculos renales

Glomerulonefritis

Consideraciones generales de enfermería para las afecciones urinarias

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir los cambios relacionados con la edad que afectan la eliminación urinaria.
2. Mencionar las medidas que promueven la salud del aparato urinario.
3. Describir los factores a considerar al valorar el aparato urinario.
4. Describir la incidencia, los síntomas y el tratamiento de afecciones urinarias seleccionadas.
5. Delinear un plan de atención para el paciente con incontinencia urinaria.

GLOSARIO

Glomerulonefritis: afección en la que hay inflamación de los glomérulos, los cuales filtran la sangre cuando ésta pasa por los riñones.

Incontinencia de esfuerzo: pérdida involuntaria de orina cuando se ejerce presión sobre el suelo pélvico (p. ej., al reír, estornudar o toser).

Incontinencia de urgencia: pérdida involuntaria de orina por irritación o espasmos de la pared

vesical que causan la emisión súbita de orina.

Incontinencia establecida: pérdida involuntaria de orina que puede tener un inicio brusco o súbito y es crónica.

Incontinencia funcional: pérdida de la regulación voluntaria de la micción por discapacidades que impiden llegar al inodoro de manera independiente, sedación, servicio sanitario inaccesible, medicamentos que afectan la cognición o cualquier otro factor que interfiera con la capacidad de llegar a un cuarto de baño.

Incontinencia mixta: pérdida involuntaria de orina por una combinación de factores.

Incontinencia neurógena (refleja): pérdida de regulación de la micción debido a la incapacidad para sentir la necesidad de orinar o regular el flujo de orina.

Incontinencia por rebosamiento: pérdida involuntaria de orina por su excesiva acumulación en la vejiga.

Incontinencia transitoria: pérdida involuntaria de orina de inicio agudo y, por lo general, reversible.

Incontinencia urinaria: pérdida involuntaria de orina.

Nicturia: micción al menos una vez durante la noche.

Los problemas urinarios, aunque molestos, frecuentes y que potencialmente ponen en riesgo la vida, son afecciones que no suelen referir los adultos mayores. Algunos de ellos sienten vergüenza o consideran que es inadecuado hablar de estos problemas, mientras que otros tal vez acepten los síntomas urinarios como una parte normal del envejecimiento, factores que a menudo retrasan su detección y tratamiento tempranos. Sin tratamiento, estos problemas pueden poner en peligro la salud corporal total y afectar el bienestar psicosocial. El personal de enfermería se encuentra en posición ideal para desarrollar relaciones estrechas con los adultos mayores, que pueden ayudarlos a referir los problemas de las vías urinarias más cómodamente. Al mostrar sensibilidad, aceptación y comprensión de los problemas de los pacientes, el personal de enfermería puede facilitar la pronta y adecuada intervención.

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA ELIMINACIÓN URINARIA

Los cambios relacionados con la edad en el aparato urinario pueden causar diversos problemas de eliminación. Una de las molestias más grandes es la polaquiuria, causada por la hipertrofia del músculo y el engrosamiento de la pared vesicales, que disminuyen la capacidad de la vejiga para expandirse y reducen su capacidad de almacenamiento. Además de la polaquiuria diurna, la nocturna (**nicturia**) puede constituir un problema. Con frecuencia, la circulación del riñón mejora cuando la persona se coloca en decúbito, de manera que puede ser necesario que orine unas horas después de que se acueste y, en otras ocasiones, durante la noche. Los cambios relacionados con la edad en la regulación cortical de la micción también contribuyen a la nicturia; este problema, junto con la incontinencia urinaria (que no es una consecuencia normal del envejecimiento), puede presentarse en personas con demencia u otras afecciones de la corteza cerebral. El personal de enfermería debe

informar a los adultos mayores y sus cuidadores que los diuréticos de acción prolongada, como las tiazidas, incluso cuando se administran por la mañana, también pueden causar nicturia. Si se presentan varios episodios de nicturia, puede justificarse la valoración médica para verificar que no haya un problema de las vías urinarias.

La regulación neurológica ineficaz del vaciamiento de la vejiga y los músculos vesicales más débiles pueden favorecer la retención de grandes volúmenes de orina. En las mujeres, la causa más frecuente de retención urinaria es un bolo fecal; la hipertrofia prostática, presente en algunos hombres de edad avanzada, es la principal causa en los varones. Los síntomas de retención incluyen polaquiuria, pujo, goteo, vejiga palpable y la sensación de que no se vacía completamente la vejiga. La retención puede predisponer a los individuos de edad avanzada al desarrollo de infecciones de vías urinarias (IVU).

La eficacia de los riñones para la filtración disminuye con la edad, lo que afecta la capacidad corporal para eliminar fármacos. El personal de enfermería debe vigilar al paciente para detectar signos de reacciones adversas a fármacos por su acumulación en concentraciones tóxicas. Se puede presentar una concentración más alta de nitrógeno ureico en sangre debido a la menor función renal, que causa letargia, confusión, cefalea, somnolencia y otros síntomas. La disminución de la función tubular puede provocar problemas en la concentración de la orina; la densidad máxima a los 80 años de edad es de 1.024, mientras que en edades tempranas es de 1.032. Se presenta menor capacidad para concentrar y diluir la orina en respuesta al exceso de agua o el aumento o la disminución de sodio. La menor reabsorción del filtrado hace que la proteinuria de 1.0 carezca de valor diagnóstico en los adultos mayores en la mayoría de los casos. Un aumento en el umbral renal para la glucosa es un problema grave, pues los adultos mayores pueden presentar hiperglucemia sin prueba alguna de glucosuria. Por lo tanto, puede haber resultados falsos negativos para diabetes en los análisis de orina.



CONCEPTO CLAVE

Los cambios en el umbral renal de la glucosa provocan que los adultos mayores presenten hiperglucemia sin datos de glucosuria.

La incapacidad para controlar la eliminación de orina (p. ej., incontinencia) no es un suceso normal en la edad avanzada; sin embargo, los cambios relacionados aumentan el riesgo. La incontinencia refleja una afección física o mental y exige una valoración cuidadosa. Puede estar presente cierto grado de incontinencia, en particular en las mujeres que han tenido varios embarazos o las personas que posponen la micción después de haber percibido la señal para orinar. Más adelante en el capítulo se brinda información adicional sobre la incontinencia.

PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL APARATO URINARIO

Las prácticas básicas de salud, que se incorporan fácilmente en la práctica diaria, pueden prevenir una gama de problemas del aparato urinario. Por ejemplo, una buena ingesta de líquidos puede reducir la cantidad de bacterias presentes en la vejiga. La

orina ácida, favorable para la prevención de infecciones, puede mejorar con la toma de vitamina C y alimentos como arándanos, ciruelas pasas, ciruelas, huevo, queso, yogurt, pescado y cereales. El sondaje urinario aumenta de manera significativa el riesgo de infección y debe evitarse. La actividad elimina la estasis urinaria; la micción frecuente previene la retención urinaria. El personal de enfermería puede instruir a los adultos mayores acerca de las medidas específicas para mejorar la micción y evitar la retención, incluidos los siguientes:

- Micción en posición vertical
- Masaje de la región vesical
- Balanceo hacia adelante y atrás
- Escuchar agua que corre
- Remojar las manos en agua tibia

La menor capacidad vesical de los adultos mayores debe tenerse en cuenta cuando se coloca en sillas de ruedas a individuos que no pueden andar de forma independiente; no serán capaces de sentarse todo el día sin necesidad de orinar, y puede presentarse incontinencia si no se proporciona ayuda para orinar. Deben planificarse los viajes y las actividades para permitir orinar en intervalos frecuentes.

Para los adultos mayores que experimentan nicturia, el personal de enfermería puede implementar medidas que promuevan su seguridad. Dado que el umbral creciente de los adultos mayores para la percepción de la luz dificulta su visión nocturna, la nicturia predispone a accidentes al intentar caminar hasta la habitación de baño en la oscuridad. Deben usarse luces de noche para mejorar la visibilidad durante la deambulación y debe eliminarse todo desorden o riesgo en el entorno que pueda causar una caída. Disminuir la ingesta de líquidos inmediatamente antes de acostarse puede ayudar para disminuir los riesgos en los adultos mayores, aunque no debe reducirse la ingesta de manera significativa.

El interrogatorio y la exploración física completos son esenciales para identificar áreas específicas que requieren mayor valoración; sin embargo, puede ser difícil obtener datos sobre la función urinaria y sus problemas. Puesto que los adultos mayores pueden sentir vergüenza para hablar de estos problemas, el personal de enfermería debe establecer un tono cómodo y mostrar sensibilidad durante la valoración para facilitar la buena obtención de datos. En la [guía de valoración 21-1](#) se describen algunos de los temas por incluir en la valoración del aparato urinario; en la [tabla 21-1](#) se describen algunos de los diagnósticos de enfermería que pueden identificarse.



GUÍA DE VALORACIÓN 21-1 FUNCIÓN URINARIA

INTERROGATORIO

El interrogatorio debe incluir una revisión de la función, los signos y síntomas. Se hacen preguntas relativas a los siguientes temas:

- *Frecuencia de la micción.* ¿Con qué frecuencia necesita orinar durante el día y la noche? ¿Ha habido algún cambio reciente en ese patrón?
- *Continencia.* ¿Alguna vez pierde la regulación de la micción? ¿Experimenta un chorro constante de orina por goteo en ciertos momentos o siempre? ¿Expulsa orina al toser o estornudar? ¿Qué tan pronto necesita ir al baño después de percibir la urgencia de orinar antes de que se presente la micción?
- *Retención.* ¿Alguna vez percibe que no ha vaciado totalmente la vejiga después de orinar? ¿Tiene sensación de plenitud en la vejiga después de orinar?
- *Dolor.* ¿Tiene ardor al orinar? ¿Siente dolor en la parte baja del abdomen o cualquier otro sitio? ¿Hay hipersensibilidad, molestia, prurito o dolor en cualquier sitio de la región genital?
- *Orina.* ¿Ha visto alguna vez cristales o partículas en la orina? ¿La orina siempre es color rosado, con sangre o descolorida? ¿Es clara como el agua del grifo o tan oscura como el óxido? ¿Su orina siempre tiene un olor fuerte? Si es así, ¿cómo es ese olor?
- *Medicamentos.* ¿Toma algún medicamento de prescripción o de venta libre? Si es así, ¿cuál? ¿Utiliza preparaciones de hierbas?

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Inspeccione, percute y palpe el abdomen para percibir plenitud vesical, dolor o anomalías.
- Realice lo siguiente como prueba de incontinencia de esfuerzo en las mujeres:
 - Indique a la paciente que beba al menos un vaso lleno de líquido y espere a que perciba plenitud vesical.
 - Instruya a la paciente que se ponga de pie. Si no es posible, indique que se siente tan erguida como sea posible.
 - Pida a la paciente que sostenga una gasa de 4 x 4 cm en el perineo.
 - Instruya a la paciente que tosa con fuerza.
 - El estudio es negativo si no se produce fuga alguna o sólo la expulsión de unas gotas. Si la orina residual es un problema, puede ordenarse una prueba de orina residual posmiccional, en la que se coloca una sonda después de 15 min después de la micción para determinar el volumen de orina que permanece en la vejiga.
- Si hay incontinencia, derivar a la paciente para una valoración exhaustiva; puede ser útil mantener un registro o hacer que el paciente lleve un diario de cada episodio de incontinencia y los factores relacionados.

ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE ORINA

Un análisis de orina puede proporcionar información básica del aparato urinario. La densidad debe ser de 1.005-1.025 y el pH de 4.6-8. Aunque la orina alcalina suele asociarse con infecciones, puede estar presente si la muestra se ha asentado

algunas horas. Por lo general, la orina debe estar libre de glucosa y proteínas, pero los cambios renales en el adulto mayor causan que la proteinuria y la glucosuria resulten indicadores menos confiables.

Observe el color de la muestra de orina. El estudio del color puede aportar información sobre la presencia de problemas de salud. Los colores oscuros indican una mayor concentración de la orina. Por lo general, el color rojo o de óxido se asocia con la presencia de sangre. El color amarillo-marrón o verde-marrón puede deberse a una obstrucción biliar o ictericia. La orina naranja resulta de la presencia de bilis o la ingesta de fenazopiridina. La orina de color marrón muy oscuro se asocia con hematuria o carcinoma.

También perciba el olor de la muestra. Un olor aromático débil de la orina es normal. Un fuerte olor puede indicar orina concentrada asociada con deshidratación. Un olor parecido al amoníaco puede acompañar a las infecciones.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 21-1 Diagnósticos de enfermería relacionados con envejecimiento y problemas urinarios

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería^a
Filtración ineficaz de fármacos y desechos de la sangre por pérdida de nefronas; cerca del 50% de disminución de la tasa de filtración glomerular	Mantenimiento ineficaz de la salud
Resultados de la muestra de orina no confiables por la reabsorción disminuida de la glucosa en el filtrado glomerular y orina menos concentrada	Mantenimiento ineficaz de la salud
Urgencia, polaquiuria y nicturia relacionadas con músculos vesicales más débiles, disminución de la capacidad vesical, reflejo miccional más lento y crecimiento de la próstata con la edad	Alteración de la eliminación urinaria
Infección, cáncer, retención	Dolor agudo
Orina concentrada, inmovilidad, orina más alcalina, sondaje	Riesgo de infección
Caídas sobre charcos de orina	Riesgo de lesiones
Inmovilidad, demencia, debilidad	Déficit de autocuidado en la eliminación
Incontinencia urinaria	Alteración de la imagen corporal Alteración de la integridad cutánea Riesgo de deterioro de la dignidad
Nicturia, retención, disuria	Alteración del patrón de sueño
Vergüenza por los síntomas, la polaquiuria, el olor y las molestias	Deterioro de la interacción social
Infección, retención, cálculos, estenosis, incontinencia	Alteración de la eliminación urinaria

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

AFECCIONES URINARIAS SELECCIONADAS

Infección de vías urinarias

Las infecciones de vías urinarias son las infecciones más frecuentes en los adultos mayores y aumentan de prevalencia con la edad. Aunque las infecciones urinarias se

presentan con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres y a edades más tempranas, la brecha entre los sexos se estrecha en la vida tardía, lo que se atribuye a la disminución de las relaciones sexuales en las mujeres y una mayor incidencia de obstrucción de la uretra secundaria a la hiperplasia prostática benigna en los hombres. Los microorganismos causales de las infecciones urinarias son *Escherichia coli* en las mujeres y especies de *Proteus* en los hombres. La presencia de cualquier cuerpo extraño en las vías urinarias o cualquier situación que retrase u obstruya el flujo de orina (p. ej., inmovilización, estenosis uretral, neoplasias o una sonda urinaria a permanencia obstruida) predispone al individuo a estas infecciones. Las infecciones urinarias pueden resultar de prácticas de higiene deficientes, limpieza inadecuada después de la evacuación intestinal, una predisposición creada por baja ingesta de líquidos y su pérdida excesiva, y los cambios hormonales, que reducen la resistencia corporal. Las personas en un estado debilitado o con vejiga neurógena, arterioesclerosis o diabetes también tienen un alto riesgo de desarrollar infecciones urinarias. De consideración importante son las infecciones urinarias asociadas con sondas, que son el tipo más habitual de infecciones asociadas con la atención de la salud.



CONCEPTO CLAVE

Las infecciones urinarias pueden resultar de prácticas de higiene deficientes, problemas de próstata, sondaje, deshidratación, diabetes, arterioesclerosis, vejiga neurógena y estado general debilitado.

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe estar atenta a los signos y síntomas de las infecciones urinarias. Los índices tempranos incluyen ardor miccional, urgencia y fiebre. Algunas personas mayores desarrollan incontinencia y delirium con las infecciones urinarias. El conocimiento de la temperatura corporal normal del paciente ayuda al personal de enfermería a reconocer la presencia de fiebre, por ejemplo, 37 °C en un paciente cuya temperatura normal es de 36 °C. Algunos urólogos consideran que una gran cantidad de las infecciones urinarias en los adultos mayores parecen asintomáticas debido a la falta de conocimiento sobre la determinación del alza de la temperatura con respecto a la basal específica del paciente. El personal de enfermería puede favorecer de manera significativa el diagnóstico informando al médico un aumento de la temperatura en comparación con la cifra normal del paciente. La bacteriuria mayor de 105 UFC/mL confirma el diagnóstico de infección urinaria. Conforme progresa una infección urinaria, puede haber retención, incontinencia y hematuria.

El tratamiento tiene como objetivo establecer una eliminación urinaria adecuada y aliviar la infección con antibióticos. El personal debe registrar de manera cuidadosa los ingresos y egresos del paciente. Es recomendable forzar la ingesta de líquidos, siempre que el estado cardíaco del paciente no la contraindique. Mientras el paciente se recupera, deben continuar la vigilancia de síntomas nuevos, distensión de la vejiga, irritación de la piel y otros signos anómalos.

Las infecciones urinarias graves que conducen a septicemia se presentan con mayor frecuencia en los adultos mayores que entre los jóvenes, al igual que las infecciones urinarias recurrentes. La septicemia urinaria (secundaria a una infección

urinaria) es una complicación habitual de las personas con sondas permanentes, por lo que es importante su uso cuidadoso.

La bacteriuria asintomática es un hallazgo frecuente en los adultos mayores y, por lo general, no se implementa tratamiento, aunque es importante valorar los factores subyacentes que contribuyen a esta afección.

Se ha promovido durante mucho tiempo el jugo (zumo) de arándano como un medio para disminuir las infecciones urinarias; ahora, la investigación apoya esta creencia. Un estudio realizado en la Facultad de Medicina de Harvard mostró una disminución en la frecuencia de presencia de bacterias y leucocitos en la orina de las mujeres que consumieron regularmente jugo de arándano ([Bass-Ware, Weed, Johnson y Spurlock, 2014](#); [Fiore y Fox, 2014](#)). El personal de enfermería geriátrica y gerontológica puede promover la inclusión diaria de jugo de arándano en la dieta de los adultos mayores (tal vez sea mejor utilizar cápsulas, que no contienen azúcar añadida, para evitar el alto contenido de azúcar del jugo de algunas marcas comerciales; estas cápsulas y otras formas liofilizadas de jugo de arándano están disponibles en la mayoría de las tiendas naturistas).

Una medida importante para ayudar en la prevención de las IVU es evitar el uso de sondas urinarias. El personal de enfermería debe valorar la verdadera necesidad del uso de las sondas permanentes y considerar otras opciones. La practicidad para el personal (p. ej., disminución de la necesidad de cambiar las sábanas sucias o de auxiliar a una persona para la micción) no es justificación para la inserción de una sonda permanente y la exposición del individuo al riesgo de una IVU. Se recomienda el retiro temprano de la sonda, ya que se ha mostrado que disminuye el riesgo de contraer una IVU.

La prostatitis es la infección urinaria más frecuente en los hombres mayores. Aunque algunos casos corresponden a la prostatitis no bacteriana, la mayoría de las infecciones son de origen bacteriano. La prostatitis bacteriana aguda se caracteriza por los síntomas sistémicos de fiebre, escalofríos y malestar general, mientras que estas manifestaciones son infrecuentes en la prostatitis bacteriana crónica. En ambos tipos se presentan los síntomas urinarios de polaquiuria, nicturia, disuria y grados variables de obstrucción vesical, secundaria a edema o crecimiento de la próstata, así como dolor lumbar y perineal. Por lo general, un simple análisis de orina permite identificar el microorganismo patógeno causante de la prostatitis bacteriana aguda; en la forma crónica, puede utilizarse un proceso especial para obtener una muestra de orina limpia junto con secreciones prostáticas mediante masaje de la glándula durante el procedimiento. La prostatitis aguda suele responder bien al tratamiento antibiótico; la prostatitis crónica lo hace en menor medida y es más difícil de tratar.

Incontinencia urinaria

La pérdida involuntaria de orina o **incontinencia urinaria** es una afección frecuente y molesta de los adultos mayores que requiere atención experta de enfermería. Los estudios han mostrado que la incontinencia urinaria está presente en más de la mitad de la población mayor dentro de centros de atención y el 90% de los residentes con demencia dentro centros de atención; entre los adultos mayores que viven en su comunidad, el 24% presentan incontinencia urinaria de moderada a grave ([Centers for](#)

Disease Control and Prevention, 2014).

La incontinencia puede ser transitoria o permanente. La **incontinencia transitoria** es aguda, reversible y puede ser causada por infecciones, delirium, reacciones a medicamentos, producción excesiva de orina, bolo fecal, trastornos del estado de ánimo o incapacidad para llegar a un inodoro (p. ej., al estar en reposo en cama, inmovilizado y ser independiente). El inicio es abrupto y el tratamiento de la causa subyacente elimina el problema. La **incontinencia permanente** es crónica y persistente, con un inicio brusco o gradual. Los siguientes son diversos tipos de incontinencia permanente:



Alerta sobre el dominio de conceptos

El objetivo más importante para facilitar el equilibrio fisiológico de un adulto mayor con riesgo de lesión relacionada con incontinencia urinaria debe ser evitar las caídas asociadas con la filtración de orina (p. ej., caídas en charcos de orina).

- ▮ **Incontinencia de esfuerzo.** Causada por el soporte débil de los músculos pélvicos. Cuando se aplica presión intraabdominal sobre el suelo pélvico (p. ej., al reír, estornudar o toser), se pierde orina de manera involuntaria. La obesidad contribuye a este problema.
- ▮ **Incontinencia de urgencia.** Causada por infección de vías urinarias, crecimiento de la próstata, diverticulitis, o tumores de la pelvis o la vejiga. La irritación o los espasmos de la pared de la vejiga causan una expulsión súbita de orina.
- ▮ **Incontinencia por rebosamiento.** Asociada con obstrucciones del cuello de la vejiga y el uso de medicamentos (p. ej., adrenérgicos, anticolinérgicos y antagonistas de los canales de calcio). Los músculos de la vejiga no se contraen, o los periuretrales no se relajan, lo que conduce a una acumulación excesiva de orina en su interior.
- ▮ **Incontinencia neurógena (refleja).** Derivada de lesiones de la corteza cerebral, esclerosis múltiple y otras afecciones a lo largo de la vía neuronal. Hay incapacidad para percibir la necesidad de micción o regular el flujo de orina.
- ▮ **Incontinencia funcional.** Causada por demencia, discapacidad que impide la micción independiente, sedación, cuarto de baño inaccesible, medicamentos que alteran la cognición o cualquier otro factor que interfiera con la capacidad de llegar a un cuarto de baño.
- ▮ **Incontinencia mixta.** Puede deberse a una combinación de estos factores.

El personal de enfermería no debe asumir que las personas con incontinencia, incluso a largo plazo, ya han sido tratadas y valoradas para este problema. La vergüenza para hablar de este padecimiento o la creencia de que la incontinencia es un resultado normal del envejecimiento puede llevar a incontinencia no informada. Este hecho refuerza la importancia de interrogar acerca de la incontinencia durante cada valoración sistemática. Además de derivar al paciente a una valoración médica completa, el personal de enfermería puede ayudar a identificar la causa y determinar las medidas terapéuticas adecuadas mediante el proceso de valoración de enfermería. El **cuadro 21-1** muestra algunos de los factores a considerar en la valoración de la

persona con incontinencia.



COMUNICACIÓN

Debido a la vergüenza o la idea errónea de que es normal, los adultos mayores pueden no mencionar que experimentan incontinencia urinaria. Un interrogatorio hábil puede ayudar a identificar que el problema existe. Preguntas como “¿alguna vez presenta filtración de orina o pierde el control de orinar?” y “¿tiene problemas para llegar al inodoro a tiempo?” pueden ayudar a revelar que existe incontinencia. Cuando se obtienen respuestas positivas, pregunte cuándo comenzó el problema, si se presentó algún acontecimiento específico antes del problema (p. ej., prescripción nueva o modificada, cambio de dieta, traslado a un nuevo entorno de vida), cómo se controla y cómo afecta la vida de la persona (p. ej., disminuye la socialización, necesita usar ropa interior de protección, renuencia a tener sexo). Discutir la incontinencia de forma práctica en un entorno privado puede promover la apertura de la persona para hablar del problema.

El objetivo inicial para las personas con incontinencia es identificar la causa; después, se desarrollan los objetivos terapéuticos con base en ella. Los ejercicios de Kegel ([cuadro 21-2](#)), la biorretroalimentación y el uso de medicamentos (p. ej., estrógenos o anticolinérgicos) y un pesario pueden ser útiles para mejorar la incontinencia urinaria de esfuerzo; en algunas circunstancias, puede estar justificado el tratamiento quirúrgico. La **incontinencia de urgencia** puede ser asistida por el cumplimiento de un programa de regulación de esfínteres, ejercicios de Kegel, biorretroalimentación y medicamentos (p. ej., anticolinérgicos o antagonistas adrenérgicos). Aunque con frecuencia se recomiendan los ejercicios de Kegel para la **incontinencia**, los estudios muestran que pocas mujeres los hacen de manera correcta o constante ([Streicher, 2014](#)). La **incontinencia por rebosamiento** puede beneficiarse de un programa de regulación de esfínteres, el uso del método de Crede, sondaje intermitente y medicamentos (p. ej., parasimpaticomiméticos). Las intervenciones para ayudar con la **incontinencia funcional** pueden ir desde la mejoría de la movilidad hasta la provisión de un cómodo o bacín al lado de la cama. En el [plan de cuidados de enfermería 21-1](#) se presenta un modelo para el adulto mayor con incontinencia urinaria.

CUADRO 21-1 Factores que valorar en el paciente con incontinencia urinaria

- **Antecedentes médicos.** Tener en cuenta los diagnósticos que pueden contribuir a la incontinencia, como delirium, demencia, ictus, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca congestiva, infección urinaria.
- **Medicamentos.** Revisar todos los medicamentos prescritos y de venta libre que se consumen para detectar aquellos capaces de producir incontinencia, como diuréticos, ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, sedantes, narcóticos, antiparkinsonianos, antiespasmódicos, antihistamínicos, antagonistas de los canales de calcio, α -bloqueadores y α -agonistas.
- **Estado funcional.** Valorar las actividades de la vida cotidiana, identificar alteraciones, preguntar acerca de cambios recientes en la función, determinar el

grado de dependencia de otros para la movilidad, las transferencias, y el uso del baño.

- **Cognición.** Pruebe la función cognitiva; revise síntomas como depresión, alucinaciones; pregunte sobre los cambios recientes en el estado de ánimo o la función intelectual.
- **Función neuromuscular en las extremidades inferiores.** Pruebe la capacidad del paciente para mantener la pierna levantada contra la resistencia suave hacia abajo; tocar varios puntos a lo largo de ambas piernas con la punta y el extremo romo de un alfiler para determinar la capacidad del paciente para detectar y diferenciar las sensaciones.
- **Control y retención urinarios.** Determinar la presencia de incontinencia urinaria en las mujeres; determinar el volumen residual posmiccional.
- **Plenitud y dolor vesicales.** Inspeccionar, percudir y palpar la vejiga para detectar distensión, malestar y anomalías.
- **Patrón de eliminación.** Registrar los patrones de eliminación vesical y los factores asociados durante varios días; preguntar acerca de cambios en el patrón de eliminación; identificar la frecuencia, patrón, cantidad y relación con otros factores.
- **Bolo fecal.** Palpar el recto para detectar la presencia de materia fecal (a menos que esté contraindicado).
- **Síntomas.** Preguntar acerca de urgencia, ardor, prurito vaginal, dolor, presión en región vesical y fiebre.
- **Dieta.** Valorar la ingesta de irritantes potenciales de la vejiga: cafeína, alcohol, jugos de frutos cítricos, tomates, alimentos muy condimentados y edulcorantes artificiales.
- **Reacciones ante la incontinencia.** Indagar cómo la incontinencia ha afectado las actividades, el estilo de vida y el autoconcepto; determinar la opinión del paciente acerca del problema.

CUADRO 21-2 Ejercicios de Kegel

Los ejercicios de Kegel son un método para fortalecer los músculos del suelo pélvico, los cuales pueden conducir a una mejoría de la incontinencia urinaria. Para lograr el beneficio, la mujer debe ser capaz de realizar los ejercicios de manera correcta y sistemática. El personal de enfermería puede proporcionar las siguientes instrucciones básicas a las mujeres.

IDENTIFICAR LOS MÚSCULOS IMPLICADOS EN LOS EJERCICIOS

Primero, se necesita identificar los músculos del suelo pélvico que participan en los ejercicios. Para hacerlo, se detiene el flujo de orina durante la micción y se visualiza cómo se contraen los músculos de la región vaginal y se eleva la región del suelo pélvico. Otra posibilidad es introducir un dedo en la vagina y contraer los músculos alrededor. Visualizar la compresión por la vagina y el levantamiento del suelo pélvico. Detener y reiniciar el chorro de orina en diversas ocasiones hasta identificar los músculos y comprender los movimientos.

PRACTICAR LOS EJERCICIOS

Orinar antes de comenzar los ejercicios. Adoptar una posición de pie o sentada y contraer los músculos del suelo pélvico.

Verificar no contraer los músculos del abdomen, las nalgas o los muslos, sólo los pélvicos. En primer lugar, intentar mantener los músculos contraídos durante unos 5 s en series de diversas repeticiones. Aumentar de manera paulatina el tiempo que los músculos se contraen hasta llegar a 10 s y 10 s de relajación muscular entre contracciones.

REALIZAR LOS EJERCICIOS

Una vez que sea capaz de mantener los músculos contraídos durante 10 s, realizar una serie de 10 ejercicios. Repetir el ciclo varias veces durante el día, todos los días. Se presentan resultados en 2-3 meses. Después de que se obtiene mejoría de la incontinencia, es útil seguir haciendo los ejercicios de Kegel para mantener la fuerza muscular. Incluso si no se resuelve la incontinencia, su progresión se hace más lenta con estos ejercicios.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 21-1

EL ADULTO MAYOR CON INCONTINENCIA URINARIA

Diagnóstico de enfermería. Alteración de la eliminación urinaria.

Objetivo	Intervenciones de enfermería
El paciente logra la recuperación parcial o completa de la regulación vesical.	<ul style="list-style-type: none">■ Verificar que se realizó una valoración exhaustiva para identificar la causa de la incontinencia y el potencial para recuperar la regulación vesical.
El paciente contiene de manera eficaz la expulsión de orina.	<ul style="list-style-type: none">■ Identificar el patrón de micción individual: frecuencia, percepción de la señal de orinar, tiempo transcurrido entre la señal recibida y la incapacidad para almacenar la orina, cantidad de gasto urinario y síntomas.■ Si existe una posibilidad de regulación vesical, iniciar un programa de reentrenamiento vesical.■ Vigilar ingresos y egresos; calcular la orina perdida en prendas de vestir y ropa de cama (un diámetro de 2.5 cm corresponde a 10 mL de orina).■ Verificar que la habitación de baño sea de fácil acceso; proporcionar un cómodo al lado de la cama si es necesario.■ Ofrecer al menos 1 500 mL de líquidos todos los días, a menos que esté contraindicado.■ Alentar al paciente a inclinarse hacia adelante sentado sobre el cómodo y presionar en la parte inferior del abdomen (método de Crede) para promover el vaciado óptimo de la vejiga.■ Capacitar al paciente sobre métodos para estimular el reflejo de micción: colocar agua tibia sobre el perineo, tacto superficial en el abdomen y la cara interna del muslo, beber agua mientras se está sentado en el cómodo.■ Instruir a la paciente en los ejercicios de Kegel.■ Proporcionar sábanas urinarias, sondas condón, pañales para adultos, toallas higiénicas o ropa interior para incontinencia para contener la orina.■ Evitar el uso de sondas permanentes.■ Cuando se producen crisis de incontinencia, hablar de la causa con el paciente de una manera práctica.

- Modificar el entorno para ajustarse a la incontinencia (p. ej., protección de colchones y muebles, provisión de buena ventilación, uso de desodorante ambiental, mantener el cuarto de baño bien iluminado).

Diagnóstico de enfermería. Riesgo de pérdida de integridad cutánea relacionada con incontinencia.

Objetivo	Intervención de enfermería
El paciente mantiene la integridad cutánea.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisar al paciente para detectar humedad cada 2 h; cambiar la vestimenta y ropa de cama según la necesidad.
El paciente permanece seco y libre de olores.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Limpiar y secar completamente la piel del paciente después de episodios de incontinencia. ■ Valorar diariamente el estado de la piel.

Diagnóstico de enfermería. Riesgo de lesiones relacionadas con la incontinencia.

Objetivo	Intervención de enfermería
El paciente no sufre caídas relacionadas con el escape de orina.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proporcionar un dispositivo de contención eficaz de la orina (p. ej., ropa interior para adulto, sonda de tipo condón). ■ Revisar regularmente el entorno del paciente en busca de orina en el suelo. ■ Limpiar con prontitud la orina del suelo.

Diagnóstico de enfermería. Baja autoestima crónica relacionada con la incontinencia.

Objetivo	Intervención de enfermería
El paciente reinicia o mantiene funciones y actividades deseados.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Animar al paciente a expresar sus sentimientos.
El paciente desarrolla o mantiene una visión positiva de sí.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proporcionar explicaciones realistas en cuanto a causas, tratamiento y pronóstico específico del tipo de incontinencia del paciente. ■ Ayudar al paciente a vestir ropa de calle. ■ Evitar hablar de la incontinencia del paciente en presencia de otros pacientes y visitantes. ■ Verificar que los cuidadores y los miembros de la familia traten al paciente con dignidad.

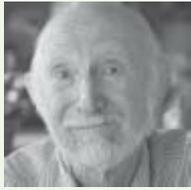


CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería no puede asumir que las personas con incontinencia de larga duración han sido valoradas para este problema. Una revisión cuidadosa de los antecedentes médicos y el interrogatorio del paciente son importantes para determinar si se han hecho pruebas de diagnóstico.

La irregularidad en el personal de enfermería tiene efectos negativos en el progreso de los pacientes y pone en riesgo sus esfuerzos por recuperar la regulación de la vejiga. Por el contrario, el estímulo y el refuerzo positivo son de máximo beneficio para el paciente durante este programa difícil. Las sondas permanentes deben usarse sólo en circunstancias especiales y ciertamente nunca por practicidad del personal. Las infecciones asociadas con la atención de la salud más frecuentes son las urinarias; el 75% de las IVU adquiridas en el hospital se asocian con sondas urinarias ([Centers for Disease Control and Prevention, 2012](#)). Además, el riesgo de desarrollar cálculos urinarios es alto en presencia de sondas permanentes.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. E., de 86 años de edad, vive con su hija y su familia. Su dormitorio está en el primer de dos pisos con un baño a poca distancia de su habitación. Los miembros de la familia pasan por el dormitorio del Sr. E. de forma regular y han notado un olor fuerte de orina procedente de la habitación. El Sr. E. no tiene alteraciones cognitivas, cumple con sus actividades de la vida cotidiana de manera independiente y, como siempre lo ha hecho, se comporta de manera adecuada. El Sr. E. no ha mencionado nunca problema alguno

con la micción y, puesto que lava su propia ropa de cama y cuida de su cuarto, la familia no puede determinar si está mojando la cama.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles son algunos de los retos de esta situación?
- ¿Qué consejo podría dar a la familia para el trato de esta cuestión con el Sr. E.?

Cáncer de vejiga

La incidencia del cáncer de vejiga aumenta con la edad. Según la [American Cancer Society \(2015\)](#), el 90% de los casos de cáncer de vejiga se presentan en personas mayores de 55 años de edad y los hombres tienen una tasa triple en comparación con las mujeres. La irritación crónica de la vejiga, la exposición a colorantes y fumar cigarrillos (factores evitables) están entre los factores de riesgo asociados con los tumores de la vejiga. Algunos de los síntomas se asemejan a los de una infección vesical, como polaquiuria, urgencia y disuria. Una hematuria sin dolor es el signo principal y característico del cáncer de la vejiga. Se utilizan medidas estándar de diagnóstico para esta enfermedad en los adultos mayores, incluyendo la cistoscopia.

El tratamiento del cáncer de vejiga puede incluir cirugía, radiación, inmunoterapia o quimioterapia, según la extensión y la localización de la lesión. El personal de enfermería debe utilizar las medidas descritas en las publicaciones de enfermería medicoquirúrgica. La visualización de signos que indican metástasis, como el dolor pélvico o dorsal, es parte de la atención de enfermería de los pacientes con cáncer de vejiga.

Cálculos renales

Los cálculos renales se presentan con mayor frecuencia en los adultos mayores. En las personas mayores, la formación de cálculos puede ser resultado de inmovilización, infección, cambios en el pH o la concentración de la orina, diarrea crónica, deshidratación, eliminación excesiva de ácido úrico e hipercalcemia. El dolor, la hematuria y los síntomas de infección urinaria se asocian con este problema; también se puede presentar malestar gastrointestinal. Las medidas estándar de diagnóstico y tratamiento se utilizan para los pacientes mayores, y el personal de enfermería puede ayudar a prevenir la estasis urinaria ofreciendo abundantes líquidos y facilitando el tratamiento oportuno de las infecciones urinarias.

Glomerulonefritis

Con mayor frecuencia, la **glomerulonefritis crónica** ya está presente en los adultos mayores que desarrollan una afección aguda. Los síntomas de esta enfermedad

pueden ser tan sutiles e inespecíficos que inicialmente pasan inadvertidos. Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre, fatiga, náuseas, vómitos, anorexia, dolor abdominal, anemia, edema, artralgias, presión arterial elevada y una tasa de sedimentación globular aumentada. Puede presentarse oliguria, así como proteinuria moderada y hematuria. La presencia de cefalea, crisis convulsivas, parálisis, afasia, coma y estado mental alterado puede ser consecuencia del edema cerebral asociado con esta enfermedad.

Las medidas de diagnóstico y tratamiento no difieren considerablemente de las utilizadas en los jóvenes. Los antibióticos, una dieta restringida en sodio y proteínas y la vigilancia estrecha de los ingresos y egresos son partes básicas del plan de tratamiento. Si los adultos mayores reciben digitálicos, diuréticos o fármacos antihipertensivos, debe mantenerse una vigilancia más cercana de los efectos tóxicos acumulativos resultantes de la función renal alterada. Se debe valorar periódicamente al paciente después de que se resuelva la enfermedad aguda para identificar las exacerbaciones de la glomerulonefritis crónica y los signos de insuficiencia renal.

CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA PARA LAS AFECCIONES URINARIAS

El personal de enfermería necesita sensibilidad en el trato con los pacientes con problemas urinarios. Además de ser temas incómodos para algunas personas, estas alteraciones pueden causar miedos y ansiedad acerca de que las historias sobre la incontinencia urinaria en la vejez sean ciertas. Son vitales las explicaciones realistas y un esfuerzo comprometido para corregir estas alteraciones. Todos los miembros del personal necesitan recordar la importancia de la discreción y la dignidad en el tratamiento de estos problemas. Los miembros del personal no deben verificar si los pantalones de un paciente están mojados delante de los demás, permitir que alguien se sienta en un cómodo en un pasillo durante la noche, traer a un grupo de estudiantes sin el permiso del paciente para observar un sondaje o reprenderlo por tener un accidente en la cama. Debe hacerse todo lo posible para disminuir la vergüenza y promover el autoconcepto positivo.

Resumen del capítulo

Los problemas de vías urinarias aumentan su incidencia con la edad. Los cambios de la vejiga contribuyen a la polaquiuria y la nicturia, mientras que la hipertrofia prostática y el bolo fecal pueden conducir a una retención urinaria.

Debido a la vergüenza de hablar sobre problemas urinarios o la idea errónea de que los problemas como la incontinencia son normales en la etapa tardía de la vida, los adultos mayores tal vez no aporten antecedentes de estos problemas. El interrogatorio hábil y sensible para explorar estos problemas resulta de beneficio.

Aunque no es un resultado normal del envejecimiento, la incontinencia urinaria está presente en más de la mitad de los adultos mayores institucionalizados y en el 24% de quienes viven en la comunidad. Hay varios tipos de incontinencia; por lo tanto, para establecer un plan realista de atención, es esencial una valoración completa. Aunque la incontinencia urinaria haya sido un problema desde hace mucho

tiempo, deben revisarse los antecedentes para determinar si se realizó una valoración completa.

La mayoría de los cánceres de vejiga se presentan en los adultos mayores. Los síntomas pueden parecerse a los asociados con una infección urinaria; sin embargo, la hematuria sin dolor es el signo principal que debe recordarse. Los cálculos renales también pueden causar hematuria y dolor, pero también ocurren síntomas de infección urinaria. Puede presentarse glomerulonefritis en los adultos mayores y pasarse por alto debido a los síntomas inespecíficos. Debido a la función renal comprometida que puede presentarse en los pacientes con glomerulonefritis, aumenta el riesgo de toxicidad de ciertos medicamentos, lo que justifica la vigilancia cercana del individuo.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Revisión basada en la evidencia de las recomendaciones acerca de la frecuencia de cambio de las sondas permanentes en los adultos mayores

Fuente: Palka, M. A. (2014). Geriatric Nursing, 35(5), 357-363.

Se sabe que las sondas permanentes aumentan el riesgo de infección urinaria; sin embargo, hay opiniones diversas acerca de la frecuencia de los cambios sistemáticos de las sondas entre pacientes. Una práctica habitual es cambiarlas mensualmente en pacientes dentro de centros de atención y cada 4-6 semanas en los pacientes que viven en la comunidad para evitar las IVU y la obstrucción.

El autor realizó una revisión de la información relevante en los últimos 10 años para determinar lo que la investigación ha mostrado acerca de la frecuencia de cambio de las sondas. No se encontró investigación que apoye una frecuencia programada de cambio de sondas permanentes y largo plazo. Tampoco hubo pauta definitiva o consenso alguno de expertos sobre la necesidad de cambiar las sondas en cualquier período señalado. Algunos estudios mostraron dolor asociado y un mayor riesgo de infecciones urinarias como consecuencia de los cambios de sonda.

Los resultados indican que no hay prueba sólida para apoyar un estándar de frecuencia del cambio de sondas permanentes. Sin esta prueba, el mejor abordaje es el de ajustar los cambios de sonda al individuo y hacerlos como esté indicado por el estado clínico, en lugar de seguir períodos estandarizados.

Además de identificar la necesidad de investigación para orientar esta área de la práctica sanitaria, este hallazgo muestra que algunas prácticas se aceptan sin contar con pruebas de apoyo. Corresponde al personal de enfermería cuestionar las pruebas que respaldan prácticas específicas para verificar que se basen en la ciencia y no en la preferencia de un profesional individual o en el hecho de que se hayan realizado durante un período prolongado.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La enfermera Adams trabaja medio tiempo en una comunidad de cuidados asistenciales de 25 camas. Por lo general, trabaja durante el turno nocturno, pero se

comprometió a relevar a un compañero de trabajo en el turno matutino durante el fin de semana. En ambos días, la enfermera Adams se percata de un olor a orina importante cuando entra al edificio por la mañana. Después de que los residentes se bañan, visten y cambian de ropa de cama, el olor desaparece durante el resto del turno. En la revisión de expedientes de los residentes, encuentra que sólo dos de los pacientes con incontinencia urinaria ocasional visten ropa interior para adultos con incontinencia. Con base en el fuerte olor que detecta, la enfermera Adams sospecha que hay más residentes con problemas de incontinencia frecuentes.

¿Qué puede hacer la enfermera Adams para indagar su sospecha?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué factores deben revisarse al valorar la incontinencia urinaria y qué barreras pueden surgir para hacerlo y obtener respuestas precisas de los adultos mayores?
2. ¿Qué puede hacerse para disminuir cada una de las principales causas de incontinencia urinaria en los adultos mayores?
3. ¿Qué medidas podrían adoptarse para promover un autoconcepto positivo en un individuo con incontinencia urinaria?
4. Identifique los recursos en su comunidad para ayudar a los pacientes con incontinencia o cáncer del aparato urinario.

Recursos

American Urologic Association

<http://www.urologyhealth.org>

National Association for Continence

<http://www.nafc.org>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse

<http://www.kidney.niddk.nih.gov>

Simon Foundation for Continence

<http://www.simonfoundation.org>

Society of Urologic Nurses and Associates

<http://www.suna.org>

Referencias

- American Cancer Society. (2015). *What are the key statistics for bladder cancer?* Acceso el 21 de enero de 2015 en: <http://www.cancer.org/cancer/bladdercancer/detailedguide/bladder-cancer-key-statistics>
- Bass-Ware, A., Weed, D., Johnson, T., & Spurlock, A. (2014). Evaluation of the effect of cranberry juice on symptoms associated with a urinary tract infection. *Urologic Nursing*, 34(3), 121–127.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Catheter-associated urinary tract infections*. Acceso el 20 de enero de 2015 en: http://www.cdc.gov/HAI/ca_uti/uti.html
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Prevalence of incontinence among old Americans*. Acceso el 20 de enero de 2015 en: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_036.pdf
- Fiore, D. C. & Fox, C. L. (2014). Urology and nephrology update: recurrent urinary tract infections. *FP Essentials*, 16(1), 30–37.

Streicher, L. (2014). Stress incontinence in women. *Today's Geriatric Medicine*, 7(4), 6–7.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Salud del aparato reproductor

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento sobre el aparato reproductor

Promoción de la salud del aparato reproductor

Afecciones del aparato reproductor seleccionadas

Problemas del aparato reproductor femenino

Problemas del aparato reproductor masculino

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Nombrar los cambios del aparato reproductor masculino y femenino que se presentan con la edad.
2. Describir las medidas para promover la salud reproductiva en los adultos mayores.
3. Mencionar los factores a considerar en la valoración de la salud del aparato reproductor en las personas mayores.
4. Describir los síntomas y el tratamiento de las enfermedades del aparato reproductor.
5. Describir medidas del plan de atención del paciente que se sometió a una cirugía de próstata.

GLOSARIO

Disfunción eréctil: imposibilidad de lograr o mantener una erección para el coito.

Dispareunia: coito doloroso.

Hiperplasia prostática benigna: aumento de volumen no maligno de la próstata que se presenta frecuentemente con la edad avanzada.

Al igual que con los problemas urinarios descritos en el último capítulo, los problemas

Adel aparato reproductor pueden ser temas difíciles de tratar por los adultos mayores. Sin embargo, es importante que las personas mayores consideren su aparato reproductor cuando piensen en su salud general. Además de prevenir y detectar problemas graves, como el cáncer y las enfermedades de transmisión sexual, la comprensión de las prácticas de salud relacionadas con el aparato reproductor promueven la satisfacción de la actividad sexual en las personas mayores, lo que aporta múltiples beneficios. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica tiene un papel importante en la instrucción de las personas mayores acerca de los cambios que se presentan con el envejecimiento y las medidas de promoción de la salud importantes para prevenir o identificar problemas del aparato reproductor potencialmente graves.

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE EL APARATO REPRODUCTOR

Existen diversos cambios en el aparato reproductor femenino que aumentan el riesgo de afecciones incómodas e interfieren con la satisfacción de las experiencias sexuales. Los cambios hormonales causan atrofia vulvar, aplanamiento de los labios y pérdida de grasa subcutánea y vello. El epitelio de la vagina se torna delgado y su ambiente es más seco y alcalino, cambios que pueden causar incomodidad durante el coito a las mujeres mayores, aunque habitualmente son posibles los orgasmos y las experiencias sexuales satisfactorias. Se atrofian el cuello y el cuerpo uterinos, las trompas uterinas y los ovarios. El útero y los ovarios también disminuyen de tamaño; por lo tanto, pueden no ser palpables durante la exploración física. El endometrio continúa con respuesta a la estimulación hormonal. Las trompas uterinas también presentan acortamiento y se enderezan. Las mamas tienden a descender y son menos firmes conforme avanza la edad debido a la sustitución de las glándulas por tejido adiposo después de la menopausia. Puede presentarse cierta retracción de los pezones como resultado de su contracción y cambios fibróticos. Se pueden desarrollar filamentos lineales firmes por fibrosis en las mamas y ocurre calcificación de los conductos terminales.

Los órganos genitales de los hombres también experimentan cambios. Hay una disminución en el recuento de espermatozoides relacionada con el adelgazamiento del epitelio de las vesículas seminales, el reemplazo del tejido muscular por el conjuntivo y la menor capacidad para retener líquidos. Los cambios estructurales en los túbulos seminíferos incluyen mayor fibrosis, adelgazamiento del epitelio, engrosamiento de la membrana basal y estrechamiento de la luz.

Hay atrofia de los testículos y disminución en su masa. Por lo general, el líquido eyaculado es el mismo, aunque con menor cantidad de espermatozoides vivos. La testosterona permanece sin cambios o disminuye ligeramente. Se necesita más tiempo para alcanzar una erección y se pierde con mayor facilidad que en los hombres jóvenes. La mayoría de los hombres de edad avanzada experimentan agrandamiento de la próstata como parte de la sustitución del tejido prostático por fibroso. Aunque predomina el crecimiento benigno de la próstata, existe un mayor riesgo de cáncer conforme avanza la edad.

PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL APARATO REPRODUCTOR

Una forma importante en la que el personal de enfermería puede promover la salud del aparato reproductor es recordar la utilidad de las exploraciones regulares. Un examen ginecológico anual, incluyendo una prueba de Papanicoláu, es esencial para la mujer mayor; también debe informarse acerca de la autoexploración mamaria. Se debe realizar una exploración por lo menos cada 6 meses en los hombres con hiperplasia prostática benigna para verificar que no hayan desarrollado cáncer. No es recomendable la prueba del antígeno prostático específico (APE) de forma sistemática en hombres sin antecedentes de cáncer de próstata. El personal de enfermería también debe verificar que los hombres mayores sepan cómo realizar la autoexploración testicular. Por último, un interrogatorio y una exploración física completos son esenciales para identificar aspectos específicos que requieren un estudio adicional ([guía de valoración 22-1](#)). En la [tabla 22-1](#) se incluyen diagnósticos relacionados con problemas del aparato reproductor que el personal de enfermería puede identificar.



Alerta sobre el dominio de conceptos

La prueba de APE se realiza de manera sistemática sólo cuando hay antecedentes de cáncer de próstata, no secreción prostática.

En el [capítulo 16](#) se describen consideraciones de enfermería para el fomento de la función y la expresión sexual en los adultos mayores.



CONCEPTO CLAVE

Es importante verificar que las mujeres mayores sepan cómo realizar la autoexploración mamaria y que los hombres mayores sepan cómo realizar la autoexploración testicular.

AFECCIONES DEL APARATO REPRODUCTOR SELECCIONADAS

Problemas del aparato reproductor femenino

Infecciones y tumores de la vulva

Los cambios de la vulva relacionados con la edad la hacen más frágil y fácilmente susceptible a la irritación e infección. Los problemas vulvares en la mujer mayor pueden reflejar procesos de enfermedades graves, como diabetes, hepatitis, leucemia y anemia perniciosa. Se denomina *vulvitis senil* a la infección vulvar asociada con la hipertrofia o la atrofia. La incontinencia y las prácticas higiénicas deficientes pueden ser causa de vulvitis. El prurito es el síntoma principal asociado con las vulvitis. Las pacientes confundidas y no comunicativas pueden mostrar inquietud y tocarse los genitales; el personal de enfermería puede detectar que las pacientes sufren irritación y engrosamiento del tejido vulvar como resultado del rascado. Inicialmente, el tratamiento tiene como objetivo encontrar y aliviar cualquier causa subyacente. El buen estado nutricional ayuda a mejorar la afección, como lo hace una atención especial a la limpieza. Los baños de asiento y la aplicación local de compresas de

solución salina o cremas con esteroides pueden incluirse en el plan terapéutico. Se requiere atención especial para mantener a la paciente incontinente tan limpia y seca como sea posible.



GUÍA DE VALORACIÓN 22-1 SALUD DEL APARATO REPRODUCTOR

INTERROGATORIO

El interrogatorio debe incluir una revisión de la función, los signos y los síntomas. Se hacen preguntas relativas a los siguientes temas:

- *Dolor.* “¿Siente dolor en la parte inferior del abdomen o en cualquier otro lugar? ¿Tiene hipersensibilidad, molestia, prurito o dolor en cualquier parte de la región genital? ¿Experimenta dolor con las relaciones sexuales?”.
- *Secreción.* “¿En alguna ocasión tiene secreción, sangre u otros líquidos en sus genitales?”.
- *Disfunción sexual.* “¿Puede lograr una erección y mantenerla durante el coito? ¿Cómo son sus eyaculaciones? ¿Su vagina es dolorosa o demasiado seca durante el coito? ¿Siente presión adicional o que el pene de su pareja golpea contra un obstáculo durante el coito? ¿Pueden tener orgasmos satisfactorios? ¿Ha habido algún cambio en su patrón sexual?”.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Inspección de los genitales en cuanto a lesiones, heridas, roturas o masas. Tenga en cuenta la hemorragia, las secreciones, los olores y otras anomalías.
- Si la paciente no ha sido objeto de una exploración ginecológica o mastografía en el último año, derivar según la indicación.
- En las mujeres, buscar masas en las mamas mediante palpación.
- Revisar el procedimiento de autoexploración de las mamas con las pacientes y proporcionar instrucción si no son diestras al respecto.



CONCEPTO CLAVE

Los cambios de la vulva relacionados con la edad la hacen más frágil y fácilmente susceptible a la irritación e infección.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 22-1 Diagnósticos de enfermería relacionados con el aparato reproductor

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería ^a
Disfunción sexual, dolor, vergüenza por los síntomas o los tratamientos	Ansiedad
Infección, cáncer	Dolor agudo
Conducto vaginal más alcalino y frágil, hipertrofia prostática	Riesgo de infección
Infección, dolor, alteración de estructuras, vergüenza	Disfunción sexual
Disfunción sexual	Alteración de la imagen corporal

Vaginitis

Alteración de la integridad cutánea

Aumento de volumen de la próstata, vaginitis

Alteración de la eliminación urinaria

Dolor agudo

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. y la Sra. C. han estado casados durante 50 años y todos sus hijos son casados, así que viven solos. Compartían una vida sexual sana, pero con los años la frecuencia del coito y los juegos sexuales han disminuido constantemente. En años recientes, el Sr. C. escuchó a algunos de sus amigos charlar sobre su renovada actividad sexual desde que toman fármacos para la disfunción eréctil. Estas conversaciones han causado que el Sr. C. desee con más frecuencia la actividad sexual; sin embargo, sus intentos han sido rechazados por su esposa, que no sólo no muestra ningún interés, sino que lo ridiculiza. Sus diferencias en cuanto a deseos

sexuales provocan numerosas discusiones entre la pareja. Durante su consulta para una exploración ginecológica de rutina, la señora C. expresa que su marido “ha comenzado a actuar como un maniaco sexual y a hacer el ridículo al no actuar de acuerdo con su edad”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles son los posibles factores que causan cada una de las reacciones de la esposa?
- ¿Qué se respondería a la señora C.?

Aunque habitualmente se presenta prurito en las vulvitis, también puede ser síntoma de un tumor vulvar; el dolor y la irritación se asocian con este problema. Cualquier masa o lesión en la región debe recibir atención inmediata y ser objeto de biopsia. El clítoris es con frecuencia un sitio de cáncer de vulva. El cáncer de vulva, el cuarto tipo de cáncer ginecológico más frecuente en etapas avanzadas de la vida, se puede manifestar por tumores fungiformes grandes, dolorosos y fétidos o ulcerados; también pueden afectarse los tejidos adyacentes. Una vulvectomy radical suele ser el tratamiento ideal y a menudo es bien tolerada por la mujer mayor. La radioterapia se usa con menor frecuencia y no se tolera tan bien como la cirugía. Debe proporcionarse asesoramiento sobre prácticas de autocuidado, imagen corporal y actividad sexual. El tratamiento temprano, antes de que haya metástasis a los ganglios linfáticos inguinales, mejora el pronóstico.

Vaginitis

La mujer en la posmenopausia experimenta una variedad de cambios que afectan la vagina, incluyendo disminución del colágeno y el tejido adiposo, acortamiento y estrechamiento, menor elasticidad, menor secreción y pH alcalino como resultado de las concentraciones bajas de estrógenos. La fragilidad de la vagina de las mujeres en la posmenopausia hace que sea más fácil de irritar, lo que aumenta el riesgo de

vaginitis. Los síntomas son dolor, prurito, ardor y eritema, así como secreción fétida transparente, marrón o blanca. Conforme progresa, la vaginitis puede provocar complicaciones como hemorragia y adherencias.

Los estrógenos locales en forma de crema o supositorio son, por lo general, eficaces para tratar la vaginitis senil. El personal de enfermería debe garantizar que las pacientes comprendan el uso apropiado de estos medicamentos tópicos y no intenten administrarlos por vía bucal. También se pueden prescribir duchas vaginales de ácido bórico, cinc, lisina o violeta de genciana. Si la paciente se administra una ducha en casa, es importante destacar la necesidad de determinar la temperatura de la solución. Las alteraciones de los receptores para temperaturas calientes y frías y la percepción disminuida del dolor predisponen a la paciente a quemaduras del tejido vaginal frágil por soluciones excesivamente calientes. El personal de enfermería debe recomendar a la mujer mayor evitar las duchas vaginales y el uso de jabones perfumados y aerosoles en los órganos genitales, usar ropa interior de algodón, mantener la región genital limpia y seca y usar lubricantes (p. ej., gel K-Y[®], aceite de vitamina E y gel de aloe vera) cuando tenga sexo. Las buenas prácticas higiénicas ayudan a tratar y prevenir las vaginitis.

Cáncer vaginal

El cáncer de la vagina es infrecuente en las mujeres mayores; con mayor frecuencia es resultado de metástasis de la región vaginal como sitio primario. Toda úlcera y masa vaginal detectada en las mujeres de edad avanzada debe ser motivo de sospecha de cáncer y objeto de biopsia. Debido a que la irritación crónica puede predisponer a las mujeres al cáncer vaginal, aquellas con vaginitis crónica o que usan un pesario deben hacerse frotis de Papanicoláu habituales. El tratamiento del carcinoma vaginal es similar al utilizado en las mujeres jóvenes y consiste en radiación, quimioterapia tópica o cirugía, según su extensión.

Problemas del cuello uterino

Conforme avanza la edad, el cuello uterino se vuelve más pequeño y se atrofia el epitelio endocervical. En ocasiones, las glándulas endocervicales pueden obstruirse en su parte alta y causar la formación de quistes de Naboth. Conforme se acumulan las secreciones asociadas con estos quistes, pueden presentarse fiebre y una masa palpable blanda. Por lo tanto, es importante que la mujer mayor se valore ginecológicamente de manera regular para comprobar la permeabilidad del cuello uterino.

Cáncer de cuello uterino

La edad promedio para el diagnóstico de cáncer de cuello uterino es de 49 años, con la tasa más alta en las mujeres latinas, seguidas por las de raza negra, caucásicas, nativas de Alaska/nativas estadounidenses y asiáticas/de las islas del Pacífico ([National Cancer Institute, 2014](#)). Aunque menos del 20% de los casos diagnosticados de cáncer de cuello uterino se presentan en las mujeres mayores, el 33% de las muertes por su causa ocurren entre este grupo de edad. A pesar de que la mayoría de los pólipos endocervicales son benignos en las mujeres mayores, debe

mantenerse cierto grado de sospecha hasta que se confirme mediante biopsia. La hemorragia vaginal y la leucorrea son signos de cáncer de cuello uterino en las mujeres mayores; no suele presentarse dolor. Conforme avanza la enfermedad, la paciente puede desarrollar retención o incontinencia urinarias, incontinencia fecal y uremia. El tratamiento del cáncer de cuello uterino incluye radioterapia o cirugía. La [American Cancer Society \(2014\)](#) sugiere que las mujeres mayores de 65 años de edad con pruebas de detección regulares para cáncer de cuello uterino en los 10 años previos pueden interrumpirlas si no han tenido lesión precancerosa grave (neoplasia intraepitelial cervical [NIC] de grado 2 o 3 en los últimos 20 años). Las mujeres con antecedente de NIC2 o NIC3 deben continuar con las pruebas de detección para cáncer de cuello uterino durante al menos 20 años después de que se encontró la anomalía.

Cáncer de endometrio

Aunque no es frecuente, el cáncer de endometrio afecta principalmente a las mujeres mayores. Es de mayor incidencia en las que han tenido menstruación de inicio tardío, infertilidad, antecedente personal o familiar de cáncer de colon hereditario no polipósico o enfermedad de ovario poliquístico, tratamiento de estrógenos sin progesterona o que padecen obesidad. Cualquier hemorragia en la posmenopausia debe dar lugar de inmediato a la sospecha de este cáncer. Suele realizarse dilatación y legrado para confirmar el diagnóstico, ya que no todos los casos pueden detectarse sólo con frotis de Papanicoláu. El tratamiento consiste en cirugía, radiación o su combinación. El tratamiento temprano puede evitar las metástasis a vagina y cuello uterino. Los pólipos endometriales también causan hemorragia y deben recibir atención, pues en ocasiones son indicadores de cáncer.

Cáncer de ovario

El cáncer de ovario aumenta en incidencia conforme avanza la edad y es causa de sólo el 5% de las neoplasias en mujeres mayores, aunque es la principal causa de muerte por cáncer ginecológico. Los primeros síntomas son inespecíficos y pueden confundirse con molestias gastrointestinales. Conforme progresa esta enfermedad, las manifestaciones clínicas incluyen hemorragia, ascitis y presencia de gran cantidad de masas. El tratamiento puede consistir en cirugía o radiación. Los tumores ováricos benignos suelen presentarse en las mujeres de edad avanzada y generalmente se requiere cirugía para determinar si se trata de una variante benigna o maligna.



CONCEPTO CLAVE

Aunque el cáncer de ovario es menos frecuente que el endometrial o de cuello uterino, cuenta con mayor mortalidad cuando se presenta.

Hernias perineales

Como resultado del estiramiento y el desgarramiento de los músculos durante el parto y la debilidad muscular asociada con la edad avanzada, las hernias perineales constituyen un problema frecuente en las mujeres mayores. El cistocele, el rectocele y el prolapso

uterino son los tipos más frecuentes. Se asocian con estas afecciones el dolor lumbar, la pesadez pélvica y la sensación de tracción. También puede presentarse incontinencia urinaria y fecal, retención y estreñimiento. En ocasiones, la paciente siente presión o palpa una masa en su vagina. Estas hernias pueden hacer al coito difícil e incómodo. Aunque los rectoceles no tienden a empeorar con la edad, lo contrario es cierto con los cistoceles, que causan mayores problemas con el transcurso del tiempo. La reparación quirúrgica es el tratamiento ideal y es exitoso para el alivio de estos problemas.

Dispareunia

La **dispareunia** es un problema frecuente en las mujeres mayores, el cual acompaña a los cambios hormonales. Las mujeres nulíparas experimentan este problema con mayor frecuencia que las mujeres que han tenido hijos. La vulvitis, la vaginitis y otros problemas ginecológicos pueden contribuir a la dispareunia; es importante una exploración ginecológica minuciosa. Cualquier lesión o infección debe corregirse para solucionar el problema. Es importante hacer todos los esfuerzos para ayudar a la mujer de edad avanzada a lograr una vida sexual satisfactoria (en el [capítulo 16](#) se presenta una descripción más detallada de los problemas que afectan la intimidad sexual).



COMUNICACIÓN

El hecho de que una mujer mayor sea viuda o soltera no significa que carezca de actividad sexual. Las preguntas sobre la actividad sexual, el placer y la satisfacción deben ser parte de la valoración completa. Hacer preguntas de un modo práctico puede transmitir que no hay nada anómalo acerca de tener actividad sexual en etapas tardías de la vida e invita a abordar el tema (estas preguntas incluyen: ¿tiene actividad sexual?, ¿hay algún problema para tener relaciones sexuales o la experiencia no es satisfactoria?, ¿utiliza productos para ayudar con la sequedad vaginal? Si es así, ¿cuáles?). Este intercambio de ideas puede revelar otras cuestiones que deben abordarse, como tener sexo con múltiples parejas sin protección o la utilización de productos inadecuados para la lubricación vaginal.

Cáncer de mama

La disminución del tejido adiposo y la atrofia mamaria de las mujeres mayores pueden causar que los tumores, tal vez presentes durante gran cantidad de años, se hagan más evidentes. Puesto que el cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres, el personal de enfermería debe alentarlas a hacerse exploraciones mamarias regulares. Desafortunadamente, aunque la incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad, el paso de los años hace que sea menos probable que las mujeres se realicen la autoexploración o se sometan a mastografías o exploraciones mamarias anuales por profesionales de la salud. Las medidas de diagnóstico y tratamiento de las mujeres con cáncer de mama son las mismas en cualquier edad. Se recomiendan mastografías anuales a las mujeres, empezando a los 40 años de edad y después de los 75 años de edad cada 2-3 años, a menos que un médico indique lo contrario.



CONCEPTO CLAVE

La incidencia de cáncer de mama se incrementa con la edad; las mujeres mayores son el grupo menos

Problemas del aparato reproductor masculino

Disfunción eréctil

La **disfunción eréctil**, la imposibilidad para lograr y mantener una erección para el coito, es un problema que afecta a casi la mitad de los hombres mayores de 70 años de edad. Aunque las tasas de incidencia aumentan con la edad, la disfunción eréctil no es un resultado normal del envejecimiento, sino que tiene causas como alcoholismo, diabetes, dislipidemia, hipertensión, hipogonadismo, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, lesión medular, afecciones tiroideas y factores psicológicos. Los anticolinérgicos, los antidepresivos, los antihipertensivos, la digoxina, los sedantes y los tranquilizantes se encuentran entre los medicamentos utilizados con frecuencia por los adultos mayores que pueden causar disfunción eréctil.

Es posible utilizar una variedad de tratamientos para la disfunción eréctil, incluidos los preparados bucales (p. ej., sildenafil, vardenafil y tadalafil), los fármacos que se inyectan en el pene, los implantes de pene y los dispositivos de bomba de vacío. Algunos de los fármacos pueden tener efectos adversos que contraindiquen su uso en algunos individuos; por lo tanto, es esencial la valoración del riesgo antes de prescribirlos.



COMUNICACIÓN

Si un hombre mayor menciona que tiene disfunción eréctil, es importante valorar lo que quiere decir. Los hombres mayores tienen una capacidad reducida para lograr una erección con sólo un pensamiento erótico y necesitan de la estimulación física directa. También son más propensos a perder una erección si son distraídos durante el coito por un ruido u otra interrupción. Estas experiencias no significan que el hombre tiene disfunción eréctil. Si el hombre tiene la capacidad de erección para la masturbación, lo más probable es que no presente disfunción eréctil. Hacer preguntas específicas para aclarar los síntomas puede ayudar al hombre a evitar la búsqueda innecesaria de medicamentos para la disfunción eréctil y facilitar el intercambio de ideas acerca de las acciones que pueden tomarse para compensar los cambios eréctiles.

Hiperplasia prostática benigna

La mayoría de los hombres de edad avanzada tienen algún grado de **hiperplasia prostática benigna**, que causa que casi uno de cada cuatro presente disuria. Los síntomas de este problema progresan de forma lenta pero continua, conforme el agrandamiento de la próstata ejerce presión sobre la uretra; empiezan con vacilación, menor fuerza del chorro urinario, polaquiuria y nicturia resultantes de la obstrucción del cuello vesical y la compresión de la uretra, que causa hipertrofia compensatoria del músculo detrusor y obstrucción de la salida. Pueden presentarse goteo, regulación deficiente, incontinencia por rebosamiento y hemorragia. Conforme avanza la hiperplasia, la pared de la vejiga pierde su elasticidad y se vuelve más delgada, lo que conlleva un mayor riesgo de infección y retención urinarias. Desafortunadamente, algunos hombres son renuentes o sienten vergüenza de buscar atención médica pronta y pueden desarrollar daño renal cuando los síntomas son suficientemente intensos como para motivarlos a ser valorados.

El tratamiento puede incluir masaje prostático, el uso de antisépticos urinarios y,

si es posible, la evitación de los diuréticos, anticolinérgicos y antiarrítmicos. El abordaje de la prostatectomía más frecuentemente utilizado para los hombres de edad avanzada con prostatismo es la resección quirúrgica transuretral. Debe tranquilizarse al paciente en el sentido de que esta operación no necesariamente causará impotencia. No obstante, se requieren explicaciones realistas con las que el paciente comprenda que esta operación no causa un rejuvenecimiento repentino del desempeño sexual (fig. 22-1). En el [plan de atención de enfermería 22-1](#) se describe la atención para el adulto mayor en recuperación de una operación quirúrgica de la próstata.

Cáncer prostático

La incidencia del cáncer de próstata aumenta con la edad. De hecho, más de la mitad de los hombres mayores de 70 años de edad presentan datos histopatológicos de cáncer de próstata, aunque sólo un pequeño porcentaje muere por su causa ([National Cancer Institute, 2015](#)). Con frecuencia, esta enfermedad no produce síntomas; sin embargo, es posible detectar la mayoría de los cánceres de próstata mediante tacto rectal, lo que hace hincapié en la importancia de las exploraciones físicas regulares. Debe darse seguimiento estrecho a la hipertrofia benigna, pues se considera que está asociada con el cáncer de próstata y sus síntomas son similares. Pueden presentarse síntomas como dolor dorsal, anemia, debilidad y pérdida de peso como resultado de la metástasis. Un estudio de APE ayuda en el diagnóstico, el cual se confirma mediante biopsia.



FIGURA 22-1 ● Los hombres se benefician de explicaciones realistas acerca de los efectos de los tratamientos para la disfunción sexual.

Si no se han producido metástasis, el tratamiento puede realizarse con vigilancia, radioterapia o prostatectomía radical; este último procedimiento produce impotencia. Pueden utilizarse hormonas para prevenir la diseminación del tumor. El tratamiento paliativo, empleado cuando el cáncer ya produjo metástasis, incluye radioterapia, cirugía transuretral, quimioterapia, orquiectomía y hormonoterapia. Los principios generales asociados con estas medidas terapéuticas son aplicables al paciente mayor. Gran cantidad de hombres son capaces de continuar el funcionamiento sexual después de la orquiectomía y durante el tratamiento hormonal; debe consultarse con el médico para obtener recomendaciones específicas acerca de los resultados esperados en cada paciente.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 22-1

EL ADULTO MAYOR EN RECUPERACIÓN DE UNA CIRUGÍA DE PRÓSTATA

Diagnóstico de enfermería. Riesgo de lesiones e infecciones relacionadas con las cirugías.

Objetivo	Intervenciones de enfermería
El paciente no presenta lesiones o infecciones.	<ul style="list-style-type: none">■ Recomendar al paciente que evite actividades extenuantes durante 3-4 semanas.■ Recomendar al paciente prevenir el estreñimiento. Sugerir ajustes dietéticos según la necesidad; aconsejar al paciente consultar con el médico acerca del uso de laxantes si las evacuaciones intestinales son difíciles o irregulares.■ Instruir al paciente para evitar la maniobra de Valsalva.■ Fomentar la ingesta abundante de líquidos, a menos que esté contraindicada.■ Instruir al paciente para detectar y comunicar con prontitud los signos de complicaciones, que incluyen la presencia de sangre roja brillante en la orina, temperatura alta, dolor intenso, debilidad.

Diagnóstico de enfermería. 1) Disfunción sexual relacionada con la cirugía; 2) conocimiento deficiente relacionado con el efecto de la operación sobre la función sexual.

Objetivo	Intervenciones de enfermería
El paciente expresa comprensión realista de los efectos de la operación sobre la función sexual; reinicia relaciones sexuales satisfactorias.	<ul style="list-style-type: none">■ Consultar con el médico acerca de restricciones sexuales; comentar con el paciente (por lo general, se evitan las relaciones sexuales durante 1 mes después de la operación y posteriormente el paciente puede volver a la función sexual anterior). No es infrecuente que el retorno completo de la función sexual se retrase hasta 1 año.■ Valorar la comprensión del paciente sobre el efecto de la operación sobre la función sexual; aclarar la desinformación según la necesidad.■ Escuchar las inquietudes del paciente y proporcionar apoyo.■ Hablar sobre el regreso previsto de la función sexual con la esposa del paciente si es aceptable para él.■ Preparar al paciente para la posibilidad de la eyaculación retrógrada (seca), fenómeno que hace que la orina adquiera un aspecto lechoso.■ Comentar con la pareja el potencial de ansiedad y otros factores psicológicos relacionados con la enfermedad y la operación que pueden interferir con la función sexual.■ Alentar a la pareja a compartir otras formas de intimidad hasta que se pueda reanudar el coito.

Diagnóstico de enfermería. Incontinencia urinaria de esfuerzo o urgencia relacionada con retiro de sonda.

Objetivo	Intervenciones de enfermería
El paciente reasume la continencia urinaria.	<ul style="list-style-type: none">■ Valorar la función de la vejiga después de retirar la sonda.■ Si se presenta goteo de orina, informar al paciente que es frecuente y desaparecerá, e instruirlo con respecto a los ejercicios perineales.

Tumores de pene, testículos y escroto

El cáncer de pene es infrecuente y se presenta como una lesión indolora o verrugosa en el prepucio o el glande. La semejanza de este crecimiento con un chancro puede producir un diagnóstico erróneo o que el paciente retrase la búsqueda de tratamiento. Se debe realizar una biopsia de cualquier lesión del pene. El tratamiento puede consistir en radioterapia y resección local de pequeñas lesiones y la amputación peniana parcial o total ante lesiones extensas.

Los tumores testiculares son infrecuentes en las personas mayores, pero, por lo general, malignos cuando se presentan; el aumento de volumen testicular y el dolor y crecimiento de las mamas son manifestaciones de sospecha. La quimioterapia, la radioterapia y la orquiectomía son algunas de las medidas terapéuticas. Como parte de la valoración, el personal de enfermería debe determinar el conocimiento del paciente acerca de la autoexploración testicular y proporcionar instrucción al respecto si es necesario; la American Cancer Society ofrece materiales educativos para utilizar durante esta instrucción.

Las masas escrotales, por lo general benignas, pueden corresponder a afecciones como hidroceles, espermatocelos, varicoceles y hernias. Los síntomas y el tratamiento dependen de la causa subyacente y son los mismos que en los jóvenes. Como con cualquier problema del aparato reproductor, es importante el asesoramiento sobre prácticas de autocuidado, imagen corporal y actividad sexual.

Resumen del capítulo

La salud del aparato reproductor tiene un efecto importante en la salud corporal total. Las afecciones del aparato reproductor pueden estar relacionadas con procesos patológicos no diagnosticados que requieren atención, como diabetes e infecciones.

Los cambios asociados con el envejecimiento contribuyen a las infecciones de la vulva y la vagina. Los casos de cáncer del aparato reproductor femenino se producen con menor frecuencia conforme avanza la edad, a excepción del de ovario, cuya frecuencia aumenta. La incidencia de cáncer de mama aumenta con la edad; puesto que las mujeres mayores son el grupo menos propenso a realizarse mastografías y exploraciones de las mamas por un profesional, o a realizar su autoexploración, es importante la instrucción de la paciente en este tema.

La dispareunia es un problema frecuente en las mujeres mayores. Gran cantidad de hombres de edad avanzada padecen disfunción eréctil. El personal de enfermería puede beneficiarlos guiando una plática sensible de las formas de tratar el problema y promoviendo la satisfacción de la actividad sexual.

La estrecha relación y la confianza que los pacientes suelen tener con el personal de enfermería pueden permitir que compartan de una forma más abierta y cómoda sus preocupaciones y síntomas relacionados con el aparato reproductor en comparación con otros miembros del equipo de atención de la salud. El personal de enfermería debe incluir una revisión del aparato reproductor en sus valoraciones de pacientes y asegurar la derivación de aquellos con resultados y síntomas anómalos a la valoración y el tratamiento especializados.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

DetECCIÓN DEL CÁNCER PROSTÁTICO: DECLARACIÓN DE RECOMENDACIONES

Fuente: U.S. Preventive Services Task Force. (2014). en:

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Topic/recommendation-summary/prostate-cancer-screening>

Como resultado de la revisión de los datos del *U.S. Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial* y el *European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer*, el U.S. Preventive Services Task Force eliminó su recomendación de la detección del cáncer de próstata con base en APE, pues se determinó que los programas de detección con base en este marcador dan lugar a la detección de numerosos casos de cáncer de próstata asintomáticos que habrían permanecido así o progresado lentamente, de manera que no crearían problemas. La fracción del estudio en los Estados Unidos no mostró disminución alguna de las muertes por cáncer de próstata como resultado de las pruebas. La porción europea del estudio detectó una disminución de casi una muerte por cáncer de próstata por cada 1 000 hombres sometidos a la detección.

Hubo riesgos asociados con la detección del cáncer de próstata, como dolor, hemorragia, infección, dificultades urinarias transitorias y alteración psicológica. El tratamiento produjo disfunción eréctil, incontinencia urinaria, disfunción intestinal y un pequeño riesgo de muerte prematura. En general, se encontró que los daños resultantes de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento fueron mayores que los beneficios.

Estas pruebas y el cambio en las recomendaciones sobre el análisis del APE demuestran la necesidad de que el personal de enfermería se mantenga al tanto de los nuevos resultados de investigación y asegure que su práctica se base en las pruebas actuales y las mejores prácticas. La información también recuerda que existen riesgos en la detección de enfermedades, tanto en términos de las complicaciones que pueden surgir durante la prueba como de las consecuencias de los tratamientos.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

El Sr. y la Sra. Noonan, ambos de 66 años de edad, han disfrutado de una actividad sexual saludable y satisfactoria a lo largo de sus 20 años de matrimonio. La Sra. Noonan se sometió a una mastectomía por cáncer de mama hace 4 meses y confiesa que su marido ha estado más distante desde que la diagnosticaron. No han tenido relaciones sexuales desde la mastectomía y él ya no la abraza. La Sra. Noonan está interesada en reanudar la actividad sexual, pero su marido busca excusas y parece desinteresado.

¿Cuál podría ser la causa de la reacción del Sr. Noonan? ¿Qué podría hacerse para ayudar a la pareja?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Comente las razones que tienen las personas mayores para no realizar la autoexploración mamaria y testicular y las medidas que puede tomar el personal de enfermería para promoverlas.

2. Formule un programa para garantizar que se realicen exploraciones mamarias y testiculares regulares para las personas que viven en un centro de cuidados tutelados o residencia de adultos mayores.
3. Enuncie las sugerencias que pueden ofrecerse a las mujeres mayores que afirman que encuentran incómodo el coito debido a la sequedad vaginal.

Recursos

Gilda's Club Worldwide

<http://www.gildasclub.org>

Gynecologic Cancer Foundation

<http://www.wcn.org>

MaleCare

<http://www.malecare.com>

National Prostate Cancer Coalition

www.zerocancer.org

Ovarian Cancer National Alliance

<http://www.ovariancancer.org>

The Wellness Community

<http://www.thewellnesscommunity.org>

Referencias

American Cancer Society. (2014). *American Cancer Society guidelines for the prevention and early detection of cancer*. Acceso el 25 de enero de 2015 en: <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/moreinformation/cervicalcancerpreventionandearlydetection/cancer-prevention-and-early-detection-cervical-cancer-screening-guidelines>

National Cancer Institute. (2014). *Cancer Statistics. SEER Stat Fact Sheets: Cervix uteri cancer*. Acceso el 25 de enero de 2015 en: <http://seer.cancer.gov/>

National Cancer Institute. (2015). *Cancer Fact Sheet*. Acceso el 22 de enero de 2015 en: <http://seer.cancer.gov/stat-facts/html/prost.html>

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas asociadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña a este libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y otros recursos vinculados con este capítulo.

Movilidad

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento sobre la función musculoesquelética

Promoción de la salud musculoesquelética

- Promoción del ejercicio físico en todos los grupos de edad
- Programas de ejercicios diseñados para los adultos mayores
- La conexión mente-cuerpo
- Prevención de la inactividad
- Nutrición

Afecciones musculoesqueléticas seleccionadas

- Fracturas
- Artrosis
- Artritis reumatoide
- Osteoporosis
- Gota
- Afecciones de podología

Consideraciones generales de enfermería para las afecciones musculoesqueléticas

- Tratar el dolor
- Prevenir las lesiones
- Promover la independencia

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir los efectos del envejecimiento sobre la función musculoesquelética.
2. Mencionar los beneficios de la actividad.
3. Describir los ajustes que deben hacerse en los programas de ejercicio para etapas avanzadas de la vida.
4. Describir los retos que pueden enfrentar las personas mayores para mantener un estado activo.
5. Nombrar las acciones que pueden beneficiar a una persona mayor con deterioro de la movilidad.

6. Expresar el papel de la nutrición en la salud musculoesquelética.
7. Describir los factores que contribuyen a los síntomas y la atención de enfermería de fracturas, artrosis, artritis reumatoide, osteoporosis, gota y las afecciones podológicas.
8. Describir las medidas de tratamiento del dolor para los problemas musculoesqueléticos.
9. Identificar las formas de disminuir los riesgos de lesiones asociadas con problemas musculoesqueléticos.
 10. Describir las medidas para facilitar la independencia en las personas con problemas musculoesqueléticos.

GLOSARIO

Artrosis: enfermedad articular degenerativa en la que hay deterioro progresivo y abrasión del cartilago articular, que se acompañan de formación de hueso nuevo en las superficies de las articulaciones.

Onicomicosis: infección micótica de las uñas o sus lechos.

Osteoporosis: afección de los huesos caracterizada por la baja densidad ósea y los huesos porosos.

Sarcopenia: disminución de la velocidad de deambulación o la fuerza de sujeción manual asociada con menor masa o función musculares a causa de la edad.

Tiña de los pies: pie de atleta; infección micótica podálica.

Se obtiene una variedad de beneficios físicos, psicológicos y sociales a través de la actividad regular. La actividad física ayuda a las funciones respiratoria, circulatoria, digestiva, excretora y musculoesquelética. La agudeza mental y el estado de ánimo son realizados por los efectos fisiológicos del ejercicio. La actividad física puede ser un medio para participar en la actividad social; un estado físicamente apto impulsa a las personas mayores a participar en acontecimientos sociales. Múltiples problemas de salud, como aterosclerosis, obesidad, inmovilidad articular, neumonía, estreñimiento, úlceras por presión, depresión e insomnio, pueden evitarse cuando se mantiene un estado activo. Sin embargo, mantener un estado físico activo es más difícil en las fases avanzadas de la vida por los efectos del envejecimiento y los síntomas y las restricciones que imponen las afecciones de salud crónicas altamente prevalentes en las personas de edad avanzada. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica puede contribuir de manera significativa a la salud de los adultos mayores orientando a mantener y mejorar la condición física y ayudando a tratar de manera eficaz la afecciones que podrían amenazar un estado físico activo.

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA FUNCIÓN MUSCULOESQUELÉTICA

La disminución en el número y tamaño de las fibras musculares y la subsecuente pérdida de masa muscular disminuyen la fortaleza corporal; la resistencia de la sujeción de agarre disminuye. Los cambios del tejido conjuntivo reducen la flexibilidad de las articulaciones y los músculos.

Un reto cada vez mayor asociado con las menores masa y función muscular que enfrentan los individuos conforme envejecen es la **sarcopenia**, la disminución en la velocidad de la marcha y la fortaleza de sujeción manual. La sarcopenia puede ser

causada por enfermedad, inmovilidad, disminución de ingesta calórica, riego sanguíneo muscular deficiente, disfunción mitocondrial, disminución de hormonas anabólicas y aumento de citocinas proinflamatorias (Morley, Anker y von Haehling, 2014). Cuando se añade a la capacidad alterada de regeneración muscular que se presenta en etapas avanzadas de la vida, puede producir discapacidad, particularmente en los pacientes con enfermedades o deterioros orgánicos.

Además de los efectos del envejecimiento y la enfermedad, la actividad puede ser afectada por factores psicosociales. La pérdida del cónyuge y de amigos puede limitar la participación de la persona mayor en las actividades sociales y recreativas, situación que disminuye las oportunidades de actividad física. La jubilación suele acompañarse de una menor actividad, puesto que ya no hay que prepararse para trasladarse al sitio laboral y trabajar; las actividades sociales y recreativas que podrían ofrecer oportunidades para hacer ejercicio quizá estén restringidas por las limitaciones financieras o la mala salud. El cambio de vivienda desde donde la persona de edad avanzada formó su familia hacia una más pequeña, un departamento o una comunidad de jubilados elimina las funciones de limpieza y mantenimiento que constituían algunas oportunidades para el movimiento.

En la [tabla 23-1](#) se describen los efectos del envejecimiento que retan la capacidad del adulto mayor para mantenerse activo.

PROMOCIÓN DE LA SALUD MUSCULOESQUELÉTICA

Promoción del ejercicio físico en todos los grupos de edad

Mantener un estado físico activo es una tarea cada vez más complicada no sólo para las personas mayores, sino también para gran cantidad de individuos más jóvenes. Menos ocupaciones requieren un trabajo físico arduo, y las que sí lo requieren a menudo utilizan las innovaciones tecnológicas para realizar las tareas más extenuantes. Ver televisión, redes sociales virtuales y ser espectador de deportes son algunas de las formas de recreación actuales. Los automóviles, los taxis y los autobuses ofrecen transporte a los destinos a donde se solía caminar. Los ascensores y las escaleras mecánicas disminuyen la necesidad de ascender por escaleras. Los electrodomésticos modernos han disminuido de forma considerable la energía física dedicada a las tareas del hogar. Los jóvenes dedican considerables cantidades de tiempo a sentarse frente a pantallas, enviar mensajes de texto y videojuegos. Un número cada vez mayor de estadounidenses encuentra difícil dedicar un tiempo para correr o ir al gimnasio.

Instruir y alentar a las personas de todas las edades a hacer ejercicio con regularidad es una forma importante en la que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica puede influir para la salud de los adultos mayores de hoy y de generaciones futuras. Todos los programas de ejercicio deben incluir:

- *Resistencia cardiovascular.* La capacidad del corazón, los pulmones y los vasos sanguíneos para suministrar oxígeno a todas las células corporales mejora con el entrenamiento aeróbico. Los ejercicios aerobios incluyen caminar, trotar, ciclismo, natación, remo, tenis y el baile aeróbico. Para la resistencia cardíaca, estos ejercicios

deben realizarse de forma suficientemente prolongada para requerir un suministro continuo de oxígeno, lo que implica una demanda para el sistema cardiopulmonar de alcanzar al menos el 55% de la frecuencia cardíaca máxima (cuadro 23-1). De manera ideal, la frecuencia cardíaca debe descender dentro del rango objetivo de frecuencia cardíaca durante el ejercicio. Según el ejercicio, debe realizarse durante 20 min como mínimo, al menos 3 días a la semana. Pueden necesitarse ajustes hasta el rango de ritmo cardíaco objetivo deseable en las personas con afecciones cardíacas o que están tomando ciertos medicamentos; es importante consultar con un médico antes de iniciar un programa de ejercicios.

- *Flexibilidad.* La capacidad de mover libremente los músculos y las articulaciones dentro de su amplitud de movimiento es otra parte del acondicionamiento físico. Los ejercicios suaves de estiramiento ayudan a mantener la flexibilidad de las articulaciones y los músculos; los ejercicios de estiramiento durante 5-10 min antes y después de otros pueden disminuir el malestar muscular. Los principales grupos musculares se deben estirar al menos dos veces por semana.
- *Entrenamiento de fortalecimiento.* La fortaleza y la resistencia mejoran con ejercicios que tensan los músculos. La resistencia y la progresión son elementos clave del entrenamiento de fortalecimiento. La resistencia se logra levantando peso y con el uso de aparatos con peso integrado; los ejercicios isométricos o de peso corporal mediante calistenia, como flexiones y extensiones de brazos (lagartijas), también son buenos medios de entrenamiento de fortalecimiento. La *progresión* consiste en aumentar la carga de trabajo en los músculos, como al levantar objetos más pesados. La recomendación para la mayoría de los adultos es ejercitar un músculo mediante una serie de 8-12 repeticiones por lo menos dos veces cada semana.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 23-1 Envejecimiento y los riesgos de mantener un estado activo

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería^a
Disminución del gasto cardíaco	Intolerancia a la actividad relacionada con menor eficacia en el manejo del estrés
Reducción de la capacidad y la eficacia respiratorias	Intolerancia a la actividad relacionada con disnea
Disminución de la difusión de oxígeno	Perfusión de tejido periférico ineficaz relacionada con la disminución de la difusión de oxígeno
Disminución de la masa, la fuerza y los movimientos musculares	Intolerancia a la actividad relacionada con fatiga y debilidad musculares
Desmineralización ósea; deterioro del cartílago y la superficie de las articulaciones	Amplitud de movimiento disminuida, relacionada con la menor movilidad física
Fragilidad de los huesos	Riesgo de lesiones
Deterioro de la visión y la	Aislamiento social relacionado con el déficit sensorial

audición

Arrugas; adelgazamiento, pérdida y cambio de color del cabello

Alteración de la imagen corporal relacionada con los cambios de aspecto asociados con la edad

Disminución de la tasa metabólica basal

Movilidad física deficiente relacionada con menor velocidad de las actividades

Riesgo de lesiones e infecciones relacionadas con la disminución de las funciones corporales durante los estados de reposo/sueño

Mayor prevalencia de enfermedades crónicas o incapacitantes

Riesgo de planificación ineficaz de las actividades en relación con una enfermedad crónica

Movilidad física reducida relacionada con enfermedad crónica

Dolor crónico relacionado con enfermedad crónica

Deterioro de la interacción social relacionado con enfermedad crónica

Menores ingresos económicos

Deterioro de las actividades recreativas relacionado con menores recursos disponibles para estas actividades

Autoestima baja relacionada con la disminución de los recursos

Aislamiento social relacionado con menor cantidad de recursos disponibles para transporte, entretenimiento y divertimento

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

CUADRO 23-1 Cálculo de las frecuencias cardíacas máxima y objetivo

Frecuencia cardíaca máxima = 220 – edad

Frecuencia cardíaca objetivo = frecuencia cardíaca máxima × 75%

Rango de frecuencia cardíaca objetivo = 65-80% de la frecuencia cardíaca máxima

Los monitores de frecuencia cardíaca comerciales disponibles en tiendas de suministros para deportes pueden proporcionar información sobre la frecuencia cardíaca durante el ejercicio sin el inconveniente de tener que detenerse a palpar el pulso.

Es esencial para toda valoración de salud una revisión de la calidad y la cantidad del ejercicio. El personal de enfermería debe identificar los déficits de ejercicio mediante la revisión de las estrategias y los objetivos adecuados correspondientes. Ayudar a las personas a desarrollar buenos hábitos de ejercicio en la actualidad promueve una población de adultos mayores más sana en el futuro.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cuenta con un plan de ejercicio regular en su vida? Si no es así, ¿qué factores lo impiden?

Programas de ejercicios diseñados para los adultos mayores

La manía del acondicionamiento físico es popular en nuestra sociedad; las personas mayores no están exentas de este movimiento. La actividad física regular puede retrasar o prevenir algunas de las pérdidas de la función cardiovascular relacionadas

con la edad y mejorar la captación máxima de oxígeno. También puede disminuir la presión arterial sistólica y la presión diastólica en reposo. La actividad física puede aumentar la fuerza y flexibilidad musculares y retrasar la pérdida ósea.

El ejercicio puede mejorar el tono corporal, la circulación, el apetito, la digestión, la eliminación, la respiración, la inmunidad, el sueño y el autoconcepto. La participación en programas de ejercicio puede también proveer oportunidades para la socialización y la recreación (fig. 23-1). Un número creciente de adultos mayores entiende los beneficios de los programas de ejercicio y está participando en ellos.

Aunque el ejercicio es muy beneficioso para los adultos mayores, puede crear problemas si no se realizan ajustes para la edad avanzada. Además de los efectos del envejecimiento sobre la función musculoesquelética que se han descrito previamente, los cambios relacionados con la edad afectan la habilidad de la persona para ejercitarse. El menor volumen sistólico que se experimenta conforme avanza la edad suele ser adecuado durante el ejercicio leve, aunque no puede aumentar en respuesta al ejercicio más vigoroso en comparación con los corazones más jóvenes. Esto hace que la frecuencia cardíaca se acelere para proveer una circulación adecuada a los tejidos. Una mayor resistencia al riego sanguíneo no sólo causa una presión arterial sistólica más alta durante el reposo, sino que también puede elevarse por arriba de 200 mm Hg durante el ejercicio. La menor capacidad vital y la mayor capacidad residual limitan el movimiento del aire, lo que hace que los músculos respiratorios trabajen con mayor intensidad y aumente la frecuencia respiratoria. El incremento proporcional de grasa corporal en los cuerpos de mayor edad causa que el calor se disipe con menor eficacia, lo que hace a las personas mayores más susceptibles al choque térmico si se ejercitan bajo altas temperaturas. La disminución del 10-15% en el líquido corporal total que se experimenta en etapas avanzadas de la vida significa que los adultos mayores pueden deshidratarse más fácilmente por la transpiración durante el ejercicio. Estos factores enfatizan la importancia de valorar a las personas de edad avanzada antes de comenzar un programa de ejercicios y dar seguimiento a su estado durante la actividad física. En el cuadro 23-2 se describen algunas de las pautas que pueden ayudar a los adultos mayores a obtener el máximo beneficio de los programas de ejercicio.



FIGURA 23-1 ● Las actividades planificadas pueden ofrecer oportunidades para la socialización, así como el ejercicio.

Los programas de ejercicio se cumplen mejor si coinciden con los intereses y las necesidades del individuo. Algunas personas tienen aversión a los deportes organizados, pero disfrutan del baile, por lo que es de ayuda encontrar grupos eclesiósticos o comunitarios que patrocinan regularmente bailes vespertinos que pueden hacer más por promover el ejercicio que describir todos los beneficios de unirse a un equipo de tenis o bolos. Asimismo, las personas que no sean capaces o no quieran hacer ejercicio en un gimnasio pueden estar dispuestas a levantar peso o usar una bicicleta estática de ejercicio en sus hogares. Se debe considerar una gama de opciones, como caminar enérgicamente, natación, yoga y los ejercicios aeróbicos. Además, las personas pueden aprovechar las oportunidades para mejorar la actividad física durante las rutinas diarias, como subir escaleras en lugar de tomar un ascensor, estacionar el auto más lejos del destino para caminar más, pasear al perro por una ruta más larga durante las caminatas habituales y hacer el trabajo de jardinería y la limpieza del hogar (fig. 23-2).

CUADRO 23-2 Guía para los programas de ejercicio para adultos mayores

- Verificar que se ha realizado una exploración física reciente para detectar afecciones que pueden afectar o ser afectadas por un programa de ejercicios (p. ej., cardiopatía y diabetes). Si existen enfermedades, consulte con el médico en cuanto a las restricciones y las modificaciones al programa.
- Valorar el grado de actividad actual de la persona mayor, su amplitud de movimiento, la fuerza y el tono musculares y la respuesta a la actividad física. En colaboración con el paciente, desarrollen un programa de ejercicios que considere sus intereses, capacidades, limitaciones y potencial realista.
- Insistir en ejercicios que se centran en la velocidad y el ritmo buenos (p. ej., peso bajo y gran cantidad de repeticiones). Realizar ejercicio de resistencia leve y evitar los ejercicios isométricos.
- Determinar la frecuencia cardíaca de entrenamiento y valorar la correspondiente durante el ejercicio para garantizar que la tasa se mantenga dentro de un rango seguro.
- Determinar la frecuencia cardíaca de entrenamiento ajustada para la edad; restar la edad a 220 y multiplicar el resultado por 70% ([Centers for Disease Control and Prevention, 2011](#)). Así, se calcula la frecuencia máxima que proporciona beneficios vasculares y otros, sin causar efectos nocivos. La frecuencia cardíaca en reposo puede servir como el grado inferior, y la frecuencia cardíaca de entrenamiento, como el límite superior para un rango de frecuencia cardíaca segura durante el ejercicio.
- Vigilar el pulso durante el ejercicio y disminuir su intensidad y duración si es mayor de 10 pulsaciones por arriba del objetivo de frecuencia cardíaca.
- Consultar con el médico la adecuación del programa para las personas que tienen

frecuencia cardíaca en reposo mayor de 100 latidos por minuto.

- Recomendar al adulto mayor usar zapatos que absorban choques y con suela de tracción.
- Fomentar ejercicios de calentamiento (p. ej., estiramientos y flexiones suaves) durante al menos 10 min antes de que la persona participe en el programa completo de ejercicios.
- Proveer un período de enfriamiento después de los ejercicios.
- Comenzar con un programa conservador de ejercicios e intensificarlos de forma gradual. Vigilar los signos vitales y los síntomas en los distintos grados de actividad. Detectar arritmias, cambios significativos en la presión arterial, disnea, fatiga, angina y claudicación intermitente.

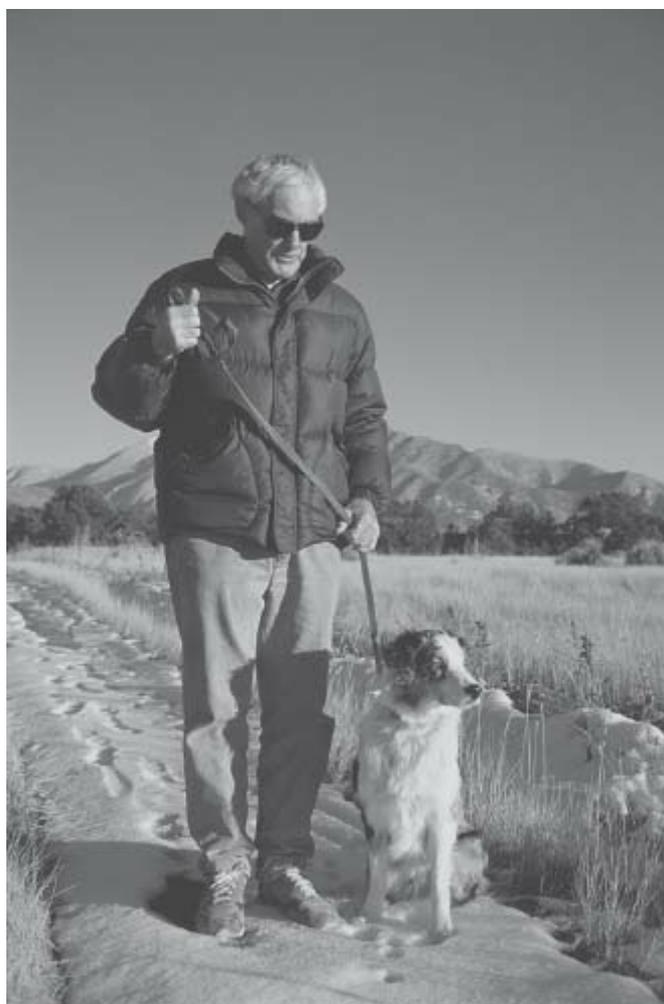


FIGURA 23-2 ● Pasear al perro al aire libre puede ofrecer una oportunidad para incorporar la actividad física a la rutina diaria del adulto mayor.

COMUNICACIÓN

Cuando se habla de ejercicio con los adultos mayores, pueden lograrse mejores resultados si se estructura un plan con base en los intereses y necesidades individuales, no en un programa de actividad estándar. En lugar de ofrecer publicaciones sobre ejercicios o presentar recomendaciones a los adultos mayores, pregunte si tienen antecedentes de ejercicio y si consideran que son capaces de cumplir con el plan. Si

reconocen que no es de su agrado o no cumplen con los planes de ejercicio, deben revisarse sus intereses y actividades para explorar la forma en la que se pueden aprovechar para promover la actividad física. Hacer partícipes a los adultos mayores en el diseño de planes de ejercicio, indagar su reacción a los planes y ayudar en la exploración de opciones para superar los obstáculos. Los planes realistas y aceptables para los adultos mayores suelen implementarse y mantenerse, en comparación con las recomendaciones de ejercicio ideal prescritas por sus proveedores e incompatibles con los intereses y preferencias de las personas.

Se recomienda pausar los ejercicios durante el día y evitar la fatiga por su potencial de producir dolor y calambres musculares. Los ejercicios de estiramiento durante la mañana para aliviar la rigidez en las articulaciones y los músculos fomentan la actividad, mientras que los ejercicios antes de dormir promueven la relajación y favorecen el sueño. Si una persona mayor no está acostumbrada a una gran cantidad de actividad física, debe iniciar ejercicios poco a poco y aumentar según el progreso individual. Por lo general, puede presentarse algo de taquicardia durante los ejercicios y continuar durante varias horas después en las personas de edad avanzada. Deben permitirse períodos más largos para que el adulto mayor realice sus ejercicios, con lapsos de descanso después de la actividad. El agua y los paños o toallas tibios colocados alrededor de las articulaciones pueden facilitar su movimiento y favorecer el ejercicio.

Los huesos más delgados, débiles y frágiles de los adultos mayores aumentan el riesgo de fracturas. Deben evitarse los ejercicios que ejercen presión en una articulación inmovilizada, los deportes extenuantes y correr y saltar a fin de prevenir traumatismos. Las personas mayores con problemas cardíacos o respiratorios deben buscar asesoramiento médico sobre la cantidad y el tipo de ejercicio mejor adaptado a sus capacidades y limitaciones únicas.

Una cantidad mayor de personas mayores está optando por ejercicios que alguna vez se limitaban al ámbito del tratamiento complementario y alternativo. El yoga y el *tai chi* son ejemplos de estas prácticas, que parecen tener gran cantidad de beneficios en los adultos mayores. Después de que se publicó el primer gran estudio que mostró que los ejercicios de *tai chi* ayudaron a disminuir las caídas en un 25% en las personas de edad avanzada (Province, et al., 1995), otros han mostrado que además de mejorar la flexibilidad y el equilibrio, el *tai chi* es beneficioso para la promoción del estado de ánimo positivo en los adultos mayores (Li, Yuan y Zhang, 2014; Manor, et al., 2014) (véase la sección de Recursos al final de este capítulo para los sitios web donde se ofrece más información acerca del yoga y el *tai chi*).

Algunos individuos de edad avanzada pueden ser incapaces de participar en programas de ejercicios formales. Para ellos, puede ser de beneficio idear ejercicios menos intensos durante sus actividades cotidianas y promover la actividad máxima durante las actividades de atención diarias, por ejemplo:

- Sugerir que el paciente haga círculos con pies, piernas, hombros y brazos mientras mira la televisión.
- Instruir al paciente para hacer ejercicios de respiración profunda y con los miembros en el período entre despertar y levantarse de la cama.
- Animar al paciente a lavar platos o ropa ligera a mano para ejercitar los dedos con el

beneficio del agua tibia.

- Al saludar a un paciente en la sala, indicar que eleve ambos brazos lo más alto posible y mueva la mano para saludar.
- Al dar un medicamento, indicar al paciente que flexione cada miembro varias ocasiones.
- Indicar al paciente que flexione y extienda todas las partes del cuerpo durante el baño.

La [figura 23-3](#) muestra diversos ejercicios que pueden incorporarse con facilidad a las actividades cotidianas de la persona mayor.



CONCEPTO CLAVE

Las personas incapaces de participar en un programa de ejercicios intenso pueden estirarse y exagerar los movimientos durante las actividades cotidianas para promover la circulación y movilidad de las articulaciones.

En ocasiones, las personas mayores pueden necesitar asistencia parcial o completa con los ejercicios. Al personal de enfermería y otros cuidadores les resulta útil recordar los siguientes puntos:

- Ejercitar todas las articulaciones del cuerpo dentro de su amplitud de movimiento normal por lo menos tres veces al día.
- Apoyar la articulación y la extremidad distal durante el ejercicio.
- No forzar la articulación más allá del punto de resistencia.

En el [capítulo 32](#) se revisan los ejercicios de amplitud de movimiento y algunos de los dispositivos asistenciales que pueden ayudar a las personas mayores a estar activas.

La conexión mente-cuerpo

Los estados cognitivos y emocionales pueden influir en la actividad física. Las personas con depresión pueden estar poco motivadas para participar en el ejercicio o carecer de la energía para la actividad física. Las personas con enfermedad de Alzheimer y otras afecciones cognitivas pueden carecer de la memoria, el juicio o la coordinación para ejercitarse con seguridad. Sin embargo, los estados de inactividad conducen a los efectos lesivos de la inmovilidad (p. ej., mala circulación, fatiga y menor secreción de endorfinas) que pueden afectar la mente. La promoción de la actividad física puede tener efectos positivos sobre el estado de ánimo y la cognición. El personal de enfermería puede ayudar a los pacientes con trastornos del estado de ánimo o cognitivos en el desarrollo y la implementación de un programa de ejercicios apropiado para sus capacidades y necesidades. Las actividades deben planificarse según los intereses únicos del individuo y pueden incluir arte, artesanía, viajes, clases, jardinería, mecánica automotriz, baile, escuchar música, mirar gente y coleccionismo. Con frecuencia, las mascotas son una fuente de interés, actividad y compañerismo

para los adultos mayores. La edad adulta mayor también puede ser un lapso para el desarrollo de nuevas aficiones e intereses.



CONCEPTO CLAVE

La estimulación mental es tan vital para el bienestar físico de un individuo como la actividad física. Asimismo, la actividad física puede mejorar el estado de ánimo y la cognición.

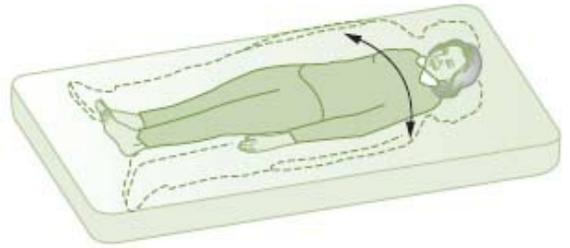
La recreación terapéutica es una actividad estructurada con un objetivo específico en mente, por ejemplo, trabajar con arcilla para ejercitar los dedos, pintar para expresar sentimientos y clases de cocina para restablecer o mantener actividades. Los especialistas en recreación, música, arte y danzaterapia pueden proporcionar asistencia valiosa en la adecuación de las actividades a las necesidades, los intereses y las capacidades de los adultos mayores.

Para cualquier actividad se necesitan tiempo y paciencia adecuados. La transmisión más lenta de los impulsos a través del sistema nervioso, los déficits sensoriales y el vasto almacén de información que se activa y ordena en respuesta a estímulos psicológicos son sólo algunos de los factores que interfieren con las reacciones rápidas en las personas mayores.

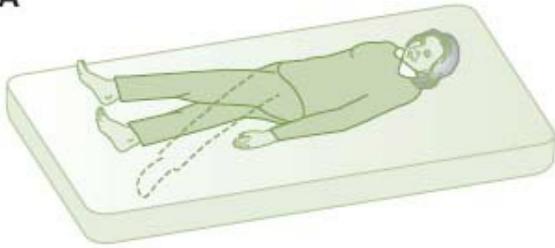
Ejercicios para realizar mientras se está en la cama



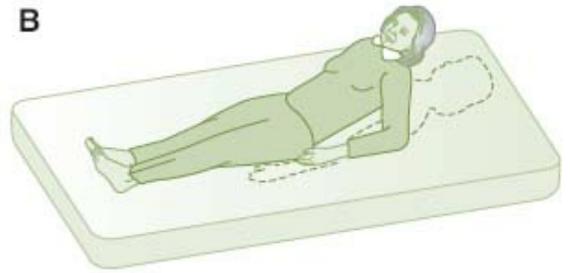
A



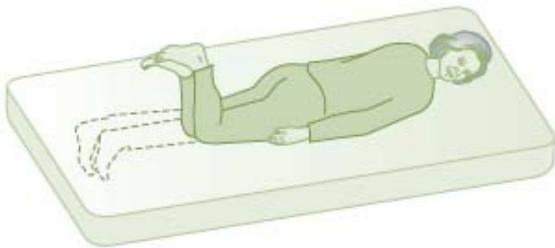
B



C



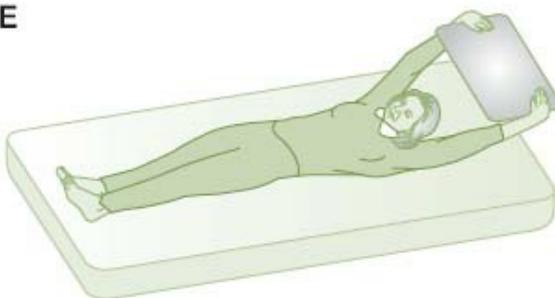
D



E



F

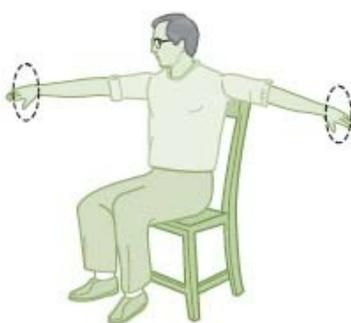


G

Ejercicios para realizar sentado



H



I



J



K



L

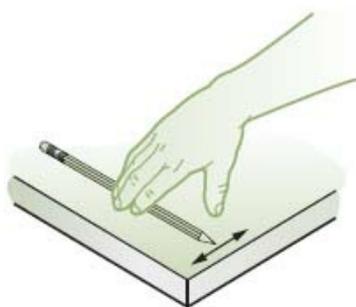


M



N

Ejercicios para realizar en cualquier momento



O



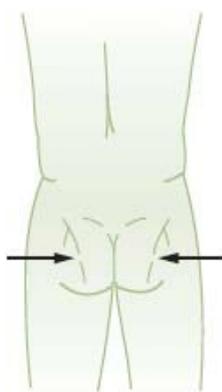
P



Q



R



S



T

FIGURA 23-3 ● Ejercicios para realizar mientras se está en la cama: **A.** Flexionar la rodilla mientras la otra mano sujeta el pie como ayuda. **B.** Balanceo de un lado a otro. **C.** Cruzar las piernas como tijeras. **D.** Elevar el pecho. **E.** Flexionar las rodillas mientras se yace sobre el abdomen. **F.** Simular que se anda en bicicleta **G.** Levantar una almohada sobre la cabeza con los brazos rectos. Ejercicios para realizar sentado: **H.** Movimiento circular de la articulación del hombro con el brazo a un lado. **I.** Hacer círculos con los brazos. **J.** Girar la cabeza. **K.** Flexionar y extender el cuello. **L.** Empujar hacia arriba con los brazos. **M.** Patear. **N.** Girar una lata con el pie. Todos los ejercicios se pueden incorporar a las actividades cotidianas. Ejercicios para realizar en cualquier momento: **O.** Rodar un lápiz sobre una superficie dura. **P.** Flexionar los dedos alrededor de un lápiz. **Q.** Exagerar los movimientos de masticación. **R.** Frotar la espalda con una toalla. **S.** Contraer los músculos rectopineales. **T.** Sostener la pared abdominal contraída para reforzar sus músculos.

Prevención de la inactividad

Como se indica en el [cuadro 23-3](#), los efectos del desacondicionamiento físico causados por la inactividad son significativos para los adultos mayores y exageran los efectos de la sarcopenia relacionada con la edad. Para una persona de cualquier edad, mantener un estado activo puede ser un desafío. Para las personas mayores, los cambios en la fuerza y la resistencia musculares, las menores oportunidades de actividad y la fatiga, el dolor, los mareos, la disnea y otros síntomas asociados con los problemas de salud prevalentes en la etapa avanzada de la vida pueden disminuir el grado de la actividad.



CONCEPTO CLAVE

La inactividad puede llevar al desacondicionamiento, lo que complica los efectos de la sarcopenia.

Puesto que estos obstáculos reales aparecen en el camino de mantenerse físicamente activas en etapas avanzadas de la vida, las personas mayores requieren esfuerzos especiales propios y de quienes los cuidan para compensar el problema. Una medida crucial es instruir al público, especialmente a los cuidadores, sobre la importancia de la actividad física en los adultos mayores (p. ej., disminución de la presión arterial, mantenimiento de la fuerza muscular, prevención de caídas, ayuda a la circulación linfática, aumento de la agudeza mental y del estado de ánimo y mejoría de la digestión y la eliminación). A veces, las familias creen que están ayudando a sus parientes mayores al hacer cosas por ellos, lo que promueve el sedentarismo. Con frecuencia, ayudar con responsabilidades en el hogar no sólo mejora el buen funcionamiento de los aparatos y los sistemas corporales, sino que también promueve un sentido de valor al proporcionar una oportunidad para la productividad. Aunque la actividad física puede ser más incómoda o exigente que la inactividad, los problemas de salud y la discapacidad futuros pueden evadirse con su práctica regular.

La creatividad para sugerir pasatiempos que pueden estimular el movimiento tal vez constituya una clave para aumentar las oportunidades para la actividad. Por ejemplo, alentar que se unan a un club de jubilados puede motivar numerosos tipos de actividades, ya que el individuo tendrá una razón para realizar las siguientes tareas, entre otras:

- ▮ Levantarse de la cama

- Preparar e ingerir el desayuno
- Bañarse
- Vestirse
- Peinarse el cabello
- Trasladarse al club
- Asimilar un nuevo entorno
- Interactuar con los demás
- Participar en actividades
- Trasladarse de regreso a casa
- Desvestirse

Los cuidadores de personas mayores pueden mejorar la motivación mostrando un sincero interés en sus actividades, por ejemplo, preguntando cómo pasaron su día, admirando las artesanías que elaboraron o escuchando los detalles de un viaje. Reconocer sus esfuerzos de limpieza del hogar, usar sus regalos de manualidades y comentar sobre un aspecto bien arreglado son formas pequeñas pero significativas para reconocer los esfuerzos de la persona mayor por mantenerse activa.

CUADRO 23-3 Efectos nocivos de la inactividad

- *Cambios en la función fisiológica:*
 - Disminución de la frecuencia del pulso
 - Mayor carga de trabajo cardíaco
 - Disminución de la capacidad aeróbica
 - Expansión del tórax y ventilación disminuidas
 - Resistencia, tono y fuerza muscular disminuidas
 - Desmineralización ósea, aumento de la tendencia a las fracturas
 - Movilidad gastrointestinal más lenta
 - Circulación linfática y metabolismo más lentos
- *Mayor riesgo de complicaciones:*
 - Hipotensión postural
 - Neumonía hipostática
 - Úlceras por presión
 - Falta de apetito
 - Obesidad
 - Estreñimiento
 - Bolo fecal

- Incontinencia fecal
- Formación de cálculos renales
- Infección de vías urinarias
- Rigidez articular, amplitud de movimiento limitada
- *Cambios en el estado de ánimo y el autoconcepto:*
 - Aumento de sentimientos de impotencia y depresión
 - Autoconcepto como incapaz y frágil
- *Mayor dependencia*
- *Menos oportunidades para la socialización*

El personal de enfermería puede informar a las personas mayores sobre los recursos locales que pueden promover la actividad, por ejemplo, centros para personas de edad avanzada, clases de ejercicios, programas educativos y recreativos en las escuelas o universidades, oportunidades de voluntariado y clubes locales. Además, debe promover la actividad organizando el transporte de los adultos mayores hacia y desde las actividades. Para las personas mayores recluidas en su hogar, los servicios especiales ofrecidos por las bibliotecas, las asociaciones de la visión, Pets on Wheels, las organizaciones de servicios sociales, las comunidades religiosas y otras agencias pueden proporcionar recursos y compañerismo que promueven la actividad. Consulte el listado de recursos al final de los capítulos para conocer las agencias que se dedican a necesidades específicas.

Las capacidades y limitaciones únicas de un adulto mayor, así como sus intereses, determinarán las actividades apropiadas para ese individuo. Aprender de los intereses particulares, preferencias, capacidades y habilidades de una persona mayor puede ayudar al personal de enfermería en la identificación de las actividades que son familiares y agradables. Los estereotipos de las personas de edad avanzada y suponer que todas disfrutan de exactamente las mismas actividades destruyen el principio subyacente de enfermería de atención individualizada y limitan en gran medida las oportunidades disponibles para los adultos mayores. Si se asume que las personas mayores son normalmente inactivas, desinteresadas en el ejercicio e incapaces de participar en la actividad física y se las trata de manera acorde, con toda probabilidad cumplirán esas expectativas. Si, por el contrario, se espera que se mantengan activas e interesadas en el mundo que les rodea, tienen una mejor probabilidad de mantenerse capaces, independientes y física y mentalmente funcionales.

En el [diagnóstico de enfermería destacado 23-1](#), se describen intervenciones adicionales para promover la movilidad. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica puede hacer una diferencia al identificar a pacientes con alto riesgo de desarrollar problemas musculoesqueléticos, implementar intervenciones para prevenir estos problemas y establecer programas de reacondicionamiento para las personas con desacondicionamiento crónico.

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

Resumen

La *movilidad física alterada* es un estado en el que el movimiento es limitado. Se observa cierto grado de limitación de la movilidad, que va desde el uso de dispositivos especiales para la actividad hasta la dependencia total de otros para realizarlo. Otros signos asociados con este diagnóstico pueden incluir la disminución de la fuerza muscular o su regulación, la disminución de la amplitud de movimiento, alteración de la coordinación o la marcha, disminución del nivel de consciencia, dolor, parálisis y restricciones impuestas al movimiento.

Factores contribuyentes o causales

Artritis, desnutrición, enfermedad neuromuscular, déficits sensoriales, edema, ausencia de una extremidad, enfermedad cardiovascular o pulmonar, obesidad, efectos adversos de los medicamentos, alteración del estado de ánimo y la cognición.

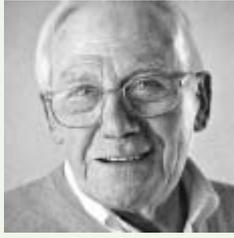
Objetivos

El paciente aumenta su movilidad al grado óptimo. El paciente no presenta las complicaciones asociadas con la menor movilidad.

Intervenciones

- Valorar la fuerza y el tono musculares, la amplitud de movimiento activo y pasivo y el estado mental.
- Revisar los antecedentes de las afecciones que pueden limitar la movilidad o requieren modificar su grado. Consultar con el médico en cuanto a las restricciones de la movilidad y las modificaciones necesarias para los ejercicios.
- Desarrollar un programa de actividad individualizado, que podría incluir los ejercicios de amplitud de movimiento pasivos o activos, las clases de ejercicio estructuradas y las caminatas (véase el [cuadro 23-2](#)).
- Ayudar al paciente a mantener la buena alineación corporal y hacer cambios de posición cada hora.
- Promover un buen estado nutricional. Según la necesidad, consultar con nutriólogos.
- Si es necesario, derivar para conseguir bastones, andadores, sillas de ruedas, abrazaderas, dispositivos de tracción y otros auxiliares para aumentar la movilidad. Proporcionar instrucción para la salud relacionada según la necesidad.
- Colaborar con un fisioterapeuta, terapeutas ocupacionales y recreativos y otros miembros del equipo de salud para desarrollar un programa de aumento de la movilidad del paciente.
- Alentar a la familia y otros seres queridos para ayudar en los esfuerzos por aumentar la movilidad del paciente.
- Proveer actividades recreativas con base en los intereses y el grado de función del paciente.
- Vigilar las complicaciones asociadas con la inmovilidad y buscar su pronta corrección. Instruir al paciente en el reconocimiento de las complicaciones.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. E., de 74 años, se ha vuelto progresivamente más inactivo desde que se jubiló de su trabajo como repartidor hace 6 años. Su esposa, quien es de la misma edad y considerablemente más activa, insiste al Sr. E. que haga más ejercicio, pero él responde que trabajó duro toda su vida y que ahora que está jubilado merece “relajarse y tomárselo con calma”. La rigidez en las articulaciones y la cada vez menor capacidad respiratoria del Sr. E. causan dificultad para caminar más de una cuadra y subir escaleras. Con frecuencia, se queda dormido y tiene pocos intereses además de la televisión. Su esposa es infeliz porque no participan juntos en ningún

actividad.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué puede hacer para lograr un cambio en la conducta del Sr. E.?
- ¿Cómo podría ayudar al Sr. y la Sra. E.?

Nutrición

Por último, aunque con frecuencia no recibe la suficiente importancia, la buena nutrición es un factor importante para la prevención y el tratamiento de los problemas musculoesqueléticos. Una dieta balanceada rica en proteínas y minerales ayuda a mantener la estructura de los huesos y los músculos. Se debe incluir un mínimo de 1 500 mg de calcio en la dieta diaria de los hombres y las mujeres mayores que no toman estrógenos (1 000 mg para las mujeres que no consumen estrógenos). En la [tabla 23-2](#) se detallan las buenas fuentes de calcio. Si la ingesta de calcio no cubre los requerimientos diarios, se deben tomar suplementos para compensar la cantidad deficiente (p. ej., si una persona debe consumir 1 500 mg diarios y sólo obtiene un promedio de 1 000 mg de su dieta, un suplemento adecuado es de 500 mg).

TABLA 23-2 Fuentes adecuadas de calcio

Fuente	Ración	Calcio (mg)
Yogurt natural bajo en grasa	1 taza	250-400
Sardinas	0.5 tazas	375
Jugo de frutas fortificado con calcio	1 vaso	300
Leche descremada	1 taza	302
Suero de mantequilla	1 taza	300
Avena instantánea, enriquecida y cocida	1 taza	200
Queso suizo	30 g	272
Helado	1 taza	175
Requesón bajo en grasa (2%)	1 taza	155
Grelos cocidos	0.5 tazas	150
Tofu	0.5 tazas	150
Brócoli	1 taza	136

Además de la calidad de la dieta, la cantidad también es importante. La obesidad pone tensión sobre las articulaciones, lo que agrava las afecciones como la artritis. La disminución de peso alivia con frecuencia las molestias musculoesqueléticas y reduce las limitaciones, y debe promoverse como una práctica de buena salud para las personas de todas las edades.

AFECCIONES MUSCULOESQUELÉTICAS SELECCIONADAS

Es infrecuente que un individuo de edad avanzada no experimente cierto grado de malestar, discapacidad o deformidad por afecciones musculoesqueléticas. En realidad, las enfermedades musculoesqueléticas son la principal causa de deterioro funcional en las personas mayores. Puesto que la actividad y la movilidad son vitales para la salud total de los adultos mayores, los problemas musculoesqueléticos que limitan la capacidad funcional pueden tener efectos devastadores (tabla 23-3). En la valoración de los problemas musculoesqueléticos se debe considerar no sólo la presencia de estas afecciones, sino también el efecto que tienen sobre el funcionamiento del adulto mayor (guía de valoración 23-1). La prevención de estos problemas y la intervención intensiva para disminuir sus efectos, cuando están presentes, debe ser parte integral de la atención de enfermería geriátrica y gerontológica.

Fracturas

Los traumatismos, las metástasis óseas producto del cáncer, la **osteoporosis** y otras enfermedades óseas contribuyen a las fracturas en los adultos mayores. El cuello del fémur es un lugar frecuente de fracturas en las personas mayores, sobre todo las mujeres, y la mayoría son resultado de caídas. La fractura de Colles (del extremo distal del radio) es una de las más frecuentes en el miembro superior; a menudo, se produce cuando se intenta detener una caída con la mano hiperextendida. Las personas de edad avanzada también están en riesgo de fracturas por compresión de las vértebras, como resultado de caídas o de levantar objetos pesados. Los huesos más frágiles de los adultos mayores no sólo se fracturan fácilmente, sino que también consolidan a un ritmo más lento que en las personas jóvenes, lo que potencialmente las predispone a las diversas complicaciones asociadas con la inmovilidad.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 23-3 Diagnósticos de enfermería relacionados con problemas musculoesqueléticos

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería ^a
Fatiga muscular, dolor, deformidad	Intolerancia a la actividad física
Dolor, miedo a las lesiones	Ansiedad
Inactividad o inmovilidad por dolor o discapacidad	Estreñimiento
Fracturas, contracturas, espasmos, artritis	Dolor (agudo, crónico)

Cambio o pérdida de la función o el aspecto	Temor
Artritis, dolor, contractura, problemas de la amplitud de movimiento	Problemas de mantenimiento del hogar
Marcha inestable, dolor, uso inadecuado del calor	Riesgo de lesiones
Espasmos, atrofia, dolor, deformidad	Alteración de la movilidad física
Deterioro de la capacidad de autocuidado	Impotencia emocional
Inmovilidad, dolor, deformidad	Déficit de autocuidado
Cambio en la estructura o la función corporal, dolor, inmovilidad, mayor dependencia	Alteración de la imagen corporal
Dolor, fatiga, dificultades de posicionamiento, alteración de la imagen corporal	Disfunción sexual
Dolor, espasmos, calambres	Alteración del patrón de sueño
Cambio en la estructura o función corporales, alteración del autoconcepto, dolor	Alteración de la interacción social
Inmovilidad, dolor, desfiguración	Aislamiento social

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.



GUÍA DE VALORACIÓN 23-1 FUNCIÓN MUSCULOESQUELÉTICA

INSPECCIÓN GENERAL

La valoración del sistema musculoesquelético puede comenzar incluso antes de la exploración formal prestando atención a las acciones del paciente, como las actividades de transferencia, la deambulación y el movimiento de las manos. Note los hallazgos con respecto a lo siguiente:

- Marcha anómala (tabla 23-4)
- Anomalías de la estructura
- Disfunción de una extremidad
- Predominio unilateral
- Temblor
- Parálisis
- Debilidad
- Atrofia de una extremidad
- Eritema y edema en una articulación
- Uso de bastón, andador, silla de ruedas

INTERROGATORIO

Aunque pueda parecer tedioso, es mejor avanzar de cabeza a pies y preguntar al paciente sobre la función limitada o las molestias en determinadas partes del cuerpo. Las preguntas pueden incluir lo siguiente:

- ¿Su mandíbula se pone rígida o duele cuando mastica?
- ¿Presenta rigidez en el cuello?

- ¿Alguna vez se tensa su hombro?
- ¿Le duelen las costillas o las siente hipersensibles?
- ¿Le duelen las caderas después de haber caminado durante un tiempo?
- ¿Presenta rigidez articular durante la mañana?
- ¿Sufre dolor o rigidez en la espalda?
- ¿Sufre calambres musculares?
- ¿Cuánto es capaz de caminar?
- ¿Es capaz de cuidar su casa, entrar y salir de la bañera y subir escaleras?

También se debe indagar de forma específica la manera en la que el paciente trata el dolor musculoesquelético, particularmente el consumo de analgésicos, calor y preparaciones tópicas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Explorar la amplitud de movimientos activos y pasivos de las articulaciones. Detectar el grado de movimiento con y sin ayuda. Las siguientes son áreas específicas a revisar:

- *Hombro*. El paciente debe ser capaz de levantar ambos brazos rectos por encima de la cabeza. Con los brazos rectos a los lados, el paciente debe ser capaz de elevarlos lateralmente por encima de la cabeza (p. ej., 180°) con las manos en posición supina y 110° en la posición prona. El paciente debe ser capaz de extender los brazos 30° detrás del cuerpo a ambos lados.
- *Cuello*. El paciente debe ser capaz de girar la cabeza a los lados y flexionarla y extenderla aproximadamente 30° en todas direcciones.
- *Codo*. El paciente debe ser capaz de abrir totalmente los brazos y hacer flexión suficiente de la articulación como para permitir que la mano toque el hombro.
- *Muñeca*. El paciente debe ser capaz de doblar la muñeca 80° en dirección palmar y 70° dorsalmente. Como un movimiento de saludar con la mano, el paciente debe ser capaz de flexionar la muñeca 10° hacia el lado radial o pulgar y 60° hacia el lado cubital. El paciente debe ser capaz de mover la mano hasta 90° en las posiciones prona y supina.
- *Dedos de las manos*. El paciente debe ser capaz de flexionar la articulación distal de los dedos aproximadamente 45° y la proximal, 90°. Debe ser posible la hiperextensión de 3°.
- *Cadera*. En decúbito supino, el paciente debe ser capaz de la abducción y aducción del miembro inferior a 45°. En decúbito supino, el paciente debe ser capaz de elevar la extremidad inferior a 90° con la rodilla recta y 125° con la rodilla en flexión.
- *Rodilla*. En decúbito prono, el paciente debe poder flexionar la rodilla hasta aproximadamente 100°.
- *Tobillo*. El paciente debe ser capaz de dirigir los dedos del pie 10° hacia la cabeza y 40° hacia la parte baja de la cama o la mesa de exploración. Debe haber inversión de 35° y eversión de 25°.
- *Dedos del pie*. El paciente debe ser capaz de flexionar e hiperextender los dedos del pie aproximadamente 30°. Registre la amplitud de movimientos activos y pasivos del paciente, así como cualquier debilidad, opresión, espasmo, temblor o contractura evidentes.

Se puede anticipar cierta debilidad muscular, aunque su grado exacto varía entre los individuos. Por lo general, el miembro superior muestra mayor resistencia en el lado de la mano dominante; debe haber fuerza simétrica en los miembros inferiores. Para probar la fuerza muscular durante la máxima contracción, solicite al paciente que mantenga el músculo contraído y ejerza fuerza para intentar extender el miembro. En general, el músculo es capaz de mantener la posición contraída bajo resistencia moderada. Palpe todos los músculos en busca de hipersensibilidad, contracturas y masas.

TABLA 23-4 Alteraciones de la marcha

Patrón de marcha	Afección asociada
<i>Atáxica</i> Inestable, incoordinada, elevación exagerada de los pies y descenso brusco sobre el piso	Enfermedad del cerebelo o intoxicación
<i>Golpeada</i> De base amplia, pies muy elevados mientras camina, seguida de un golpe plano contra el piso, sin tambaleo o zigzag	Enfermedad de motoneurona inferior Parálisis de los músculos pretibiales y peroneos
<i>Hemipléjica</i> Pie caído y arrastre unilaterales, circunducción de la extremidad inferior, flexión y mantenimiento cerca del costado de la extremidad superior	Enfermedad de la motoneurona superior unilateral
<i>Parkinsoniana</i> Se inclina el tronco hacia adelante con flexión de cadera y rodillas leve, sin oscilación de la extremidad superior al caminar, pasos cortos arrastrando los pies; comienza lentamente y después aumenta en velocidad	Parkinsonismo
<i>En tijera</i> Pasos lentos y cortos; cruza las piernas mientras camina	Paraplejía espástica Demencia Parálisis cerebral
<i>Espástica</i> Falta de coordinación, movimientos súbitos durante la marcha; rigidez de las extremidades inferiores; arrastre de los dedos de los pies	Paraplejía espástica Tumor de la médula espinal Esclerosis múltiple

Al tener en cuenta que el riesgo de fracturas y sus múltiples complicaciones es alto en los adultos mayores, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe mirar hacia la prevención con base en la eficacia de las medidas básicas de sentido común. Puesto que la coordinación y el equilibrio son deficientes, debe recomendarse a las personas mayores evitar actividades riesgosas (p. ej., colocarse sobre escaleras o sillas para alcanzar lugares altos). Para evitar mareos y caídas por hipotensión postural, las personas de edad avanzada deben levantarse lentamente desde una posición arrodillada o sentada. Los zapatos seguros, de tamaño apropiado, con tacón bajo y talón amplio pueden evitar tropezar y perder el equilibrio; los pasamanos para subir escaleras o levantarse de la bañera proporcionan apoyo y equilibrio. Colocar ambos pies cerca del borde de la acera o el autobús antes subir o bajar es más seguro que realizar la maniobra con mal equilibrio (fig. 23-4). Las personas mayores deben tener cuidado al caminar para evitar tropezar en agujeros y aceras dañadas o resbalar sobre trozos de hielo. Los ojos en envejecimiento son más susceptibles al efecto del resplandor, por lo que pueden ser útiles las gafas de sol para mejorar la visión en exteriores. Una lámpara nocturna es muy valiosa para la prevención de caídas durante las visitas nocturnas al cuarto de baño. Otras medidas de prevención de caídas se describen en el capítulo 14.

Debido a la alta prevalencia y la facilidad de fracturas en las personas mayores, se deben sospechar cada vez que se presenta una caída o que se expone a traumatismos a

los huesos por cualquier mecanismo. Los síntomas incluyen dolor, deformidad o cambio de longitud de un miembro, movimiento anómalo o restringido, edema, espasmo de los tejidos circundantes, decoloración de tejidos y protrusión ósea a través de los tejidos. La ausencia de estos síntomas no descarta la posibilidad de una fractura. Pueden estar ausentes los signos y síntomas evidentes; además, la posición de la fractura puede evitar que su presencia sea clara en la radiografía inicial. Conforme el paciente es transportado para su valoración, son esenciales la inmovilización del sitio lesionado y la hemostasia.

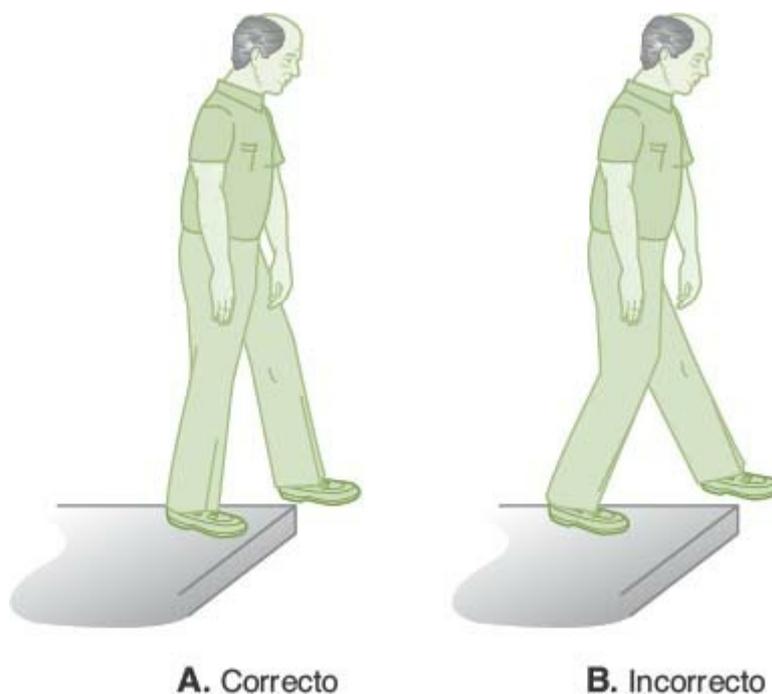


FIGURA 23-4 ● **A.** El método correcto para subir o bajar de una acera es colocar antes ambos pies cerca del borde. **B.** El método incorrecto es estirar las extremidades inferiores separadas antes de subir.



CONCEPTO CLAVE

La ausencia de los signos típicos de fractura no garantiza que un hueso no esté roto; en consecuencia, es esencial la vigilancia estrecha por el personal de enfermería cuando se ha sometido un hueso a traumatismo.

Las fracturas se consolidan con menor velocidad en las personas mayores y el riesgo de complicaciones es mayor. La neumonía, la formación de trombos, las úlceras por presión, los cálculos renales, el bolo fecal y las contracturas están entre las complicaciones que la atención especial de enfermería puede ayudar a prevenir. Debe promoverse la actividad dentro de los límites determinados por el médico, incluyendo ejercicios de respiración profunda y tos, isométricos y de amplitud de movimiento, cambios frecuentes de posición y giros. Se debe insistir en la ingesta suficiente de líquidos y prestar atención a las características del gasto urinario. La buena nutrición promueve la curación, aumenta la resistencia a las infecciones y disminuye la probabilidad de que aparezcan otras complicaciones. El ejercicio articular y la posición apropiada pueden prevenir las contracturas. Se puede mantener la alineación correcta del cuerpo con el uso de estribos para los pies, soportes trocántericos y sacos de arena. Mantener la piel seca y limpia, evitar la presión,

estimular la circulación con masaje y girar con frecuencia al paciente pueden reducir el riesgo de úlceras por decúbito. La piel de cordero, las camas de agua y los colchones de presión alternante son de beneficio, pero no son sustitutos de la buena atención de la piel y los cambios de posición frecuentes.

El paciente debe movilizarse lo antes posible. Puesto que puede temer y evitar utilizar la extremidad fracturada, requiere explicaciones y aliento para ayudar a comprender que se puede utilizar el miembro una vez que ya ha sanado. Avanzar por pequeños pasos puede ser más fácil de tolerar física y psicológicamente para el paciente; el primer intento debe ser pararse junto la cama, para después caminar hasta una silla cercana y a continuación dirigirse al baño. Al inicio, puede ser de utilidad que dos personas ayuden al paciente con la deambulación, en especial porque son frecuentes la debilidad y los mareos. Los principios de la atención de enfermería para tipos específicos de fracturas están disponibles en publicaciones de enfermería medicoquirúrgica y se recomienda al personal de enfermería revisarlas para obtener información más detallada.

Artrosis

La **artrosis** es el deterioro progresivo y la abrasión del cartílago articular que se acompaña de la formación de hueso nuevo en las superficies articulares. Este problema se produce cada vez con mayor frecuencia conforme avanza la edad y afecta hasta cierto grado a la mayoría de las personas de más de 55 años de edad. La artrosis se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres y es la principal causa de discapacidad física en las personas mayores. A diferencia de la artritis reumatoide, la artrosis no causa inflamación, deformidad o incapacidad, un hecho que tranquiliza a la persona afectada que teme a la discapacidad grave que suele manifestarse en las personas con artritis reumatoide. Durante gran cantidad de años se consideró que el desgaste y la destrucción de las articulaciones conforme un individuo envejece eran causa del desarrollo de la artrosis; sin embargo, los mayores discernimientos de la fisiopatología de la afección han permitido tener un nuevo concepto. El desequilibrio entre los elementos líticos (metaloproteinasas de la matriz) y de síntesis (inhibidores tisulares de las metaloproteinasas de la matriz) conduce a una carencia de la hemostasis necesaria para mantener el cartílago, fenómeno que causa los cambios articulares. El uso excesivo de la articulación, los traumatismos, la obesidad, las bajas concentraciones de vitaminas D y C y los factores genéticos también pueden predisponer a este problema a un individuo. Los pacientes con acromegalia tienen una alta incidencia de artrosis. Por lo general, la artrosis afecta a más de una articulación. Las articulaciones que soportan peso son las más afectadas: las rodillas, las caderas, las vértebras y los dedos.



CONCEPTO CLAVE

La artrosis es la principal causa de discapacidad física en los adultos mayores.

La artrosis no se acompaña de síntomas sistémicos. Puede percibirse crepitación durante el movimiento de las articulaciones, y las articulaciones distales pueden

desarrollar nódulos óseos (p. ej., nódulos de Heberden). El paciente puede percibir que las articulaciones se tornan más molestas bajo condiciones ambientales húmedas y durante períodos de uso prolongado. Aunque los ejercicios isométricos y suaves son de beneficio, el ejercicio excesivo causa más dolor y degeneración.

Se pueden prescribir analgésicos para aliviar el dolor. El paracetamol es el fármaco ideal por su seguridad en comparación con otros antiinflamatorios no esteroideos. Debido a que la respuesta individual a los analgésicos es diversa, el personal de enfermería debe valorar la eficacia de diferentes analgésicos en el paciente. Ayudan a aliviar el dolor articular, el reposo, la aplicación de calor o hielo, el *tai chi*, la hidroterapia, el ultrasonido y el masaje suave. Se ha mostrado que la acupuntura brinda alivio a corto plazo. Las férulas, los cabestrillos y los bastones proporcionan soporte y reposo a las articulaciones. El personal de enfermería debe enfatizar la importancia de mantener la alineación adecuada del cuerpo y usar una buena mecánica corporal cuando se educa al paciente. Los peces de agua fría y otros alimentos ricos en ácidos grasos esenciales tienen un efecto antiinflamatorio y deben ser abundantes en la dieta. Las vitaminas A, B, B₆, C y E, el cinc, el selenio, la niacina, el calcio y el magnesio están entre los suplementos alimenticios que pueden resultar útiles para el control de los síntomas. Los suplementos de venta libre glucosamina y condroitina han mostrado utilidad para algunas personas (Hochberg, et al., 2015). La disminución de peso puede mejorar el estado del paciente con obesidad y debe alentarse. Es beneficioso si un servicio de cuidados del hogar u otro tipo de asistencia evita al paciente las actividades extenuantes que causan que las articulaciones soporten peso. Puede consultarse a terapeutas ocupacionales y físicos acerca de dispositivos de ayuda para promover la independencia en las actividades del autocuidado. En el [plan de atención de enfermería 23-1](#) se define un plan de muestra de la atención para el paciente con artrosis.

Si otros tratamientos no logran mejorar la afección o el paciente sufre dolor o limitación funcional importantes, puede estar indicada la artroplastia. Es posible hacer una artroplastia o reemplazo de la articulación con la intención de restaurar el movimiento, mejorar la función y aliviar el dolor. En alguna época, las personas de edad avanzada no se consideraban buenas candidatas para la artroplastia; sin embargo, esa línea de pensamiento cambió y un número cada vez mayor de personas mayores de 65 años de edad se somete a esta operación. Los reemplazos de las articulaciones de cadera y rodilla son los más frecuentes, aunque pueden realizarse en cualquier otra. No se recomienda este procedimiento para los pacientes con articulaciones neurotróficas, con infección mixta o en quienes padecen obesidad, demencia u otras alteraciones capaces de interferir con la capacidad de cooperar con la rehabilitación. Las afecciones como la vasculopatía periférica y la diabetes mellitus aumentan el riesgo de infección e interfieren con la cicatrización de las heridas. Debido a que a menudo hay dolor moderado o intenso en el postoperatorio, se administran analgésicos de manera continua. Al asegurar el alivio adecuado del dolor para respaldar los esfuerzos de rehabilitación temprana, debe considerarse el alto riesgo de efectos adversos de los analgésicos, que también pueden obstaculizarla; es importante vigilar estrechamente las reacciones de los pacientes. La artroplastia se asocia con un alto riesgo de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar en los

adultos mayores; se puede utilizar warfarina de manera profiláctica. Los pacientes y sus cuidadores necesitan asesoramiento acerca de las precauciones relacionadas con el tratamiento anticoagulante. Los pacientes reciben instrucciones específicas acerca del ejercicio y las restricciones de soporte de peso y actividad. El personal de enfermería debe verificar que los pacientes y sus cuidadores comprendan las instrucciones y cumplan con el plan de atención para garantizar un resultado exitoso de la operación.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 23-1

EL ADULTO MAYOR CON ARTROSIS

Diagnósticos de enfermería. Dolor crónico relacionado con inflamación articular, rigidez y acumulación de líquido.

Objetivo	Intervenciones de enfermería
El paciente expresa alivio o regulación del dolor y no se presenta restricciones para participar en actividades de la vida cotidiana (AVC), sin efectos adversos de los analgésicos.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indicar al paciente que autovalore el dolor en una escala de 0 a 10 (0 = sin dolor, 10 = máxima intensidad); vigilar todos los días. ■ Revisar con el paciente los factores que precipitan, empeoran o alivian el dolor; incorporar esta información a la atención para prevenir y aliviar el dolor. ■ Aplicar calor como esté indicado para aliviar las molestias y promover la movilidad. Alentar al paciente a usar calcetines, cobijas y ropa adecuada para mantener calientes los músculos y las articulaciones. ■ Administrar analgésicos según lo indicado o instruir al paciente para su correcta autoadministración; vigilar la eficacia, la tolerancia y los efectos secundarios. ■ Ayudar al paciente a mantener la alineación corporal y la postura correctas. ■ Valorar el efecto del dolor sobre la capacidad para cumplir con las AVC. Consultar con fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales los ejercicios y dispositivos de asistencia que promueven la independencia. ■ Instruir al paciente acerca de las formas de disminuir al mínimo el esfuerzo sobre las articulaciones y los músculos. ■ Instruir al paciente en el uso de imaginación guiada, biorretroalimentación y técnicas de relajación; ofrecer masajes y otras formas de toque terapéutico.

Diagnóstico de enfermería. Deficiencia de la movilidad relacionada con dolor y movimiento articular limitado.

Objetivo	Intervenciones de enfermería
El paciente mantiene o logra posiciones funcionales de las articulaciones, mantiene o logra la movilidad óptima de las articulaciones, sin contracturas.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valorar la amplitud de movimiento de las articulaciones al ingreso o en la primera consulta y de forma regular; valorar en cada articulación: edema, calor, hipersensibilidad y anomalías estructurales o funcionales. ■ Indicar o ayudar al paciente a mantener la alineación adecuada del cuerpo, buena postura y a usar correctamente sus articulaciones. ■ Recomendar al paciente evitar la tensión en las articulaciones (p. ej., levantar cosas pesadas, correr y utilizar un martillo). ■ Programar la administración de analgésicos y otras medidas de alivio del dolor antes de las actividades. ■ Durante la exacerbación del dolor, proporcionar un reposo adecuado a

las articulaciones y ayudar al paciente a colocar las articulaciones en alineación funcional.

- Consultar con especialistas en rehabilitación acerca del ejercicio adecuado para mejorar la fuerza, el tono y la movilidad musculares; es posible el uso de dispositivos de ayuda y auxiliares para la movilidad (p. ej., bastones, andadores, utensilios para comer especiales y auxiliares para el vestido).
- Alentar o ayudar al paciente a realizar ejercicios de amplitud de movimiento por lo menos dos veces al día.
- Proporcionar calentamiento de músculos y articulaciones antes de las actividades y los ejercicios, así como un período de enfriamiento después.

Diagnóstico de enfermería. Déficit del autocuidado en cuanto a baño, vestido, alimentación y uso del inodoro relacionados con el dolor o la inmovilidad de las articulaciones.

Objetivo	Intervenciones de enfermería
El paciente es capaz de comer, bañarse, vestirse, trasladarse, caminar y usar el inodoro de manera independiente; utiliza dispositivos asistenciales de manera apropiada y con eficacia.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valorar la capacidad del paciente para comer, bañarse, vestirse, trasladarse, caminar y usar el inodoro de manera independiente. Identificar los déficits en el cumplimiento independiente de las AVC y planificar medidas para compensarlos; identificar riesgos y déficits potenciales y planificar medidas para evitar la pérdida de la independencia. ■ Ofrecer al paciente máxima independencia y participación en las actividades de su atención. ■ Instruir al paciente en cuanto al manejo adecuado de la afección y las medidas que pueden disminuir el riesgo de perder independencia (p. ej., ejercicio para mantener la movilidad y el uso de dispositivos de asistencia). ■ Animar al paciente a expresar sus sentimientos sobre la dependencia actual o potencial y proporcionar explicaciones realistas y apoyo emocional.

Diagnóstico de enfermería. 1) Alteración de la imagen corporal relacionada con anomalía articular, inmovilidad, alteración de la capacidad de autocuidado y 2) alteración del autoestima relacionada con cambios en el aspecto y la función corporales.

Objetivo	Intervenciones de enfermería
El paciente acepta y expresa las realidades asociadas con la enfermedad crónica, expresa sentimientos acerca de los cambios en su cuerpo, desarrolla mecanismos eficaces para hacer frente a cambios corporales, identifica maneras constructivas para desempeñarse con los cambios corporales, no presenta complicaciones y alteraciones en el autoestima asociadas con la imagen corporal.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valorar el efecto de la alteración de la función y el aspecto sobre el paciente. ■ Animar al paciente a expresar sus preocupaciones, miedos y sentimientos. ■ Ayudar al paciente a identificar las medidas de afrontamiento eficaces (p. ej., medidas utilizadas en el pasado que resultaron eficaces, asesoría y desarrollo de nuevos intereses). ■ Ayudar al paciente a identificar y centrarse en las capacidades en lugar de las limitaciones.

Artritis reumatoide

La artritis reumatoide afecta a gran cantidad de personas, en especial a aquellas entre 20 y 40 años de edad; como resultado, es una causa importante de discapacidad

artrítica en la vida posterior. Afortunadamente, la incidencia disminuye después de los 65 años de edad; la mayoría de las personas mayores con la enfermedad la desarrollan en años previos. De manera específica, las deformidades y la discapacidad asociadas con esta enfermedad comienzan sobre todo durante la edad adulta temprana y alcanzan su máximo durante la mediana edad; en la vejez, se produce una mayor afección sistémica. La enfermedad se presenta con mayor frecuencia en mujeres y personas con antecedentes familiares de la enfermedad.

En la artritis reumatoide, se presenta hipertrofia y edema de la membrana sinovial; son evidentes las proyecciones tisulares que sobresalen hacia la cavidad articular. Las articulaciones afectadas se encuentran extremadamente dolorosas, rígidas, edematizadas, eritematosas y calientes al tacto. Existe dolor en las articulaciones durante el reposo y la actividad. Pueden presentarse nódulos subcutáneos sobre las prominencias óseas y las bolsas articulares, así como contracturas en flexión que alteran el aspecto superficial. Los síntomas sistémicos incluyen fatiga, malestar general, debilidad, pérdida de peso, emaciación, fiebre y anemia.

Son medidas útiles alentar a los pacientes para el reposo y apoyar los miembros afectados. El soporte del miembro debe ser tal que prevenga las contracturas y las úlceras por presión. Por lo general, se preparan férulas para el paciente en un esfuerzo por prevenir deformidades. Los ejercicios de amplitud de movimiento son vitales para mantener la función musculoesquelética; el personal de enfermería puede tener que ayudar al paciente con los ejercicios activos. Los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales son capaces de proporcionar dispositivos de asistencia para promover la independencia en las actividades de autocuidado; el calor, los masajes suaves y los analgésicos pueden ayudar a aliviar el dolor. Se pueden prescribir a los pacientes con artritis reumatoide antiinflamatorios, antirreumáticos modificadores de la enfermedad (p. ej., metotrexato), corticoesteroides e inmunosupresores. El personal de enfermería debe estar familiarizado con los diversos efectos tóxicos de estos fármacos y detectar de forma temprana si se presentan. Si la función se altera de manera significativa o el dolor es muy intenso, se puede recomendar una operación de reemplazo articular.

Algunos pacientes con cardiopatía reumática son sensibles a los alimentos que crecen bajo sombra: papas (patatas), pimientos, berenjenas, tomates y otras solanáceas; eliminarlos de la dieta puede resultar beneficioso. Las hierbas que pueden mejorar los síntomas incluyen el té verde y el jengibre por sus efectos antiinflamatorios; sin embargo, se han realizado pocas investigaciones de los beneficios y los riesgos del uso de estos productos.

Los pacientes con artritis reumatoide y sus familiares necesitan instrucción considerable para poder tratarla. La instrucción del paciente debe incluir información acerca de la enfermedad, los tratamientos, la administración de medicamentos, la identificación de los efectos secundarios, los planes de actividad física, el uso de dispositivos de asistencia, los métodos para evitar y reducir el dolor y la comprensión de la necesidad de contar con supervisión médica continua. Aceptar esta enfermedad crónica no es tarea fácil para el paciente o la familia. Por último, el paciente puede ser una víctima de vendedores que ofrecen una cura o alivio rápido para la artritis, por lo que se debe advertir que se consulte al personal de enfermería o el médico antes de

invertir gran cantidad de dinero en modas inútiles.

Osteoporosis

La osteoporosis es la enfermedad metabólica más prevalente de los huesos; afecta principalmente a adultos de mediana edad o más adelante y algunos grupos que presentan mayor riesgo que otros (**cuadro 23-4**). Se observa desmineralización del hueso, evidenciada por la disminución de la masa y la densidad ósea. Cualquier problema de salud asociado con la ingesta inadecuada de calcio, pérdida excesiva de calcio o la absorción deficiente puede causar osteoporosis. Gran cantidad de las siguientes causas potenciales son problemas frecuentes en las personas mayores:

- *Inactividad o inmovilidad.* La falta de tracción del músculo sobre el hueso puede llevar a una pérdida de minerales, en especial calcio y fósforo. Este efecto puede ser un problema particular para los miembros con férulas.
- *Enfermedades.* Se considera que el síndrome de Cushing, que causa producción excesiva de glucocorticoides por las glándulas suprarrenales, inhibe la formación de matriz ósea. El aumento de la actividad metabólica durante el hipertiroidismo causa un mayor recambio óseo, y la mayor velocidad de resorción ósea en comparación con la formación de hueso causa osteoporosis. La diverticulitis grave interfiere con la absorción de cantidades suficientes de calcio. Aunque la relación directa es incierta en este momento, la diabetes mellitus puede contribuir al desarrollo de la osteoporosis. El porcentaje de casos de osteoporosis secundaria a otras enfermedades es relativamente menor.
- *Disminución de las hormonas sexuales anabólicas.* La disminución en la producción o la pérdida de los estrógenos y andrógenos puede ser causa del calcio insuficiente en el hueso; por lo tanto, las mujeres en la posmenopausia se encuentran en alto riesgo.
- *Dieta.* Una cantidad insuficiente de calcio, vitamina D y C, proteínas y otros nutrientes en la dieta puede causar osteoporosis. El consumo excesivo de cafeína o alcohol disminuye la absorción y la retención de calcio en el cuerpo.
- *Medicamentos.* La heparina, furosemida, complementos tiroideos, corticoesteroides, tetraciclinas y los antiácidos a base de aluminio y magnesio pueden llevar a la osteoporosis.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿A qué factores de riesgo de osteoporosis está expuesto el paciente y qué se puede hacer para reducirlos?

CUADRO 23-4 Factores de riesgo de osteoporosis

- Edad avanzada (mujeres mayores de 65 años de edad, hombres mayores de 80 años de edad)
- Etnicidad

- Mujeres blancas con ascendencia del noreste europeo o las islas británicas
- Mujeres asiáticas
- Deficiencia de calcio
- Deficiencia de vitamina D
- Mujeres delgadas
- Antecedentes de menopausia temprana
- Deficiencia de estrógenos
- Antecedente de embarazos múltiples
- Consumo de cigarrillos
- Consumo de alcohol
- Inmovilidad prolongada
- Enfermedades o uso crónico de fármacos que aumentan la pérdida ósea (p. ej., corticoesteroides, hormonas tiroideas y anticonvulsivos)
- Antecedente familiar de osteoporosis

La osteoporosis es causa de cifosis y disminución de la estatura. La persona puede experimentar dolor raquídeo, en especial en la región lumbar. Los huesos tienden a fracturarse con mayor facilidad. Sin embargo, los pacientes suelen no tener síntomas y no percatarse del problema hasta que se detecta por radiografías. La densidad de la masa ósea puede medirse mediante diferentes tipos de técnicas no invasivas, incluyendo densitometría ósea, la cual es el método más frecuente, densitometría periférica y densitometría por fotón doble.

El tratamiento depende de la causa de la enfermedad subyacente y puede incluir suplementos de calcio y vitamina D, moduladores selectivos del receptor de estrógenos y hormonas. Un fármaco relativamente reciente que ha mostrado ser de beneficio, pues produce aumento leve de la masa ósea, es una forma sintética de la calcitonina, una hormona producida por la glándula tiroides y con actividad inhibidora de los osteoclastos (células que resorben de forma continua el hueso). Los bisfosfonatos son otra categoría nueva de fármacos beneficiosa, los cuales tienen actividad principalmente frente a la resorción (p. ej., evitan o disminuyen de forma significativa la actividad normal de los osteoclastos). Se recomienda una dieta rica en proteínas y calcio. Pueden utilizarse abrazaderas para proporcionar apoyo y disminuir los espasmos. Un estribo de cama también resulta de beneficio y se debe recomendar. El ejercicio regular puede ayudar a conservar la densidad ósea.

El personal de enfermería debe recomendar al paciente que evite levantar cosas pesadas, saltar y otras actividades que pueden causar una fractura. Las personas que proporcionan atención a estos pacientes deben recordar ser muy cuidadosas al moverlos, ejercitarlos o levantarlos, pues pueden presentar fracturas fácilmente. Las fracturas por compresión de las vértebras son una posible complicación de la osteoporosis. La deambulación y los ejercicios de amplitud de movimiento son importantes para mantener la función y prevenir mayores daños.



CONCEPTO CLAVE

Los cuerpos de las personas con osteoporosis deben manipularse con cuidado para evitar las fracturas.

Gota

La *gota* es una afección metabólica en la que se acumula ácido úrico en exceso en la sangre. Como resultado, se depositan cristales de ácido úrico en y alrededor de las articulaciones, causando dolor, hipersensibilidad y calor en la articulación, además de eritema y edema de los tejidos circundantes. Durante una crisis aguda, el dolor puede ser muy intenso; la persona no puede soportar peso, una manta o ropa apoyada sobre la articulación afectada. Las crisis pueden durar semanas o meses, con remisiones prolongadas intermedias.

El tratamiento tiene como objetivo disminuir el urato de sodio mediante una dieta baja en purinas (p. ej., evitar tocino, pavo, ternera, hígado, riñón, cerebro, anchoas, sardinas, arenques, eperlano, caballa, salmón y legumbres) y la administración de fármacos. Debe evitarse también el alcohol, pues aumenta la producción de ácido úrico y disminuye su excreción. Pueden utilizarse colchicina o fenilbutazona para aliviar las crisis agudas; el tratamiento a largo plazo incluye colchicina, alopurinol, probenecid o indometacina. Las crisis de gota pueden ser precipitadas mediante la administración de diuréticos tiazídicos que aumentan la concentración de ácido úrico de la sangre. Pueden ser útiles los suplementos alimenticios de vitamina E y los ácidos fólico y eicosapentaenoico. Las plantas como la yuca y la garra del diablo disminuyen los síntomas en algunas personas. El personal de enfermería debe vigilar el dolor y recomendar una ingesta de líquidos adecuada para evitar la formación de cálculos renales.

Afecciones de podología

Los problemas de los pies que causan algún grado de malestar o disfunción son tan frecuentes en las personas mayores que constituyen una especialidad por su cuenta, la podogeriatría. Los problemas de los pies a lo largo de toda la vida, los cambios en la marcha, las enfermedades que afectan a los pies (p. ej., gota, diabetes y enfermedad vascular periférica) y la pérdida del tejido graso del pie relacionada con la edad contribuyen a estas enfermedades.

El recorte, el corte y el tratamiento químico de afecciones de podología realizado por cuenta propia pueden producir complicaciones graves; por lo tanto, debe derivarse a los pacientes a podólogos para su tratamiento. El personal de enfermería debe instruir a las personas mayores acerca del cuidado adecuado de los pies (p. ej., mantener los pies limpios y secos, usar calzado seguro y ajustado de forma correcta, ejercitar los pies y cortar las uñas rectas y al ras de la porción superior de los dedos) y sobre la importancia de buscar atención profesional de podología para resolver los problemas. El personal de enfermería puede ofrecer masajes de pies, ya que pueden ayudar a estimular la circulación, reducir el edema y promover la comodidad (los masajes de pies pueden estar contraindicados en los pacientes con vasculopatía periférica o lesiones, por lo que es importante consultar primero con el médico).

Debido al efecto de los problemas podológicos sobre la movilidad y la independencia, se necesita identificar y tratar estas afecciones con eficacia. Algunas de las alteraciones frecuentes se describen a continuación.

Callosidad

Las callosidades (queratosis plantar) son causadas por la fricción y la irritación de los pies, que producen engrosamiento de la piel. La menor cantidad de tejido graso en el pie, la sequedad cutánea, la disminución de la función de los dedos y el mal ajuste del calzado contribuyen a la formación de callosidades. Por lo general, aparecen en los talones y las plantas de los pies y, aunque no son dolorosas, puede ser desagradables a la vista. Existe el riesgo de que las personas intenten raspar o cortar las callosidades en sus pies y lesionar la piel. Masajear los pies con lociones y aceites puede ayudar a la prevención de las callosidades.

Callo

Los callos son capas cuneiformes de piel seca y gruesa que se forman sobre una prominencia ósea. La presión en el área causa molestias conforme la punta del cono oprime los tejidos. La presión adicional aumenta el tamaño del callo y, en consecuencia, el dolor. Los cojinetes en forma de “U” y la envoltura del dedo del pie en lana de cordero son mejores que los cojinetes ovales o redondos para callos, que pueden restringir la circulación. Al igual que con las callosidades, se debe recomendar a los pacientes no intentar quitarse los callos por cuenta propia.

Juanetes (hallux valgus)

Un *juanete* es una prominencia ósea sobre la primera cabeza metatarsiana (fig. 23-5A). Existe desviación medial del primer metatarsiano y abducción del primer dedo del pie en relación con el metatarsiano. Los juanetes se producen con mayor frecuencia en mujeres, lo que no es de extrañar teniendo en cuenta los estilos de zapatos que visten, que suelen comprimir el dedo gordo, y las medias ajustadas que juntan los dedos. Algunos juanetes son de naturaleza hereditaria. La mayor amplitud del pie producida por el juanete puede causar dificultad para encontrar calzado de ajuste correcto. En los talleres de reparación de calzado se puede estirar el calzado para adaptarse a los juanetes; también son beneficiosos los zapatos a la medida. Puede estar indicada la intervención quirúrgica para algunos casos.

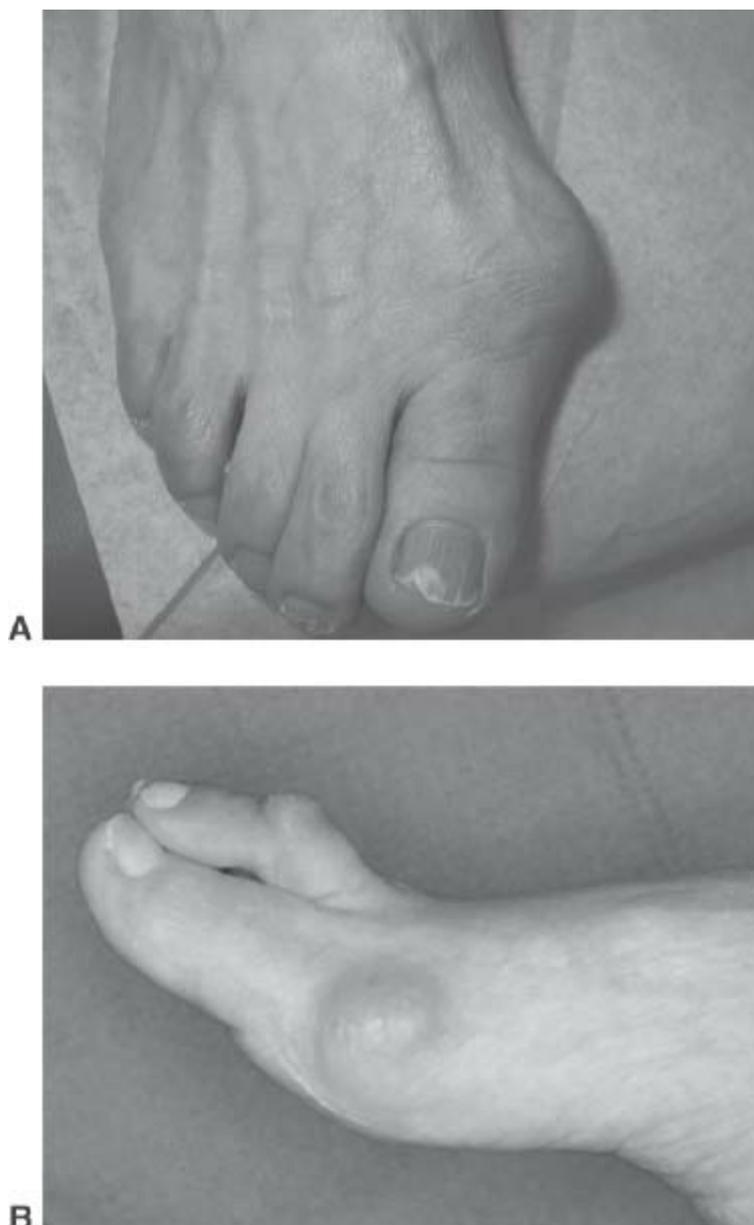


FIGURA 23-5 ● Afecciones de los pies que causan dolor y disfunción. **A.** Juanete. **B.** Dedo en martillo.

Dedo en martillo

El dedo en martillo corresponde a la hiperextensión de la articulación metatarsofalángica con flexión y frecuente formación de callos en la articulación interfalángica proximal. El dedo comienza a parecerse a la forma de los martillos dentro de un piano, de ahí su nombre (fig. 23-5B). Aunque la articulación no es dolorosa, la presión en la zona causa malestar. Los dispositivos ortopédicos pueden proporcionar alivio sintomático, pero es necesaria la cirugía para la corrección.

Fascitis plantar

Una causa frecuente de dolor en el talón, a menudo confundida con un espolón, es la fascitis plantar. La fascia plantar es una banda ligamentosa gruesa en la parte inferior del pie que va desde la base de los metatarsos hasta el talón, donde se inserta. La mala alineación del pie, que provoca su pronación o supinación durante la marcha, causa estiramiento y tensión de la fascia plantar. La fascitis plantar es la inflamación

de esta banda en su inserción al talón. El dolor es el síntoma principal y se produce en el centro o la parte interna del talón. El dolor es peor después de un período de descanso; la mayoría de las personas experimentan el máximo dolor durante la mañana. El dolor puede disminuir al caminar, pero tiende a aumentar a medida que se ejerce presión sobre el talón al caminar o mantenerse de pie. El dolor se irradia al tobillo o el arco del pie cuando se irritan los nervios por la inflamación en la fascia plantar.

El tratamiento sintomático puede incluir ejercicios de estiramiento del pie (tirando hacia arriba de la zona metatarsiana), la aplicación de hielo en el talón durante lapsos de 30 min, los cojines en el talón y los zapatos con tacón elevado cerca de 5 cm. El medio más eficaz para aliviar el dolor y prevenir la inflamación es realinear el pie con el uso de aparatos ortopédicos a la medida. Es necesario informar a los pacientes que es posible que no perciban mejoría hasta varios meses después de comenzar el tratamiento.

Infecciones

Introducir los pies en el calzado, especialmente el de material sintético, crea un ambiente cálido y húmedo que facilita la proliferación de bacterias y hongos. La **onicomicosis** es una infección micótica de la uña, o su lecho, en la que se encuentra aumentada de volumen, gruesa, quebradiza y escamosa. Conforme el hongo prolifera bajo la uña y la desplaza hacia arriba, los bordes se insertan en la piel y causan dolor. Los medicamentos antimicóticos ayudan a eliminar la infección, pero es difícil de tratar.

La **tiña del pie**, mejor conocida como *pie de atleta*, es una infección micótica del pie que puede causar ardor y prurito; la superficie de la piel se desprende, fragmenta y presenta un color rojo, a menudo con erupciones vesiculares. Las roturas en la superficie de la piel proporcionan una entrada fácil a las bacterias.

Uñas encarnadas (onicocriptosis)

Las uñas encarnadas pueden presentarse por el calzado apretado o al cortar la uña demasiado corta, y a medida que crece, su borde se introduce en el tejido, lo que causa inflamación. Se pueden prescribir baños y antibióticos tópicos; por lo general, un podólogo puede corregir el problema al extirpar la parte encarnada y limpiar la región.

CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA PARA LAS AFECIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

Tratar el dolor

El dolor suele acompañar a los problemas musculoesqueléticos. Los cambios degenerativos en los tendones y la artritis son a menudo causa de hombros, codos, manos, caderas, rodillas y columna vertebral dolorosos. Los calambres, especialmente durante la noche, son habituales en las pantorrillas, los pies, las manos, las caderas y los muslos. La tensión articular y el clima húmedo causan con mayor frecuencia dolor musculoesquelético en la persona mayor en comparación con los

jóvenes.

El alivio del dolor es esencial en la promoción de las funciones física, mental y social óptimas. El dolor que no se alivia puede interferir con la capacidad de las personas de edad avanzada para el autocuidado, cuidar de su hogar y mantener el contacto social. A fin de enriquecer la calidad de vida, se debe hacer todo lo posible para disminuir al mínimo o eliminar el dolor. A menudo, el calor alivia los espasmos musculares; un baño caliente a la hora de acostarse y mantener las extremidades calientes con mantas y ropa puede reducir los espasmos y los calambres durante la noche y promover el sueño ininterrumpido. Puesto que las personas mayores están en alto riesgo de quemaduras, se debe tener cuidado de evitar lesiones si se utilizan baños o sumersiones en agua caliente. El estiramiento pasivo de la extremidad puede ser útil para aliviar los calambres musculares. Deben evitarse el ejercicio excesivo y el estrés musculoesquelético, y las situaciones reconocidas como causantes de dolor, como levantar objetos pesados o el clima húmedo. Los masajes de espalda con movimientos lentos, rítmicos y prolongados pueden promover la relajación y la comodidad. El dolor en las articulaciones de carga puede aliviarse al descansar, sostener las articulaciones dolorosas durante las transferencias del paciente y usar un andador o bastón (fig. 23-6). La posición correcta, en la que todas las partes del cuerpo están en la alineación apropiada, puede ayudar a evitar y tratar el dolor. Deben evitarse los golpes accidentales contra la cama o la silla del paciente y su manejo brusco durante las actividades para su atención. El personal también puede requerir hacer hincapié a otros cuidadores en la necesidad de tener precaución extrema al girar y elevar a los adultos mayores.



CONCEPTO CLAVE

El dolor que no se alivia puede afectar de manera significativa la independencia y la calidad de vida de una persona mayor.

Las actividades recreativas son útiles para evitar la preocupación del paciente por el dolor. La acupuntura, la acupresión y la quiropráctica están entre los tratamientos alternativos que pueden ayudar a aliviar el dolor de algunos pacientes. La imaginación guiada y el toque terapéutico también pueden resultar útiles. El objetivo es ayudar al paciente a alcanzar el máximo grado de actividad con la mínima intensidad de dolor.

Prevenir las lesiones

Las consideraciones de seguridad son esenciales para todas las personas mayores debido a su alta incidencia de accidentes y lesiones musculoesqueléticas y el tiempo prolongado que necesitan para curar. La prevención incluye prestar atención a la zona por donde se camina, subir escaleras y aceras lentamente, usar tanto como sea posible ambos pies para el apoyo, utilizar barandales y bastones para obtener equilibrio adicional, emplear calzado con ajuste apropiado y seguro para el buen soporte, y evitar pantalones, camisones o batas largos. Ya se mencionó la importancia de la utilización segura del calor; es útil para los pacientes aprender a determinar la

temperatura del agua y utilizar de forma segura bolsas de agua caliente y cojines térmicos. Se debe advertir a los pacientes con vasculopatía periférica que la aplicación local de calor puede causar demandas circulatorias que su cuerpo es incapaz de cumplir; es posible que sean de mayor beneficio para ellos otros medios de alivio del dolor. Los baños calientes pueden reducir el espasmo muscular y aliviar el dolor, pero también pueden causar episodios de hipotensión, mareos, desmayos y lesiones graves.

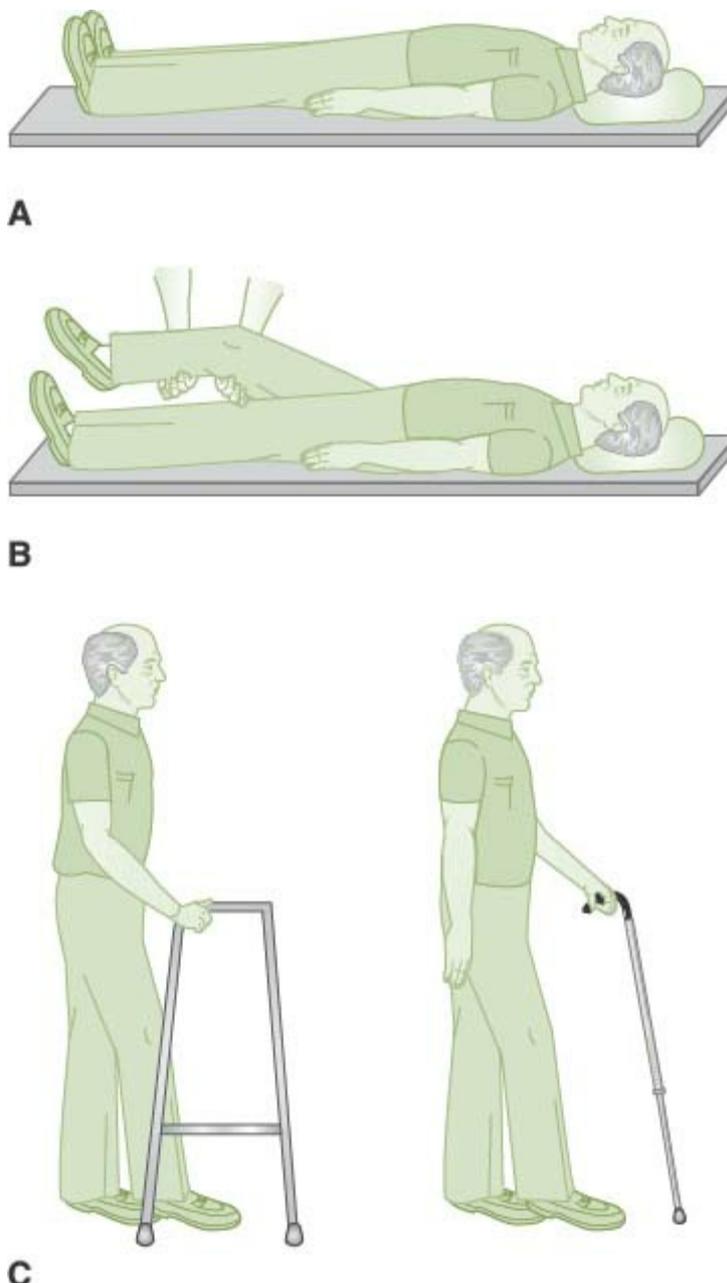


FIGURA 23-6 ● Métodos para disminuir el dolor musculoesquelético. **A.** Buena alineación corporal. **B.** Soporte de partes de la extremidad adyacentes a la articulación dolorosa cuando se mueven o levantan cosas. **C.** Uso de un andador o un bastón.

Girar a los pacientes de manera imprudente, de forma que las piernas golpeen el barandal de la cama, dejarlos en una silla durante una transferencia, la restricción en una posición no alineada, el manejo rudo de una extremidad o intentar usar la fuerza para enderezar una contractura pueden llevar a la tensión muscular y las fracturas. El

manejo cuidadoso evitará lesiones y molestias musculoesqueléticas innecesarias.

Promover la independencia

Cualquier pérdida de la independencia asociada con las limitaciones impuestas por problemas musculoesqueléticos tiene un grave impacto sobre el bienestar físico, emocional y social. Por lo tanto, el personal de enfermería debe explorar todas las vías para ayudar a los pacientes a disminuir las limitaciones y fortalecer sus capacidades, promoviendo el mayor grado posible de independencia. Los bastones, andadores y otros dispositivos de ayuda pueden proporcionar a menudo un auxilio significativo para compensar las desventajas; deben usarse cuando sea posible (fig. 23-7). Los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales pueden constituir recursos valiosos para la determinación de los dispositivos asistenciales apropiados para su uso ante déficits específicos. En el capítulo 32 se describen con mayor detalle los dispositivos para la movilidad.



FIGURA 23-7 ● Los dispositivos de autocuidado pueden ayudar al paciente con problemas musculoesqueléticos a alcanzar la máxima independencia posible. **A.** Los dispositivos de asistencia para comer ayudan al paciente a asir y tomar los alimentos con los utensilios. **B.** Una extensión es un dispositivo

manual para el paciente con restricciones de movilidad. C. Un asiento de inodoro elevado en casa favorece a la persona con dificultad para descender su cuerpo hasta el inodoro con seguridad.

Resumen del capítulo

Con el avance de la edad, el sistema musculoesquelético experimenta disminución en la masa y fuerza musculares, la resistencia de agarre y la flexibilidad de las articulaciones. Aunque este deterioro puede ser un desafío para numerosas personas mayores, es importante mantener un estado físicamente activo y deben promoverse programas de ejercicio individualizados para aumentar la resistencia cardiovascular, la flexibilidad y el entrenamiento de fortalecimiento. Puesto que los estados cognitivos y emocionales pueden influir en la actividad física, y viceversa, el personal de enfermería debe ayudar a los adultos mayores en el desarrollo de programas de ejercicios a la medida de sus capacidades, necesidades e intereses.

La osteoporosis y otras enfermedades que son más frecuentes en los últimos años contribuyen a un alto riesgo de sufrir fracturas. La identificación de los riesgos y la instrucción de los pacientes en las medidas de seguridad que pueden prevenir las caídas ayudan a reducirlas. La facilidad con la que los huesos de los adultos mayores presentan fracturas y la posibilidad de que se presente una sin síntomas iniciales hace hincapié en la importancia de sospechar una fractura cada vez que un adulto mayor cae o somete sus huesos a traumatismos hasta que una valoración la descarte. La inmovilidad que sigue a una fractura constituye un riesgo para los adultos mayores de presentar neumonía, formación de trombos, úlceras, cálculos renales, retención fecal, contracturas y otras complicaciones. Son esenciales la movilización temprana y la vigilancia estrecha.

La artrosis es una de las principales causas de discapacidad en los adultos mayores. Se utilizan analgésicos para controlar el dolor y requieren valoración continua de su eficacia. El calor, el hielo, el *tai chi*, la hidroterapia, la acupuntura y el masaje son otros medios que pueden beneficiar a algunos pacientes. Si otros tratamientos no logran mejorar la afección o la persona sufre dolor o limitación funcional graves, puede estar indicada la artroplastia.

Aunque afecta principalmente a personas de 20-40 años de edad, la artritis reumatoide es una causa importante de discapacidad artrítica en la población de mayor edad. El tratamiento incluye apoyo de la extremidad, ejercicios de amplitud de movimiento y medicamentos. Es esencial la vigilancia estrecha de los efectos tóxicos de los medicamentos.

La inmovilidad, la disminución de las hormonas sexuales anabólicas, la ingesta baja de calcio y ciertos medicamentos y enfermedades contribuyen a la desmineralización de los huesos conocida como *osteoporosis*. La densitometría ósea, el método de uso más frecuente, y las densitometías periféricas y por fotón doble representan algunas de las técnicas más utilizadas para medir la densidad ósea. El tratamiento depende de la causa subyacente.

La gota, una alteración metabólica en la cual el exceso de ácido úrico se acumula en la sangre, produce cristales de ácido úrico que se depositan en y alrededor de las articulaciones, causan dolor e hipersensibilidad de la articulación y calor, enrojecimiento y edema de los tejidos circundantes. Durante una crisis aguda, el dolor

y la hipersensibilidad de la articulación son intensos. Los medicamentos, evitar el alcohol y la dieta baja en purinas se encuentran entre las medidas terapéuticas.

Las afecciones de podología son frecuentes en las personas mayores. Es importante que se recomiende a los pacientes no tratar estas afecciones por su propia cuenta, sino buscar la atención de un podólogo.

Las medidas de enfermería para ayudar a los pacientes con afecciones musculoesqueléticas incluyen el tratamiento del dolor, la prevención de lesiones y la promoción de la independencia. Los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales pueden auxiliar en el desarrollo de planes individualizados para ayudar al tratamiento de estas afecciones y promover la máxima movilidad.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Proto *tai chi*. En busca de una actividad física en grupo prometedora para los adultos mayores

Fuente: Yao, L., Foley, K. T., Kolanowski, A. M., & Smith, B. A. (2014). Geriatric Nursing, 35(2), Supplement:S21–S26.

El proto *tai chi* es un antiguo ejercicio chino que imita las posturas y movimientos naturales de ciervos, tigres, monos, osos y grullas. El *tai chi* evolucionó a partir de esta actividad.

En este estudio, los objetivos de los autores fueron llevar a cabo un proyecto piloto de 5 días para valorar la aceptación y la seguridad de un programa de ejercicios de proto *tai chi* para personas mayores en la comunidad y determinar los efectos sobre el equilibrio, la marcha y la amplitud de movimiento. Los candidatos fueron de por lo menos 65 años de edad con diagnóstico de al menos una enfermedad crónica y contaban con transporte para poder asistir a las clases de ejercicios. La intensidad de cada postura animal se modificó y se simplificaron las instrucciones. Se estudió el desempeño físico antes y después del programa.

Hubo un excelente cumplimiento del ejercicio y no se presentaron sucesos adversos. Se observaron mejorías en la extensión de la rodilla, la rotación cervical, la velocidad cómoda de la marcha y la marcha rápida. Los autores reconocen que las limitaciones del estudio fueron la muestra por conveniencia pequeña y la duración breve. A pesar de las limitaciones, se encontró que el proto *tai chi* es un programa de ejercicios seguro, de bajo coste, agradable para los adultos mayores frágiles con enfermedades crónicas, que puede ayudar a mejorar la función, movilidad y actividad físicas. Este estudio también muestra el beneficio de mirar más allá de los abordajes tradicionales para la promoción de la salud.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Mientras trabaja en una unidad hospitalaria, se da cuenta de que se permite a las personas mayores pasar la mayor parte del tiempo en cama y que, cuando no están acostadas, se emplea una silla de ruedas. Casi todos estos pacientes caminaban antes de su ingreso. Es evidente que gran cantidad de ellos son demasiado débiles para

caminar con seguridad en el momento del alta.

En una reunión del equipo sanitario se informa del tema y se sugiere desarrollar planes para reducir la inmovilidad innecesaria en los pacientes mayores y ayudarlos a caminar durante todo el día. Varios individuos objetan el plan afirmando que esta medida aumentará el riesgo de caídas en la unidad. Agregan que también se requerirá más tiempo de enfermería y que sólo se cuenta con el personal básico.

Usted busca estar en paz con el equipo, pero considera que las opiniones no favorecen los intereses de los pacientes.

¿Cuáles son sus opciones?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué obstáculos enfrentan los adultos mayores cuando tratan de mantener un estado activo? ¿Qué aspectos de la sociedad, en general, desalientan la actividad física en los adultos mayores?
2. Comente el contenido de un programa de instrucción de ejercicios para un grupo de jubilados sanos.
3. Nombre los problemas especiales que las siguientes personas mayores pueden experimentar para el logro de un ejercicio adecuado: un residente de un centro de atención a largo plazo con demencia, una viuda con depresión que vive sola y un hombre que debe buscar un nuevo empleo después de jubilarse.
4. Describa cómo la actitud del personal de enfermería hacia las personas mayores puede afectar su participación en las actividades que promueven el movimiento.
5. ¿Qué situaciones es posible que encuentre un adulto mayor durante una hospitalización aguda que puedan aumentar su riesgo de sufrir una fractura?

Recursos

Arthritis Foundation

<http://www.arthritis.org>

International Association of Yoga Therapists

<http://www.iayt.org>

National Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases Information Clearinghouse

<http://www.nih.gov/niams/>

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS)

<http://www.niams.nih.gov>

National Osteoporosis Foundation

<http://www.nof.org>

Tai Chi Tao Center

<http://www.taichitaocenter.com>

Referencias

- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Target heart rate and estimated maximum heart rate*. Acceso el 1 de febrero de 2015 en: <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/measuring/hearttrate.html>
- Hochberg, M. C., Martel-Pelletier, J., Monfort, J., Moller, I., Castillo, J. R., et al. (2015). Combined chondroitin sulfate and glucosamine for painful knee osteoarthritis: a multicenter randomized, double-blind, non-inferiority trial versus celecoxib. *Annals of Rheumatic Disease*, 74(2), 430–436.
- Li, G., Yuan, H., & Zhang, W. (2014). Effects of Tai Chi on health related quality of life in patients with chronic conditions: a systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 22(4), 743–755.
- Manor, B., Lough, M., Gagnon, M. M., Cupples, A., Wayne, P. M., & Lipsitz, L. A. (2014). Functional benefits of tai chi training in senior housing facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(8), 1484–1489.
- Morley, J. E., Anker, S. D., & von Haehling, S. (2014). Prevalence, incidence, and clinical impact of sarcopenia: facts, numbers, and epidemiology. *Journal of Cachexia, Sarcopenia, and Muscle*, 5(4), 253–259.
- Province, M. A., HAVCey, E. C., Hornbrook, M. C., Lipsitz, L. A., Miller, J. P., Mulrow, C. D., ... Wolf, S. L.. (1995). The effects of exercise on falls in elderly patients. *Journal of the American Medical Association*, 273 (17), 1341–1347.

Lecturas recomendadas thePoint*

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales vinculados con este capítulo.

Función neuroológica

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento sobre el sistema nervioso

Promoción de la salud neuroológica

Afecciones neuroológicas seleccionadas

Enfermedad de Parkinson

Accidente isquémico transitorio

Ictus

Consideraciones generales de enfermería para las enfermedades neuroológicas

Promover la independencia

Prevenir las lesiones

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir los efectos del envejecimiento sobre el sistema nervioso.
2. Enumerar los factores de riesgo de los problemas neuroológicos en los adultos mayores.
3. Describir medidas para promover la salud neuroológica en los adultos mayores.
4. Identificar los signos y síntomas de las enfermedades neuroológicas en los adultos mayores.
5. Detallar los síntomas, las características únicas y la atención de enfermería relacionada con la enfermedad de Parkinson, los accidentes isquémicos transitorios y el ictus en los adultos mayores.
6. Especificar las intervenciones para promover la independencia en los adultos mayores con problemas neuroológicos.
7. Describir las medidas para reducir el riesgo de lesión en personas mayores con problemas neuroológicos.

GLOSARIO

Accidente isquémico transitorio (AIT): episodio neurológico temporal o intermitente que puede deberse a cualquier situación que disminuya la circulación cerebral.

Afasia: dificultad para expresar o comprender el lenguaje verbal o escrito debido a una lesión cerebral.

Bradicinesia: lentitud de movimientos.

Disartria: dificultad para articular palabras relacionada con el control muscular deficiente debido al daño del sistema nervioso central o periférico.

Enfermedad de Parkinson: degeneración progresiva de neuronas en los ganglios basales, con el resultado de menor producción de dopamina.

Hemianopsia: falta de visión o ceguera en la mitad del campo visual de un ojo o en la misma mitad de ambos.

Hemiparesia: debilidad en un lado del cuerpo.

Hemiplejía: parálisis de un lado del cuerpo.

Ictus: interrupción del suministro de sangre al cerebro.

El sistema nervioso tiene una enorme influencia en la interacción de una persona con el mundo. Cuando está sano, permite al individuo percibir los placeres que lo rodean, protegerse de daños, resolver problemas, lograr estimulación intelectual, realizar interacción social y comunicar sus necesidades, pensamientos y deseos. Cada aspecto de las actividades de la vida cotidiana depende de un buen estado neurológico. La disfunción de este sistema se extiende a otros sistemas y puede afectar profundamente la salud, la seguridad y el bienestar general.

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO

Con el envejecimiento, la pérdida de masa del tejido nervioso causa cierta atrofia del encéfalo y la médula espinal, y el peso del encéfalo disminuye. El número de células nerviosas se reduce, cada célula restante tiene menor cantidad de dendritas y aparece cierto grado de desmielinización de las neuronas. Estos cambios hacen más lenta la conducción nerviosa. Los tiempos de respuesta y reacción aumentan y los reflejos se tornan más débiles.

En el cerebro se presentan grados variables de formación de placas, nudos y atrofia; no siempre hay una relación entre estos cambios y el funcionamiento cognitivo. Con el avance de la edad se acumulan radicales libres que pueden tener un efecto tóxico en determinadas células nerviosas. El flujo sanguíneo cerebral disminuye alrededor del 20% a medida que los depósitos adiposos se acumulan de manera gradual en los vasos sanguíneos y las pérdidas son aún mayores en las personas con enfermedad cerebrovascular y afectación de pequeños vasos por diabetes e hipertensión, lo que contribuye a un mayor riesgo de ictus. El encéfalo tiene mayor capacidad para compensar después de una lesión que la médula espinal, capacidad que se pierde con la edad.

El desempeño intelectual tiende a mantenerse por lo menos hasta los 80 años de edad, aunque el tiempo requerido para realizar tareas se prolonga debido a un

procesamiento central más lento. Las habilidades verbales se conservan bien hasta los 70 años de edad; después comienza una reducción gradual del vocabulario, una tendencia a cometer errores de semántica y prosodia (ritmo y entonación) anómala. Otros cambios relacionados con la edad en el funcionamiento intelectual son sutiles, pero pueden evidenciarse por dificultad para el aprendizaje, en especial de idiomas, y olvidos en áreas no críticas.

El hecho de que, en general, las neuronas no se reponen afecta el funcionamiento de los órganos de los sentidos, que se hace menos agudo con la edad. El número y la sensibilidad de receptores táctiles, dermatomas y neuronas decrecen, con el resultado de menor agudeza del sentido del tacto. También es menor en cierta medida el funcionamiento de los nervios craneales que median el gusto y el olfato. Las personas mayores requieren grados más altos de sabor, sonido, aromas, contacto e iluminación para la misma percepción que los adultos jóvenes.

Debe recordarse que estos cambios no afectan del mismo modo a todos los individuos. La constitución genética, alimentación, modo de vida y otros factores influyen también en la salud y el funcionamiento del sistema nervioso.

PROMOCIÓN DE LA SALUD NEUROLÓGICA

Numerosas enfermedades neurológicas ocurren por razones fuera del control de la persona, pero otras pueden prevenirse o minimizarse. Por ejemplo, el hábito tabáquico, obesidad, afrontamiento ineficaz del estrés, colesterol alto e hipertensión son factores de riesgo importantes para sufrir una enfermedad neurovascular. El riesgo de lesiones de cabeza y columna aumenta cuando se ignoran las medidas de seguridad, como no usar el cinturón de seguridad del auto, conducir de manera incompetente, abusar de alcohol y drogas y no prevenir caídas. Es posible que las infecciones de oídos y senos paranasales y las de transmisión sexual ocasionen disfunción neurológica. Prevenir la mayoría de estos factores está dentro del ámbito de control del individuo. El personal de enfermería puede instruir a las personas de todas las edades sobre las medidas de prevención que promueven la salud neurológica en la edad avanzada.



CONCEPTO CLAVE

Mantener el peso y la concentración de colesterol dentro del intervalo ideal, evitar el hábito tabáquico, afrontar el estrés de manera eficaz, conducir de forma segura y controlar las infecciones ayudan a prevenir algunas enfermedades neurológicas.

La estrecha relación y el contacto regular que el personal de enfermería tiene con los pacientes lo coloca en una posición ideal para detectar síntomas nuevos o signos sutiles de enfermedades neurológicas que de otra manera se pasarían por alto ([cuadro 24-1](#)). Reconocer los síntomas y tomar medidas concretas para asegurarse de que los pacientes se valoren de manera oportuna puede ayudar a prevenir una disfunción irreversible o grave.

Además, la valoración de enfermería del funcionamiento neurológico (guía de valoración 24-1) puede ayudar a revelar problemas específicos que precisan

intervención. La [tabla 24-1](#) de diagnósticos de enfermería presenta diagnósticos que el personal de enfermería puede identificar durante la valoración.

CUADRO 24-1 Indicaciones sutiles de problemas neurológicos

- Cefaleas de origen reciente que se presentan temprano por la mañana o interrumpen el sueño.
- Cambios en la visión (p. ej., disminución repentina de la agudeza, visión doble y ceguera en parte del campo visual).
- Sordera repentina, zumbido en oídos.
- Cambios de estado de ánimo o personalidad.
- Anomalías de la cognición o el nivel de consciencia.
- Torpeza, marcha inestable.
- Entumecimiento, hormigueo en una extremidad.
- Sensación anómala o dolor en un nervio.



Alerta sobre el dominio de conceptos

La posición incorrecta produce incomodidad y dolor que se puede remediar con la modificación de la postura del paciente, lo que hace que el dolor agudo sea el diagnóstico de enfermería más apropiado relacionado con la posición incorrecta en los pacientes mayores.



GUÍA DE VALORACIÓN 20-1 FUNCIÓN NEUROLÓGICA

OBSERVACIONES GENERALES Y ENTREVISTA

La observación aguda mientras se entrevista al paciente ayuda a detectar diversos problemas neurológicos:

- En la inspección general, observar en busca de asimetría, deformidad, debilidad, parálisis, temblores y otras anomalías.
- Explorar en busca de síntomas de enfermedades neurológicas, como dolor, hormigueo, entumecimiento, desmayos, cefaleas, fasciculaciones, convulsiones, anomalías del sueño, mareo, distorsión de la realidad, debilidad y cambios en el estado mental.
- Si se identifican anomalías o síntomas clínicos, indagar sobre el origen, antigüedad y limitaciones o problemas resultantes.

VALORACIÓN DEL HABLA

Las alteraciones del habla pueden hacerse evidentes durante algo tan básico como la presentación. Si existen problemas del habla, es importante diferenciar entre las dificultades para la articulación (**disartria**) y los problemas con el uso de símbolos (afasia):

- En la disartria, los símbolos (en este caso, palabras) se usan de manera correcta, pero el habla puede ser farfullante o distorsionada a causa del control motor deficiente. Las disartrias sutiles pueden descubrirse pidiendo al paciente que pronuncie las siguientes sílabas:

me, me, me (para examinar los labios)
 la, la, la (para examinar la lengua)
 ga, ga, ga (para examinar la faringe)

- La **afasia** puede ser receptiva, expresiva o una combinación de ambas:
- Para determinar si la afasia es receptiva, se pide al paciente que siga una orden (p. ej., tomar el lápiz); la incapacidad del paciente para comprender lo que estos símbolos significan impedirá que ejecute la orden.
- El paciente con afasia expresiva será capaz de comprender instrucciones, pero no podrá reunir símbolos en una forma de lenguaje coherente. Se señalan varios objetos y se pide al paciente que los nombre; las afasias leves (es decir, parafasia) pueden apreciarse si la persona sustituye la palabra correcta por otra afín, aunque inexacta, como llamar bota a un zapato o silla a un banco.
- También es importante valorar la capacidad para entender y expresarse por escrito. Se pide al paciente que escriba una oración corta que se dicta y que lea una frase de un periódico. Es necesario verificar que el paciente tenga las capacidades educativas y visuales necesarias para realizar esas indicaciones.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Sensibilidad

Se pide al paciente que cierre los ojos y describa los estímulos percibidos. Un dibujo de la figura humana puede ser útil para documentar las zonas en las que se identifican los problemas.

- Tocar ligeramente distintas partes del cuerpo (p. ej., frente, mejillas, brazos, manos, piernas y pies) con el dedo o con un poco de algodón y observar si el paciente percibe los estímulos. Se comparan zonas análogas en ambos lados del cuerpo y zonas distales y proximales en la misma extremidad.
- Si estas sensibilidades primarias están intactas, se examina la capacidad del paciente para identificar dos estímulos (p. ej., tacto en la mejilla derecha y el antebrazo izquierdo).
- Para examinar la sensibilidad cortical (estereognosia), se solicita al paciente que, una vez más con los ojos cerrados, identifique diversos objetos colocados en cada mano (p. ej., llave, cuenta de vidrio y moneda). La incapacidad para percibir estos objetos se conoce como *astereognosia*.

Coordinación y funcionamiento del cerebelo

- Se levanta el dedo y se pide al paciente que lo toque y después se toque la nariz; se hace que el sujeto continúe esta acción mientras el examinador mueve sus dedos a diferentes partes. Se realiza esta prueba punto por punto con ambos brazos del paciente y se toma nota de movimientos no uniformes o sacudidas y de la incapacidad para tocar el dedo del examinador o la propia nariz.
- Para examinar la coordinación en la extremidad inferior, se hace que el paciente se acueste y deslice el talón de un pie por la espinilla de la otra pierna.
- La capacidad para realizar movimientos alternados rápidos se examina pidiendo al paciente que golpee rápido con el dedo índice en el muslo o la superficie de una mesa.
- La caminata en tándem, en la cual el paciente camina colocando el talón frente al dedo gordo del otro pie como si avanzara en una cuerda, también explora la coordinación; los pacientes con deformidades artríticas a veces no son capaces de realizar esta prueba. Se puede hacer que los pacientes con escasa coordinación sujeten la mano del examinador durante esta prueba.

Reflejos

El personal de enfermería puede realizar algunas pruebas de reflejos:

- Para examinar el reflejo corneal, se toca suavemente la córnea con un poco de algodón limpio. El papel higiénico y la gasa son demasiado ásperos y pueden causar abrasiones corneales. Lo normal es que la persona parpadee.
- El reflejo de Babinski (respuesta plantar) se induce rozando la planta del pie del paciente. Lo normal es que se flexionen los dedos; una respuesta anómala es la extensión en abanico de los dedos.

Pruebas adicionales

Puede examinarse cada uno de los nervios craneales para identificar otros problemas. La punción lumbar, la angiografía cerebral, la neumoencefalografía y la tomografía computarizada son algunos de los medios para evaluar problemas neurológicos. La valoración del sistema nervioso incluye una revisión del estado mental (*véase* información sobre la exploración del estado mental en el [cap. 29](#)).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 24-1 Diagnósticos de enfermería relacionados con problemas neurológicos

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería^a
Deterioro del funcionamiento sensitivo o motor, fatiga, dolor, depresión, necesidad de equipo o dispositivos que usan energía	Intolerancia a la actividad
Alteración del autoconcepto, incapacidad para comunicarse, dependencia	Ansiedad
Incapacidad para percibir la señal, falta de control motor, inmovilidad	Estreñimiento
Posición incorrecta, presión en el encéfalo, neuritis	Dolor
Afasia, disartria, alteración del estado mental	Deterioro de la comunicación verbal
Alteración de la estructura o el funcionamiento corporales, dependencia	Afrontamiento individual ineficaz
Demandas, dependencia y cambios de rol secundarios a la enfermedad del paciente	Afrontamiento familiar ineficaz
Alteración de la estructura y el funcionamiento corporales, dependencia	Trastorno de la imagen corporal
Pérdida del funcionamiento, cambio del modo de vida	Duelo
Dependencia, discapacidad, alteración del autoconcepto	Alteración de la autoestima
Discapacidad, dependencia, dolor, alteración del estado mental	Deterioro del mantenimiento del hogar
Inmovilidad, falta de sensibilidad	Riesgo de infección
Deterioro del funcionamiento sensitivo, fatiga, alteración del estado mental, uso incorrecto de auxiliares, anomalía de movilidad o coordinación	Riesgo de lesión
Parálisis, debilidad, vértigo, coordinación deficiente	Movilidad física deficiente
Trastorno de la deglución, incapacidad para alimentarse o expresar deseos, depresión, alteración del sentido del gusto, anorexia	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades
Incapacidad para realizar la higiene bucal adecuada	Deterioro de la mucosa bucal
Dependencia, discapacidad, problemas de comunicación, cambio de rol	Impotencia
Debilidad, parálisis, falta de coordinación, trastornos visuales	Déficit de autocuidado: baño/vestido/alimentación/uso del inodoro
Alteración de la estructura o el funcionamiento corporales, dependencia, cambio de rol	Baja autoestima crónica
Disminución o pérdida de función sensitiva, ictus, privación sensorial	Riesgo de lesión
Trastorno de la inervación, discapacidad, alteración de la imagen corporal, depresión	Disfunción sexual

Alteración de la capacidad para sentir presión o dolor, inmovilidad	Deterioro de la integridad cutánea
Alteración de la estructura o el funcionamiento corporales, afasia, disartria, déficits visuales o auditivos, depresión, alteración del autoconcepto	Deterioro de la interacción social
Incapacidad para comunicarse, discapacidad, trastorno de la movilidad	Aislamiento social
Ictus, depresión, ansiedad, temor, alteración del funcionamiento cerebral	Alteración de los procesos del pensamiento
Inadvertencia sensitiva de la necesidad de orinar o incapacidad para controlar el vaciamiento vesical, incapacidad para comunicar necesidades o usar el inodoro solo	Alteración de los patrones de eliminación urinaria

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Revise su estado de salud y su modo de vida en cuanto a factores de riesgo para enfermedades neurológicas. Si existen riesgos, ¿cómo puede reducirlos?

AFECCIONES NEUROLÓGICAS SELECCIONADAS

En las siguientes secciones se exponen enfermedades neurológicas específicas que el personal de enfermería suele ver en los adultos mayores. En el capítulo 30 se estudia la enfermedad de Alzheimer, una alteración neurodegenerativa.

Enfermedad de Parkinson

La **enfermedad de Parkinson** afecta la capacidad del sistema nervioso central para controlar los movimientos corporales debido al deficiente funcionamiento de los ganglios basales en el mesencéfalo. Se presenta cuando las neuronas que producen dopamina en la sustancia negra mueren o se dañan. La dopamina es necesaria para el movimiento suave e interviene en las emociones. Los síntomas de la enfermedad de Parkinson aparecen cuando se daña una cantidad significativa de estas células productoras de dopamina. Cuando aparecen los síntomas motores, se ha perdido casi un 80% de las neuronas dopaminérgicas (Ward, et al., 2014)

La enfermedad de Parkinson es más frecuente en los hombres y se presenta más a menudo después de la quinta década de vida. La incidencia aumenta con la edad, aunque la mayoría de los casos se han diagnosticado cuando las personas alcanzan su séptima década de vida. Aunque se desconoce la causa exacta, se piensa que esta enfermedad se relaciona con el antecedente de exposición a toxinas, encefalitis y enfermedad cerebrovascular, en especial arterioesclerosis. Una característica de las personas con enfermedad de Parkinson en comparación con los individuos que tienen otras causas de temblores es la presencia en el encéfalo de cuerpos de Lewy, que son cuerpos de inclusión intracelulares. La muerte de células de la sustancia negra dentro de los ganglios basales causa un descenso significativo de la dopamina, que es la fuente de los síntomas que aparecen.

Un temblor leve de manos o pies que avanza con lentitud puede ser el primer

indicio de enfermedad de Parkinson (fig. 24-1). El temblor se reduce cuando el paciente intenta un movimiento deliberado. Se presentan rigidez y debilidad musculares, evidenciadas por sialorrea, dificultad para deglutir, habla lenta y monotonía de la voz. El rostro del paciente asume un aspecto de máscara y la piel está húmeda. Hay **bradicinesia** (lentitud de movimientos) y dificultad para mantener el equilibrio. Con frecuencia, aumenta el apetito y es posible que la persona muestre inestabilidad emocional. También se presenta inestabilidad postural. Un signo característico es la marcha arrastrada con inclinación del tronco al frente. La velocidad con la que el paciente camina aumenta de manera progresiva y no puede detenerse por voluntad propia. Cuando la enfermedad llega a un punto determinado, el paciente suele quedar incapacitado por completo para deambular. Los síntomas secundarios incluyen depresión, alteraciones del sueño, demencia, cierre forzado de los párpados, sialorrea, disfagia, estreñimiento, disnea, dificultad para comenzar a orinar y disminución del interés en la actividad sexual.

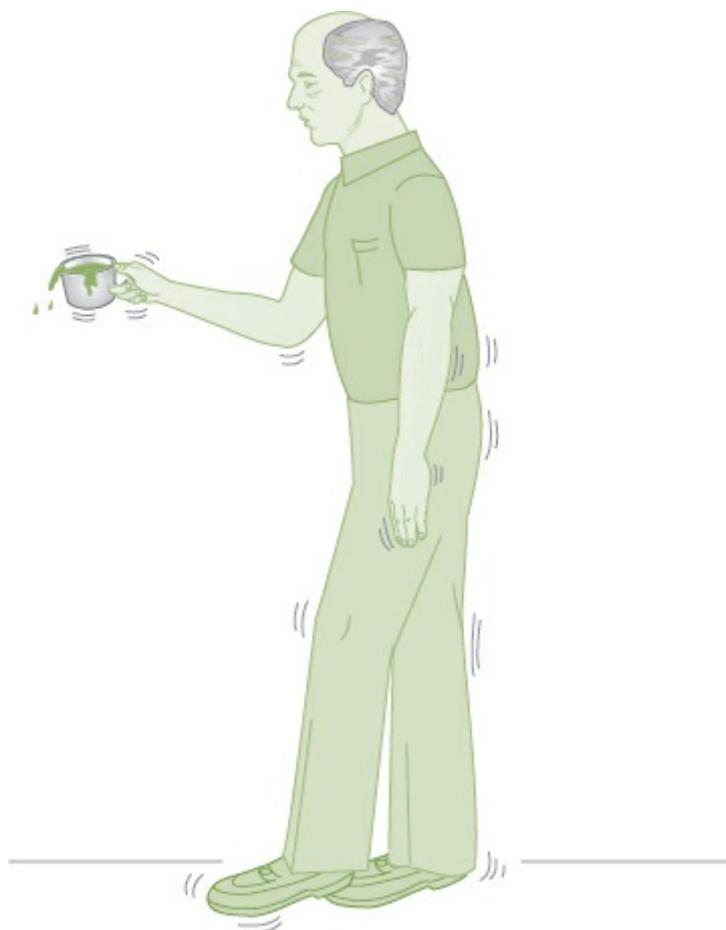


FIGURA 24-1 ● Temblar y arrastrar los pies son características de la enfermedad de Parkinson.

Se emplean diversas medidas para controlar los temblores y mantener el máximo nivel de independencia posible. La combinación de levodopa, que se convierte en dopamina, y carbidopa reduce los efectos adversos, por lo que es el fármaco más empleado y eficaz para tratar la enfermedad de Parkinson. Los agonistas de la dopamina estimulan de forma directa los receptores de ésta; por lo general, se suministran de forma gradual y se valoran hasta una dosis terapéutica que reduzca el riesgo de efectos adversos. Aunque el uso de anticolinérgicos ha disminuido, se

pueden prescribir para reducir la cantidad de acetilcolina en el encéfalo a fin de recuperar el equilibrio normal de los neurotransmisores; es necesaria una estrecha vigilancia de los efectos de estos fármacos, ya que pueden exacerbar el glaucoma y causar anuria temporal. También puede prescribirse amantadina e inhibidores de la monoaminoxidasa y de la catecol-*O*-metiltransferasa para controlar los síntomas. Es importante el seguimiento durante el tratamiento farmacológico. Mientras están tomando levodopa, los pacientes deben evitar los alimentos ricos en vitamina B₆, como aguacates (paltas), lentejas y chícharos (guisantes, arvejas), pues contrarrestan el efecto del fármaco; no se requieren restricciones alimentarias si el paciente usa carbidopa-levodopa. La estimulación cerebral profunda se ha convertido en el tratamiento quirúrgico de elección debido a que es eficaz, no destruye el tejido cerebral, es reversible y se puede ajustar conforme avanza la enfermedad (Hauser, Lyons, McClain, Pahwa y Bedbadis, 2015). Los sistemas de infusión de fármaco y la terapia génica son otros tratamientos que pueden ayudar a ciertas personas con enfermedad de Parkinson; se debe consultar al neurólogo acerca de la utilidad potencial para cada paciente.

Los ejercicios de movilidad activa y pasiva mantienen y mejoran la movilidad articular; los baños tibios y el masaje suelen facilitar esos ejercicios y alivian los espasmos musculares causados por la rigidez. Las contracturas son un riesgo específico de las personas mayores con enfermedad de Parkinson. El fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional deben tener una participación activa en el programa de ejercicio para ayudar al paciente a encontrar dispositivos que incrementen la capacidad de procurarse autocuidado. Es infrecuente que se realice intervención quirúrgica en los pacientes mayores, pues no suelen reaccionar bien.

La tensión y la frustración agravan los síntomas; por ello es importante que el personal de enfermería ofrezca apoyo psicológico y evite la alteración emocional. La enseñanza ayuda a los pacientes y los familiares a tener una percepción realista de la enfermedad. El personal de enfermería debe enfatizar que el padecimiento avanza con lentitud y que el tratamiento puede disminuir la discapacidad. Aunque el funcionamiento intelectual suele deteriorarse conforme avanza la enfermedad, no debe suponerse que la persona con enfermedad de Parkinson tiene deterioro cognitivo; es importante que otros no subestimen las capacidades mentales del paciente debido a los problemas del habla y el aspecto desamparado, ya que ello puede ser en extremo frustrante y degradante, y el individuo puede reaccionar con depresión e irritabilidad. El apoyo continuo del personal de enfermería puede ayudar a la familia a maximizar la capacidad mental del paciente y comprender que puede haber cambios de personalidad. Debe alentarse la comunicación y la estimulación mental al nivel que el paciente siempre disfrutó.

Conforme avanza la enfermedad, el paciente requiere mayor asistencia. La valoración de enfermería experta es esencial para asegurar que se satisfagan las demandas de asistencia y al mismo tiempo se preserve el máximo nivel de independencia del paciente. El personal de enfermería también debe valorar a los cuidadores familiares en busca de estrés y fatiga.

Accidente isquémico transitorio

Los **accidentes isquémicos transitorios** (AIT) son episodios neurológicos temporales o intermitentes que pueden deberse a cualquier situación que disminuya la circulación cerebral. La hiperextensión y la flexión de la cabeza, como cuando un individuo se queda dormido en una silla, pueden afectar el riego sanguíneo cerebral. La disminución de la presión arterial que resulta de anemia y determinados fármacos (p. ej., diuréticos y antihipertensivos) y el hábito tabáquico, por su efecto vasoconstrictor, también reducen la circulación cerebral, lo mismo que levantarse de manera brusca desde una posición baja. La **hemiparesia**, hemianestesia, afasia, pérdida unilateral de la visión, diplopia, vértigo, náuseas, vómitos y disfagia son algunas de las manifestaciones de un AIT, que dependen de la localización de la zona isquémica. Estos signos pueden durar de minutos a horas y es habitual la recuperación completa en el transcurso de un día. El tratamiento suele consistir en corrección de la causa subyacente, anticoagulación o reconstrucción vascular. Una preocupación importante acerca de los AIT es que aumentan el riesgo de **ictus**.



CONCEPTO CLAVE

La alineación correcta y el soporte de la cabeza y el cuello pueden prevenir la hiperextensión y la flexión de la cabeza, que son posibles causas de alteraciones del flujo sanguíneo cerebral.

Ictus

Los ictus (accidentes vasculares cerebrales) son la tercera causa principal de muerte y una causa importante de discapacidad en las personas mayores. Los adultos mayores con hipertensión, arterioesclerosis grave, diabetes, gota, anemia, hipotiroidismo, infarto de miocardio silencioso, AIT y deshidratación, así como los fumadores están entre los candidatos de alto riesgo para ictus. Los principales tipos de ictus son el isquémico, que suele resultar de un trombo o un émbolo, y el hemorrágico, que puede presentarse por rotura de un vaso sanguíneo cerebral. Casi todos los ictus en adultos mayores son isquémicos, causados por trombosis cerebral parcial o completa. El mareo, vértigo, cefalea, episodios de caída (sensación de ser lanzado de manera brusca y repentina al suelo) y cambios en la memoria y el comportamiento son algunos de los signos de advertencia de ictus. Un *episodio de caída* es una caída causada por flacidez muscular completa en las piernas, pero sin alteración de la consciencia. Los pacientes que describen o presentan estos síntomas deben someterse a valoración médica específica con prontitud. Dado que el personal de enfermería está en una posición privilegiada para ser los primeros en advertir estos signos, pueden ser un elemento decisivo para ayudar al paciente a evitar la discapacidad o la muerte por un ictus. Sin embargo, el ictus puede tener lugar sin advertencia y presenta signos y síntomas muy variables según la zona del encéfalo afectada. Los principales signos tienden a incluir **hemiplejía**, afasia y **hemianopsia**.

Aunque los adultos mayores presentan mayor mortalidad por ictus que los jóvenes, la probabilidad de recuperación es alta entre los que sobreviven. Una atención de enfermería de calidad mejora las oportunidades de supervivencia del paciente y disminuye las limitaciones que impiden una recuperación completa. En la fase aguda, los cuidados tienen los siguientes objetivos:

- Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Proporcionar nutrición e hidratación adecuadas.
- Vigilar los signos neurológicos y vitales.
- Evitar las complicaciones relacionadas con la inmovilidad.

Además, los pacientes inconscientes necesitan cuidados adecuados de la piel y cambios de posición frecuentes porque son más susceptibles a las úlceras por presión. Si no se usa una sonda permanente, es importante que el personal de enfermería examine al paciente en busca de indicaciones de sobredistensión vesical y corrija la situación de manera expedita si se presenta. Los ojos del paciente inconsciente pueden permanecer abiertos durante mucho tiempo, con riesgo de sequedad, irritación y ulceración de la córnea. El daño corneal puede prevenirse mediante irrigación ocular con solución salina estéril. Se pueden usar apósitos oftálmicos para ayudar a mantener los párpados cerrados; se cambian a diario y se revisan con frecuencia a fin de asegurar que los párpados estén realmente cerrados. El cuidado bucal regular y los ejercicios de amplitud de movimiento también son medidas estándar.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cómo se verían afectadas su vida y la de sus familiares si sufriera un ictus?

Cuando el paciente recupera la consciencia y se estabiliza, los esfuerzos más activos del personal de enfermería deben concentrarse en la rehabilitación. Suele ser en extremo difícil para los pacientes entender su rehabilitación y participar en ella debido a los problemas de habla, comportamiento y memoria. Aunque estos problemas varían según el lado afectado del cerebro, pueden hacerse algunas observaciones generales. El lapso de atención se reduce y las instrucciones extensas y complicadas pueden causar confusión. La memoria remota suele estar intacta, mientras que los acontecimientos o las explicaciones recientes se olvidan, una característica que presentan gran cantidad de personas mayores sin el antecedente de ictus. Los pacientes pueden tener dificultad para transferir información de una situación a otra. Por ejemplo, tal vez recuerden los pasos para levantarse de la cama y sentarse en la silla de ruedas, pero sean incapaces de aplicar los mismos principios para pasar de la silla de ruedas a una silla con brazos. Es posible la aparición de confusión, inquietud e irritabilidad por falta de estimulación sensorial. La labilidad emocional también puede ser un problema. A fin de disminuir las limitaciones generales por estos problemas, el personal de enfermería puede encontrar útiles las siguientes acciones:

- Hablar al paciente durante las actividades rutinarias.
- Explicar brevemente los puntos básicos de lo que ha ocurrido, las intervenciones que se realizan y las actividades esperadas.
- Hablar con claridad, pero no gritar.
- Diseñar mecanismos sencillos de comunicación, como un cartel con imágenes para señalar.
- Evitar el ruido ambiental, el paso de personas y el desorden.
- Procurar la estabilidad de quienes proporcionan los cuidados y las actividades de atención.
- Usar objetos familiares para el paciente (p. ej., su propia ropa y su reloj).
- Tener un calendario o cartel con la fecha en la habitación.
- Proporcionar estimulación sensorial mediante conversación, radio, televisión, decoraciones en la pared y objetos que el paciente pueda manipular.

- Brindar retroalimentación positiva frecuente: incluso una tarea menor puede ser un logro importante para el paciente.
- Esperar y aceptar los errores y fallos.

Los libros de enfermería medicoquirúrgica general presentan directrices más detalladas para la atención de pacientes que han sufrido un ictus. La American Heart Association y los organismos equivalentes también ofrecen material muy útil para el personal de enfermería, el paciente y la familia acerca del ictus. El [plan de atención de enfermería 24-1](#) especifica las consideraciones para el plan de atención del paciente que se recupera de un ictus.



COMUNICACIÓN

Es importante identificar el tipo de deterioro del habla que se presenta en los pacientes como resultado de un ictus. Por lo general, los pacientes con disartria pueden comprender los discursos, pero presentan dificultad para hablar debido al control motor deficiente, mientras que aquellos con disfasia experimentan problemas para comprender palabras y expresarse de forma verbal. Los cuidadores y los familiares deben comprender el tipo de deterioro que se presenta para que puedan comunicarse de manera eficaz. Tratar a las personas con disartria como si no entendieran puede resultar frustrante y ofensivo para ellas; asumir que las personas con afasia pueden entender porque pueden pronunciar palabras tal vez resulte frustrante y poco seguro para ellas. Con el fin de evitar frustraciones innecesarias para los pacientes, es importante que el personal de enfermería proporcione explicaciones realistas de la anomalía del habla y especifique a las personas que necesitan comunicarse con el paciente las maneras eficaces para hacerlo.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 24-1

EL ADULTO MAYOR CON ICTUS. PERÍODO DE CONVALECENCIA

Diagnósticos de enfermería. 1) Déficits de autocuidado relacionados con deterioro sensitivo o motor, déficits visuales, fatiga, afasia; 2) intolerancia a la actividad relacionada con depresión, escasa motivación, inmovilidad prolongada, fatiga.

Objetivo	Intervención de enfermería
El paciente incrementa de manera progresiva la independencia en actividades de la vida cotidiana (AVC).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valorar la cognición y el estado emocional; repetir cada mes o siempre que ocurra un cambio en el estado físico o mental. ■ Consultar con el fisioterapeuta (FT) y diseñar planes de ejercicios, técnicas de traslado y auxiliares para la movilidad. ■ Consultar con el terapeuta ocupacional y diseñar medidas que mejoren la independencia en las AVC y equipo adaptativo o auxiliar. ■ Verificar que el paciente use de manera apropiada los soportes para la movilidad y el equipo adaptativo o de asistencia. ■ Alentar al paciente a usar capacidades que ya posee y reconocer sus esfuerzos para ser independiente. ■ Ofrecer ayuda con las AVC según la necesidad; verificar que los cuidadores den tiempo adecuado para que el paciente realice las tareas cuando sea posible. ■ Vigilar el estado nutricional, los ingresos y los egresos. ■ Revisar con regularidad el progreso del paciente con el equipo multidisciplinario, el paciente y la familia.

Diagnósticos de enfermería. Movilidad física deficiente relacionada con la alteración del funcionamiento sensitivo y motor.

Objetivo	Intervenciones de enfermería
----------	------------------------------

El paciente está libre de complicaciones relacionadas con la inmovilidad; aumenta de manera progresiva la movilidad independiente.

- Determinar la amplitud de movimiento activo y pasivo de cada articulación; revalorar al menos cada mes.
- Orientar al paciente durante los ejercicios de amplitud de movimiento al menos tres veces al día; dar asistencia según se requiera.
- Usar ejercicios isométricos, de resistencia y estáticos si es posible.
- Verificar que el paciente tenga una posición correcta y se mantenga en alineación apropiada.
- Determinar el tiempo que el paciente puede permanecer en una posición antes de sufrir efectos de la presión. Para ello, revisar la piel del paciente después de que haya estado en la misma posición durante media hora; si no hay enrojecimiento, se aumenta el tiempo que el paciente puede permanecer en una posición en intervalos de 30 min a 2 h. Establecer un horario de cambio de posición con base en el tiempo que se ha determinado que el paciente puede permanecer en una posición sin presentar eritema de los tejidos.
- Indicar al paciente que tosa y respire hondo al menos cada 2 h.
- Alentar una ingesta adecuada de líquidos y una dieta rica en fibra, a menos que esté contraindicado.
- Emplear masaje, loción o acolchado protector según se requiera para proteger la integridad cutánea.
- Ayudar al paciente con el uso apropiado de mecanismos auxiliares de la movilidad.
- Consultar con el FT acerca de maneras de incrementar la movilidad.
- Vigilar el avance y dar retroalimentación al paciente.

Diagnósticos de enfermería. 1) Desempeño ineficaz del rol relacionado con pérdida de funcionamiento corporal, cambios físicos, cambios de rol; 2) interrupción de procesos familiares relacionados con cambios en el funcionamiento, dependencia de la familia para los cuidados, afrontamiento ineficaz.

Objetivo

El paciente expresa aceptación del cambio en el modo de vida y el funcionamiento; desarrolla o mantiene interacciones satisfactorias con la familia.

Intervenciones de enfermería

- Entrevistar al paciente y la familia para identificar intereses, roles y funcionamiento previos; valorar la capacidad o la disposición del paciente para reasumir sus actividades.
- Identificar y ejecutar medidas que permitan al paciente reanudar sus intereses, roles y funcionamiento previos con modificaciones.
- Reconocer las frustraciones del paciente por la alteración de sus capacidades; alentar la expresión de sentimientos.
- Alentar al paciente a participar en actividades familiares y sociales en la comunidad; ayudar al paciente y la familia a identificar acciones y mecanismos para facilitar las actividades.
- Vigilar el estado de ánimo del paciente; intervenir si se observan problemas.
- Hablar con la familia acerca de sus sentimientos y

necesidades; hacer planes según corresponda.

El personal de enfermería también debe promover actividades que disminuyan el riesgo de ictus. Controlar la hipertensión es importante para reducir los ictus letales y no letales en los adultos mayores. Asimismo, es útil dejar el hábito tabáquico. Las personas mayores que dejan de fumar podrían mejorar la circulación cerebral, que es una medida importante para prevenir los ictus.



CONCEPTO CLAVE

Controlar la hipertensión es importante para disminuir el riesgo de ictus en los adultos mayores.

CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA PARA LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Promover la independencia

Los pacientes mayores con enfermedades neurológicas se enfrentan a limitaciones impuestas tanto por la enfermedad como por el proceso de envejecimiento. La atención de enfermería experta y creativa puede ayudarlos a alcanzar los niveles máximos de independencia. Es posible que algunos dispositivos auxiliares (como pasamanos en los pasillos, barras de sujeción en las duchas y gran cantidad de otras modificaciones en el hogar) prolonguen el tiempo que los pacientes pueden vivir de manera independiente en la comunidad. Las visitas periódicas de un miembro del personal de enfermería al hogar, el contacto regular con un miembro o amigo de la familia y la llamada diaria de un programa de tranquilización vía telefónica local ayudan al paciente a sentirse confiado y protegido, lo cual promueve la independencia. Aunque estos individuos pueden realizar tareas de manera torpe y lenta, los familiares deben comprender que permitir el funcionamiento independiente es más beneficioso desde el punto de vista físico y psicológico que hacer las tareas por ellos. Se requiere paciencia, seguridad y aliento continuos para maximizar las capacidades de los pacientes para lograr su independencia.

Los problemas neurológicos suelen acompañarse de cambios de personalidad. Es posible que los pacientes se depriman, ya que advierten sus limitaciones y se frustran por su dependencia de otros. Es probable que experimenten duelo por la pérdida de roles e identidad previos. Puede ser también que sus reacciones se desplacen y evidencien mediante irritabilidad hacia otros, en numerosas ocasiones a sus seres queridos o cuidadores inmediatos. Los familiares y cuidadores tal vez requieran ayuda para comprender las razones de este comportamiento y necesiten aprender maneras eficaces de afrontarlo. Ofenderse o enojarse con los pacientes sólo los irrita o frustra aún más. Se requieren comprensión, paciencia y tolerancia.



CONCEPTO CLAVE

Los cuidadores deben estar preparados para los cambios de personalidad que suelen experimentar los individuos que sufren enfermedades neurológicas; los cuidadores pueden beneficiarse también del apoyo

del personal de enfermería.

Prevenir las lesiones

Es muy importante proteger de los peligros a los adultos mayores con una enfermedad neurológica. La falta de coordinación de movimientos, debilidad y mareo están entre los problemas que hacen que estos pacientes presenten un alto riesgo de accidentes. Ya sea que se trate de un centro o el hogar del paciente en la comunidad, el personal de enfermería debe revisar el entorno en busca de fuentes potenciales de accidentes, como alfombras no sujetas al suelo, iluminación deficiente de escaleras, desorden y mal funcionamiento de aparatos, así como falta de alarmas contra incendios, salidas de emergencias, asideros y alfombras no deslizantes en la bañera u otras medidas de seguridad. Las consideraciones de seguridad también incluyen la prevención de contracturas, úlceras por presión y otros riesgos para la salud y el bienestar. Permitir que las complicaciones que pudieron prevenirse impidan el avance y compliquen una discapacidad es una injusticia para el paciente.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. J., de 68 años, sufrió hace una semana un ictus que le dejó con debilidad del lado derecho, afasia e incontinencia. Su esposa está ansiosa por que den de alta a su esposo del hospital y se permita que sea atendido en casa. Usted ha oído decir al Sr. J. que él “no necesita preocuparse por nada porque ella hará todo lo que deba hacerse y todo lo que él tiene que hacer es permanecer en cama y tomarse las cosas con calma”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- Con base en la información proporcionada, ¿qué problemas deberán afrontar el Sr. y la Sra. J.?
- ¿Qué objetivos del plan de atención ayudarán a abordar las necesidades del Sr. y la Sra. J.?

Resumen del capítulo

Los cambios del sistema nervioso relacionados con la edad pueden dar lugar a tiempos de respuesta y reacción más lentos, reflejos más débiles y disminución de sensaciones. Por lo general, el desempeño intelectual se conserva hasta la octava década de vida y es posible que las capacidades verbales comiencen a deteriorarse después de los 70 años de edad. La salud neurológica se puede promover mediante el afrontamiento eficaz del estrés, el cumplimiento de prácticas seguras y la evitación del hábito tabáquico, la obesidad, el colesterol alto y la hipertensión.

La incidencia de la enfermedad de Parkinson aumenta con la edad. Empieza con un temblor leve de manos o pies que se reduce con un movimiento deliberado; la enfermedad avanza con la presencia de rigidez y debilidad muscular, disfagia, habla lenta, voz monótona y el rostro asume un aspecto de máscara. Un signo característico es la marcha arrastrada con inclinación del tronco al frente. Se pueden emplear tratamientos como el uso de medicamentos, la estimulación cerebral profunda y la terapia génica.

Los accidentes isquémicos transitorios son episodios neurológicos temporales o

intermitentes debidos a cualquier situación que disminuya la circulación cerebral. Según la ubicación de la zona isquémica, se pueden presentar hemiparesia, hemianestesia, afasia, pérdida unilateral de la visión, diplopia, vértigo, náuseas, vómitos y disfagia. El tratamiento suele consistir en la corrección de la causa subyacente, anticoagulación o reconstrucción vascular.

Los ictus son padecimientos graves en los adultos mayores y son la tercera causa principal de muerte y una causa importante de discapacidad en esta población. Los factores de riesgo incluyen hábito tabáquico, hipertensión, arterioesclerosis grave, diabetes, gota, anemia, hipotiroidismo, infarto de miocardio silencioso, AIT y deshidratación. Entre los principales signos se encuentran hemiplejía, afasia y hemianopsia. Una atención de enfermería durante la fase aguda puede mejorar las oportunidades de supervivencia del paciente y reducir al mínimo las limitaciones que impiden una recuperación completa. Los esfuerzos de la rehabilitación se inician cuando el paciente recupera la consciencia y se estabiliza.

La prevención de complicaciones y lesiones, el desarrollo con base en las capacidades existentes y la promoción de la independencia son medidas de enfermería primordiales para las personas con padecimientos neurológicos.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Cuidados bucales después del ictus. Una revisión del alcance

Fuente: Kwok, C., McIntyre, A., Janzen, S., Mays, R., & Teasell, R. (2015). Journal of Oral Rehabilitation, 42(1), 65–74.

Sabiendo que numerosos problemas relacionados con la salud después de que una persona sufrió un ictus pueden deberse o empeorarse por un cuidado de salud bucal ineficaz, los autores revisaron estudios publicados entre 1970 y 2013 para resumir el conocimiento actual relacionado con los cuidados bucales después del ictus. Un total de 60 artículos cumplieron con los criterios para ser incluidos en la revisión.

Los autores descubrieron que la mayoría de los problemas se relacionaban con masticación, disfagia, higiene y calidad de vida. Se encontraron algunas herramientas de valoración, protocolos y directrices respecto a la atención de la salud bucal en los pacientes que sufrieron un ictus. Se encontró evidencia de que a menudo el conocimiento que tenía el personal de enfermería acerca de la atención de la salud bucal era inadecuado.

Debido a la importancia de la salud bucal en la salud generalizada y el estado de los padecimientos existentes, así como la realidad de que la higiene bucal suele ser una responsabilidad del personal de enfermería, éste debería abordar la falta de herramientas de valoración y directrices basadas en evidencia disponibles para cubrir las necesidades de higiene bucal de las personas que hayan sufrido un ictus. Se deberá desafiar a los investigadores a explorar este tema y a los contextos clínicos a ofrecer directrices con base en la evidencia asociada con la higiene bucal en los pacientes que hayan sufrido un ictus. Aunque ello pudiera parecer un problema básico comparado con otras áreas de investigación clínica, éste es uno que afecta a gran parte de la población y puede incluirse en la prevención de las complicaciones y

el proceso de deterioro del estado de salud.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La Sra. Trotta, de 63 años de edad, trabaja en el departamento de facturación del mismo hospital donde usted trabaja. Uno de sus compañeros de trabajo comenta que está preocupado porque “algo le pasa a la Sra. Trotta”. Percibe que la Sra. Trotta ha adquirido un rostro inexpresivo y habla de forma monótona. Al tomar documentos, las manos le tiemblan mucho y no camina con la misma vivacidad de antes. Su compañero no se atreve a comentarle sus observaciones a la Sra. Trotta, pero le preocupa su salud y pide ayuda.

Pocas semanas después usted se sienta en la misma mesa del comedor con su compañero y la Sra. Trotta. Nota los síntomas que su compañero describió y sospecha que podría tratarse de un problema neurológico.

¿Cuál sería una manera apropiada de abordar las preocupaciones de su compañero y ayudar a la Sra. Trotta?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Detallar el contenido de un programa de capacitación en materia de salud para instruir a las personas mayores sobre prácticas que pueden disminuir su riesgo de padecer problemas neurológicos.
2. ¿Qué factores empeoran los síntomas del paciente con enfermedad de Parkinson? ¿Qué sugerencias pueden hacerse a los cuidadores para promover el funcionamiento óptimo de este paciente?
3. ¿Qué recursos existen en su comunidad para ayudar a los pacientes con enfermedad de Parkinson, ictus u otras enfermedades neurológicas?

Recursos

American Heart Association Stroke Connection

<http://www.strokeassociation.org>

American Parkinson Disease Association

<http://www.apdaparkinson.org>

Epilepsy Foundation of America

<http://www.efa.org>

Michael J. Fox Foundation for Parkinson’s Research

<http://www.michaeljfox.org>

National Institute of Neurological Disorders and Stroke

<http://www.ninds.nih.gov>

National Multiple Sclerosis Society

<http://www.nmss.org>

National Parkinson Foundation

<http://www.parkinson.org>

National Stroke Association

<http://www.stroke.org>

Paralyzed Veterans of America

<http://www.pva.org>

Parkinson Alliance

<http://www.parkinsonalliance.org>

Parkinson's Action Network (PAN)

<http://www.parkinsonsaction.org>

Parkinson's Disease Foundation (PDF)

<http://www.pdf.org>

Parkinson's Institute

<http://www.thepi.org>

Parkinson's Resource Organization

<http://www.parkinsonsresource.org>

Referencias

Hauser, R. A., Lyons, K. E., McClain, T. A., Pahwa, R., & Bedbadis, S. R. (2015). Parkinson's disease treatment and management. *Medscape*. Acceso el 5 de febrero de 2015 en: <http://emedicine.medscape.com/article/1831191-treatment#aw2aab6b6b6>

Ward, C., Health, S., Janovsky, V., Lanier, F., Franks, R. & O'Connor, S. (2014). *Care of the movement disorder patient with deep brain stimulation*. AANN clinical practice guideline series. American Association of Neuroscience Nurses. Acceso el 15 de abril de 2015 en: <http://www.aann.org/pubs/content/guidelines.html>

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Visión y audición

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento sobre la visión y la audición

Promoción de la salud sensorial

- Promover la visión
- Promover la audición
- Valoración de los problemas

Enfermedades visuales y auditivas específicas e intervenciones de enfermería relacionadas

- Deficiencias visuales
- Deficiencias auditivas

Consideraciones generales de enfermería para las deficiencias visuales y auditivas

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Explicar la importancia de la visión y la audición óptimas y el efecto de las deficiencias de la audición y la visión en personas mayores.
2. Describir los efectos del envejecimiento sobre la visión y la audición.
3. Mencionar las medidas para promover la visión y la audición saludables en los adultos mayores.
4. Identificar signos de cataratas, glaucoma, degeneración macular, desprendimiento de retina, úlceras corneales y deterioro de la audición en personas mayores y las intervenciones de enfermería correspondientes.

GLOSARIO

Catarata: opacidad del cristalino del ojo.

Degeneración macular: pérdida de la visión central debida al desarrollo de depósitos de cristales en el epitelio pigmentario de la retina.

Glaucoma: enfermedad oftálmica en la que aumenta la presión intraocular.

Presbiacusia: pérdida neurosensorial de la audición para los tonos de alta frecuencia relacionada con la edad.

Presbicia: disminución de la capacidad del ojo para cambiar la forma del cristalino para enfocar objetos cercanos asociada con el envejecimiento.

El buen funcionamiento de la visión y la audición es un recurso extremadamente valioso que a menudo se da por descontado. Por ejemplo, las personas están en posición de protegerse mejor de lesiones cuando pueden ver, oír, oler, sentir y comunicarse. La disminución de la capacidad para protegerse de los peligros a causa de las deficiencias sensoriales puede dar lugar a caídas graves al no ver los obstáculos o no oír alarmas y advertencias, ingesta de sustancias peligrosas o dosis incorrectas de fármacos al no leer de forma clara las etiquetas.

Las capacidades visuales y auditivas también facilitan la percepción exacta del entorno. Una persona podría pensar que se habla de ella si es incapaz de oír la conversación de quienes la rodean. La visión deficiente puede impedir leer el periódico o reconocer a una persona conocida en la calle. Es posible que el entorno parezca poco interesante y aislado sin la capacidad de ver o escuchar.

Por último, la interacción social, así como compartir experiencias y el intercambio de sentimientos, son más completos cuando la visión y la audición se encuentran intactas. A través de la comunicación, las personas comparten alegrías y tristezas, experimentan la normalidad, validan percepciones y mantienen un vínculo con la realidad.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cómo afectaría su vida ser ciego o sordo? ¿Qué reacciones considera que experimentaría?

EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA VISIÓN Y LA AUDICIÓN

Una de las áreas en la que se presentan cambios más significativos con la edad es la visión. La disminución de la elasticidad y el endurecimiento de las fibras musculares del cristalino, que comienzan en la cuarta década de la vida, interfieren con la capacidad de enfocar de manera adecuada y son los factores responsables de que la mayoría de los adultos mayores requieran alguna forma de lentes correctores; esta anomalía se conoce como *presbicia*. La agudeza visual disminuye de manera progresiva a causa de la disminución del tamaño pupilar, la opacificación del cristalino y el cuerpo vítreo y la pérdida de células fotorreceptoras en la retina. El umbral para la percepción de la luz disminuye, lo que causa dificultad para la visión nocturna y en zonas con luz tenue. La adaptación a la oscuridad y la luz es más lenta. La sensibilidad a la luminosidad aumenta debido a la formación de cataratas. Los cambios visuales provocan que la percepción de la profundidad se distorsione, lo que hace más difícil juzgar la altura de las superficies sobre las que se camina. Los campos visuales se hacen más pequeños y se reduce la visión periférica. Los ojos producen menor cantidad de

lágrimas y están más secos.

Cerca de la mitad de los individuos que cada año se identifican como legalmente ciegos tienen una edad de 65 años o mayor. Las limitaciones visuales pueden hacer problemática la comunicación, pues es posible que no se adviertan o se malinterpreten las expresiones faciales, que son tan importantes como las palabras. La lectura de los labios para compensar deficiencias de la audición puede ser difícil, lo mismo que la correspondencia escrita, pues la lectura y la escritura se hacen casi imposibles. Permanecer conscientes de los acontecimientos actuales mediante periódicos y de la socialización a través de jugar cartas y otros juegos puede verse obstaculizado.

Los cambios auditivos también son frecuentes y pueden afectar la comunicación. La **presbiacusia** (pérdida auditiva neurosensorial relacionada con la edad) reduce la capacidad para oír los sonidos *s*, *sh* y *f* y puede hacer que el habla sea inaudible o distorsionada, al igual que la producción y retención de cerumen, los cuales son un problema habitual en los adultos mayores. Las personas mayores pueden ser conscientes de esta limitación y evitar situaciones en las que se requiere interactuar. A su vez, es posible que las demás personas también las eviten a causa de esa dificultad. Las conversaciones telefónicas a veces se ven afectadas por este problema, el cual limita el contacto social aún más para el individuo que quizá ya estaba aislado socialmente por otras razones. Alrededor del 10% de la población mayor tienen alguna dificultad para escuchar conversaciones telefónicas. Valorar la causa subyacente de un problema de audición mediante una valoración profesional, incluido un examen audiométrico, es el primer paso en el tratamiento o la corrección del problema.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Los teléfonos celulares son de uso generalizado. ¿De qué maneras considera que se ha facilitado y obstaculizado la comunicación?

PROMOCIÓN DE LA SALUD SENSORIAL

Promover la visión

A pesar de los cambios relacionados con la edad, la mayoría de los adultos mayores tienen suficiente capacidad visual para satisfacer sus necesidades de autocuidado normales con la ayuda de lentes correctores. Sin embargo, es posible la aparición de problemas visuales graves que deben reconocerse de manera oportuna para prevenir un daño visual considerable. Las exploraciones oculares exhaustivas y rutinarias realizadas por un oftalmólogo, incluida la tonometría, son importantes para detectar y tratar en una fase temprana problemas oculares en personas mayores. El personal de enfermería debe hacer hincapié en la importancia de la revisión ocular anual para detectar cambios en la visión y la necesidad no sólo de modificar los lentes correctores, sino también de descubrir de forma precoz los problemas como cataratas, glaucoma y otros procesos patológicos. El personal de enfermería también debe evaluar la capacidad económica del adulto mayor para pagar una revisión ocular y gafas, pues el seguro de salud rara vez cubre este

importante servicio; quizá se requieran recursos de la comunidad o la negociación de planes de pago especiales para que los adultos mayores adquieran el material necesario. Es posible que el sistema de seguridad social cubra las revisiones oculares de personas que presentan riesgo de sufrir determinados padecimientos.

CUADRO 25-1 Nutrientes favorables para la visión

Ácidos grasos esenciales. Importantes para el buen funcionamiento de la retina.

Flavonoides. Mejoran la visión nocturna y la adaptación a la oscuridad, promueven la agudeza visual, mejoran la integridad capilar para reducir el riesgo de hemorragia en la retinopatía diabética.

Vitamina A. Mantiene saludables los bastones y conos de la retina.

Vitaminas del complejo B. Este grupo puede prevenir el aumento de las concentraciones de homocisteína, que se relaciona con problemas vasculares que afectan la retina.

Vitamina C. Promueve la visión normal; los suplementos podrían reducir el riesgo de cataratas.

Vitamina E. Puede ayudar a prevenir las cataratas; es posible que los suplementos en dosis altas prevengan la degeneración macular.

Selenio. Puede ayudar a prevenir las cataratas; los suplementos junto con vitamina E podrían reducir la pérdida visual en la degeneración macular.

Cinc. Promueve la capacidad visual y la adaptación a la oscuridad normales; los suplementos pueden reducir la pérdida visual en la degeneración macular; es posible que su deficiencia favorezca el desarrollo de cataratas.

Además de las exploraciones oftálmicas, se requiere una pronta evaluación de cualquier síntoma que pudiera indicar un problema visual, como ardor o dolor del ojo, visión borrosa o doble, enrojecimiento de la conjuntiva, manchas flotantes, cefaleas y cualquier otro cambio en la visión. El personal de enfermería debe revisar la dieta para asegurar una ingesta adecuada de nutrientes que promuevan una buena visión ([cuadro 25-1](#)). Diversas anomalías también pueden amenazar la visión del adulto mayor. Por ejemplo, la arterioesclerosis y la diabetes pueden dañar la retina, y las deficiencias nutricionales y la hipertensión a veces ocasionan deterioro visual. Véanse las secciones de este libro en las que se describen estas enfermedades para comprender la fisiopatología implicada.

Promover la audición

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica también tiene la responsabilidad de ayudar a los adultos mayores a proteger y preservar su audición. Es posible evitar algunas deficiencias de la audición en la edad avanzada mediante un cuidado adecuado de los oídos durante toda la vida. Este cuidado debe incluir tratamiento de las infecciones óticas, prevención de los traumatismos del oído (p. ej., por un golpe fuerte o un cuerpo extraño en el oído) y exploraciones audiométricas con regularidad.

El personal de enfermería debe revisar con frecuencia los oídos de los adultos mayores en busca de depósitos de cerumen; la extracción de éste se facilita con la irrigación del conducto auditivo externo con agua tibia o una solución de peróxido de hidrógeno y agua, aunque también se dispone de preparados comerciales. No debe usarse un chorro de solución a presión en este procedimiento, pues se puede perforar el tímpano. En el caso de las personas mayores, es prudente contar con

ayuda cuando se irrigan los oídos, pues a menudo aparece mareo durante la intervención. Incluso debe permitirse que el agua vaya hacia los oídos durante el baño o el lavado del cabello, ya que puede ayudar a ablandar el cerumen. Se evita el uso de dispositivos con punta de algodón para retirar el cerumen, ya que pueden empujarlo de vuelta al conducto auditivo y causar retención. Nunca deben usarse horquillas para el cabello ni objetos similares.



CONCEPTO CLAVE

Las irrigaciones de oídos pueden ayudar a retirar acumulaciones de cerumen; sin embargo, se debe proteger al adulto mayor del posible mareo relacionado con esta intervención.

Además, es conveniente que el personal de enfermería imparta instrucción de la salud acerca de los efectos del ruido del entorno sobre la audición y la salud general. Es importante protegerse durante toda la vida frente a la exposición a ruidos intensos, como los relacionados con el trabajo en fábricas y construcción, vehículos, música a volumen alto o tambores y explosiones; cuando la exposición es inevitable, deben usarse tapones para los oídos u otros dispositivos para reducir el sonido. El personal de enfermería puede tener una participación activa al promover la legislación para el control de la contaminación por ruido y su cumplimiento.

Valoración de los problemas

Debido a que es infrecuente el adulto mayor que no sufre alguna deficiencia sensorial, el personal de enfermería que trabaja con estas personas debe ser hábil para valorar la visión y la audición ([guía de valoración 25-1](#)), verificar que los problemas sensoriales sean evaluados de manera apropiada e implementar técnicas adecuadas para promover el máximo funcionamiento sensitivo. En la [tabla 25-1](#) se mencionan algunos de los diagnósticos de enfermería relacionados con las deficiencias sensitivas.



GUÍA DE VALORACIÓN 25-1 VISIÓN Y AUDICIÓN

INSPECCIÓN GENERAL

Durante las interacciones con el paciente, es preciso tomar nota de los signos de deficiencias de la audición, como la falta de comunicación, las solicitudes de repetición de palabras, la dependencia de la lectura de labios y el giro de la cabeza a un lado en un esfuerzo por oír mejor. Identificar problemas oculares observando si el paciente usa gafas, muestra dificultad para ver (p. ej., choca contra los objetos y no puede leer la letra pequeña) o tiene defectos oculares, como párpados caídos, cambio de color de la esclerótica, lagrimeo excesivo, secreción o movimientos oculares anómalos. Los olores desagradables (p. ej., por incontinencia o vaginitis) que no parecen molestar al paciente podrían indicar pérdida del olfato; las

quemaduras de cigarrillo en los dedos o las úlceras por presión inadvertidas podrían significar que el paciente tiene menor capacidad para sentir presión y dolor.

INTERROGATORIO

- Interrogar al paciente sobre la fecha y el tipo de los últimos estudios oftalmológicos y audiométricos (p. ej.: ¿dónde los realizaron? ¿lo vio un oftalmólogo u optometrista? ¿el examen incluyó una tonometría? ¿recibió una evaluación audiométrica completa o básica?).
- Si el paciente utiliza lentes o auxiliares auditivos, se hacen preguntas acerca de dónde, cuándo y cómo los obtuvo (p. ej., anteojos para leer comprados en la farmacia local o anteojos de prescripción; auxiliar auditivo publicitado en la televisión).
- Hacer preguntas como las siguientes para revelar la presencia de problemas sensitivos:
 - ¿Ha habido algún cambio en su visión? Descríbalo?”.
 - ¿Sus gafas son tan útiles como cuando las adquirió?”.
 - ¿Experimenta dolor, ardor o prurito en los ojos?”.
 - “¿Ha llegado a ver manchas flotantes en los ojos? ¿Con cuánta frecuencia ocurre y cuán numerosas y grandes son las manchas?”.
 - ¿Ha visto destellos de luz o halos?”.
 - ¿Ha sentido los ojos particularmente secos o acuosos?”.
 - ¿Tiene dificultad para ver de noche, en sitios poco iluminados o en zonas muy iluminadas?”.
 - ¿Alguien de su familia tiene glaucoma u otros problemas oculares?”.
 - ¿Ha notado algún cambio en su capacidad para escuchar? Descríbalo, por favor”.
 - ¿Hay ciertos sonidos que le sean más difíciles de escuchar que otros?”.
 - ¿Ha experimentado dolor, prurito, acúfenos o sensación de plenitud en los oídos?”.
 - ¿Se acumula mucho cerumen? ¿Cómo lo soluciona?”.
 - ¿Ha drenado líquido de los oídos?”.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Ojos

- Inspeccionar los ojos en busca de estructuras anómalas, párpados caídos, cambio de color y movimiento anómalo. La pérdida de elasticidad alrededor de los ojos, indicada por la formación de bolsas, es un dato frecuente. Es normal que las personas de piel negra tengan un ligero tono amarillo en la esclerótica. Tomar nota de cualquier lesión de los párpados.
- Palpar los globos oculares con los párpados cerrados para revelar dureza de los ojos en caso de presión intraocular (PIO) elevada y sensación esponjosa en caso de deficiencia hídrica.
- Realizar una evaluación macroscópica de la agudeza visual haciendo que el paciente lea una cartilla de Snellen o letras de diversos tamaños en un periódico. Si el paciente es incapaz de leer letras en la cartilla o el periódico, estimar el grado de limitación visual determinando si puede ver los dedos que se ponen delante o simplemente lo adivina.
- Para estimar el campo visual, hacer que el paciente enfoque la vista al frente. De frente a la persona, llevar un dedo a su campo de visión. Tomar nota del momento en el que se indica que se observa el dedo en relación con el momento en el que lo

percibe el examinador. Si el paciente tiene restricciones para ver todas las partes del campo visual, se revisa la naturaleza exacta del problema. Un punto ciego en el campo visual (escotoma) puede deberse a degeneración macular; la disminución del campo periférico puede estar relacionado con glaucoma; es posible la ceguera en la mitad homolateral de ambos ojos (hemianopsia homónima) en las personas que hayan sufrido un ictus.

- Explorar los movimientos extraoculares haciendo que el paciente siga el dedo del examinador cuando se desplaza a distintos puntos, de manera horizontal y vertical. Los movimientos oculares irregulares y bruscos pueden deberse a alteraciones de los nervios craneales III, IV o VI.

Oídos

- La inspección de los oídos suele revelar acumulación de cerumen, mayor crecimiento del vello y atrofia de la membrana timpánica, lo que la torna blanca o gris.
- Debe tomarse nota de las acumulaciones de cerumen y eliminarlas.
- Una pequeña lesión ulcerosa en forma de costra en la oreja puede ser un signo de carcinoma basocelular o epidermoide.
- Llevar a cabo una evaluación general de la audición determinando la capacidad del paciente para oír el tictac de un reloj de pulsera. Revisar ambos oídos.
- Realizar las pruebas de Weber y Rinne para valorar ruidos de diferentes frecuencias. Para estas pruebas, se coloca un diapasón cerca del oído o contra el cráneo; esta maniobra hace vibrar el oído interno. La prueba de Rinne con diapasón ayuda a valorar la capacidad auditiva de un paciente para la conducción aérea, en contraste con la conducción ósea. La prueba de Weber con diapasón ayuda a determinar la capacidad auditiva de un paciente sólo por conducción ósea y es útil cuando la pérdida auditiva es asimétrica.
- Además de presbiacusia y pérdidas auditivas de conducción, otras causas de disminución de la audición pueden ser las infecciones de la vía respiratoria superior, los fármacos ototóxicos y la diabetes.

ENFERMEDADES VISUALES Y AUDITIVAS ESPECÍFICAS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS

Deficiencias visuales

Cataratas

Una *catarata* es una opacidad del cristalino o su cápsula que causa que el cristalino pierda transparencia. Las cataratas son frecuentes en las personas mayores porque todos los individuos desarrollan cierto grado de opacidad del cristalino con la edad. De hecho, en este grupo las cataratas son la principal causa de deterioro visual. La exposición a la radiación ultravioleta B incrementa el riesgo de cataratas y enfatiza la

importancia de usar gafas para sol apropiadas con la finalidad de proteger los ojos. La diabetes, el hábito tabáquico, el consumo elevado de alcohol y las lesiones oculares también son factores contribuyentes. La mayoría de los adultos mayores presentan algún grado de opacidad del cristalino, haya o no otras alteraciones oculares.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 25-1 Diagnósticos de enfermería relacionados con deficiencias sensitivas

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería ^a
Privación o sobrecarga sensitivas, deterioro de la comunicación	Intolerancia a la actividad
Deterioro de la comunicación, alteración del autoconcepto, disminución de la capacidad para protegerse	Ansiedad
Glaucoma agudo, úlcera corneal, desprendimiento de retina	Dolor
Deficiencias auditivas	Deterioro de la comunicación verbal
Deterioro de la visión o la audición	Aislamiento social
Deficiencias visuales, incapacidad para protegerse	Deterioro del mantenimiento del hogar
Incapacidad para ver, oír, oler o sentir peligros	Riesgo de lesión
Incapacidad para protegerse, cuidarse, comunicarse	Impotencia emocional
Dependencia, deterioro de las interacciones, alteración del autoconcepto	Trastorno de la imagen corporal
Percepción errónea del entorno	Trastorno del patrón del sueño
Deficiencias visuales o auditivas, frustración del paciente u otros en el intento de comunicarse	Aislamiento social
Percepción errónea o deficiencia sensorial por alteración del funcionamiento de los órganos de los sentidos	Ansiedad Alteración de los procesos del pensamiento

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.



CONCEPTO CLAVE

Todas las personas sufren algún grado de opacidad del cristalino con la edad, aunque es más grave en aquellas que se han expuesto demasiado a la radiación solar.

Síntomas. No se presenta molestia o dolor en caso de cataratas. Al principio, la agudeza visual no se ve afectada, pero la visión se distorsiona conforme la opacificación avanza, la visión nocturna disminuye y los objetos se perciben borrosos. Es posible que la persona tenga problemas para ver las señales de tráfico al conducir y sienta como si tuviera una telilla en el ojo. Con el tiempo, la opacidad del cristalino y la pérdida de la visión se tornan completas. El resplandor de la luz solar y las luces brillantes son en extremo molestos para la persona afectada; lo anterior se debe a que el cristalino opaco dispersa más la luz que uno transparente. Se desarrolla esclerosis nuclear, la cual provoca que el cristalino se torne amarillo o pardo

amarillento; con el tiempo, el color de la pupila cambia de negro a blanco turbio. Algunos individuos informan mejoría en la capacidad para ver la letra y los objetos pequeños (“segunda vista”), que se debe a cambios en el cristalino que incrementan la miopía.

Tratamiento y cirugía de cataratas. Aunque la operación para retirar el cristalino es el único tratamiento para una catarata, éstas afectan a las personas de modo diferente. Por lo tanto, la necesidad de cirugía debe valorarse con base en cada situación individual. Los pacientes con una sola catarata no necesariamente deben operarse si la visión en el otro ojo es adecuada y deben concentrarse en fortalecer su capacidad visual existente, reducir sus limitaciones y usar las medidas de seguridad aplicables a cualquier persona con deterioro visual ([cuadro 25-2](#)). Las gafas para el sol, las cortinas claras en las ventanas, los muebles lejos de luces intensas y la presencia de varias luces tenues en vez de una sola intensa disminuyen las molestias por el resplandor. Es conveniente colocar objetos dentro del campo visual del ojo no afectado, lo que debe considerarse, por ejemplo, al preparar una bandeja con alimentos o al disponer el mobiliario y los objetos de uso frecuente. Es esencial que un oftalmólogo realice evaluaciones regulares para detectar cambios o un nuevo problema en el ojo no afectado.

La cirugía mejora la visión en la mayoría de los pacientes. La cirugía de cataratas se realiza de manera ambulatoria y las personas mayores suelen tolerarla bien. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica está en una posición ideal para ofrecer a los pacientes mayores y sus familiares seguridad acerca de que la edad no contraindica esta operación. Por lo general, los individuos suelen poder reanudar actividades que no requieran de mucho esfuerzo al día siguiente. La simple cirugía y algunas semanas de rehabilitación pueden dar como resultado años de mejoría en la visión y, en consecuencia, mejor calidad de vida. Para extirpar el cristalino, se usan dos tipos de procedimientos quirúrgicos. La extracción intracapsular es el procedimiento de elección para el paciente mayor con cataratas y consiste en retirar el cristalino y la cápsula. La extracción extracapsular es una cirugía simple en la cual se extirpa el cristalino y la cápsula posterior se deja en su sitio. Un problema frecuente con la extracción extracapsular es que se puede formar una membrana secundaria, lo cual hace necesario un procedimiento adicional para la incisión de la membrana.

El método más frecuente para reemplazar el cristalino extirpado consiste en la introducción de una lente intraocular en el momento de la cirugía. Para los pacientes mayores, este método ha sido más exitoso que el ajuste de una lente de contacto o el uso de gafas especiales para cataratas. La lente intraocular tiende a distorsionar la visión en menor grado que los anteojos para cataratas y no requiere el cuidado de una lente de contacto. Algunos pacientes sufren complicaciones con el implante de la lente, como infección ocular, pérdida de humor vítreo y deslizamiento del implante.

Glaucoma

El **glaucoma** es una enfermedad ocular degenerativa en la cual el nervio óptico resulta lesionado por una presión intraocular (PIO) más alta que la normal. Se ubica después de las cataratas como un problema en adultos mayores y es la segunda causa

principal de ceguera en esta población; constituye un 12% de todos los casos de ceguera en los Estados Unidos. El glaucoma tiende a presentarse en los adultos mayores de 40 años y su prevalencia aumenta con la edad. Los afroamericanos tienden a sufrir glaucoma a menor edad que los caucásicos y entre ellos la incidencia es significativamente más alta; las mujeres se ven más afectadas que los hombres en todos los grupos. Aunque la causa exacta se desconoce, el glaucoma puede asociarse con aumento de tamaño del cristalino, iritis, alergia, desequilibrio endocrino, inestabilidad emocional y antecedente familiar de la anomalía. Los fármacos con propiedades anticolinérgicas pueden exacerbar el glaucoma debido a sus efectos de dilatación pupilar. La PIO se incrementa con rapidez en el glaucoma agudo y de manera gradual en el crónico.

CUADRO 25-2 Medidas para compensar deficiencias visuales en los adultos mayores

- Mirar a la persona cuando se hable.
- Usar varias luces tenues indirectas en lugar de una sola que deslumbre.
- Evitar el resplandor de las ventanas utilizando cortinas claras o vitrales.
- Emplear material de lectura con letra grande.
- Colocar los artículos de uso frecuente dentro del campo visual.
- Evitar el uso de colores de tonos claros e intentar utilizar colores brillantes.
- Usar colores contrastantes en pasillos, escaleras y desniveles.
- Identificar las pertenencias personales y diferenciar el dormitorio y la silla de ruedas con un diseño único en lugar de hacerlo con letras o números.

Glaucoma agudo. En el glaucoma agudo, también llamado *glaucoma de ángulo cerrado*, el paciente experimenta dolor ocular intenso, cefalea, náuseas y vómitos. Además del rápido aumento de la presión dentro del globo ocular, se presentan edema del cuerpo ciliar y dilatación de la pupila. La visión se torna borrosa y aparece ceguera si este problema no se corrige en un día, lo cual enfatiza el hecho de que se trata de una urgencia médica que demanda atención inmediata. El oftalmólogo explora el ojo con un oftalmoscopio y realiza una prueba del campo visual (campometría). El diagnóstico se confirma mediante la colocación de un tonómetro en la córnea anestesiada para medir la PIO (fig. 25-1). La presión normal es de 20 mm Hg. Una lectura de 20-25 mm Hg se considera posible glaucoma. En otra prueba diagnóstica (gonioscopia) se usa una lente de contacto y un microscopio binocular para la exploración directa de la cámara anterior a fin de diferenciar entre glaucoma de ángulo cerrado y de ángulo abierto. Antiguamente, si la PIO no disminuía en un lapso de 24 h, era necesaria la cirugía. Sin embargo, en la actualidad se cuenta con fármacos eficaces para tratar el ataque agudo (p. ej., inhibidores de la anhidrasa

carbónica, que disminuyen la formación de solución acuosa; manitol, urea y glicerina, que reducen el líquido por su capacidad para elevar la presión osmótica en la sangre circulante). Para prevenir futuros episodios de glaucoma agudo, puede realizarse una iridectomía después de la crisis aguda.

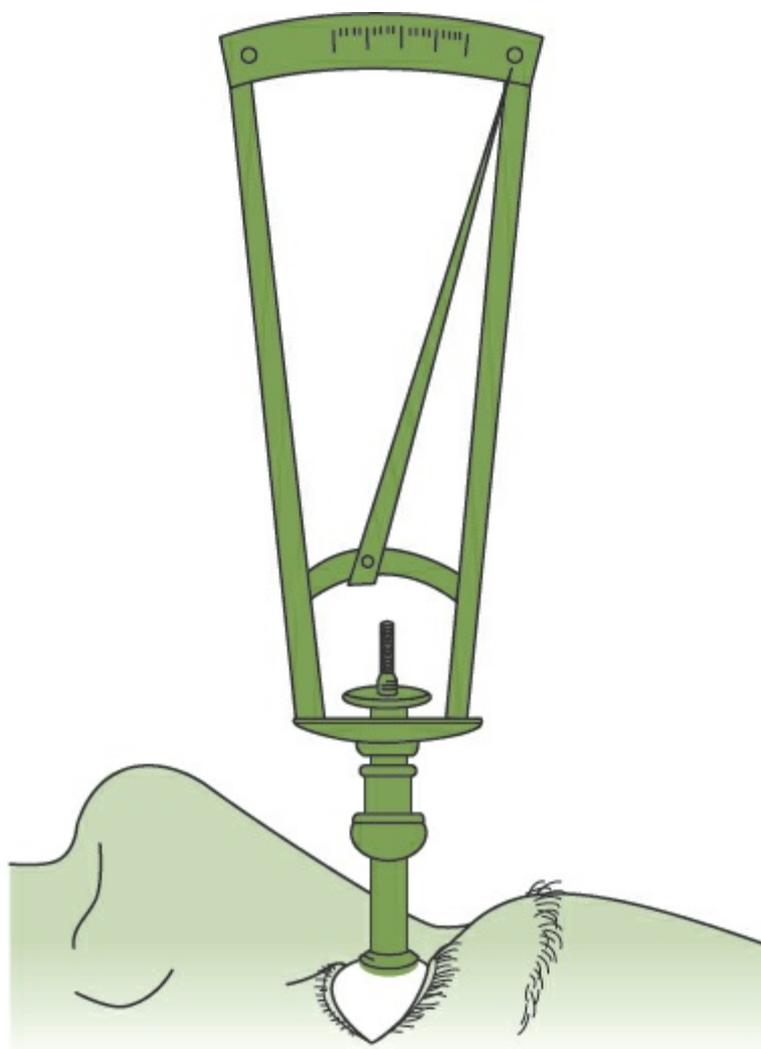


FIGURA 25-1 ● Medición de la presión intraocular con un tonómetro.

Glaucoma crónico. El glaucoma crónico o de ángulo abierto es más frecuente que el glaucoma agudo. Con frecuencia, se desarrolla de una manera tan gradual que los individuos afectados no advierten que tienen un problema visual. La visión periférica se deteriora de forma lenta pero creciente, por lo que es posible que la persona no se percate durante mucho tiempo por qué choca con los objetos a su alrededor. Tal vez deba cambiar de gafas con frecuencia. Cuando el deterioro avanza, la visión central resulta afectada. Es posible que las personas informen cansancio ocular, cefaleas, visión nublada o halos alrededor de las luces, síntomas que tienden a ser más pronunciados durante la mañana. La córnea puede tener aspecto turbio y es factible que el iris esté fijo y dilatado. Aunque este padecimiento suele afectar un solo ojo, pueden verse perjudicados ambos si no se busca tratamiento. Las mismas intervenciones que se mencionaron para el glaucoma agudo se utilizan para diagnosticar este problema. El tratamiento, encaminado a reducir la PIO, suele consistir en una combinación de un miótico y un inhibidor de la anhidrasa carbónica

o cirugía para establecer un conducto que filtre el líquido acuoso (p. ej., iridectomía, iridencleisis, ciclodíalisis y trepanación corneoesclerótica).



CONCEPTO CLAVE

El glaucoma de ángulo abierto, la forma más frecuente de la enfermedad, puede ser asintomático hasta una etapa avanzada; por lo tanto, es importante realizar pruebas de detección de glaucoma.

Atención y prevención de las complicaciones. La pérdida de la visión por glaucoma es irreversible. Sin embargo, el daño adicional puede prevenirse evitando cualquier situación o actividad que aumente la PIO. El esfuerzo físico y el estrés emocional deben evitarse. Es posible instilar mióticos en el ojo; puede usarse acetazolamida. No deben administrarse midriáticos, estimulantes ni fármacos que eleven la presión arterial. Es conveniente que los pacientes lleven consigo una tarjeta o un brazalete que indique su enfermedad para prevenir la administración de estos fármacos en situaciones en las que el sujeto esté inconsciente o sea incapaz de comunicarse por otra causa. También deben prevenirse el abuso y el uso excesivo de los ojos. La valoración periódica por un oftalmólogo es parte esencial de la atención continuada del paciente con glaucoma.

El seguimiento del tratamiento del glaucoma por parte del paciente puede ser complejo. La naturaleza silenciosa del padecimiento, las dificultades para instilar las gotas oftálmicas y el coste de los medicamentos contribuyen a incumplir el plan de atención. Es necesario que el personal de enfermería informe a los pacientes acerca de la enfermedad y su cuidado y que oriente sobre la importancia del cumplimiento. El plan de atención para estos pacientes debe incluir el refuerzo continuo de las medidas de autocuidado para controlar la enfermedad. En el [plan de atención de enfermería 25-1](#) se presenta un ejemplo de plan para el paciente con glaucoma de ángulo abierto.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 25-1

EL ADULTO MAYOR CON GLAUCOMA DE ÁNGULO ABIERTO

Diagnóstico de enfermería. Conocimientos deficientes acerca del control de la enfermedad.

Objetivos	Intervenciones de enfermería
El paciente expresa que conoce los hechos acerca del glaucoma y el cuidado relacionado; se administra gotas oftálmicas de manera correcta.	<ul style="list-style-type: none">■ Valorar el conocimiento del paciente acerca de la enfermedad en relación con lo que significa esta enfermedad, los cuidados requeridos, los síntomas que se deben observar e informar y las precauciones que debe tomar.■ Aclarar las ideas erróneas y ofrecer explicaciones según la necesidad.■ Verificar que el paciente comprenda la importancia de la administración regular de las gotas oftálmicas.■ Evaluar la capacidad del paciente para manipular el dosificador e instilarse las gotas (en particular, en casos de artritis en las manos). Enseñar según la necesidad. Si el paciente no es capaz de utilizar el dosificador sin ayuda e instilarse las gotas, determinar la capacidad de algún familiar para ayudar e instruirlo.■ Instruir al paciente para que comente cualquier padecimiento asmático con el médico, ya que el clorhidrato de pilocarpina debe utilizarse con

precaución en las personas con asma.

- Reforzar la importancia de que el paciente exponga su situación médica completa a cada profesional de la salud con quien tenga contacto.
- Preparar al paciente para los efectos adversos del clorhidrato de pilocarpina, como visión borrosa durante 1-2 h después de la administración; revisar las consideraciones de seguridad relacionadas.
- Enseñar al paciente a evitar situaciones que puedan aumentar la presión intraocular, como toser con fuerza, estornudar y esforzarse al defecar.
- Recomendar al paciente que evite la automedicación para los resfriados, pues estos remedios pueden contener fármacos midriáticos que tal vez aumenten la presión intraocular.
- Comentar la naturaleza crónica del glaucoma y la necesidad de administración de medicamentos de por vida, la atención a las precauciones y el reconocimiento de los síntomas que deben informarse. Insistir en que, si bien no es posible restaurar la visión perdida, puede evitarse una mayor deficiencia con el control de la enfermedad.

Diagnóstico de enfermería. Riesgo de lesión por deterioro visual y riesgos asociados con glaucoma.

Objetivo

Intervenciones de enfermería

El paciente está libre de lesión provocada por deterioro visual; utiliza medidas preventivas para evitar complicaciones asociadas con el glaucoma.

- Explicar el efecto de la reducción de la visión periférica y las medidas de seguridad relacionadas, como colocar los objetos de uso frecuente en el campo visual, evitar obstáculos en el suelo, girar la cabeza por completo para ver los objetos situados a un lado, evitar conducir.
- Enseñar al paciente a que evite situaciones que puedan dañar la visión cuando se eleva la presión intraocular, como toser con fuerza, estornudar, esforzarse al defecar, realizar ejercicio extenuante y experimentar estrés emocional.
- Alentar al paciente para que mantenga el cuarto de baño y los pasillos bien iluminados, pues la visión nocturna o con luz tenue puede estar deteriorada por el uso de clorhidrato de pilocarpina.
- Recomendar al paciente que evite las actividades durante varias horas después de la administración de gotas oftálmicas, ya que en este tiempo la visión puede ser borrosa.
- Ayudar al paciente a obtener un brazalete de identificación médica para asegurarse de que otros estén informados de su enfermedad si no puede comunicarse.

Diagnóstico de enfermería. Ansiedad y temor relacionados con pérdida de la visión.

Objetivo

Intervenciones de enfermería

El paciente tiene un estilo de vida satisfactorio, con un control eficaz de la enfermedad; está libre de ansiedad y miedo.

- Alentar al paciente a expresar sus sentimientos sobre la pérdida de visión y su efecto sobre el funcionamiento. Escuchar y ofrecer apoyo.
- Aclarar las ideas falsas; ofrecer explicaciones realistas.
- Determinar actividades importantes para el paciente que pueden ser amenazadas por el padecimiento. Diseñar estrategias para preservar y promover esas actividades.
- Ayudar al paciente a encontrar recursos para promover el funcionamiento, la independencia y el disfrute. Contactar a los centros de asistencia locales para personas con deterioro visual.

Diagnóstico de enfermería. Estreñimiento.

Objetivo

Intervenciones de enfermería

El paciente defeca sin esfuerzo al menos cada 2-3 días.

■ Valorar el patrón de evacuación intestinal; en ausencia de problemas, reforzar las prácticas actuales; si el estreñimiento es un problema, iniciar medidas para promover la evacuación intestinal regular, como incrementar el consumo de fibra, establecer un horario regular para la defecación y usar productos para ablandar las heces a fin de evitar los incrementos de la presión intraocular que se presentan al esforzarse para defecar.

Degeneración macular

La **degeneración macular** es la causa más frecuente de ceguera en las personas mayores de 65 años de edad e implica daño o deterioro de la mácula, lo cual conduce a la pérdida de la visión central. La forma más habitual es la degeneración macular por involución, que se asocia con el proceso de envejecimiento, aunque también puede deberse a lesión o infección o ser exudativa. En la [figura 25-2](#) se compara la pérdida de la visión que se experimenta en caso de cataratas, glaucoma y degeneración macular.



CONCEPTO CLAVE

La degeneración macular se acompaña de pérdida de la visión central.

Las exploraciones oftalmológicas sistemáticas identifican la degeneración macular y promueven el tratamiento capaz de prevenir la pérdida de la visión posterior. Se ha utilizado láser para tratar algunas formas de degeneración macular, pero la variante por involución no reacciona bien a esta intervención. Son útiles para los pacientes con este padecimiento las lupas, las lámparas de lectura de alta intensidad y otros materiales.

Desprendimiento de retina

Es posible que los adultos mayores sufran desprendimiento de retina, que es el desplazamiento de la retina al frente desde su posición normal adherida a la coroides. Los síntomas, que pueden ser graduales o súbitos, incluyen percepción de manchas flotantes en el ojo, visión borrosa, destellos de luz y la sensación de que se forma una película sobre el ojo. Las zonas con deterioro de la visión avanzan hasta la pérdida completa de la vista. La gravedad de los síntomas depende del grado de desprendimiento de la retina. No suele haber dolor.

Se necesita tratamiento oportuno para impedir que el daño avance a posible ceguera. La medida inicial que suele implementarse es el uso de parches en ambos ojos, algo que puede impresionar al adulto mayor, quien tal vez reaccione con confusión y comportamiento anómalo. El personal de enfermería debe ayudar a que el paciente se sienta lo más seguro posible; las visitas y la comunicación frecuentes, facilitar una luz de aviso u otros medios para solicitar ayuda y las explicaciones completas y sinceras ayudan a crear una sensación de bienestar. Una vez que se ha dado tiempo para la máxima adherencia de la retina, puede planificarse la cirugía. Se emplean diversas técnicas quirúrgicas. La electrodiatermia y la criocirugía hacen que la retina se adhiera a su lugar de fijación original; la banda esclerótica y la

fotocoagulación reducen el tamaño del espacio vítreo. El paciente debe seguir usando parches durante varios días después de la cirugía. Las rutinas específicas varían con el tipo de procedimiento quirúrgico realizado. El paciente necesita estímulos verbales frecuentes para disminuir la ansiedad y obtener confort. Debe evitarse el estrés físico y emocional. El éxito puede evaluarse aproximadamente 2 semanas después de la cirugía. Una minoría de pacientes deben someterse a un segundo procedimiento. Es importante que el paciente comprenda la importancia de la exploración periódica, en especial porque algunos individuos sufren más tarde desprendimiento de retina en el otro ojo.



Visión normal



Cataratas



Degeneración macular



Glaucoma

FIGURA 25-2 ● Ejemplos de visión normal, visión con cataratas, visión con degeneración macular relacionada con la edad y visión con glaucoma. Imágenes cortesía del National Eye Institute, National Institutes of Health.



Alerta sobre el dominio de conceptos

La degeneración macular es la pérdida de la visión central y el glaucoma es debido al aumento de la presión intraocular. Las cataratas y la presbicia son problemas oculares relacionados con la edad.

Úlcera corneal

La inflamación de la córnea, acompañada de una pérdida de sustancia, provoca una úlcera corneal, la cual es un problema más frecuente en los adultos mayores que en

las personas de menor edad. Los estados febriles, la irritación, las deficiencias alimentarias, la disminución de la resistencia y el ictus tienden a predisponer al individuo a este problema. Las úlceras corneales, extremadamente difíciles de tratar en las personas de edad avanzada, pueden causar una cicatriz o perforación, con el resultado de destrucción de la córnea y ceguera. El ojo afectado puede estar sanguinolento y presentar epífora. También hay dolor y fotofobia.

El personal de enfermería debe indicar a los pacientes que busquen ayuda con rapidez en caso de cualquier irritación, sospecha de infección u otra dificultad con la córnea en cuanto se identifique. Con frecuencia, la atención temprana es eficaz para prevenir la formación de una úlcera corneal y preservar la capacidad visual. Pueden prescribirse ciclopléjicos, sedantes, antibióticos y calor para tratar una úlcera corneal. Las gafas de sol reducen la molestia relacionada con la fotofobia. Es importante tratar la causa subyacente, ya sea infección, abrasión o presencia de un cuerpo extraño. En ocasiones, se realizan trasplantes de córnea para las úlceras corneales más avanzadas.

Deficiencias auditivas

Una cantidad significativa de personas mayores, incluidas la mayoría de los usuarios de residencias de adultos mayores, tienen algún grado de pérdida auditiva como resultado de diversos factores además del envejecimiento. La exposición a música a alto volumen, el ruido de los aviones, el tráfico, la maquinaria pesada y las armas de fuego causan lesión y pérdida de células. La mayor incidencia de pérdida auditiva en los hombres puede relacionarse con sus ocupaciones que los exponen frecuentemente a ruidos intensos (p. ej., conducción de camiones, construcción, fábricas y servicio militar). La otitis media recurrente y los traumatismos pueden afectar la audición. Es posible que determinados fármacos sean ototóxicos, como el ácido acetilsalicílico, bumetanida, ácido etacrínico, furosemida, indometacina, eritromicina, estreptomina, neomicina, kanamicina y derivados de *Rauwolfia*; la lentitud en la eliminación de estos fármacos en numerosas personas de edad avanzada puede promover este efecto. La diabetes, los tumores de la nasofaringe, el hipotiroidismo, la sífilis, otros procesos patológicos y factores psicógenos en ocasiones también contribuyen al deterioro de la audición.

Algunos problemas específicos afectan el oído de los adultos mayores (fig. 25-3). Las anomalías vasculares, las infecciones víricas y la presbiacusia son causas frecuentes de daño del oído interno. En la otoesclerosis, un crecimiento óseo causa la fijación de la placa del pie del estribo en la ventana oval de la cóclea; éste suele ser un problema del oído medio, es más frecuente en las mujeres y puede avanzar a sordera completa. Los acúfenos, los zumbidos u otros ruidos en el oído pueden relacionarse con pérdida auditiva por envejecimiento, medicamentos o enfermedad cardiovascular. Si al corregir el problema subyacente no se eliminan los acúfenos, suelen prescribirse medicamentos (p. ej., antidepresivos tricíclicos, gabapentina y acamprosato); también es posible enseñar a los pacientes estrategias de control u ofrecer tratamientos complementarios (p. ej., acupuntura, hipnosis y suplementos). Las infecciones del oído medio son menos frecuentes en personas mayores; suelen acompañar a enfermedades más graves, como tumores y diabetes. El oído externo puede verse afectado por dermatosis, furunculosis, retención de cerumen, quistes y

neoplasias.

Atención del paciente

Debido a que el deterioro auditivo se relaciona con aislamiento social, depresión, riesgo de demencia y mayor tasa de mortalidad, el personal de enfermería debe prestar mucha atención a esta deficiencia (Genther, et al., 2015). La primera acción en la atención de una persona con una deficiencia de audición debe ser animarla a someterse a una exploración audiométrica. No debe suponerse que el deterioro auditivo es una consecuencia normal del envejecimiento y dejarlo pasar. Sería una gran y penosa negligencia si la causa del problema auditivo fuera fácil de corregir (p. ej., extracción de cerumen o un quiste) y se permita que limite la vida del individuo afectado.

Aunque en ocasiones la causa subyacente del problema auditivo puede corregirse, a menudo los adultos mayores deben aprender a vivir con grados variables de deficiencia auditiva. No es infrecuente que los individuos con deterioro de la audición tengan reacciones emocionales ante sus deficiencias. Al ser incapaces de oír la conversación, es probable que se tornen suspicaces y acusen a las personas de hablar de ellos. Puede generarse ira, impaciencia y frustración por los intentos repetidos e infructuosos por entender la conversación. Es posible que los pacientes se sientan confundidos o reaccionen de manera inapropiada al recibir información verbal distorsionada. La capacidad limitada para oír señales de peligro y protegerse puede hacerlos sentirse inseguros. Estar conscientes de su limitación tal vez los lleve a evitar el contacto social para escapar de la vergüenza y la frustración. El aislamiento social a veces es una amenaza grave; en ocasiones las personas evitan a un adulto mayor con deficiencia de la audición debido a la dificultad para la comunicación. La salud física, emocional y social puede verse gravemente afectada por esta deficiencia. Ayudar a los adultos mayores a vivir con deficiencias de la audición es un reto, pero también una importante responsabilidad en la atención gerontológica.

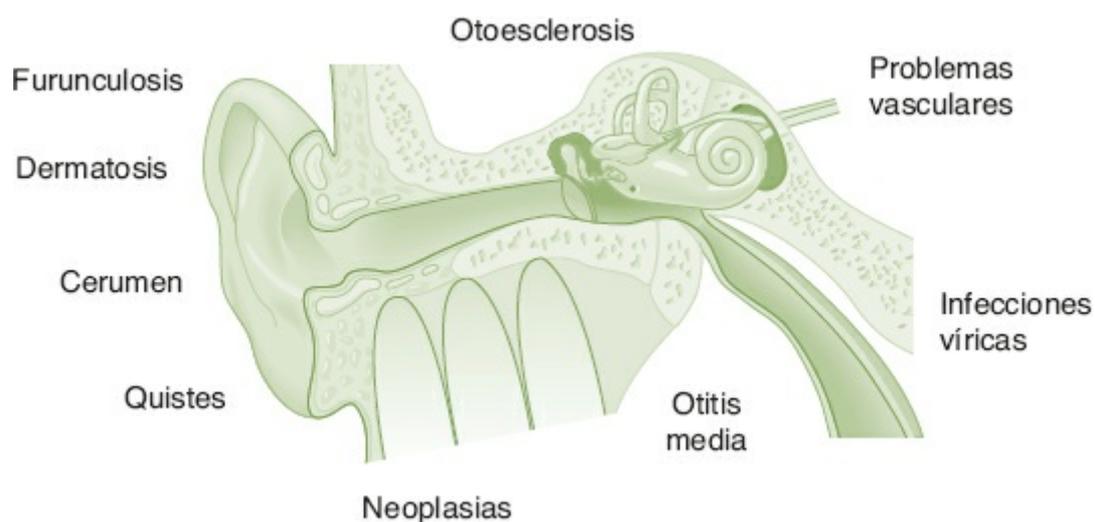


FIGURA 25-3 ● Problemas que afectan el oído de los adultos mayores.

Debe alertarse a un vecino acerca del problema auditivo de la persona a fin de que ésta se sienta protegida en caso de urgencia. Durante la atención en centros, debe ubicarse a este tipo de pacientes cerca del control de enfermería. Se debe recomendar

a las personas con pérdida auditiva que soliciten explicaciones e instrucciones por escrito para que reciban la información completa.

Auxiliares auditivos

Los auxiliares auditivos son beneficiosos para las personas con ciertas alteraciones auditivas, pero no resuelven todos los problemas de la audición. El otólogo puede determinar si el problema específico mejora mediante el uso de un auxiliar auditivo y recomendar el más apropiado para las necesidades del paciente (fig. 25-4). Se encuentra disponible una variedad de estilos de auxiliares auditivos, como los que se usan en el oído, detrás de la oreja, encima de ésta o en el conducto auditivo. Nunca debe adquirirse un auxiliar auditivo sin que se haya prescrito de forma específica. En ocasiones, los adultos mayores intentan mejorar su audición adquiriendo un auxiliar de un proveedor privado o por catálogo, lo que a veces causa decepción y pérdida de dinero de un presupuesto ya limitado. El personal de enfermería está en una posición clave para instruir al adulto mayor sobre la importancia de consultar a un profesional experto antes de adquirir un auxiliar auditivo.

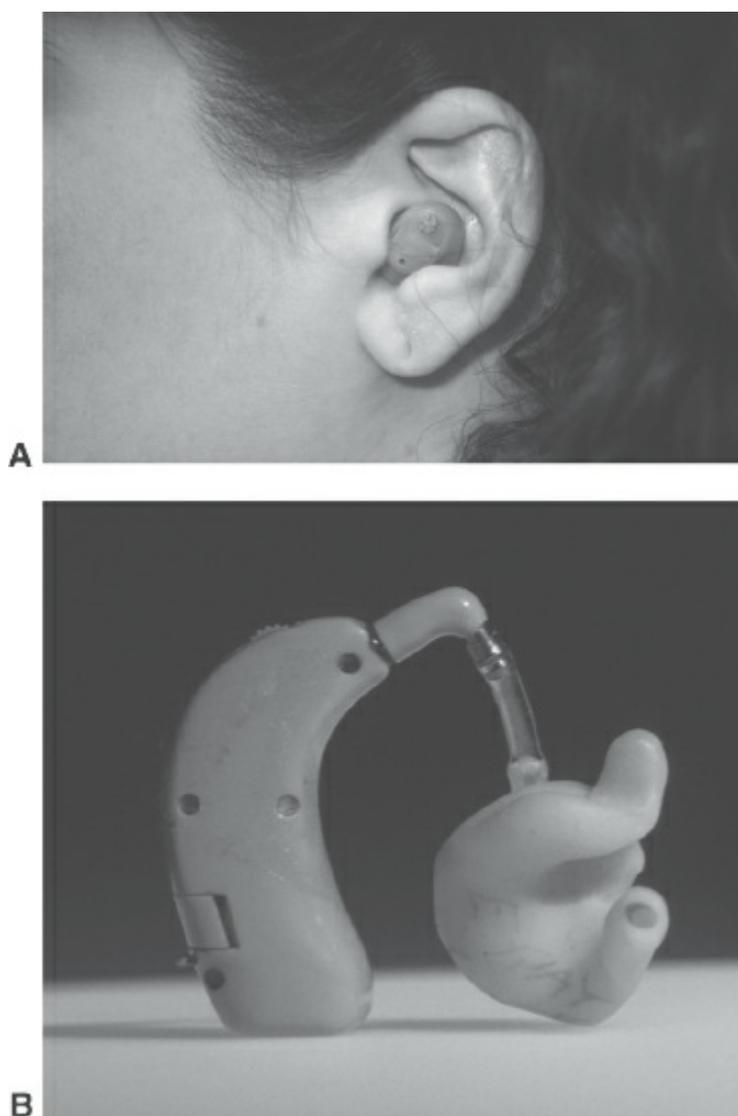


FIGURA 25-4 ● Tipos de auxiliares auditivos. **A.** Modelo para colocar dentro del oído. **B.** Modelo para colocar atrás de la oreja.



CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería debe recomendar a los pacientes que eviten adquirir un auxiliar auditivo sin haberse realizado antes una exploración audiométrica completa.

Los pacientes deben comprender que, incluso con un auxiliar auditivo, sus problemas no quedan resueltos. Aunque la audición mejora, no se recupera la normalidad. Es posible que el habla suene distorsionada a través del auxiliar, pues cuando el habla se amplifica, también lo hacen los ruidos del entorno, que tal vez sean en extremo desagradables y perturbadores para el individuo. Los ruidos pueden ser en particular molestos en áreas donde es fácil que ocurra reverberación (p. ej., iglesia o pasillo grande). Algunas personas nunca se acostumbran al auxiliar auditivo y optan por no usarlo en vez de tolerar las alteraciones y las distorsiones. Los usuarios nuevos de auxiliares auditivos necesitan apoyo durante la fase de adaptación y debe recomendarse que lo utilicen durante períodos progresivamente más largos cada día hasta que se sientan cómodos y que eviten su empleo en ambientes ruidosos, como aeropuertos, estaciones de trenes y estadios. El auxiliar auditivo debe revisarse con regularidad para verificar que el auricular no se bloquee con cerumen y que funcione la batería. En el [cuadro 25-3](#) se presentan algunas sugerencias acerca del cuidado de los auxiliares auditivos.

Cuando se utilizan de manera apropiada, los auxiliares auditivos pueden corregir problemas de audición y permitir a los adultos mayores mantener la comunicación y las relaciones sociales. Las asociaciones locales para la audición y el habla y las organizaciones que ayudan a los sordos pueden brindar asistencia y materiales educativos a los afectados y a quienes se interesan en los problemas auditivos.

CUADRO 25-3 Auxiliares auditivos

- Apagar el dispositivo o extraer la batería cuando no esté en uso. Guardarlo en un estuche acolchado seguro.
- Limpiar el aparato al menos una vez a la semana. Usar un cepillo de dientes, limpiador de pipas o la herramienta que tal vez venga con el dispositivo para limpiar el conducto. No emplear alcohol en la limpieza porque puede secar y agrietar la cubierta. Evitar que aerosoles para cabello, geles u otras sustancias químicas entren en contacto con el auxiliar.
- Proteger el auxiliar de la exposición al calor extremo (p. ej., secadoras para el cabello), el clima frío o la humedad.
- Apagar el aparato antes de cambiar la batería.
- Tener en reserva varias baterías nuevas. Por lo general, una batería dura alrededor de 80 h.

CASO A CONSIDERAR



Se encuentra con el Sr. y la Sra. R. mientras aplica vacunas contra influenza en un centro de mayores. Cuando el Sr. R. no responde a sus preguntas, la Sra. R., con impaciencia, dice que su esposo no contesta porque no puede escuchar y es demasiado obstinado como para comprar un auxiliar auditivo. El Sr. R., al percibir la molestia de su esposa y escuchar un poco de lo que ella dice, comenta: “sí escucho; lo que pasa es que a veces ella habla demasiado bajo”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- Aunque el tiempo que dedica a la pareja durante este encuentro es limitado, desea ayudar. ¿Qué acciones puede emprender? ¿A dónde puede derivarlos?
- ¿Qué puede mencionar de manera rápida acerca de la importancia de una evaluación audiométrica y de cuestiones de seguridad relacionadas con la incapacidad para oír?

CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA PARA LAS DEFICIENCIAS VISUALES Y AUDITIVAS

A fin de compensar las múltiples deficiencias sensitivas que experimentan los adultos mayores, debe prestarse especial atención a la estimulación de todos los sentidos durante las actividades cotidianas. La dieta puede planificarse de manera que incluya diversos sabores y colores. Los perfumes, las flores recién cortadas y las velas aromáticas, si se usan de manera segura, generan fragancias interesantes. En un entorno institucional, tener una cafetera con café recién hecho en la zona de los pacientes puede producir un aroma agradable y familiar durante las primeras horas de la mañana; de forma similar, un horno de mesa permitirá cocinar galletas y otros alimentos en la zona de los pacientes, lo que proporcionará una variedad de estímulos. Pueden usarse diferentes texturas en tapicerías y tela de la vestimenta. Los relojes que emiten sonidos, las cajas de música y los móviles sonoros pueden variar los ruidos ambientales. El diseño de las residencias para adultos mayores debe tener en consideración el empleo de diferentes formas y colores. La estimulación intelectual a través de conversación, música y libros, por ejemplo, también es vital.

Para compensar las limitaciones visuales, se debe mirar de frente al individuo y exagerar los gestos y expresiones faciales al hablar. Para compensar una visión periférica deficiente, que es frecuente en las personas mayores, debe abordarse a estos individuos desde el frente y no desde un costado, donde su visión es limitada, y asegurar que los asientos permitan ver por completo a las personas u objetos con los que se interactúa. Es importante la iluminación adecuada, que debe provenir de varias luces tenues indirectas en lugar de una sola fuente intensa y deslumbrante. Los juegos de mesa, los naipes y los teléfonos con letras y números grandes que brillen en la oscuridad promueven la interacción. Los libros y las revistas con letra grande y grabaciones de acontecimientos de actualidad y literatura popular son una fuente de recreación y una manera de mantenerse informado.

Para compensar un problema auditivo que no se puede corregir con un auxiliar auditivo, se deben llevar a cabo acciones para minimizar las limitaciones secundarias a la deficiencia. Al hablar con personas con pérdida auditiva de alta frecuencia, el orador debe hablar de manera lenta, clara y con un tono de voz bajo. Levantar la voz o gritar sólo eleva los ruidos a una frecuencia más alta y agrava la deficiencia. Los métodos para promover una comunicación más precisa y completa incluyen hablar al oído con menos deterioro, mirar a la persona de frente, usar lenguaje visual (p. ej., lenguaje de señas, expresiones faciales y gestos), permitir que la persona lea los labios, emplear un estetoscopio para amplificar sonidos (hablar en el diafragma mientras que las olivas están en los oídos del paciente) y utilizar tarjetas, listas de trabajo y auxiliares y dispositivos similares. Puede ser útil ahuecar las manos sobre el oído menos deteriorado y hablar directamente en éste.

Resumen del capítulo

Una variedad de factores intrínsecos y extrínsecos, incluyendo las alteraciones durante el proceso de envejecimiento, el uso excesivo y el abuso de ciertos medicamentos y los procesos patológicos que afectan a grupos de todas las edades contribuyen a los problemas de la visión y la audición de los adultos mayores. Estas deficiencias se combinan con otros problemas que amenazan la salud, el bienestar y la independencia de los adultos mayores, ya que causan un aumento en la vulnerabilidad a accidentes, el aislamiento social, el deterioro del funcionamiento físico y otras limitaciones relacionadas con las actividades de autocuidado. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe estar alerta de los factores que influyen en la función sensorial de los adultos mayores y ayudar a garantizar que los problemas de la visión y la audición se evalúen de manera adecuada y se corrijan cuando sea posible.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Deterioro auditivo y su relación con la mortalidad de los adultos mayores

Fuente: Genther, D. J., Betz, J., Pratt, S., Kritchevsky, S. B., Martin, K. R., et al. (2015). Journal of Gerontological Biological Science and Medical Science, 70(1), 85–90.

El deterioro auditivo es muy frecuente en la población mayor y se relaciona con aislamiento social, depresión y riesgo de demencia. Los investigadores realizaron este estudio para determinar si este padecimiento también se asociaba con la mortalidad. Se estudiaron casi 2 000 personas mayores de 70 años de edad durante 8 años después de someterse a exploración audiométrica. Al final del período de 8 años, el 42.9% de los participantes con deterioro auditivo habían fallecido en comparación con el 31.4% de aquellos con audición normal. Tras la adaptación a los factores demográficos y cardiovasculares, se determinó que el deterioro auditivo se asocia con un aumento del 20% en el riesgo de mortalidad en comparación con la audición normal.

Aunque es necesaria la investigación adicional antes de obtener conclusiones, este estudio sugiere que hay factores que incrementan el riesgo de mortalidad que no se reconocen dentro de las principales causas de muerte. El deterioro de la audición no

sólo afecta la calidad de vida, la socialización y el funcionamiento general, sino también podría contribuir a reducir la esperanza de vida. Esta información refuerza la importancia de la promoción de estrategias para prevenir la pérdida auditiva de todos los adultos mayores (p. ej., proteger los oídos de la exposición a ruidos intensos, vigilar de forma estrecha los fármacos ototóxicos, tratar de manera eficaz las infecciones óticas), identificar el deterioro auditivo como parte de cada valoración y ayudar a las personas con deterioro auditivo a corregir su problema o, si no se puede corregir, garantizar que la persona afectada utilice dispositivos auxiliares para facilitar la audición.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La Sra. Wynn ingresó hace poco a un centro de atención para adultos mayores. A los 82 años de edad, realiza de manera independiente la mayoría de las actividades de la vida cotidiana; sin embargo, ha sufrido algunas lesiones leves al chocar contra los muebles de su dormitorio. Una noche cayó al caminar de su dormitorio oscuro a la habitación de baño iluminada. La Sra. Wynn se siente frustrada y afirma que nunca tuvo este problema en su casa.

¿Qué se puede hacer para ayudarla?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. ¿Qué puede hacerse para prevenir la pérdida visual y auditiva con la edad?
2. ¿Por qué los adultos mayores no advierten los signos de glaucoma?
3. Diseñe un plan de enseñanza para un paciente al que acaba de recibir el diagnóstico de glaucoma.
4. Projete modificaciones a la vivienda para beneficiar a una persona con deterioro visual.
5. Nombre dispositivos auxiliares para promover el funcionamiento independiente de personas con deterioro visual o auditivo.
6. Localice recursos en la comunidad para ayudar a las personas con alteraciones visuales y auditivas.

Recursos

Alexander Graham Bell Association for the Deaf

<http://www.agbell.org>

American Council of the Blind

<http://www.acb.org>

American Humane Association Hearing Dog Program

<http://www.americanhumane.org>

American Speech-Language-Hearing Association

<http://www.asha.org>

Blinded Veterans Association

<http://www.bva.org>

Glaucoma Research Foundation

<http://www.glaucoma.org>

Guide Dogs for the Blind

<http://www.guidedogs.com>

Guiding Eyes for the Blind

<http://www.guiding-eyes.org>

Leader Dogs for the Blind

<http://www.leaderdog.org>

Lighthouse National Center for Vision and Aging

<http://www.lighthouse.org>

National Association for the Deaf

<http://www.nad.org>

National Braille Association

<http://www.nationalbraille.org>

National Federation of the Blind

<http://www.nfb.org/>

National Library Service for the Blind and Physically Handicapped

<http://www.lcweb.loc.gov/nls>

Recordings for the Blind and Dyslexic

<http://www.rfbd.org>

Referencias

Genther, D. J., Betz, J., Pratt, S., Kritchevsky, S. B., Martin, K. R., et al (2015). Association of hearing impairment and mortality in older adults. *Journal of Gerontological Biological Science and Medical Science*, 70(1), 85–90.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales vinculados con este capítulo.



ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento sobre la función endocrina

Enfermedades endocrinas específicas y consideraciones de enfermería relacionadas

- Diabetes mellitus
- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Resumir los efectos del envejecimiento sobre la función endocrina.
2. Describir las manifestaciones específicas de la diabetes en los adultos mayores.
3. Diseñar un plan de enseñanza para el adulto mayor con diabetes.
4. Mencionar los síntomas de hipotiroidismo e hipertiroidismo en las personas de edad avanzada.

GLOSARIO

Bocio: aumento de tamaño no maligno de la glándula tiroides.

Contractura de Dupuytren: flexión fija de las manos debida al engrosamiento del tejido fibroso bajo la piel de la palma y los dedos; un riesgo para las personas con diabetes mellitus.

Síndrome metabólico: grupo de alteraciones (concentraciones altas de triglicéridos, baja de lipoproteínas de alta densidad y alta de glucosa sanguínea en ayunas, hipertensión arterial y obesidad central) que se presentan juntas e incrementan el riesgo de diabetes, ictus y coronariopatía.

El sistema endocrino permite al organismo crecer y desarrollarse, reproducirse, metabolizar energía, mantener la homeostasis y reaccionar al estrés y la lesión.

Este complejo sistema consta de glándulas que sintetizan y secretan hormonas, sustancias que son transportadas por la sangre desde las glándulas hasta los tejidos, en los que ejercen efectos específicos ya sea de manera directa o indirecta al interactuar con receptores celulares determinados. Hay dos clases principales de hormonas: esteroides y tironinas liposolubles y polipéptidos y catecolaminas hidrosolubles. Con el envejecimiento, el sistema endocrino experimenta cambios que pueden ser diversos e interrelacionados, pues algunos son respuestas compensatorias a otros. El conocimiento de estos cambios y sus efectos son útiles para interpretar síntomas y orientar a los adultos mayores sobre prácticas que promuevan la salud óptima.

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA FUNCIÓN ENDOCRINA

Con la edad, la glándula tiroides se atrofia de manera progresiva y su actividad disminuye, lo que produce menor tasa metabólica basal, baja captación de yodo radiactivo y menor secreción y liberación de tirotrópina. La actividad tiroidea puede reducirse aún más por disminución del funcionamiento de las glándulas suprarrenales. A pesar de estos cambios, la función tiroidea sigue siendo suficiente como para satisfacer las necesidades diarias. La secreción de corticotropina disminuye con la edad, lo que a su vez reduce la actividad secretora de las glándulas suprarrenales, lo que aminora la secreción de estrógenos, progesterona, andrógenos, 17-cetoesteroides y glucocorticoides. El volumen de la glándula hipófisis se reduce con la edad; es posible que las concentraciones de la hormona de crecimiento, la somatotropina, disminuyan. La secreción de insulina también se ve afectada por la edad; hay liberación insuficiente de insulina por las células β del páncreas y menor sensibilidad tisular a la insulina circulante. Gran cantidad de personas mayores presentan menor capacidad para metabolizar la glucosa, en especial cuando se consume una alta concentración repentina de ésta.

La promoción de la salud endocrina incluye prestar atención a estos efectos del envejecimiento y cualquier síntoma de disfunción endocrina en adultos mayores a fin de facilitar la intervención y el tratamiento.

ENFERMEDADES ENDOCRINAS ESPECÍFICAS Y CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS

Diabetes mellitus

Se requiere una combinación de diversos conocimientos y habilidades cuando se atiende a las personas mayores con diabetes. La diabetes de tipo 2, la séptima causa principal de muerte en esta población, afecta al 20% de los adultos mayores y tiene una prevalencia particularmente alta en afroamericanos y personas de 65 a 74 años de edad. En consecuencia, el personal de enfermería debe estar bien informado acerca del modo en el que difieren la detección y el tratamiento de la diabetes en los adultos mayores en comparación con otros grupos de edad.

La intolerancia a la glucosa es frecuente en las personas mayores; se han dado varias explicaciones para ello. Alguna vez se pensó que se presentaba un deterioro

fisiológico de la tolerancia a la glucosa en la edad avanzada; sin embargo, en la actualidad se considera que la mayor cantidad de tejido adiposo en los adultos mayores obesos e inactivos es importante para el desarrollo de este padecimiento. Lo anterior puede ser un factor en la alta incidencia de diabetes en la población general. Además, se han mejorado las técnicas diagnósticas, lo que permite detectar a un mayor número de individuos con la enfermedad. Sin tener en cuenta las causas, hay consenso en que deben aplicarse diferentes estándares para evaluar la tolerancia a la glucosa en los adultos mayores.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Tener algún familiar de primer grado con la enfermedad, la obesidad, la inactividad y el aumento en la cantidad de tejido adiposo son los contribuyentes más importantes a la prevalencia de diabetes mellitus. El deterioro fisiológico de tolerancia a la glucosa ya no representa un factor de riesgo.



CONCEPTO CLAVE

La obesidad y la inactividad contribuyen a la alta prevalencia de diabetes mellitus.

Diagnóstico

El diagnóstico temprano de diabetes en personas mayores a menudo es complicado. Es posible que no se encuentren los síntomas clásicos de diabetes, lo cual deja como únicos indicios una serie de síntomas inespecíficos. Por ello, se recomienda realizar la prueba de glucemia en ayuno cada 3 años en los mayores de 45 años de edad. Algunas indicaciones de diabetes en adultos mayores son hipotensión ortostática, enfermedad periodontal, ictus, hipotonía gástrica, impotencia, neuropatía, confusión, glaucoma, **contractura de Dupuytren** e infección. Tanto las pruebas de laboratorio como los síntomas pueden ser engañosos. Debido a que el umbral renal para la glucosa aumenta con la edad, las personas mayores pueden presentar hiperglucemia sin indicios de glucosuria, lo cual limita la validez de las pruebas de orina en busca de glucosa.

Entre todas las medidas diagnósticas, la prueba de tolerancia a la glucosa es la más eficaz. Para evitar un diagnóstico falso positivo, debe realizarse más de una prueba. La American Diabetes Association recomienda que se ingiera un mínimo de 150 g de hidratos de carbono a diario durante varios días antes de la prueba; a los adultos mayores con desnutrición puede indicarse 300 g de hidratos de carbono. Debe informarse al médico acerca de períodos recientes de inactividad, enfermedad estresante e ingesta alimentaria insuficiente, pues estas situaciones pueden contribuir a la intolerancia a la glucosa. En estas circunstancias, tal vez se obtengan resultados más exactos si la prueba se pospone 1 mes después del episodio. El ácido nicotínico, el ácido etacrínico, los estrógenos, la furosemida y los diuréticos pueden reducir la tolerancia a la glucosa y no deben administrarse antes de la prueba. Los inhibidores de la monoaminoxidasa, el propranolol y las altas dosis de salicilatos a veces disminuyen la glucemia y también interfieren con la prueba. Se aplican medidas estándar durante la prueba de tolerancia a la glucosa en los adultos mayores. Si

durante la prueba se presentan síntomas anómalos, como confusión, es importante comunicarlos al médico.

Suele establecerse el diagnóstico de diabetes si se cumple uno de los siguientes criterios:

1. Síntomas de diabetes y concentración de glucemia al azar ≥ 200 mg/dL.
2. Hemoglobina glucosilada (HbA1c) $\geq 6.5\%$.
3. Glucemia en ayuno ≥ 126 mg/dL (ayuno de 8 h).
4. Glucemia 2 h después de una toma oral de glucosa ≥ 200 mg/dL durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. La prueba debe realizarse como lo describe la Organización Mundial de la Salud, usando una carga de glucosa que contenga el equivalente de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.

Estos resultados suelen confirmarse repitiendo la prueba otro día.

Tratamiento

Ya que en la mayoría de los adultos mayores se utiliza el tratamiento farmacológico para controlar la hiperglucemia, la atención cuidadosa a la capacitación del paciente, el apego al plan prescrito y la vigilancia son esenciales.



CONCEPTO CLAVE

Aunque los objetivos glucémicos deben ser individualizados para el paciente, las recomendaciones generales son para que éste alcance una glucemia plasmática en ayunas de 70-130 mg/dL, una glucemia posprandial menor de 180 mg/dL y una hemoglobina A1c inferior al 6.5%.

Instrucción del paciente. Una vez que el diagnóstico se confirma, el personal de enfermería debe establecer un plan de enseñanza ([cuadro 26-1](#)). La mayoría de las personas saben que la diabetes es un problema grave y crónico y recibir este diagnóstico puede ser atemorizante. Es posible que el temor y la ansiedad interfieran en el proceso de aprendizaje de los mayores con diabetes recién diagnosticada, quienes han sido testigos de los efectos discapacitantes o letales de la diabetes en otras personas y anticipan estos procesos en ellos mismos. Al haber vivido en un período en el que la diabetes no se controlaba con éxito y a menudo era muy discapacitante y mortal, es posible que el adulto mayor no esté al tanto de los avances en el tratamiento de la diabetes.

CUADRO 26-1 Material para la instrucción del paciente con diabetes

GENERALIDADES

Definición y descripción de la diabetes mellitus
Anatomía y fisiología básicas
Metabolismo básico de nutrientes

Efecto de la edad avanzada en el metabolismo de la glucosa, presentación de los síntomas, complicaciones

NUTRICIÓN

Grupos de alimentos, sistema de intercambio de alimentos
Necesidades dietéticas
Patrón consistente de ingesta de alimentos
Planificación de menús
Comprensión de las etiquetas de los alimentos
Flexibilidad de la dieta

ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Coordinación y establecimiento de metas con el profesional de la salud
Planificación del ejercicio en relación con los valores de glucemia
Precauciones
Vigilancia de la glucosa y los signos vitales
Reconocimiento de complicaciones
Importancia de una buena ingesta hídrica

MEDICAMENTOS

Intervenciones
Dosis
Administración correcta
Precauciones
Efectos adversos
Interacciones

VIGILANCIA

Finalidad y objetivos
Tipos
Procedimiento

RECONOCIMIENTO DE HIPOGLUCEMIA E HIPERGLUCEMIA

Descripción y definición de hipoglucemia e hiperglucemia Prevención

RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMAS

Acciones para cada caso
Signos que obligan a contactar al profesional de la salud

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

Cuidado de los pies
Exploraciones oftalmológicas
Ajustes para la atención de la diabetes durante periodos con otras enfermedades
Reconocimiento de complicaciones (p. ej., infecciones y neuropatías)

Las personas mayores pueden deprimirse o irritarse debido a que esta enfermedad amenaza con reducir la calidad del resto de su vida; tal vez se pregunten si vale la pena intercambiar un modo de vida sin restricciones por otro potencialmente más largo pero restringido. Pueden surgir preocupaciones acerca de la forma en la que una dieta especial y los medicamentos se ajustan a un presupuesto que ya es limitado. Es posible el aislamiento social a causa del temor a enfermarse en público o afrontar

restricciones que hagan a la persona diferente de sus semejantes. O quizá cuestione su capacidad para controlar la diabetes de manera independiente y le inquiete requerir atención en un centro. El personal de enfermería debe reconocer y abordar estas preocupaciones para disminuir el riesgo de otras limitaciones y promover las capacidades de autocuidado del individuo ([tabla 26-1](#) de diagnósticos de enfermería). Las seguridades, el apoyo y la información pueden reducir las barreras para el aprendizaje acerca de la diabetes y su tratamiento. La información del [cuadro 26-2](#), útil para la instrucción del paciente, ofrece directrices para el aprendizaje del paciente diabético mayor.



CONCEPTO CLAVE

Puesto que la diabetes influye en numerosas facetas de la vida de una persona, su capacitación debe ser amplia e individualizada.

Tratamiento farmacológico. Puede usarse una variedad de medicamentos para controlar la hiperglucemia. La *metformina* es un fármaco antidiabético oral que supone un riesgo bajo de causar hipoglucemia y a menudo es el tratamiento de primera línea preferido para las personas que tienen diabetes de tipo 2 y que no dependen de la insulina. La metformina no se debe utilizar en caso de insuficiencia renal, enfermedad hepática, alcoholismo, insuficiencia cardíaca congestiva grave, vasculopatía periférica grave y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se debe administrar inmediatamente después de las comidas para evitar alteraciones gastrointestinales; iniciar con una dosis menor puede reducir este efecto adverso.

Las sulfonilureas, como la glibenclamida, estimulan la secreción de insulina al bloquear canales de potasio sensibles al trifosfato de adenosina en las células β pancreáticas. Sin embargo, la administración de glibenclamida en las personas mayores conlleva el riesgo de hipoglucemia grave y se considera que está relacionada con el retraso en la depuración de los metabolitos activos del fármaco. Este es un riesgo particular en los pacientes con demencia; las investigaciones han mostrado que las sulfonilureas causan hipoglucemia grave en las personas con demencia y deben administrarse con precaución ([Abbatecola, et al., 2015](#)). Por estos riesgos, la glipizida y la gliclazida, que tienen vidas medias más cortas y pocos metabolitos activos o ninguno, son las sulfonilureas preferidas en las personas mayores con diabetes. La sulfonilurea de última generación glimepirida al parecer es más selectiva que las anteriores y conlleva un menor riesgo de causar constricción de pequeños vasos. Además de inducir menos hipoglucemia que la glibenclamida, este fármaco parece ser más específico para canales de potasio de las células de los islotes y es menos probable que cause constricción de arterias coronarias. Los comprimidos de sulfonilurea deben tomarse media hora antes de las comidas. Se recomienda comenzar el fármaco a dosis baja, alrededor de la mitad de la habitual para el adulto, y aumentarla de manera gradual en caso necesario.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 26-1 Diagnósticos de enfermería relacionados con la diabetes

Causas o factores contribuyentes**Diagnóstico de enfermería:^a**

Temor a los efectos de la enfermedad	Ansiedad
Alto riesgo de pérdida de una parte corporal o de su funcionamiento	Temor
Hiper glucemia	Riesgo de infección
Disminución de la sensibilidad, confusión o mareo por hipoglucemia	Riesgo de lesión
Pruebas diagnósticas, demandas de atención, negación	Conocimiento deficiente
Falta de conocimiento, limitación del autocuidado	Incumplimiento
Calorías insuficientes para satisfacer las demandas de energía e insulina	Desequilibrio nutricional: ingesta menor a las necesidades corporales
Ingesta calórica mayor que la necesaria para las necesidades energéticas y de insulina	Desequilibrio nutricional: ingesta mayor a las necesidades corporales
Incapacidad para satisfacer las demandas terapéuticas, sensación de que la enfermedad controla la vida	Impotencia
Neuropatías periféricas, retinopatía	Alteración perceptual o sensitiva
Neuropatía periférica, vaginitis	Disfunción sexual
Susceptibilidad a infecciones micóticas, prurito por hiperglucemia	Deterioro de la integridad cutánea
Polaquiuria	Trastorno del patrón de sueño
Disfunción neurovascular por neuropatías	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

CUADRO 26-2 Guías generales para la instrucción del paciente**VALORAR LA DISPOSICIÓN PARA APRENDER**

La incomodidad, la ansiedad y la depresión pueden bloquear el aprendizaje y la retención del conocimiento. Tal vez sea necesario aliviar estos síntomas y dar tiempo para que los pacientes se desarrollen hasta el punto en el que desean y son capaces de manejar la información.

EVALUAR CAPACIDADES Y LIMITACIONES PARA EL APRENDIZAJE

Considerar el nivel educativo, los problemas de lenguaje, la escolaridad, el conocimiento actual, la disposición para aprender, la cultura, la experiencia con la enfermedad, la memoria, la visión, la audición, el habla y el estado mental.

DISEÑAR EL CONTENIDO DE LA PRESENTACIÓN

En este punto no sólo se debe ser específico y claro, sino también considerar las prioridades del aprendizaje. En ocasiones, el personal de enfermería se siente obligado a enseñar cada detalle de una enfermedad, condensando una multitud de nuevos datos y procedimientos en un período muy corto. La

mayoría de las personas necesitan tiempo para recibir, integrar, clasificar y traducir una nueva información sobre los cambios conductuales; los adultos mayores no son diferentes. La alteración del funcionamiento cerebral o las respuestas más lentas pueden interferir aún más con el aprendizaje del mayor. Los pacientes y sus familias deben tener también un papel en el establecimiento de prioridades de la enseñanza; la información más vital debe proporcionarse primero, seguida de otro material relevante. Debe contarse con personal de enfermería domiciliario y otros recursos después del alta hospitalaria para continuar con el plan de enseñanza si el programa propuesto no se completó durante la hospitalización.

ADAPTAR EL PLAN DE ENSEÑANZA CON BASE EN LAS CAPACIDADES Y LAS LIMITACIONES

El personal de enfermería puede considerar que una explicación de los efectos fisiológicos de la diabetes es importante para las personas a quienes se acaba de diagnosticar el padecimiento. Sin embargo, es probable que el adulto mayor que tiende a confundirse o que tiene memoria deficiente no se beneficie mucho de este tipo de información. Suele ser mejor emplear ese tiempo para reforzar la información sobre la dieta o verificar que se retenga la información más importante para el autocuidado.

PREPARAR AL PACIENTE PARA LA SESIÓN DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Los pacientes deben comprender que la enseñanza es parte integral de los cuidados. Siempre que sea posible, reservar un tiempo específico para evitar conflictos con otras actividades y permitir que la familia esté presente si lo desea.

OFRECER UN AMBIENTE QUE PROPICIE EL APRENDIZAJE

Un área tranquila, limpia, relajante y libre de olores e interferencias ayuda a crear una atmósfera apropiada para el aprendizaje. La distracción debe ser mínima, en especial en vista de la capacidad reducida de los adultos mayores para atender múltiples estímulos.

UTILIZAR EL MATERIAL EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO MÁS EFICAZ

Es importante reconocer las limitaciones de los materiales didácticos más utilizados y la importancia de los métodos individualizados. Un procedimiento que fue exitoso para una persona puede no ser eficaz para otra. Es impresionante la variedad de recursos audiovisuales comerciales disponibles para el personal de enfermería a través de numerosas instituciones, aunque no necesariamente son eficaces para un paciente específico. La calidad de una grabación de audio puede ser excelente, pero su beneficio es escaso para el adulto mayor con un problema de audición. Es posible que una presentación en diapositivas, aunque se proyecte de manera pausada, presente los hechos más rápido de lo que un adulto mayor, con tiempo de respuesta retrasado, puede absorber. La letra de un folleto comercial tal vez sea demasiado pequeña para los ojos de un adulto mayor. El lenguaje utilizado en numerosos materiales comerciales en ocasiones no es el que la persona está acostumbrada. El material original hecho a mano de manera específica para las necesidades únicas del individuo puede tener un valor igual o mayor que el de los materiales comerciales. La selección de la metodología es esencial para cada paciente.

USAR VARIOS ABORDAJES PARA LA MISMA INFORMACIÓN

A mayor cantidad de modelos para un material nuevo, mayor probabilidad de que éste sea aprendido. Es importante combinar la explicación verbal con gráficas, diagramas, folletos, demostraciones, intercambios con otros pacientes y recursos audiovisuales.

DEJAR MATERIAL AL PACIENTE PARA LA REVISIÓN POSTERIOR

Con frecuencia es útil resumir la sesión de enseñanza por escrito, usando lenguaje familiar para el paciente. Lo anterior proporciona material concreto que puede revisar de forma independiente después y compartirlo con la familia.

REFORZAR PUNTOS CLAVE

El refuerzo debe ser regular y constante, y todos los miembros del personal deben apoyar el plan de enseñanza. Por ejemplo, si el objetivo de la intervención de enfermería ha sido incrementar la competencia para la autoinyección de insulina, entonces la persona que sustituya al personal de enfermería en su día de descanso debe cumplir con los objetivos establecidos en lugar de administrar la insulina a la persona mayor. También debe planificarse el refuerzo informal de la información mientras se realizan otras actividades cotidianas.

OBTENER RETROALIMENTACIÓN

Evaluar si el paciente y la familia han recibido y comprendido de manera exacta la información proporcionada. Esta evaluación puede hacerse observando las demostraciones del paciente, haciéndole preguntas y escuchando los intercambios entre los pacientes.

REEVALUAR DE MANERA PERIÓDICA

Para verificar la retención y la eficacia de las sesiones de instrucción, reevaluar de modo informal en posteriores ocasiones. Debe recordarse que para el adulto mayor puede resultar especialmente difícil retener la información.

DOCUMENTAR

Describir de manera específica lo que se enseñó, cuándo, quién participó, qué metodología se usó, la reacción del paciente y su comprensión y los planes futuros para las necesidades del aprendizaje restante. El registro ayuda al personal que atiende a pacientes durante su hospitalización y sirve como guía para quienes suministran cuidados continuados después del alta.

La acarbosa, un inhibidor de la α -glucosidasa, reduce la hiperglucemia posprandial con menor efecto sobre la glucemia en ayunas y es más segura para los adultos mayores. La alteración gastrointestinal, en particular las flatulencias, es el principal efecto adverso de la acarbosa, que puede limitarse comenzando con una menor dosis e incrementándola de manera gradual si se requiere. La repaglinida es un antidiabético insulinotrópico de acción breve con eficacia y seguridad similares en personas mayores y más jóvenes. Actúa principalmente aumentando la secreción de insulina endógena por el páncreas en respuesta a la comida. Este fármaco puede tomarse con los alimentos.

La rosiglitazona y la pioglitazona son tiazolidinodionas que pueden usarse solas o combinadas con sulfonilureas, metformina o insulina para el tratamiento de la diabetes mellitus de tipo 2. Los fármacos actúan principalmente aumentando la sensibilidad a la insulina y disminuyendo la gluconeogénesis hepática; lo hacen sin estimular la liberación de insulina a partir de células β pancreáticas, con lo que reducen el riesgo de hipoglucemia. El menor riesgo de hipoglucemia las hace adecuadas para los adultos mayores. Debe valorarse el funcionamiento cardíaco en todos los pacientes antes de comenzar el tratamiento con estos fármacos porque pueden precipitar insuficiencia cardíaca en aquellos con problemas del corazón. Se requiere cautela en los pacientes con enfermedad del hígado, aunque las enzimas hepáticas deben vigilarse en todos quienes reciben estos fármacos.

Algunos individuos sólo requieren hipoglucemiantes orales para controlar la diabetes. Quienes reciben insulino terapia y han perdido peso o no han sufrido cetoacidosis pueden pasar de la insulina a hipoglucemiantes orales. Otros pacientes necesitan ajustes periódicos en sus dosis de insulina para satisfacer las demandas cambiantes. Los factores mencionados, en combinación con otras dificultades de

manejo en el adulto mayor con diabetes, hacen necesaria la reevaluación frecuente del estado del paciente. El cuidado continuo de la salud es parte esencial del tratamiento del paciente con diabetes.



CONCEPTO CLAVE

No debe utilizarse el ajuste de insulina con base en la glucemia preprandial como método de tratamiento a largo plazo de la diabetes, pues conlleva un alto riesgo de hipoglucemia. Puede ser útil para pacientes con diabetes recién diagnosticados hasta que se establezcan sus necesidades. En estas circunstancias, se deben reevaluar las dosis en una semana y vigilar de forma cercana a los pacientes. Los esquemas de insulina basal y bolo son aquellos en los que la insulina basal (acción prolongada) proporciona control de los valores de glucemia durante todo el día y la insulina en bolo, de acción rápida, controla la glucemia después de haber comido. Estos esquemas se asemejan a las acciones corporales naturales, permiten flexibilidad en los alimentos y disminuyen los episodios de hipoglucemia.

Autocuidado y vigilancia del paciente. Si un adulto mayor con diabetes debe autoinyectarse insulina, uno de los factores por considerar es su capacidad para manipular una jeringa y el frasco de insulina. El paciente debe hacer varias demostraciones de esta capacidad durante la hospitalización, en especial en los días en los que pueden aparecer molestias por artritis. Además, debido a que la mayoría de los adultos mayores tienen algún grado de deterioro visual, el personal de enfermería debe evaluar su capacidad para leer las graduaciones de una jeringa de insulina. Algunos dispositivos de insulina disponibles en el mercado ayudan a los mayores a administrarse con mayor facilidad la cantidad correcta.

La persona mayor puede tener hiperglucemia sin presentar glucosuria. Es habitual que los adultos mayores tengan la glucemia elevada; la glucosuria mínima o leve no suele tratarse con insulina. Aunque el personal de enfermería no es responsable de prescribir las dosis de insulina, debe saber que en los adultos mayores las necesidades son individuales. Las respuestas a diversas concentraciones de insulina deben observarse con cuidado e informarse al médico.

Gran cantidad de pacientes con diabetes deben realizarse la prueba de glucemia mediante el método de pinchazo en el dedo. Debe instruirse sobre esta técnica y es preciso que demuestren competencia para realizarla. Lo más probable es que la técnica de pinchazo en el dedo sea sustituida en el futuro cercano por un dispositivo de infrarrojo que determine la glucemia midiendo la absorción de la luz por el organismo. El paciente coloca un dedo dentro de un pequeño medidor que proyecta un haz infrarrojo a través de la piel. Este método hará más práctica e indolora la determinación de la glucemia en las personas con diabetes.

La prueba de *hemoglobina glucosilada* (también llamada *hemoglobina A1c*, *HbA1c* o *glucohemoglobina*) mide la cantidad de hemoglobina glucosilada en la sangre y se utiliza para vigilar la eficacia del control de la enfermedad. La *hemoglobina glucosilada* es una molécula presente en los eritrocitos que se une a la glucosa. La medición de la hemoglobina glucosilada proporciona una estimación promedio del control de la glucemia del paciente durante un período de 6-12 semanas; el intervalo normal en los individuos sin diabetes es del 4-6%. Para las personas que padecen diabetes, el objetivo es una hemoglobina glucosilada menor del 7%. Esta prueba suele realizarse cada 3 meses.

También es importante vigilar los triglicéridos. Las personas con diabetes tienen riesgo de sufrir **síndrome metabólico**, caracterizado por la combinación de concentraciones altas de triglicéridos y bajas de lipoproteínas de alta densidad y obesidad central. El riesgo de muerte prematura por enfermedad cardiovascular se incrementa en las personas con estos factores. La American Diabetes Association recomienda que las personas con diabetes mantengan sus valores de triglicéridos por debajo de los 150 mg/dL.



COMUNICACIÓN

Es conveniente revisar de forma periódica cómo tratan su enfermedad los pacientes que han padecido diabetes durante mucho tiempo. Es posible que las personas hayan modificado su dieta o sus rutinas de administración farmacológica sin comunicarlo al profesional de la salud. Además, es posible que experimenten problemas físicos, emocionales o cognitivos que interfieran con el cumplimiento del plan recomendado. En lugar de realizar preguntas con respuestas de sí/no (p. ej., ¿todavía se inyecta insulina?, ¿cumple con su dieta?), indique que describan sus prácticas de cuidado rutinario y administración farmacológica para identificar los factores que afectan su cuidado y bienestar.

Ejercicio y nutrición. El ejercicio regular es importante para los pacientes mayores con diabetes y tiene múltiples beneficios para la salud, como mejoría de la tolerancia a la glucosa, aumento de la fuerza muscular, disminución de la grasa corporal, mejor consumo máximo de oxígeno y mejoría de los valores de lípidos (fig. 26-1). La actividad física corrige a menudo la respuesta del paciente a la insulina durante el período en el que se realiza el ejercicio, si éste es suficiente para reducir la frecuencia cardíaca en reposo. Sin embargo, en el individuo con diabetes, un programa vigoroso de actividad o los cambios en los programas deben revisarse con el médico para prevenir consecuencias negativas. Por ejemplo, el cambio de ejercicio moderado a vigoroso incrementa la absorción de insulina y eleva el uso de glucosa por los músculos que se ejercitan, lo que tiene el potencial de provocar hipoglucemia.



FIGURA 26-1 ● 1 El ejercicio regular aporta múltiples beneficios a la salud de pacientes mayores con diabetes.

Deben hacerse intentos por mantener un consumo alimentario diario que sea apropiado, pues una dosis de insulina se prescribe para cubrir una cantidad específica de alimento. Esto puede ser difícil si el adulto mayor tiene un consumo mínimo de alimentos durante los días hábiles, cuando está solo, pero lo aumenta cuando visita a la familia los fines de semana, o si escatima en comidas cuando los recursos económicos son escasos. Las personas mayores también pueden estar en desventaja al adquirir y preparar comidas adecuadas a causa de sus limitaciones económicas, energéticas o sociales. Lo anterior puede interferir con el tratamiento de la enfermedad. También pueden beneficiarse de otros recursos, como comidas a domicilio, cupones para alimentos, auxilio de vecinos y otros que permitan ayudar a la persona. Los factores psicosociales pueden influir de manera constante tanto en el consumo alimentario como en los factores físicos. El personal de enfermería y el médico deben valorar, planificar y vigilar las necesidades de insulina tomando en cuenta los problemas y el estilo de vida específicos de cada individuo. Los adultos mayores hospitalizados o en centros de atención requieren medidas especiales para asegurar que el consumo de alimentos sea regular y adecuado.



CONCEPTO CLAVE

Los factores psicosociales pueden alterar el consumo de alimentos de un día a otro y afectar las necesidades de insulina.

Una dieta rica en hidratos de carbono complejos y fibra controla la liberación de glucosa en la sangre y puede reducir la necesidad de insulina. Es posible que los suplementos nutricionales disminuyan el riesgo de complicaciones; entre ellos destacan la vitamina B₆, el ácido fólico, la riboflavina (B₂), el magnesio, el cinc y el cromo. Algunas plantas con propiedades hipoglucemiantes son arándano, fenogreco, ajo, *ginseng* y hojas de morera.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Piense en su horario para comer, hacer ejercicio, dormir y descansar. ¿Qué tan constante es su patrón de día a otro y qué ajustes precisaría si tuviera que vivir con un padecimiento como la diabetes?

Complicaciones

Las personas mayores están sujetas a una larga lista de complicaciones de la diabetes y tienen mayor riesgo de desarrollarlas que los jóvenes. Al parecer, la hipoglucemia representa una amenaza más fuerte para los mayores que la cetoacidosis, lo que es especialmente problemático debido a la posible presentación de un conjunto diferente de síntomas. Los síntomas clásicos, como taquicardia, inquietud, sudoración y ansiedad, pueden no aparecer en los adultos mayores con hipoglucemia. En cambio, cualquiera de los que se enumeran a continuación pueden ser la primera indicación del problema: alteraciones conductuales, crisis convulsivas, somnolencia, confusión, desorientación, patrones de sueño anómalos, cefalea nocturna, habla incoherente e inconsciencia. La hipoglucemia no corregida puede causar taquicardia, arritmias, infarto de miocardio, ictus y muerte.



CONCEPTO CLAVE

En lugar de los síntomas clásicos de la hipoglucemia que se presentan en los adultos jóvenes, los adultos mayores pueden experimentar confusión, conducta anómala, alteración de los patrones de sueño, cefalea nocturna y habla incoherente.

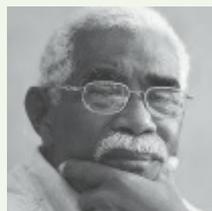
La vasculopatía periférica es una complicación frecuente en el adulto mayor con diabetes y está influida por la circulación deficiente y la aterosclerosis a menudo asociada con el avance de la edad. Los síntomas van desde entumecimiento y pulsos débiles hasta infección y gangrena. El personal de enfermería debe identificar y comunicar de inmediato al médico los síntomas de la enfermedad vascular periférica. Instruir al paciente sobre el cuidado correcto de los pies y la detección temprana de molestias puede ayudar a reducir el riesgo de este problema; quizá también sea conveniente visitar a un podólogo (*véase* en el [cap. 20](#) mayor información sobre el cuidado de los pies).

Otro problema vascular significativo de los pacientes mayores con diabetes es la retinopatía con ceguera consecuente. Las personas con hipertensión o que han tenido diabetes durante largo tiempo presentan mayor riesgo de sufrir esta complicación. Este problema se acompaña de hemorragia, anomalías de la pigmentación, edema y alteraciones visuales.

Una gran cantidad de pacientes mayores que toman sulfonilureas experimentan

hipoglucemia. Numerosos factores relacionados con la edad incrementan el riesgo de hipoglucemia, como los cambios en el funcionamiento hepático y renal que alteran el metabolismo y la excreción. El envejecimiento se asocia con deterioro del sistema nervioso autónomo y reducciones de la actividad de los receptores adrenérgicos, lo que genera una menor respuesta a la hipoglucemia en los adultos mayores. Lo anterior es peligroso, y los adultos mayores suelen no presentar síntomas de alerta, como temblores, sudoración y palpitaciones, lo que desencadena convulsiones o coma.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. Clarkson, un viudo de 75 años de edad que vive solo, visita el centro de atención primaria para su revisión regular de cada 6 meses. El año pasado se le diagnosticó diabetes que se debía tratar con dieta e hipoglucemiantes orales. Hoy se encontró que tiene una concentración mayor de glucosa y presenta signos de deshidratación. Cuando se le pregunta acerca de los síntomas, admite que se ha sentido “lento últimamente”.

Asimismo, el Sr. Clarkson confirma que está tomando sus medicamentos prescritos; sin embargo, cuando enseña el frasco prescrito, el personal de enfermería observa que el suministro de medicamentos para 90 días se adquirió hace más de 4 meses. Al preguntar acerca de su dieta, el Sr. Clarkson parece evasivo y comenta: “Nunca he sido un gran cocinero, pero me las arreglo”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué factores podrían contribuir a los síntomas del Sr. Clarkson?
- ¿Qué tipo de preguntas se podrían plantear al Sr. Clarkson para saber más acerca de los factores que contribuyen a su alteración?
- ¿Qué recursos podrían ayudar al Sr. Clarkson a tratar los diversos factores que pueden interferir con su tratamiento de la diabetes?

Las interacciones farmacológicas pueden ser una fuente importante de complicaciones para los pacientes diabéticos mayores. Los adultos mayores son usuarios frecuentes de fármacos que se sabe incrementan el riesgo de hipoglucemia, como β -bloqueadores, salicilatos, warfarina, sulfonamidas, antidepresivos tricíclicos y alcohol. El personal de enfermería debe revisar todos los medicamentos que utiliza el paciente para identificar aquellos que pueden interactuar con los antidiabéticos. Asimismo, el personal debe considerar hacer preguntas sobre el uso de otros remedios herbolarios que puedan afectar la glucemia.

Otras complicaciones de diversa índole afectan a los adultos mayores que viven con diabetes. Es posible que el deterioro cognitivo sea una complicación. Algunos estudios encontraron que la diabetes es un factor que provoca un envejecimiento cerebral de alrededor de 5 años mayor que los efectos normales del envejecimiento y un deterioro cognitivo mayor del que se esperaría en las personas mayores (Rawlings, et al., 2014). Las personas de edad avanzada pueden sufrir neuropatías, demostradas por sensaciones de hormigueo que avanza a dolor urente o punzante, síndrome de túnel carpiano, parestesias, diarrea nocturna, taquicardia e hipotensión postural. Los pacientes mayores presentan mortalidad doble por coronariopatía y arterioesclerosis cerebral, así como mayor incidencia de infecciones de vías urinarias. También tienen

mayor riesgo de problemas en los distintos sistemas corporales. La detección temprana de complicaciones es esencial y puede ser facilitada por la intervención de enfermería y la capacitación del paciente. El tratamiento competente del paciente mayor con diabetes es una actividad vital que requiere considerable habilidad y plantea un gran desafío y enorme responsabilidad para la práctica de enfermería. El reconocimiento de las diferencias en sintomatología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones es crucial. En el [cuadro 26-3](#) se presentan posibles objetivos del plan de atención. Al final de este capítulo se indican recursos útiles para los pacientes con diabetes.

CUADRO 26-3 Objetivos del plan de atención para el paciente con diabetes

Explicar la comprensión de la diabetes y su atención.
Demostrar la técnica apropiada para la administración de antidiabéticos. Mostrar el método correcto para determinar la glucemia.
Estar libre de signos de hipoglucemia o hiperglucemia.
Describir los signos y los síntomas de hipoglucemia y choque insulínico. Adaptar el control de la diabetes al estilo de vida.
Mantener el peso en un rango apropiado o bajar de peso de forma controlada. Iniciar un programa de ejercicio regular.
No presentar lesiones.
Estar libre de infección.
No presentar deterioros de la integridad cutánea.
No experimentar complicaciones de la diabetes.

Hipotiroidismo

La *tiroxina* (T_4) y la *triyodotironina* (T_3) son hormonas esenciales producidas por la glándula tiroides. El envejecimiento afecta esta glándula de diversas maneras, como atrofia moderada, fibrosis, aumento de nódulos coloides y alguna infiltración linfocítica. Aunque la producción de T_4 disminuye con la edad, se postula que es un proceso compensatorio relacionado con un menor uso de la hormona por los tejidos; las concentraciones séricas de hormonas tiroideas no se modifican significativamente.

Una concentración de hormona tiroidea inferior a la normal en el tejido se reconoce como *hipotiroidismo*. La prevalencia aumenta con la edad y es más frecuente en las mujeres que en los hombres. El hipotiroidismo puede ser primario, como resultado de un proceso patológico que destruye la glándula tiroides, o secundario, por secreción hipofisaria insuficiente de tirotrópina (TSH, *thyroid-stimulating hormone*). El hipotiroidismo primario se caracteriza por T_4 libre baja o índice de T_4 libre bajo con TSH elevada; el hipotiroidismo secundario presenta T_4 libre baja o índice de T_4 libre bajo con TSH baja. Puede existir hipotiroidismo subclínico, con el cual la persona es asintomática, pero tiene TSH elevada y T_4 normal. Si se observan síntomas pero la TSH, la T_3 y la T_4 son normales, revisar la concentración de hormona liberadora de tirotrópina (TRH, *thyroid-releasing hormone*) puede beneficiar al paciente; la cifra de TRH es más sensible que los otros

valores tiroideos y ayuda a revelar el funcionamiento tiroideo incorrecto.

Síntomas

Los síntomas de hipotiroidismo pueden pasarse por alto con facilidad o atribuirse a otras alteraciones; entre ellas destacan:

- Fatiga, debilidad y letargia
- Depresión y desinterés por las actividades
- Anorexia
- Aumento de peso y edema facial
- Deterioro de la audición
- Edema periorbitario o periférico
- Estreñimiento
- Intolerancia al frío
- Mialgias, parestesias y ataxia
- Sequedad cutánea y aspereza capilar

Tratamiento

El tratamiento incluye reposición de la hormona tiroidea con T₄ sintética. Al inicio, se recomienda una dosis baja para evitar la exacerbación de coronariopatía asintomática que podría presentarse con la reposición rápida. Se evitan los preparados con tiroides desecada. La supervisión regular proporciona retroalimentación sobre la necesidad de ajustar la dosis.



CONCEPTO CLAVE

Inicialmente, la reposición de hormona tiroidea se prescribe a dosis bajas y se incrementa de manera gradual bajo estrecha supervisión para prevenir complicaciones cardíacas.

Las medidas que el personal de enfermería debe apoyar son el plan de tratamiento y la ayuda a los pacientes para el control de los síntomas (p. ej., prevención de estreñimiento y suministro de vestimenta adicional para compensar la intolerancia al frío). Es importante que los pacientes comprendan que la reposición de hormona tiroidea probablemente sea una necesidad de por vida.

Hipertiroidismo

En el otro extremo del hipotiroidismo se encuentra la anomalía conocida como *hipertiroidismo*. En esta enfermedad, la glándula tiroides secreta cantidades excesivas de hormonas tiroideas. El hipertiroidismo tiene menor prevalencia que el hipotiroidismo en los adultos mayores y afecta más a las mujeres que a los hombres. Una posible causa de hipertiroidismo en los pacientes mayores que debe considerarse es el yodo, a menudo por el uso de amiodarona (un fármaco cardíaco que contiene este elemento), que se deposita en el tejido y lo libera a la circulación durante largo tiempo. La disfunción tiroidea inducida por la amiodarona es frecuente; se debe realizar una prueba inicial y vigilancia periódica con los pacientes bajo tratamiento

con amiodarona para evaluar el efecto en la función tiroidea (Farhan, et al., 2013).

Las pruebas diagnósticas pueden ser poco claras, ya que los exámenes de sangre no siempre reflejan hipertiroidismo. Lo anterior es particularmente cierto en los adultos mayores con desnutrición, cuyos niveles de T_3 son bajos a causa de su estado nutricional; así, la secreción excesiva hace que la T_3 descienda dentro del intervalo normal. El diagnóstico se basa en la evaluación de T_4 y T_4 libre y TSH, así como en la mayor captación de radionúclido en las gammagrafías de tiroides.

Síntomas

Los síntomas clásicos de hipertiroidismo son diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hipertensión, temblores, diarrea, mirada fija, prolapso palpebral, insomnio, nerviosismo, confusión, intolerancia al calor, aumento del hambre, debilidad muscular proximal e hiperreflexia. Sin embargo, como en el caso del hipotiroidismo, el hipertiroidismo puede presentarse con síntomas atípicos en los adultos mayores. Por ejemplo, es posible que la transpiración no aumente y, en el individuo con antecedentes de estreñimiento crónico, la diarrea puede manifestarse como una regularización de las evacuaciones intestinales.

Tratamiento

El tratamiento del hipertiroidismo depende de la causa. En la enfermedad de Graves, una anomalía autoinmunitaria que ocasiona la producción de un anticuerpo contra el receptor de TSH (que estimula el crecimiento tiroideo y la sobreproducción de hormona tiroidea), o cuando hay un solo nódulo autónomo, el tratamiento suele incluir medicamentos antitiroideos o yodo radiactivo. Si la causa subyacente es el **bocio** multinodular tóxico, suele preferirse la cirugía debido a la respuesta tardía e incompleta de los medicamentos. El hipotiroidismo es una posible complicación en las personas sometidas a cirugía o tratamiento con yodo radiactivo.

Los pacientes con antecedentes de enfermedad tiroidea necesitan vigilancia especial cuando experimentan una enfermedad aguda, una cirugía o un traumatismo, pues estos factores pueden precipitar tirotoxicosis extrema (tormenta tiroidea). Tal vez se requiera hospitalización para devolver el funcionamiento tiroideo a su intervalo normal.

Resumen del capítulo

Los cambios que se presentan en el sistema endocrino con la edad incluyen reducción de la actividad de la glándula tiroides, baja captación de yodo radiactivo, menor secreción y liberación de tirotrópina, disminución del volumen de la glándula hipófisis, baja liberación pancreática de insulina y secreción de corticotropina. Por último, estos cambios reducen la secreción de estrógenos, progesterona, andrógenos, 17-cetoesteroides y glucocorticoides.

La diabetes de tipo 2 afecta al 20% de la población mayor y su diagnóstico puede ser difícil durante la primera etapa debido a la ausencia de los síntomas clásicos. Algunos signos de diabetes en los adultos mayores son hipotensión ortostática, enfermedad periodontal, ictus, hipotonía gástrica, impotencia, neuropatía, confusión,

glaucoma, contractura de Dupuytren e infección. Debido a que el umbral renal para la glucosa aumenta con la edad, los adultos mayores pueden tener hiperglucemia sin indicios de glucosuria, lo cual limita la validez de las pruebas de orina en busca de glucosa. Se recomiendan las pruebas de tolerancia a la glucosa para obtener un diagnóstico eficaz de la enfermedad. El tratamiento cauteloso es importante porque los adultos mayores están en alto riesgo de desarrollar complicaciones, como hipoglucemia, vasculopatía periférica, retinopatía, deterioro cognitivo e interacciones farmacológicas. Puesto que la diabetes afecta gran cantidad de facetas de la vida del paciente y conlleva consecuencias graves, es esencial que su enseñanza y atención sean amplias e individualizadas.

El hipotiroidismo aumenta en prevalencia con la edad. Los síntomas se pueden pasar por alto o confundirse fácilmente con otros padecimientos. El tratamiento consiste en la reposición con un fármaco tiroideo sintético que se prescribe al inicio a dosis bajas y se incrementa de manera gradual.

El hipertiroidismo es menos frecuente que el hipotiroidismo en los adultos mayores. Es posible que no aparezcan los síntomas típicos y el diagnóstico pueda ser difícil, con base en la evaluación de T_4 , T_4 libre, TSH y en la mayor captación de radionúclido en las gammagrafías de tiroides. El tratamiento depende de la causa. La vigilancia especial es crucial cuando las personas con enfermedad tiroidea experimentan un traumatismo, una cirugía o una enfermedad aguda, pues ello puede precipitar tirotoxicosis extrema.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Empleo de insulina basal y sus resultados clínicos entre los residentes con diabetes mellitus de tipo 2 en residencias de adultos mayores. Un estudio retrospectivo mediante la revisión de expedientes

Fuente: Davis, K. L., Wei, W., Meyers, J. L., Kilpatrick, B. S., & Pandya, N. (2014). Clinical Interventions in Aging, 9, 1815(1822), 229–235.

Numerosas personas en residencias para adultos mayores sufren diabetes mellitus de tipo 2 y, debido a su edad avanzada, están en alto riesgo de sufrir complicaciones de la enfermedad. Las recomendaciones actuales sugieren evitar el uso de los esquemas de ajuste de dosis de insulina con base en la glucemia preprandial para el tratamiento de la diabetes y, en su lugar, emplear el esquema de insulina basal-bolo, con el que se obtienen mejores resultados. En este estudio retrospectivo se valoraron los expedientes clínicos de más de 2 000 residentes mayores para identificar el grado en que se utilizan los esquemas de insulina con base en la glucemia preprandial. Los investigadores encontraron que la mitad de los residentes que reciben insulina basal se encuentran en el esquema de ajuste con base en la glucemia preprandial a pesar de las recomendaciones de las guías.

Continuar con el uso de este tipo de esquemas de dosificación de insulina, a pesar de que la investigación determina que no es el mejor abordaje, representa lo contrario a emplear la práctica con base en la evidencia. Puesto que el personal de enfermería suele ser responsable de desempeñar las pruebas de glucosa rutinarias y de

administrar la insulina a los residentes con diabetes, se debe dar importancia a la función que este personal puede tener en la promoción del cumplimiento de nuevas directrices clínicas. El personal de enfermería puede demostrar más apoyo para la práctica con base en evidencia y la promoción de la mejor calidad de atención para pacientes cuestionando las indicaciones de los médicos que parezcan actuar de forma contraria a las directrices de práctica aceptadas.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Al Sr. Vincent, de 83 años de edad, se le diagnosticó diabetes mellitus. Con 1.70 m de estatura y 131 kg de peso, su sobrepeso contribuye al problema. Él y su esposa, también con obesidad, han recibido orientación e instrucción sobre la necesidad de perder peso y seguir prácticas dietéticas adecuadas.

En su primera visita de seguimiento se descubre que el Sr. Vincent ha aumentado 2 kg de peso. Cuando se interroga al respecto, admite que no está siguiendo su plan alimentario y en cambio come pastas, alimentos fritos y pasteles que su esposa continúa cocinando. “Ella es una gran cocinera y me encantan los platillos que prepara”, comenta.

La Sra. Vincent, quien lo acompaña en su visita, añade: “ha estado muy preocupado por su diabetes y esos bocadillos ayudan a calmarlo. Después de todo, a nuestra edad la buena comida es uno de los pocos placeres que tenemos”.

El expediente indica que se ha advertido al Sr. Vincent que tiene problemas circulatorios y visuales que con seguridad se relacionan con su diabetes y también está informado de los riesgos asociados con el incumplimiento.

¿Cómo pueden equilibrarse los deseos y los hábitos alimentarios de toda la vida del Sr. Vincent frente a los riesgos a los que se expone? ¿Qué acciones pueden efectuarse?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Explique las razones para emplear diferentes normas al interpretar los resultados de las pruebas de tolerancia a la glucosa en los adultos mayores.
2. Describa los desafíos para el bienestar físico y psicosocial a los que se enfrenta el paciente mayor con diabetes.
3. ¿De qué manera los cambios relacionados con la edad afectan la presentación de los síntomas y los riesgos asociados con la diabetes y la enfermedad tiroidea?
4. Diseñe un plan de enseñanza para la persona con hiperlipidemia que incluya tratamientos naturales y alternativos o complementarios.

Recursos

American Diabetes Association

<http://www.diabetes.org>

American Heart Association

<http://www.americanheart.org>

National Diabetes Education Program

<http://www.ndep.nih.gov>

National Diabetes Information Clearinghouse

<http://www.diabetes.niddk.nih.gov>

Referencias

- Abbatecola, A. M., Barbagallo, M., Incalzi, R. A., Pilotto, A., Bellelli, G., et al. (2015). Severe hypoglycemia is associated with antidiabetic oral treatment compared with insulin analogs in nursing home patients with type 2 diabetes and dementia: Results from DIMORA study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16, 349. e7–349.12. Publicado en línea el 7 de febrero de 2015 en: [http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(14\)00839-1/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(14)00839-1/abstract)
- Farhan, H., Albulushi, A., Taqi, A., Al-Hashim, A., Al-Saidi, K., et al. (2013). Incidence and pattern of thyroid dysfunction in patients on chronic aniodarone: Experience at a tertiary care center in Oman. *Open Cardiovascular Medicine Journal*, 7, 122–126, Publicado en línea el 7 de noviembre de 2013 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3866614/>
- Rawlings, A. M., Sharrett, A. R., Schneider, A. L. C., Coresh, J., Albert, M., et al. (2014). Diabetes in midlife and cognitive change over 20 years. *Annals of Internal Medicine*, 161(11), 785–793.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales vinculados con este capítulo.

Salud cutánea

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Efectos del envejecimiento sobre la piel

Promoción de la salud cutánea

Enfermedades cutáneas específicas

- Prurito
- Queratosis
- Queratosis seborreica
- Cáncer de piel
- Lesiones vasculares
- Úlceras por presión

Consideraciones generales de enfermería para las enfermedades cutáneas

- Promover la normalidad
- Uso de tratamientos alternativos

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Resumir los efectos del envejecimiento sobre la piel.
2. Mencionar las prácticas que promueven la salud cutánea en los adultos mayores.
3. Describir los signos de prurito, queratosis, queratosis seborreica, cáncer de piel, dermatitis por estasis y úlcera por presión en los adultos mayores.
4. Comentar las medidas que ayudan a los pacientes mayores a afrontar los problemas cutáneos y a percibir normalidad.
5. Identificar tratamientos alternativos que promuevan la salud cutánea en los adultos mayores.

GLOSARIO

Epidermis: capa más externa de la piel.

Fotoenvejecimiento (elastosis solar): cambios cutáneos que resultan de la exposición a rayos ultravioleta.

Manchas mongólicas: zonas irregulares más pigmentadas (similares a equimosis) que se observan en nalgas, espalda baja o, con menor frecuencia, en brazos, abdomen y muslos; tienen mayor prevalencia en las personas con ancestros africanos, asiáticos o nativos estadounidenses.

Melanocitos: células epidérmicas que dan color a la piel.

Prurito: comezón.

Queratosis: pequeña zona elevada y áspera de la piel que resulta benigna.

Turgencia: elasticidad.

Úlcera por presión: daño localizado de piel o tejidos blandos subyacentes, o ambos, debido a presión sola o combinada con cizallamiento o fricción.

Es probable que los efectos más evidentes del envejecimiento sean los cambios que se presentan en la piel. Además de los efectos del envejecimiento, los hábitos de salud mantenidos a lo largo de la vida influyen en gran medida en el estado de la piel en la edad avanzada que, a su vez, repercute en la salud general de los adultos mayores. En otras palabras, los problemas que afectan otros sistemas del cuerpo pueden deberse a falta de salud cutánea. Dado que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica suele establecer un contacto más profundo con los adultos mayores que los otros profesionales de la salud, tiene un papel importante para promover la salud cutánea e identificar signos de problemas.

EFFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LA PIEL

Las líneas de expresión y las arrugas, el engrosamiento de las uñas y el encanecimiento son recordatorios constantes del proceso de envejecimiento. Los cambios mencionados son resultado de los efectos de la edad en el sistema tegumentario, que incluyen aplanamiento de la unión dermoepidérmica, reducción del espesor y la vascularidad de la dermis, menor velocidad de recambio epidérmico, degeneración de fibras elásticas, mayor aspereza del colágeno y disminución de los **melanocitos**. El aumento en la fragilidad de la piel plantea desafíos a los adultos mayores y los cuidadores en el sentido de que aumenta el riesgo de desgarros, equimosis, úlcera por presión e infecciones cutáneas. Además, los efectos que el envejecimiento de este sistema tiene en el aspecto externo son signos muy evidentes del proceso de envejecimiento, que se acompañan del deterioro de la imagen corporal, el autoconcepto, las reacciones de otros, la socialización y otros factores psicosociales.

PROMOCIÓN DE LA SALUD CUTÁNEA

Algunas medidas generales pueden ayudar a prevenir y controlar los problemas cutáneos en las personas mayores. Es importante evitar agentes desecantes, ropa áspera, ropa de cama muy almidonada y otros artículos que irritan la piel. La nutrición e hidratación adecuadas de la piel pueden promoverse mediante la actividad

y el uso de aceites para baño, lociones y masajes. Si bien es importante la limpieza cutánea, el baño excesivo conlleva riesgos para la piel; los baños parciales con esponja a diario y los baños completos cada 3-4 días son suficientes para el adulto mayor promedio. Es aconsejable la atención y el tratamiento del **prurito** y las lesiones cutáneas para prevenir la irritación, la infección y otros problemas.

La exposición a los rayos ultravioleta daña la piel, causando un padecimiento llamado *elastosis solar* o *fotoenvejecimiento*. La pérdida de elasticidad y la aparición de arrugas en la piel caracterizan este envejecimiento prematuro inducido por el sol. Los individuos de piel clara, quienes sufren quemaduras con facilidad al exponerse al sol, están en riesgo particularmente alto de este trastorno. Los cambios cutáneos relacionados con la exposición a la radiación ultravioleta pueden no ser evidentes sino hasta dentro de gran cantidad de años; por lo tanto, la práctica de los baños solares en la juventud afecta el estado de la piel a mayor edad. Los bloqueadores solares son útiles para protegerla; el factor de protección solar (FPS) necesario depende de la facilidad con la que se dañe la piel y podría variar entre 15 o más para personas muy sensibles y 4-6 en personas que con poca frecuencia sufren daño por el sol y que se broncean con facilidad. El personal de enfermería debe recordar a los pacientes que incluso en días nublados puede presentarse daño cutáneo, ya que los rayos ultravioleta traspasan las nubes.

Debido al aumento en la prevalencia de cáncer de piel en la edad avanzada, es conveniente instruir a los adultos mayores para que inspeccionen su piel en busca de anomalías. El personal de enfermería debe alentar a los adultos mayores a explorarse todo el cuerpo, con especial atención a nevos o lunares, que podrían indicar posibles carcinomas. Para ayudar a recordar los signos que deben informar, el personal de enfermería puede capacitar en el ABCD para la detección de nevos peligrosos:

- ▮ **A: Asimetría.** Si un nevo no es redondo o simétrico, o si una mitad del lunar no es igual a la otra, ello podría ser un signo de melanoma.
- ▮ **B: Bordes irregulares.** Los nevos cancerosos tienen bordes irregulares (desiguales, rasgados, poco definidos o difusos).
- ▮ **C: Color.** El color típico de un nevo es siempre castaño uniforme. Un lunar que ha cambiado de color con el tiempo o tiene distintos tonos de castaño, pardo y negro puede ser canceroso. Si el melanoma ha avanzado, el lunar puede tornarse rojo, azul o blanco.
- ▮ **D: Diámetro.** Los nevos cancerosos pueden tener más de 6 mm de diámetro (como un borrador de lápiz).

Otras variaciones de los nevos que pueden indicar melanoma son elevación de la superficie cutánea, ya sea en sentido horizontal o vertical; un cambio en la sensación, como prurito, hipersensibilidad o dolor; y la tendencia a sangrar si se rasca. Conocer estos signos ayuda a los adultos mayores a ser proactivos en el cuidado de su salud y obtener evaluaciones y tratamiento cuando los problemas aún se encuentran en una fase temprana.



Es posible que los nevos con bordes irregulares, rasgados, poco definidos o difusos sean carcinomas. Los nevos cancerosos pueden ser del tamaño del borrador de un lápiz (alrededor de 6 mm de diámetro).

Aunque menos graves que la posibilidad de cáncer de piel, las anomalías del tegumento que afectan la imagen corporal son otro aspecto a considerar en la promoción de la salud. Debe alentarse a todos los individuos a esforzarse por tener la mejor imagen posible. Sin embargo, los esfuerzos por evitar los resultados normales del proceso de envejecimiento quizá sean infructuosos y frustrantes. En ocasiones, el dinero que pudo haberse destinado a necesidades de mayor importancia se invierte en intentos por desafiar la realidad. El personal de enfermería debe insistir a las personas jóvenes y mayores que ninguna crema, loción o medicamento milagroso elimina las arrugas o las líneas de expresión ni devuelve la piel juvenil. Al aclarar ideas falsas acerca de los productos rejuvenecedores, el personal de enfermería puede alentar el uso de cosméticos para proteger la piel y mantener un aspecto atractivo; pueden obtenerse numerosos beneficios de esta práctica.

Como cada vez mayor cantidad de individuos en proceso de envejecimiento buscan la cirugía estética, es conveniente que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica esté informado sobre los diversos tipos de intervenciones quirúrgicas. El personal de enfermería también puede ayudar a localizar a cirujanos plásticos competentes. Debe advertirse a los pacientes que no todos los cirujanos están capacitados en cirugía estética y que han resultado algunas complicaciones desafortunadas de la realización de este tipo de cirugías o la inyección de colágeno o silicona por personal sin capacitación. Enfermería también debe explorar las razones por las cuales los pacientes buscan la cirugía estética a fin de asegurarse de que sea una decisión racional y no un síntoma de un problema subyacente, como depresión o trastornos neuróticos; el asesoramiento y terapia pueden ser una necesidad más importante que la cirugía en algunas circunstancias. Quizá, a medida que la sociedad acepte y comprenda mejor el proceso de envejecimiento, el deseo de enmascarar sus efectos con cosméticos y cirugía será sustituido por la apreciación de la belleza natural de la edad.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿En qué medida su autoconcepto se basa en el aspecto físico? ¿Cómo anticipa sus reacciones ante las manifestaciones físicas del envejecimiento?

El contacto directo con los pacientes permite al personal de enfermería detectar problemas cutáneos que tal vez no sean evidentes para otros profesionales de la salud. Es importante que el personal de enfermería valore con regularidad el estado de la piel de los pacientes ([guía de valoración 27-1](#)) e identifique los diagnósticos de enfermería ([tabla 27-1](#)) y los problemas que requieren atención médica. Ya que los problemas cutáneos no identificados pueden causar complicaciones graves, como nuevas úlceras por presión, la atención minuciosa al estado de la piel resulta crucial.

ENFERMEDADES CUTÁNEAS ESPECÍFICAS

Prurito

El problema cutáneo más frecuente en las personas mayores es el **prurito**. Aunque los cambios atróficos por sí solos pueden ocasionar este problema, es posible que cualquier circunstancia que seque la piel de la persona, como el baño excesivo y el calor seco, produzca **prurito**. La diabetes, la arterioesclerosis, el hipertiroidismo, la uremia, la enfermedad hepática, el cáncer, la anemia perniciosa y ciertos problemas psiquiátricos también pueden contribuir al **prurito**. Si no se corrige, tal vez cause rascado traumático, que ocasiona deterioro de la integridad e infección cutáneas. Por lo tanto, el reconocimiento oportuno de este problema y el establecimiento de medidas correctoras son esenciales. Si es factible, se corrige la causa subyacente. Se requiere una valoración cuidadosa para verificar que no haya situaciones que demanden precauciones especiales, como la sarna. Los aceites para baño, las lociones humectantes y el masaje son de utilidad para tratar y prevenir el **prurito**. Pueden recomendarse suplementos vitamínicos y alimentación rica en vitaminas. La aplicación tópica de óxido de cinc es eficaz para controlar el prurito en algunos individuos. También pueden prescribirse antihistamínicos y esteroides tópicos para lograr un alivio sintomático.

CASO A CONSIDERAR



La Sra. J., de 70 años de edad, es una mujer atractiva y bien vestida con un aspecto más juvenil que el de su edad cronológica. Menciona que su pareja murió meses antes y que ha comenzado a tener citas. “Suelo sentirme atraída por hombres más jóvenes y gran cantidad de ellos gustan de estar con una mujer madura”, comenta. “Me hicieron una cirugía facial cuando tenía 55 años de edad y quedó estupenda, así que estoy pensando en someterme a otra para volver a lucir joven”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo puede responder a la Sra. J.?
- ¿Qué consejo puede ofrecer?



GUÍA DE VALORACIÓN 27-1 ESTADO DE LA PIEL

INSPECCIÓN GENERAL

Gran parte del estado del sistema tegumentario es evidente a simple vista. Una observación rápida puede ayudar a evaluar el color, la humedad y la limpieza de la piel, así como la presencia de lesiones. Los signos como palidez o rubor dan indicios sobre problemas de salud.

INTERROGATORIO

Se interroga al paciente acerca de prurito y ardor en la superficie cutánea y otros síntomas asociados con problemas de la piel. Asimismo, se aprovecha esta oportunidad para revisar las prácticas de baño y lavado del cabello.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- *Superficie de la piel.* Se explora toda la superficie de la piel de la cabeza a los pies, incluyendo detrás de las orejas, dentro de los pliegues cutáneos, bajo las mamas y entre los dedos de los pies. El baño y los masajes son buenas oportunidades para inspeccionar la piel durante la atención del paciente. Se toma registro de nevos, desgarros, equimosis, cambio de color y cualquier otro dato anómalo. Debe tenerse presente que las zonas de presión pueden ser difíciles de detectar en las personas de piel oscura.
- *Lesiones.* Se describe cualquier lesión de manera tan específica como sea posible en cuanto a color (p. ej., púrpura, negra, hipopigmentada), configuración (p. ej., lineal, separada, confluyente, anular), tamaño (p. ej., profundidad y diámetro), secreción y tipo. Algunos términos utilizados para describir los tipos de lesiones son:
 - *Mácula.* Pequeña mancha o despigmentación no palpable.
 - *Pápula.* Cambio de color < 0.5 cm de diámetro con elevación palpable.
 - *Placa.* Grupo de pápulas.
 - *Nódulo.* Lesión de 0.5-1 cm de diámetro con elevación palpable; puede presentar cambio de color.
 - *Tumor.* Lesión > 1 cm con elevación palpable; puede haber cambio de color.
 - *Roncha.* Elevación palpable roja o blanca de tamaño variable.
 - *Vesícula.* Lesión < 0.5 cm de diámetro que contiene líquido y tiene elevación palpable.
 - *Ampolla.* Lesión > 0.5 cm de diámetro que contiene líquido y tiene elevación palpable.
 - *Pústula.* Lesión que contiene líquido purulento; de tamaño variable y elevación palpable.
 - *Fisura.* Surco en la piel.
 - *Úlcera.* Depresión abierta en la piel, de tamaño variable.
- *Manchas mongólicas.* Debe tenerse presente que numerosas personas con ancestros africanos, asiáticos o nativos estadounidenses tienen manchas mongólicas. Éstas son zonas oscuras irregulares (parecidas a equimosis) en nalgas o espalda baja y con menor frecuencia en brazos, abdomen o muslos.
- *Turgencia cutánea.* Se examina la turgencia pellizcando con delicadeza diversas zonas de la piel. La turgencia tiende a ser deficiente en casi todos los adultos mayores; sin embargo, la reducción de la turgencia asociada con la edad es menor en esternón y frente, por lo que son zonas adecuadas para valorarla.
- *Tolerancia a la presión.* Se valora la tolerancia a la presión inspeccionando un punto de presión después de que el paciente ha estado en la misma posición durante media hora; si hay enrojecimiento, debe programarse el cambio de posición de ese paciente cada media hora. Si no hay enrojecimiento, se permite que el paciente permanezca en la misma posición durante 1 h y se inspecciona; si

no hay enrojecimiento, se aumenta el tiempo en intervalos de media hora hasta un máximo de 2 h.

- *Temperatura.* Se obtiene una valoración de la temperatura de la piel tocando distintas zonas con el dorso de la mano. Se toma nota de la frialdad y diferencias de temperatura entre las extremidades.



CONCEPTO CLAVE

El baño excesivo y el calor seco secan la piel y pueden causar prurito.

Queratosis

Las **queratosis**, también llamadas *queratosis actínicas* o *solares*, son lesiones pequeñas de color claro, por lo general gris o pardo, en zonas expuestas de la piel. Es posible que se acumule queratina en estas lesiones, por lo que se forma una lesión cutánea con una base ligeramente enrojecida y con aumento de volumen. Pueden usarse agentes criogénicos y ácidos para destruir las lesiones queratósicas, pero la electrodesecación o la resección quirúrgica aseguran una eliminación más completa. La vigilancia de enfermería precisa en busca de cambios en las lesiones queratósicas es vital porque estas lesiones pueden ser precancerosas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 27-1 Diagnósticos de enfermería relacionados con problemas cutáneos

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería^a
Alteración del aspecto corporal	Ansiedad
Prurito, infección, úlcera	Dolor
Úlcera, fragilidad cutánea	Riesgo de infección
Fragilidad cutánea	Riesgo de lesión
Cambios relacionados con la edad en piel, cabello y uñas; dolor	Trastorno de la imagen corporal
Alteración del autoconcepto por cambios relacionados con la edad, aumento de la fragilidad del epitelio vaginal	Disfunción sexual
Fragilidad cutánea, inmovilidad	Deterioro de la integridad cutánea
Alteración del autoconcepto por cambios relacionados con la edad en el tegumento	Deterioro de la interacción social
Puntos de presión, úlceras	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

Queratosis seborreica

Las *queratosis seborreicas* son proyecciones oscuras parecidas a verrugas en la piel (fig. 27-1). Es frecuente que los adultos mayores tengan estas lesiones en diversas partes del cuerpo. Pueden ser tan pequeñas como la cabeza de un alfiler o grandes como una moneda mediana. Tienden a crecer y a multiplicarse con la edad. En las zonas sebáceas de tronco, cara y cuello y en personas con piel grasosa, las lesiones lucen oscuras y aceitosas, y en zonas menos sebáceas tienen aspecto seco y color claro. En condiciones normales, las queratosis seborreicas no presentan aumento de volumen o enrojecimiento en su base. Ocasionalmente, la abrasión con una gasa empapada de aceite elimina las queratosis seborreicas pequeñas. Las lesiones elevadas más grandes pueden eliminarse con agentes criogénicos o con un procedimiento de raspado y cauterización. Aunque estas lesiones son benignas, la evaluación médica es importante para diferenciarlas de lesiones precancerosas. Además, no debe pasarse por alto en el paciente mayor el beneficio estético de su eliminación.

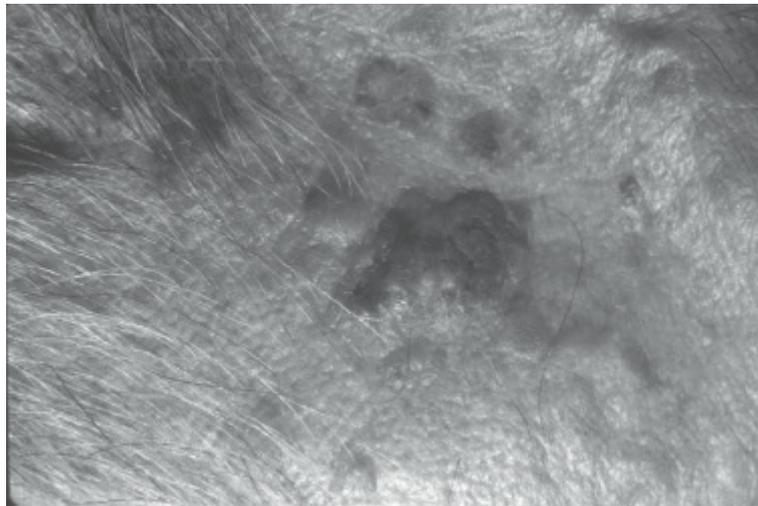


FIGURA 27-1 • Queratosis seborreica (Rosenthal, T. C., Williams, M. E. y Naughton, B. J. (2007). *Office care geriatrics*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams y Wilkins).

Cáncer de piel

Existen tres tipos principales de cáncer de piel que son frecuentes en la edad avanzada: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular y melanoma. El carcinoma basocelular, la forma más frecuente de cáncer de piel, crece con lentitud y produce metástasis de manera infrecuente. Entre los factores de riesgo para su desarrollo están la edad avanzada y la exposición al sol, la radiación ultravioleta y la terapéutica. Aparece con mayor frecuencia en la cara, aunque puede hacer erupción en cualquier parte del cuerpo. Tiende a presentarse como pequeñas elevaciones en forma de arco cubiertas por pequeños vasos sanguíneos que suelen parecer nevos benignos color rosado con superficie aperlada (fig. 27-2 A). En ocasiones, la superficie es oscura en lugar de brillante si la masa contiene melanina.

Como su nombre lo indica, el carcinoma espinocelular se origina en las células espinosas de la superficie de la piel, el recubrimiento de los órganos huecos y las vías respiratorias y digestivas. La exposición al sol es el principal factor que contribuye al

desarrollo de este cáncer, aunque algunos factores menos frecuentes (p. ej., exposición a hidrocarburos, arsénico y radiación) pueden facilitarlos. El carcinoma espinocelular puede presentarse en tejido cicatricial y también se relaciona con la supresión del sistema inmunitario. Estos tipos de cáncer suelen verse como nódulos firmes del color de la piel o rojos. El carcinoma espinocelular permanece con frecuencia en la **epidermis**, pero puede producir metástasis; el labio inferior es un sitio habitual de metástasis.

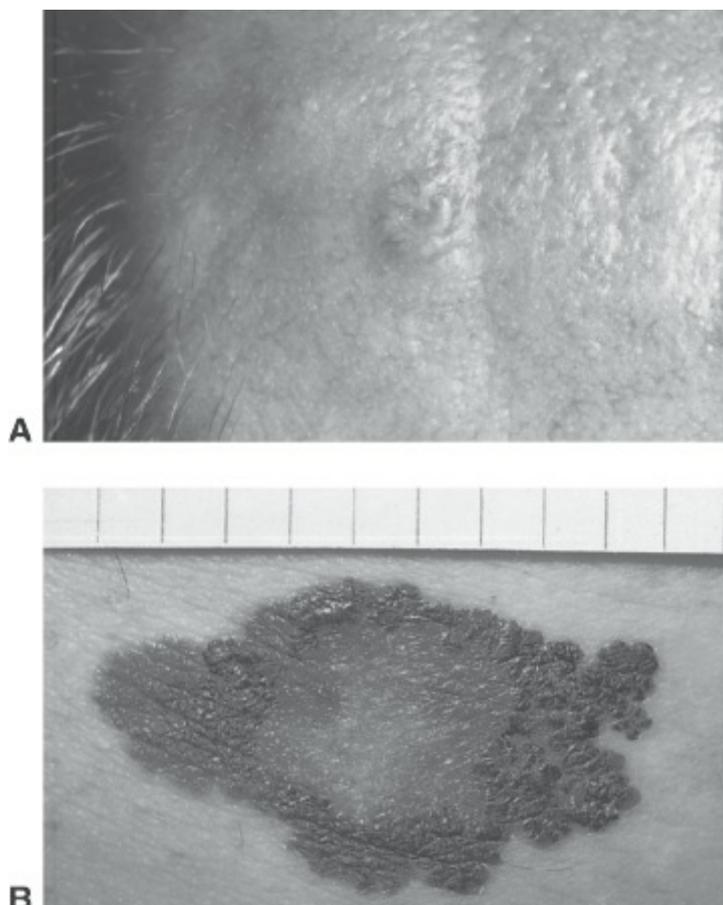


FIGURA 27-2 ● Tipos frecuentes de cáncer de piel. **A.** Carcinoma basocelular. **B.** Melanoma (Rosenthal, T. C., Williams, M. E. y Naughton, B. J. (2007). *Office care geriatrics*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams y Wilkins).

El melanoma tiende a producir metástasis, o propagarse, con mayor facilidad que las otras formas de cáncer de piel, lo que lo hace más letal si no se trata pronto. Su incidencia se ha incrementado en los Estados Unidos a causa, tal vez, de la exposición al sol. Los individuos de piel clara están en mayor riesgo de sufrir melanomas que la población general y la incidencia aumenta con la edad.

Los melanomas pueden clasificarse de la siguiente manera:

- *Melanoma lentigo maligno*. Esta lesión plana pigmentada de negro, castaño, blanco o rojo se presenta de manera predominante en zonas del cuerpo expuestas al sol. Con el tiempo, crece y su pigmentación se hace cada vez más irregular. La edad promedio de diagnóstico es de 67 años.
- *Melanoma con diseminación superficial*. La mayoría de los melanomas pertenecen a

este tipo. La lesión se ve como una placa con pigmentación variable y borde irregular. Puede observarse en cualquier parte del cuerpo. Su incidencia es máxima en la edad madura y se mantiene alta hasta la octava década de vida.

- *Melanoma nodular*. Este melanoma puede encontrarse en cualquier superficie del cuerpo como una pápula pigmentada de color oscuro que crece con el tiempo.

Las lesiones sospechosas deben evaluarse y someterse a biopsia (fig. 27-2 B). Los melanomas suelen existir junto con parte del tejido y la grasa subcutánea circundantes. Algunos médicos recomiendan eliminar todos los ganglios linfáticos palpables. El pronóstico depende de la profundidad del melanoma más que del tipo.

El personal de enfermería debe enseñar a los adultos mayores a inspeccionarse en busca de melanomas, identificar pecas con cambios de pigmentación o tamaño y acudir para evaluación de lesiones sospechosas. La detección temprana mejora el pronóstico.

Lesiones vasculares

Los cambios relacionados con la edad pueden debilitar las paredes de las venas y reducir la capacidad de éstas para reaccionar al aumento de la presión venosa. La obesidad y los factores hereditarios complican este problema. El debilitamiento de las paredes vasculares causa venas varicosas. El retorno venoso deficiente y la congestión resultante causan edema de los miembros inferiores, lo que ocasiona nutrición tisular deficiente. En las piernas con insuficiencia venosa se acumulan detritos que el retorno venoso no puede eliminar; las piernas se pigmentan, se agrietan y adquieren un aspecto exudativo. Puede resultar dermatitis por estasis, una anomalía inflamatoria relacionada con insuficiencia venosa crónica. El rascado o la irritación consecuentes, u otro traumatismo (p. ej., como consecuencia de presión excesiva de la banda elástica de las medias) que ocurra con dermatitis por estasis pueden ocasionar fácilmente la formación de úlceras en las piernas. Las lesiones, llamadas *úlceras por estasis*, se producen con frecuencia en la cara medial de la tibia por encima del maléolo y, antes de la degradación cutánea, se presentan como oscurecimiento de la piel.

Las úlceras por estasis necesitan cuidados especiales para facilitar el alivio, el cual sólo se logra si se controla la infección y se elimina el tejido con necrosis. La nutrición adecuada es un componente importante del tratamiento y se recomienda una alimentación rica en vitaminas y proteínas. Una vez que se ha presentado el alivio, deben realizarse esfuerzos para evitar situaciones que promuevan la dermatitis por estasis. Suele ser necesario instruir al paciente acerca de una dieta para perder peso o planificar comidas de alta calidad. Puede fomentarse el retorno venoso elevando las piernas varias veces al día y previniendo interferencias a la circulación, como permanecer de pie durante largos períodos, sentarse con las piernas cruzadas y utilizar ropa con elásticos. Pueden prescribirse medias elásticas que, aunque eficaces, pueden ser en extremo difíciles de colocar para algunas personas mayores. Es necesario que el personal de enfermería evalúe la capacidad de la persona para colocarse de manera correcta estas medias y brinde instrucción según se precise. Algunos pacientes requieren ligadura y extirpación de venas para prevenir episodios recurrentes de

dermatitis por estasis.

Úlceras por presión



CONCEPTO CLAVE

En 2016, el National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) decidió sobre un cambio importante en la terminología. Se reemplazó el término *úlceras por presión* por *lesión por presión* con el fin de representar de una manera más precisa las lesiones por presión que afectan la piel intacta y ulcerada. También se realizaron ciertas actualizaciones de las etapas de las úlceras por presión.

La anoxia y la isquemia por presión pueden causar necrosis, esfacelación y ulceración de tejido; por lo general, este proceso se conoce como **úlceras por presión**, ahora también conocida como *lesión por presión*. En el [cuadro 27-1](#) se menciona el sistema recomendado para describir las etapas de las úlceras por presión. Este sistema de estadificación se utiliza con la herramienta Minimum Data Set para valorar a los usuarios de residencias para adultos mayores.

La úlcera por presión puede formarse en cualquier parte del cuerpo, pero los sitios más frecuentes son sacro, trocánter mayor y tuberosidades isquiáticas ([fig. 27-3](#)). Las personas mayores están en alto riesgo de presentar úlceras por presión porque:

CUADRO 27-1 Etapas de la úlcera por presión

ÚLCERA EN TEJIDOS PROFUNDOS

Zona púrpura o marrón de piel intacta o una ampolla de sangre causada por daño al tejido subyacente. La zona puede ser dolorosa, dura o blanda, y tibia o fría. Puede evolucionar de manera rápida y causar la exposición de capas adicionales de tejido.

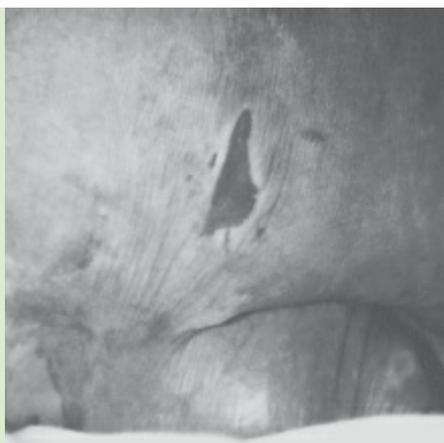
ETAPA 1

Zona persistente de enrojecimiento cutáneo (sin solución de continuidad en la piel) que no desaparece cuando se alivia la presión. Suele ocurrir sobre una prominencia ósea.



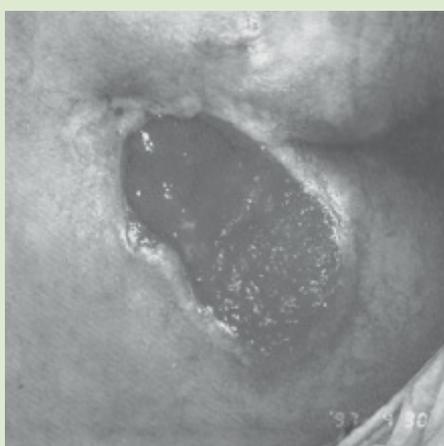
ETAPA 2

Pérdida de grosor parcial de las capas cutáneas que afecta la epidermis y se presenta en la clínica como abrasión, ampolla o cráter superficial.



ETAPA 3

Se pierde un área de espesor completo de piel; la lesión se extiende a través de la epidermis y expone los tejidos subcutáneos; se presenta como un cráter profundo con o sin debilitamiento y túneles en el tejido adyacente.



ETAPA 4

Se pierde un área de espesor completo de piel y tejido subcutáneo, lo que expone músculo, hueso o ambos; se presenta como un cráter profundo que puede incluir tejido con necrosis, descamación o escara. Con frecuencia, se crean túneles y debilitamiento del tejido.



SIN CLASIFICAR

Pérdida de espesor del tejido con la base cubierta por descamación o escara. La etapa no se puede determinar hasta que se elimine la descamación o la escara para exponer la base y la profundidad real de la

herida.

ÚLCERA POR PRESIÓN EN TEJIDOS PROFUNDOS

Área localizada de color púrpura o rojo oscuro con una herida o ampolla de sangre causada por presión intensa o prolongada, o fuerza cizallante. La piel puede estar intacta.

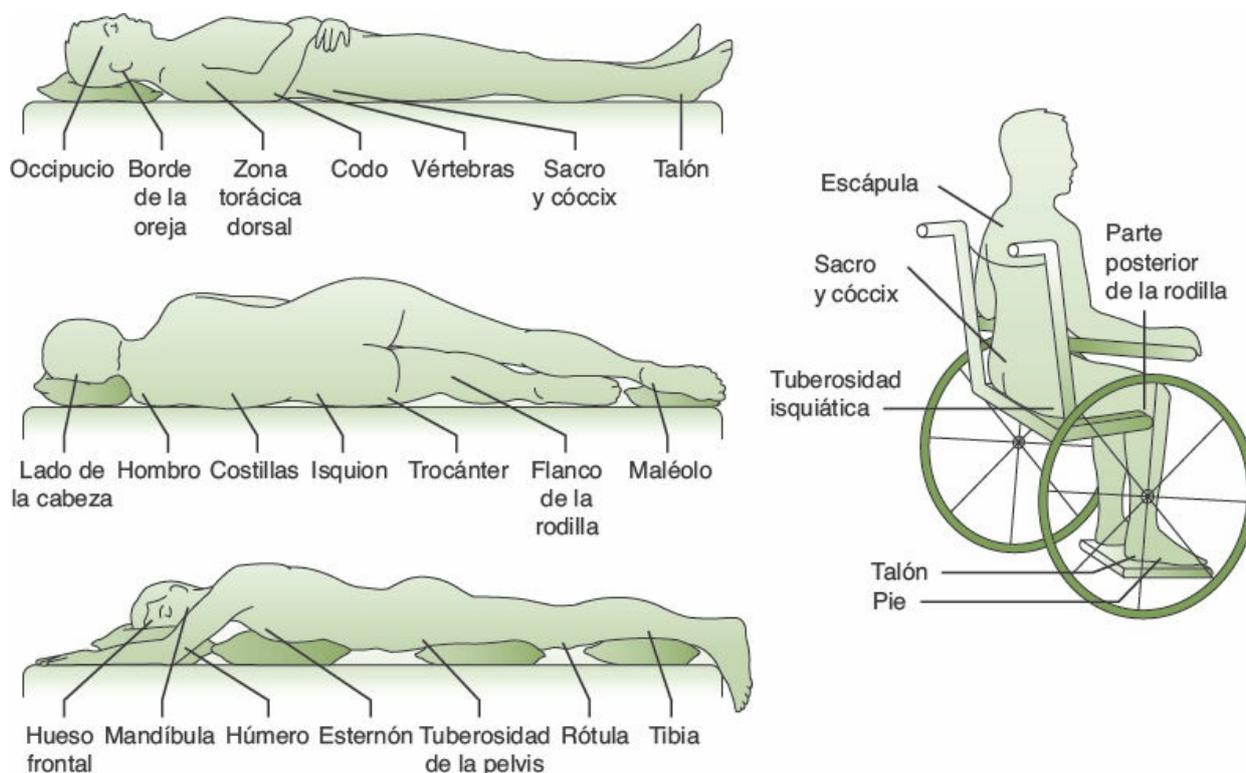


FIGURA 27-3 • Sitios frecuentes de úlceras por presión en las posiciones de decúbito y sedente (De: Miller, C. [2015]. *Nursing for wellness in older adults* [7th ed.]. Philadelphia, PA: Lippincott Williams y Wilkins).

- Cuentan con piel frágil que se daña con facilidad.
- A menudo tienen desnutrición.
- Perciben con menor eficacia la presión y el dolor.
- Están en riesgo con mayor frecuencia por estados de inmovilidad y edema, que contribuyen a la degradación cutánea.

Además de que se producen con mayor facilidad en las personas mayores, las úlceras por presión requieren mayor tiempo para sanar que en los jóvenes. Por lo tanto, la medida más importante es prevenir su formación; para ello, es esencial evitar la presión continua. Es necesario alentar la actividad o cambiar de posición al paciente que no puede moverse de manera independiente. La tolerancia a la presión del paciente específico ([guía de valoración 27-1](#)) determina la frecuencia del cambio de posición; un programa de cambio de posición cada 2 h puede no ser suficiente para todas las personas y dar origen a úlceras por presión. Las fuerzas de corte o cizallamiento (que hacen que dos capas de tejido se desplacen en sentidos opuestos) deben prevenirse no elevando la cabecera de la cama a más de 30°, no permitiendo que los pacientes se deslicen en la cama y levantando al paciente en lugar de arrastrarlo al desplazarlo. El uso de almohadas, cojines de flotación, colchones de

presión alternante y camas de agua aminora la presión que se ejerce en las prominencias óseas. Sin embargo, debe enfatizarse que estos dispositivos no eliminan la necesidad de los cambios frecuentes de posición. Cuando se sienten en una silla, debe sugerirse a los pacientes que se muevan y ayudar a desplazar su peso a intervalos determinados. Son útiles los protectores de lana de cordero y aquellos para talones para prevenir la irritación de las prominencias óseas. El personal de enfermería debe verificar que las sábanas se mantengan libres de arrugas y revisar la cama con frecuencia en busca de objetos extraños, como jeringas y utensilios, los cuales pueden quedar bajo el paciente sin que éste se percate. También es necesaria la sensibilidad cuando se utilicen dispositivos médicos con propósitos diagnósticos o terapéuticos (p. ej., férulas, collarines), porque pueden aplicar presión, lo que tal vez lesione la piel.



CONCEPTO CLAVE

Algunos pacientes mayores pueden desarrollar signos de úlceras por presión, incluso con un programa de cambio de posición cada 2 h, y requieren cambios de posición más frecuentes.

También es esencial una alimentación rica en proteínas y vitaminas para mantener y mejorar la salud tisular a fin de evitar las úlceras por presión. El cuidado correcto de la piel es otro componente esencial de la prevención. La piel debe mantenerse limpia y seca; secar al paciente mediante esponjado evita la irritación causada al frotar la piel con una toalla. Los aceites para baño y las lociones, utilizados de manera profiláctica, ayudan a mantener la piel suave e intacta. El masaje de prominencias óseas y los ejercicios de movilidad promueven la circulación y ayudan a mantener la nutrición apropiada de los tejidos. La persona con incontinencia debe asearse de manera exhaustiva con agua y jabón, y secarse después de cada episodio para evitar la degradación de la piel por excretas irritantes.



COMUNICACIÓN

El estado de la piel y los riesgos de degradación de la piel son diversos entre las personas, por lo que es muy importante que los cuidadores comprendan los riesgos específicos y las medidas preventivas para los pacientes que atienden. El personal de enfermería revisa los riesgos específicos del paciente y las medidas que los pueden reducir. El personal de enfermería no debe asumir que por el hecho de que el cuidador haya completado la capacitación de apoyo de enfermería, éste comprenderá la adaptación de las acciones al paciente específico o que ha leído y comprendido el plan de atención.

Una vez que se notan indicios de una úlcera por presión, se requiere intervención enérgica para evitar los múltiples riesgos asociados con este deterioro de la integridad cutánea. El tratamiento depende del estado de la úlcera por presión identificado por los siguientes signos:

- **Hiperemia.** El enrojecimiento de la piel se presenta con rapidez y puede desaparecer pronto si se elimina la presión. No hay solución de continuidad y los tejidos subyacentes permanecen suaves. Es útil aliviar la presión mediante el uso de una esponja adhesiva; es recomendable proteger la piel con un apósito o parche de hidrocoloides naturales (DuoDerm[®] o Tegasorb[®]) antes de aplicar el adhesivo.

- *Isquemia*. Se presenta enrojecimiento de la piel después de 6 h de presión continua y suele acompañarse de edema e induración. Pueden requerirse varios días para que esta zona recupere su color normal, tiempo en el cual tal vez aparezca una ampolla en la epidermis. La piel debe protegerse con un apósito de hidrogel, que contiene agua y mitiga las molestias locales. Si hay una solución de continuidad, debe limpiarse todos los días con solución salina normal o el producto sugerido por el centro de atención.
- *Necrosis*. La presión continua durante más de 6 h puede causar ulceración con una base necrótica. Este tipo de lesión requiere un apósito transparente que proteja frente a bacterias, pero que sea permeable a oxígeno y vapor de agua. Es esencial la irrigación abundante durante los cambios de apósito. A veces se usan antibióticos tópicos. El alivio completo puede tardar de semanas a meses.
- *Daños en tejidos profundos*. Si la presión no se alivia, la necrosis se extenderá a través de la fascia y tal vez hasta el hueso. Con frecuencia, hay una escara, que es una costra coagulada gruesa, y la destrucción ósea e infección son posibles. A menos que se elimine la escara, el tejido subyacente continúa degradándose, por lo que el desbridamiento es esencial.

Puesto que el riesgo de úlceras por presión es alto en los pacientes mayores, es prudente que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica valore el riesgo de estas lesiones al ingreso o el primer contacto. Diversas herramientas que se han utilizado durante varias décadas pueden ayudar a la valoración objetiva del riesgo de úlceras por presión, como la escala de Braden (Bergstrom, Allman y Carlson, 1994) y la escala de Norton (Norton, McLaren y Exton-Smith, 1962). La herramienta para la valoración de las úlceras por presión (PUSH) (Bates-Jensen, 1996) es un instrumento para valorar y vigilar úlceras por presión existentes mediante 13 parámetros (p. ej., tamaño, exudado, necrosis, edema y granulación). En función de la población de pacientes que se atiende y de los tipos de entorno clínico, los centros pueden desarrollar sus propias herramientas para valorar el riesgo de úlceras por presión y vigilarlas.



CONCEPTO CLAVE

No se debe dejar de estadificar una úlcera por presión. A medida que la lesión se alivia, referirse a ésta como “etapa de alivio ___” y mencionar la etapa mayor en la que se valoró la lesión.

CONSIDERACIONES GENERALES DE ENFERMERÍA PARA LAS ENFERMEDADES CUTÁNEAS

Promover la normalidad

El apoyo psicológico puede ser especialmente importante para el paciente con un problema cutáneo. A diferencia de los padecimientos respiratorios, cardíacos y de otros tipos, los problemas dérmicos tienen con frecuencia un aspecto desagradable para el paciente y para los demás. Es posible que los visitantes y el personal eviten de manera innecesaria tocar al paciente y estar con éste a causa de sus problemas cutáneos. El personal de enfermería puede tranquilizar a los familiares acerca de la

seguridad del contacto con el paciente y proporcionar instrucción sobre las precauciones especiales que deben tomarse. El hecho más importante en el que debe insistirse es que el paciente siga siendo una persona con necesidades y sentimientos normales y que aprecie las interacciones y el contacto normales.

Una gran cantidad de personas mayores se preocupan por los signos visibles del envejecimiento reflejados en sus arrugas. Debe indicarse a las personas de todas las edades que las arrugas pueden prevenirse evitando la exposición excesiva al sol y usando bloqueador solar. Existen productos de aplicación tópica (p. ej., α -hidroxiácidos o β -hidroxiácidos) que pueden reducir las arrugas. Debido a la extensa publicidad de la cirugía estética, algunas personas mayores consideran esta opción para tener un aspecto más juvenil de la piel; debe recomendarse que busquen especialistas reconocidos con experiencia en esas intervenciones.

Uso de tratamientos alternativos

Durante siglos se han empleado diversas plantas para tratar problemas de la piel. En la actualidad ese uso continúa, como lo evidencian cremas, lociones y champús que contienen sábila, manzanilla y otras plantas. La sábila tiene propiedades emolientes en uso externo y gran cantidad de personas la encuentran útil para tratar cortes y quemaduras leves. La aplicación externa de extracto de manzanilla se utiliza en caso de inflamación cutánea. Desde hace mucho tiempo se ha empleado la escoba de bruja (*Hamamelis*) por sus efectos astringentes y se aplica externamente para tratar equimosis y edema.

También se recurre cada vez más a los aceites esenciales para la prevención y el tratamiento de problemas cutáneos, por ejemplo, aceite de tomillo como antiséptico, linalol de tomillo y aceite de palo de rosa tópicos para el acné, aceite de romero para la regeneración celular y aceites de albahaca, canela, ajo, espliego, limón, salvia, ajedrea y tomillo para mordeduras y picaduras de insectos. La aplicación tópica de aceite de hierbabuena puede tener un efecto antiinflamatorio y acelerar el alivio de heridas y quemaduras leves.

Algunos remedios homeopáticos y naturistas se emplean para tratar erupciones cutáneas, al igual que la acupuntura. La biorretroalimentación, la imaginación guiada y los ejercicios de relajación ayudan a controlar los síntomas de algunas anomalías cutáneas.

Existe la creencia de que los suplementos nutricionales también pueden ser beneficiosos para tratar los padecimientos cutáneos; los que más se recomiendan son cinc, magnesio, ácidos grasos esenciales y vitaminas A, del complejo B, B₆ y E. El personal de enfermería debe alentar a los pacientes a comentar el uso de los tratamientos alternativos con su médico.

Resumen del capítulo

La piel experimenta gran cantidad de cambios visibles con la edad. Una valoración del estado cutáneo puede proporcionar indicios sobre padecimientos corporales.

Aunque las queratosis seborreicas representan un problema estético más que médico, se deben diferenciar de las queratosis solares, que pueden ser precancerosas

y requieren vigilancia estrecha. El carcinoma basocelular, el carcinoma espinocelular y el melanoma son los tipos de cáncer de piel principales en la edad avanzada.

La dermatitis por estasis, asociada con insuficiencia venosa crónica, puede ocasionar con facilidad el desarrollo de úlceras por estasis. La nutrición adecuada y la prevención de infecciones favorece su alivio.

Las úlceras por presión representan un problema para los adultos mayores, quienes las pueden desarrollar de manera más fácil. La valoración de factores de riesgo y el desarrollo de programas adaptados a cada paciente para reducirlos son medidas de enfermería esenciales.

Puesto que el estado cutáneo y el aspecto físico son importantes para el autoconcepto, ciertos individuos en proceso de envejecimiento buscan métodos para tratar las arrugas y líneas de expresión que se desarrollan con la edad. El personal de enfermería puede derivar a los pacientes con cirujanos estéticos reconocidos y ayudar a evaluar las implicaciones de los cuidados de la piel y los productos antienvjecimiento con el fin de evitar peligros y evitar que desperdicien su dinero.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Prevención de úlceras por presión en residencias para adultos mayores: descripciones de enfermería de factores a nivel individual e institucional

Fuente: Dellefield, M. E., & Magnabosco, J. L. (2014). Geriatric Nursing, 35(2), 97–104.

Con base en la evidencia que demuestra que antes de desarrollar un programa para implementar un cambio en la práctica es importante valorar factores individuales e institucionales que pueden influir en el cambio, los investigadores exploraron los factores asociados con la prevención de úlceras por presión en residencias para personas mayores. Consideraron esta revisión como algo especialmente importante porque la prevención continua de las úlceras por presión en residencias para adultos mayores ha sido difícil de lograr. En total, 16 miembros del personal de enfermería de dos residencias para adultos mayores participaron en el estudio y fueron entrevistados acerca de consideraciones relacionadas con factores individuales e institucionales que influyeron en el comportamiento del personal de enfermería.

Los investigadores determinaron que los tres factores más importantes que contribuyen al éxito fueron trabajo en equipo, comunicación y compromiso con los pacientes (veteranos) que atiende el personal de enfermería. Los participantes indicaron que la falta de retroalimentación sobre el desempeño por parte del gerente de enfermería representaba un impacto negativo sobre la motivación para el desempeño.

Este estudio muestra que cuando se implementa una práctica nueva, como la prevención de úlceras por presión, existen más aspectos a considerar además de capacitar al personal acerca de los pasos en el procedimiento o los factores de causalidad y prevención. La comunicación adecuada entre el personal es importante para valorar riesgos y compartir información acerca de pacientes específicos. Las

prácticas de gestión eficaces que reconocen los esfuerzos del personal y ofrecen retroalimentación refuerzan comportamientos que impulsan el cumplimiento. Asimismo, con un personal preocupado por los seres humanos que atiende, se transforma de un procedimiento impersonal a otro que apoya un objetivo con base en la atención. Un abordaje multifacético e integral para implementar una práctica como la prevención de úlceras por presión puede facilitar el cumplimiento exitoso.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Usted trabaja en una unidad de cuidados intensivos y advierte que si bien el personal de enfermería está muy capacitado para la vigilancia de los pacientes y el suministro de tratamientos complejos, también está menos atento al cambio de posición de los pacientes y la verificación del estado de la piel. No es infrecuente que los pacientes mayores sufran úlceras por presión durante su estancia en la unidad. Usted menciona esta circunstancia a un miembro del equipo, quien responde: “ese es el menor de sus problemas. Nuestra preocupación es mantenerlos vivos”.

Aunque usted reconoce las complejidades de la atención suministrada, aún considera que no debe permitirse que los pacientes sufran úlceras por presión mientras permanezcan en la unidad.

¿Qué puede hacer para abordar este tema y a la vez mantener la armonía con sus colegas?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Comente las implicaciones psicosociales de las úlceras por presión y el melanoma maligno.
2. Describa el método para determinar un programa de cambios de posición individualizado.
3. Desarrolle un protocolo para la prevención de las úlceras por presión.

Recursos

Agency for Healthcare Research and Quality

Pressure Ulcers in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care

<http://www.ahrq.gov/research/ltc/pressureulcertoolkit/>

American Academy of Facial and Reconstructive Plastic Surgery

<http://www.aafprs.org/patient/procedures/proctypes.html>

American Cancer Society

<http://www.cancer.org>

Braden Scale for Predicting Pressure Ulcer Risk

http://www.in.gov/isdh/files/Braden_Scale.pdf

National Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases Information Clearinghouse

<http://www.nih.gov/niams>

National Pressure Ulcer Advisory Panel

<http://npuap.org>

Skin Cancer Foundation

<http://www.skincancer.org>

Wound, Ostomy, and Continence Nursing Society

<http://www.wocn.org>

Referencias

Bates-Jensen, B. M. (1996). *Why and how to assess pressure ulcers*. Presented at the Ninth Annual Symposium on Advanced Wound Care, Atlanta, April 20, 1996.

Bergstrom, M., Allman, R. M., & Carlson, E. D. (1994). *Treatment of pressure ulcers*. Clinical Practice Guideline No. 15, AHCPR Pub No 95-0652. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.

Norton, D., McLaren, R., & Exton-Smith, A. N. (1962). *An investigation of geriatric nursing problems in the hospital*. London, UK: National Corporation for the Care of Old People.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales vinculados con este capítulo.



ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Envejecimiento y cáncer

- Desafíos específicos para los adultos mayores con cáncer
- Explicaciones de la mayor incidencia en la edad avanzada

Factores de riesgo, prevención y detección

Tratamiento

- Tratamiento convencional
- Medicina complementaria y alternativa

Consideraciones de enfermería para los adultos mayores con cáncer

- Instrucción del paciente
- Promoción de la atención óptima
- Apoyo a pacientes y familiares

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Comentar la prevalencia y los riesgos de enfermar de cáncer en la población mayor.
2. Describir las razones por las cuales el cáncer es más complejo en los adultos mayores.
3. Nombrar los factores que incrementan el riesgo de cáncer.
4. Diseñar medidas preventivas que pueden reducir el riesgo de presentar cáncer en los adultos mayores.
5. Describir los riesgos para los adultos mayores que reciben tratamiento convencional para el cáncer.
6. Comentar las razones por las cuales los pacientes eligen usar medicina complementaria y alternativa (MCA).
7. Nombrar los temas que deben evaluarse en la selección de MCA para los pacientes con cáncer.
8. Comentar las consideraciones de enfermería para la atención de los pacientes mayores con cáncer.

GLOSARIO

BRCA: gen para el cáncer de mama; existen pruebas sanguíneas para identificar mutaciones en cualquiera de los dos genes de susceptibilidad a cáncer de mama (*BRCA1* y *BRCA2*).

FPS: factor de protección solar; puntuación asignada a los bloqueadores solares para indicar la protección que ofrecen frente al sol.

MCA: medicina complementaria y alternativa; aquellos tratamientos que no corresponden a las prácticas de la medicina occidental ortodoxa; incluyen sistemas médicos alternativos, intervenciones para cuerpo y mente, métodos de manipulación y con base en el cuerpo y tratamientos naturistas y energéticos.

La atención de los adultos mayores con cáncer es un aspecto casi inevitable para el personal de enfermería geriátrica y gerontológica. El cáncer es una enfermedad de personas mayores y la segunda causa principal de muerte en los adultos de 65 años de edad o mayores ([Centers for Disease Control and Prevention, 2013](#)). La mayoría de los casos nuevos se diagnostican en la edad avanzada y la probabilidad de desarrollar esta enfermedad aumenta en un grado considerable con la edad. El National Cancer Institute reconoce que la edad es el factor de riesgo de cáncer de mayor importancia. La frecuencia de cáncer aumenta a partir de la niñez y de manera evidente durante la edad avanzada. Incluso si no hubiera un aumento en la frecuencia del cáncer relacionado con la edad, la prevalencia en los adultos mayores se elevaría conforme la población mayor continuara en aumento.



CONCEPTO CLAVE

Más de la mitad de las personas con diagnóstico de cáncer son mayores de 65 años de edad.

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica tiene un papel importante en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. Promover hábitos saludables en las personas de todas las edades ayuda a reducir los factores de riesgo para desarrollar cáncer. Instruir a los pacientes acerca de la detección del cáncer y facilitar sus esfuerzos para someterse a pruebas favorece la detección de cáncer en etapas tempranas y eleva la tasa de supervivencia. Las intervenciones de enfermería creativas, integrales y eficientes que ofrecen apoyo físico, emocional y espiritual a los individuos a quienes se diagnostica cáncer y sus seres queridos promueven la mejor calidad de vida posible en presencia de esta enfermedad.

ENVEJECIMIENTO Y CÁNCER

Desafíos específicos para los adultos mayores con cáncer

El cáncer plantea muchos desafíos clínicos en cualquier grupo de edad; sin embargo, en los adultos mayores es aún más complejo. A pesar de tener la misma frecuencia de casi todos los tipos de cáncer, los adultos de esta población tienen la menor tasa de obtención de pruebas de detección precoz; por lo tanto, su enfermedad puede estar en una etapa avanzada cuando se diagnostica. Además, es infrecuente que el paciente

mayor no padezca otra enfermedad (p. ej., cardiopatía, diabetes mellitus, artritis o enfermedad pulmonar obstructiva crónica) al momento del diagnóstico de cáncer. La presencia de múltiples problemas de salud eleva el riesgo de complicaciones, discapacidad y muerte en los pacientes con cáncer. Asimismo, la preocupación acerca de la manera en la que los órganos ya afectados del paciente mayor son capaces de tolerar la quimioterapia y otros tratamientos para el cáncer puede afectar las decisiones terapéuticas (Rochman, 2014; Soung, 2015). Las tasas de supervivencia de los adultos mayores, en la mayoría de los tipos de cáncer, son menores que las de las personas más jóvenes, incluso si se diagnostican en la misma etapa.

Explicaciones de la mayor incidencia en la edad avanzada

Como ya se mencionó, el cáncer es en mayor medida una enfermedad de la edad avanzada, pero ¿por qué? Existen dos teorías principales con las que se pretende explicar la mayor incidencia de cáncer con la edad. La primera tiene que ver con cambios biológicos relacionados con la edad que afectan la capacidad para resistir las enfermedades. Esta teoría es apoyada por la disminución de la actividad mitocondrial de la célula, la cual cuenta con menor capacidad para resistir el cáncer. Los cambios en el sistema inmunitario (menor actividad de linfocitos T, concentración de interleucina 2 y reactividad a mitógenos) afectan la capacidad del organismo para reconocer células cancerosas y destruirlas.

La exposición prolongada a carcinógenos a lo largo de los años es otra explicación para la mayor incidencia del cáncer con la edad. El fenómeno anterior se evidencia con el desarrollo de melanomas en la piel de personas que se han expuesto de manera crónica a rayos ultravioleta nocivos y por el desarrollo de cáncer de pulmón en trabajadores que respiraron con regularidad sustancias tóxicas.

Aunque en la actualidad no es posible establecer con claridad el grado de responsabilidad que los cambios relacionados con la edad o la exposición tienen en el desarrollo de cáncer, es evidente que los adultos, a medida que envejecen, enfrentan un mayor riesgo de desarrollar cáncer; por lo tanto, es conveniente reducir los factores de riesgo.



CONCEPTO CLAVE

El aumento de la incidencia de cáncer con la edad puede deberse a cambios que disminuyen la capacidad para resistir la enfermedad o la exposición prolongada a carcinógenos.

FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN

Los factores de riesgo de cáncer dan indicios sobre algunas de las medidas preventivas que son útiles para evitar la enfermedad. Una gran cantidad de tipos de cáncer pueden prevenirse con prácticas de salud que disminuyan los riesgos. En el [cuadro 28-1](#) se relacionan factores de riesgo con algunas medidas preventivas que el personal de enfermería puede incorporar en la instrucción y el asesoramiento para la salud.

CUADRO 28-1 Factores de riesgo para el cáncer y medidas que reducen el riesgo

Evitar el consumo de tabaco y la exposición a éste.

El hábito tabáquico es la causa principal de muerte por cáncer de pulmón tanto en hombres como en mujeres. También es responsable de un tercio de todas las muertes por cáncer y de la mayoría de los casos de cáncer de laringe, cavidad bucal y esófago; tiene relación estrecha con el desarrollo de cáncer de vejiga, riñón, páncreas y cuello uterino, y con la muerte por estas enfermedades ([National Cancer Institute, 2014](#)).

Limitar la exposición al sol. Usar bloqueadores solares (con factor de protección solar [FPS] entre 15 y 30) y evitar los baños de sol.

La exposición repetida a los rayos ultravioleta del sol, las lámparas solares y las camas de bronceado aumenta el riesgo de tener cáncer de piel, en particular en personas de tez clara.

Comer alimentos ricos en fibra, frutas y vegetales; limitar el consumo de carnes rojas, grasas, alimentos fritos, encurtidos, ahumados o curados.

Los investigadores han determinado que las personas que consumen alimentos ricos en grasa animal tienen mayores tasas de cáncer de estómago y colon en comparación con aquellas que consumen alimentos bajos en grasa animal ([Johns Hopkins Medicine Colorectal Cancer Center, 2015](#)). Otros estudios muestran que se relaciona con un mayor riesgo de cáncer de páncreas y mama con la ingesta de grandes cantidades de carne bien cocida, frita o asada.

Mantener el peso dentro del rango ideal; realizar ejercicio y actividad física.

La obesidad aumenta las tasas de cáncer de próstata, páncreas y colon, así como de útero, ovario y mama en mujeres mayores. El ejercicio reduce el riesgo de padecer cáncer de mama.

Evitar la exposición a carcinógenos conocidos.

La contaminación por nitrato (una sustancia química utilizada en los fertilizantes) del agua potable se ha asociado con un mayor riesgo de linfoma no hodgkiniano ([Lymphoma Research Foundation, 2012](#)). El riesgo tiene una relación directa con el grado de consumo de nitratos, y éste es particularmente alto en las zonas rurales. Los vegetales con alto contenido de nitrato no suponen el mismo riesgo.

Antes de la década de 1950, se empleaba radiación para el tratamiento del acné, la tiña del cuero cabelludo y la hipertrofia del timo, las amígdalas y las glándulas. Esta exposición a radiación aumenta el riesgo de tener cáncer tiroideo. La exposición a asbesto, níquel, cadmio, uranio, radón, cloruro de vinilo, benceno y otras sustancias también aumenta el riesgo de cáncer.

El radón entra en las casas por grietas en los cimientos. En lugares sin ventilación adecuada, este gas puede alcanzar concentraciones que aumentan en grado sustancial el riesgo de presentar cáncer de pulmón ([Environmental Protection Agency, 2015](#)).

Limitar el consumo de alcohol.

El consumo excesivo de alcohol incrementa el riesgo de cáncer de boca, garganta, esófago, laringe e hígado.

Comentar la quimioprevención con el médico si los antecedentes familiares aumentan el riesgo de cáncer.

Las alteraciones hereditarias en los genes *breast cancer 1* y *breast cancer 2* (*BRCA1* y *BRCA2*) intervienen en muchos casos de cáncer de mama y ovario hereditarios. El riesgo de que *BRCA1* o *BRCA2* se relacionen con estos tipos de cáncer es mayor en las mujeres con antecedentes familiares de múltiples casos de cáncer de mama, con al menos un familiar que padezca dos tipos de cáncer primario en distintos sitios o que tenga ancestros judíos de Europa oriental (asquenazíes) (Susan G. [Komen, 2015](#)).

Las mujeres tienen riesgos específicos. La edad es un factor de riesgo porque la mayoría de los casos de cáncer de mama y ovario se presentan en mujeres mayores de 50 años de edad ([American Cancer Society, 2014a](#)). Además, las mujeres que tuvieron su primer período menstrual antes de los 12 años de edad o que experimentaron la menopausia después de los 55 años de edad tienen un riesgo de

cáncer de mama ligeramente mayor, al igual que aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 30 años de edad. Las mujeres que tienen un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) u otro pariente cercano con cáncer mamario, ovárico, o ambos, están en mayor riesgo de desarrollar estos tipos de cáncer. Las mujeres cuyas madres tomaron dietilestilbestrol durante el embarazo tienen mayor riesgo de cáncer de vagina ([American Cancer Society, 2015](#)). Además, las mujeres que tienen familiares con cáncer de colon están en mayor riesgo de desarrollar cáncer de ovario. Se sospecha que el exceso de estrógenos contribuye al cáncer de mama debido a su efecto natural de estimular el crecimiento de las células mamarias. El tratamiento de restitución hormonal a largo plazo puede incrementar el riesgo en la mujer de padecer cáncer de mama y de ovario, aunque a la fecha la investigación no es concluyente.

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe actuar con criterio clasificando los factores de riesgo, mientras promueve hábitos de salud positivos sin alarmar a las pacientes con afirmaciones sin fundamento. Por ejemplo, algunas personas consideran que, debido a que el estrés y otras emociones nocivas pueden deprimir el funcionamiento inmunitario, también contribuyen al cáncer. En la actualidad no hay pruebas concluyentes de esta relación. Otro ejemplo es el temor de muchas personas acerca de que los edulcorantes artificiales causen cáncer, pero no se ha demostrado este vínculo ([American Cancer Society, 2014b](#)). El National Cancer Institute tampoco ha demostrado ninguna relación entre el consumo de café y el cáncer, otra creencia común. Asimismo, no hay evidencia clara de que los aditivos para alimentos sean factores de riesgo para cáncer.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Es popular la idea de que el estrés es responsable de una variedad de alteraciones de la salud, incluyendo el cáncer, pero falta evidencia que apoye esta relación.

También ha existido un considerable debate respecto a la participación del agua fluorada en el desarrollo de cáncer. Sin embargo, en los numerosos estudios realizados no se han hallado pruebas de que el fluoruro aumente el riesgo de cáncer, y el [National Cancer Institute \(2012\)](#) apoya esta posición.

Además de enseñar medidas preventivas, el personal de enfermería debe instruir a los adultos mayores sobre la detección del cáncer, una medida importante para mejorar los resultados en los pacientes que lo sufren. La detección precoz suele mejorar el pronóstico de cáncer y debe recomendarse a las personas de todas las edades. Algunos seguros médicos reembolsan el coste de las pruebas de detección para cáncer mamario, cervicouterino, colorrectal y prostático. En el [cuadro 28-2](#) se describen las pruebas recomendadas.



COMUNICACIÓN

Es conveniente valorar la actitud de los pacientes mayores o sus representantes de atención médica acerca de la detección y el tratamiento del cáncer. Las decisiones que toman los pacientes o los representantes tal vez no se adapten a la valoración del personal de enfermería. Por ejemplo, podría decidirse descartar la detección y el tratamiento de cáncer de mama porque el paciente tiene 70 años de edad, cuando el estado de salud y la esperanza de vida de éste podrían apoyar el valor de estas acciones. Otro ejemplo podría ser el de un paciente de 88 años de edad donde él, su familia o su representante de atención de la salud

quieran tratamiento para un cáncer de pulmón recién diagnosticado incluso si, debido al deficiente estado de salud general y esperanza de vida del paciente, éste presenta más riesgos que beneficios. El personal de enfermería puede compartir experiencias de manera sensible, aclarar ideas falsas, discutir las metas del tratamiento, responder preguntas y asegurar que las decisiones son informadas. Estos intercambios son más eficaces y relevantes si se establecieron confianza y una buena relación con el paciente o representante de atención de la salud.

CUADRO 28-2 Recomendaciones para la detección de cáncer en los adultos mayores

- Revisión anual de la cavidad bucal, tiroides, mamas, ovarios, testículos y piel.
- Mastografía anual y exploración clínica de mama.
- Prueba anual de sangre oculta en heces.
- Colonoscopia cada 10 años (si la sigmoidoscopia flexible, el enema de bario con doble contraste o la colonografía por tomografía computarizada [TC] son positivos, se debe realizar una colonoscopia) o alguno de los siguientes estudios cada 5 años:
 - Sigmoidoscopia flexible.
 - Enema de bario con doble contraste.
 - Colonografía por TC (colonoscopia virtual).
- Análisis de antígeno prostático específico y tacto rectal anuales para hombres mayores de 50 años de edad con esperanza de vida de al menos 10 años.
- Prueba de Papanicoláu cada 2-3 años si tres pruebas consecutivas han sido normales; la American Cancer Society sugiere que las mujeres de 70 años de edad o mayores con tres pruebas consecutivas normales y ninguna de ellas anómala en los 10 años previos pueden elegir dejar de realizarse la prueba de detección de cáncer cervicouterino.
- Biopsia endometrial anual en mujeres con alto riesgo de cáncer de colon hereditario no polipósico.

TRATAMIENTO

Tratamiento convencional

El plan de tratamiento depende del tipo de cáncer específico; sin embargo, los métodos de tratamiento más habituales son cirugía, radiación, quimioterapia y tratamiento biológico. Aunque se aplican las mismas medidas básicas de atención a los pacientes mayores sometidos a estos tratamientos que a los adultos de cualquier edad, hay algunos riesgos característicos. Las personas mayores de 70 años de edad tienen mayor riesgo de morir por cualquier cirugía y sus complicaciones; este riesgo aumenta en las cirugías de urgencia o no planificadas, como puede ocurrir cuando se detecta inesperadamente una masa. La edad avanzada afecta la farmacocinética y la farmacodinámica de los fármacos citotóxicos y aumenta el riesgo de complicaciones (p. ej., cardiotoxicidad, neurotoxicidad y mielosupresión). Es necesario ajustar de forma cuidadosa las dosis para compensar los cambios en la velocidad de filtración glomerular y otras diferencias. Por fortuna, no existe diferencia significativa entre los

adultos mayores y otros adultos en la capacidad de tolerar la radioterapia.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles serían sus principales preocupaciones si se enfrentara a un tratamiento contra el cáncer?

Medicina complementaria y alternativa

Las dietas especiales, la psicoterapia, las prácticas espirituales, los suplementos vitamínicos y los remedios herbolarios son algunos de los tratamientos de medicina complementaria y alternativa (MCA) que utilizan muchas personas con cáncer (American Cancer Society, 2014c). Los tratamientos de MCA a menudo son atractivos para los pacientes con cáncer debido a las filosofías de alivio y los abordajes empleados. Los practicantes de la MCA suelen tener una visión integral. No sólo están interesados en tratar la enfermedad, sino que es probable que estén preocupados en igual o mayor medida por la totalidad de la persona. Los practicantes de la MCA ofrecen:

- *Atención centrada en la relación.* Dedican su tiempo a investigar las características individuales de los pacientes y emprenden un viaje único con cada uno.
- *Apoyo.* Aprender a vivir con cáncer es desafiante y demandante. Incluso si se eliminan las células malignas, puede haber dolor emocional y espiritual. Los proveedores de MCA ofrecen aceptación y comprensión incondicional de la situación en la que se encuentran los pacientes.
- *Tratamientos de curación.* Los proveedores de la MCA respetan los derechos de los pacientes de dirigir su atención y su vida y consideran que su función es empoderar, facilitar el proceso de curación y apoyar durante éste.
- *Confort.* Muchos tratamientos de MCA implican un alto grado de contacto (son terapias de manos a la obra, como el masaje, el toque terapéutico y de alivio) y eliminan el estrés y el malestar. Los proveedores brindan confort al tomarse el tiempo necesario para escuchar, dar seguridad y estar emocionalmente disponibles.
- *Esperanza.* En particular cuando la medicina convencional ha agotado sus tratamientos, los practicantes de la MCA ofrecen opciones que dan esperanza y aliento al asegurar que se está intentando algo. Los pacientes pueden sanar, tener un sentido de plenitud y disfrutar la mejor calidad de vida posible a pesar de tener una enfermedad incurable.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Por qué motivo podría buscar tratamientos complementarios y alternativos si se le diagnosticara cáncer a usted o un ser querido?

Aunque la MCA puede contribuir a la atención del paciente, no es aconsejable que todos recurran a estos tratamientos sin considerar de manera cuidadosa los riesgos y los beneficios. Las etiquetas *natural* y *holístico* no garantizan que el tratamiento sea seguro o la mejor opción para las circunstancias específicas del

paciente. En el **cuadro 28-3** se presentan algunas preguntas que el personal de enfermería puede hacer para ayudar a los pacientes a evaluar la MCA. El personal de enfermería sirve a los pacientes al ayudarlos a aclarar las afirmaciones de quienes promueven tratamientos y productos para curar el cáncer. El National Cancer Institute y el National Center for Complementary and Alternative Medicine (véase la sección de *Recursos* al final del capítulo) ofrecen ayuda para evaluar las afirmaciones de la MCA.

CUADRO 28-3 Preguntas que deben hacerse al evaluar un tratamiento complementario o alternativo

- ¿Cuál es el objetivo o el resultado esperado del tratamiento?
- ¿El tratamiento es compatible con otros que se están utilizando?
- ¿Se retrasará de forma grave la búsqueda o la aplicación de un tratamiento convencional si se recurre a la medicina complementaria y alternativa?
- ¿Se requiere capacitación, acreditación o autorización especiales para los proveedores del tratamiento? En ese caso, ¿el proveedor está calificado para realizar el tratamiento?
- ¿Qué riesgos se relacionan con el tratamiento?
¿Los riesgos exceden los beneficios?
- ¿Cuáles son los efectos adversos esperados?
- ¿Cuál es el coste?
- ¿Cuántos tratamientos se requerirán? ¿Cuánto tiempo deberá usarse el producto?
- ¿Algún seguro de salud cubre el tratamiento?
- ¿Qué investigación existe que apoye el tratamiento? ¿Cuál ha sido la duración de los estudios, cuál fue su calidad, cuántas personas participaron y quién los realizó?
- ¿El terapeuta está dispuesto a dar los nombres de otros pacientes que han hecho uso de sus servicios?
- ¿Existen signos de alerta (p. ej., origen secreto del tratamiento, renuencia a revelar ingredientes del producto, necesidad de viajar a otro país para obtener el tratamiento, requisito de suspender todos los demás tratamientos)?

El conocimiento de la MCA se incrementa con rapidez y lo que hoy es hipótesis podría comprobarse o refutarse mañana. El personal de enfermería se enfrenta al desafío de mantenerse al día sobre este campo en crecimiento de manera que sea capaz de integrar de forma segura y eficaz la MCA en su práctica. También es importante garantizar que los individuos no sustituyan el tratamiento convencional por los abordajes de MCA, ya que es posible que no tengan la misma eficacia.



CONCEPTO CLAVE

En cada valoración se interroga sobre el uso de la MCA y se alienta a los pacientes a informar a su médico de todos los tratamientos y los productos que se están empleando.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA PARA LOS ADULTOS MAYORES CON CÁNCER

Instrucción del paciente

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica tiene el compromiso de promover el envejecimiento saludable. Una manera de demostrar esta acción consiste en incrementar la consciencia acerca de las medidas que pueden prevenir el cáncer (véase el cuadro 28-1). Las oportunidades de instruir a las personas van desde dar clases formales a grupos hasta comentar opciones de cambio cuando se identifican factores de riesgo durante las valoraciones individuales. No es necesario que esta instrucción se limite a los adultos mayores. La prevención del cáncer entre individuos más jóvenes promueve una población mayor saludable en el futuro.

El personal de enfermería tiene un importante cometido para asegurar que los pacientes comprendan los signos de alerta del cáncer. La American Cancer Society ofrece una manera útil de recordar estos signos mediante el empleo de la palabra *CAUTION* (precaución), donde cada letra representa la primera letra de un signo de alerta:

- Cambio en los hábitos de defecación o micción
- Llaga (*a sore*) que no cicatriza
- Sangrado o secreción anómalos (*unusual*)
- Engrosamiento (*thickening*) o masa en la mama u otro sitio
- Indigestión o dificultad para deglutir
- Cambio evidente (*obvious*) en una verruga o nevo
- Tos persistente molesta (*nagging*) o ronquera

Además, el personal de enfermería valora el conocimiento de los pacientes sobre la autoexploración para la detección de cáncer (p. ej., exploración mamaria, testicular y cutánea) y proporciona instrucciones según la necesidad. Para el paciente incapaz de realizar la autoexploración, el personal de enfermería diseña un plan para que los cuidadores realicen estas exploraciones en el paciente en un programa regular. Es importante averiguar las fechas de las últimas pruebas de detección de cáncer y derivar a la persona para su realización según la necesidad.

Promoción de la atención óptima

Cuando se establece el diagnóstico de cáncer, el personal de enfermería puede ayudar al paciente a obtener la mejor atención posible. Algunos centros de oncología se especializan en un cáncer en particular y están en posibilidad de ofrecer más opciones a los pacientes que otras instituciones. Además, según resulte apropiado, el personal de enfermería ayuda a las personas a contactar al National Cancer Institute a fin de que se informen sobre los estudios clínicos de los que podrían beneficiarse.

Los adultos mayores que reciben radiación y quimioterapia requieren la misma atención básica y se enfrentan a los mismos riesgos generales que los adultos de cualquier edad sometidos a esos tratamientos; para dar orientación debe consultarse la información sobre enfermería oncológica. No obstante, los retos que afrontan los adultos mayores pueden ser más difíciles debido a factores relacionados con la edad que contribuyen al incremento del riesgo de desnutrición, deshidratación, estreñimiento, inmovilidad, deterioro de la integridad cutánea e infección. Son esenciales la vigilancia estrecha y las medidas para prevenir complicaciones (p. ej., informar cambios en los signos vitales o aumento de la fatiga).

Un temor importante relacionado con el cáncer es el dolor. Debe asegurarse a los pacientes que es posible controlar el dolor. El personal de enfermería debe valorar el dolor para prevenirlo y tratarlo (véase el [cap. 13](#) para una presentación de las medidas de confort).

Se presenta mayor información acerca de los tipos específicos de cáncer en otros capítulos del libro, por ejemplo, cáncer de colon (véase el [cap. 20](#)), de próstata (véase el [cap. 22](#)), de pulmón (véase el [cap. 18](#)), de estómago (véase el [cap. 20](#)), de testículos (véase el [cap. 22](#)) y de páncreas (véase el [cap. 20](#)).

Apoyo a pacientes y familiares

El diagnóstico de cáncer es abrumador y estresante para muchos pacientes. Es posible que los adultos mayores recuerden las terribles experiencias de personas con cáncer que conocieron a lo largo de su vida (personas a quienes se diagnosticó años antes cuando las opciones de tratamiento eran mucho más limitadas que en la actualidad) y teman que su pronóstico sea similar. Tal vez teman experimentar dolor, deformidad y pérdida de independencia. El coste del tratamiento puede ser una carga importante para el paciente y la familia. Algunos planes y metas quizá tengan que ceder su lugar cuando el tratamiento de la enfermedad ocupe el centro de atención. Los pacientes necesitan un fuerte apoyo durante este período. Es importante consultar al médico para conocer el diagnóstico, el plan de tratamiento y el pronóstico del paciente. El personal de enfermería valora la comprensión del individuo, aclara ideas falsas y ofrece explicaciones cuando es necesario. Es importante dar la oportunidad para que la persona exprese sus sentimientos.

Los familiares y allegados pueden tener las mismas preocupaciones del paciente y otras propias. Por ejemplo, una esposa puede estar preocupada por que el coste del tratamiento o la muerte de su esposo la dejen en una posición económica vulnerable. A una hija podría afligirle que su padre no sobreviva para verla casarse. Estas personas también necesitan apoyo. Las oficinas locales de la American Cancer Society ofrecen información sobre grupos de apoyo para personas con cáncer y sus seres queridos.



CONCEPTO CLAVE

Debe recordarse que el diagnóstico de cáncer afecta a otras vidas además de la del paciente.

CASO A CONSIDERAR



Carrie S., de 62 años de edad, fue diagnosticada con cáncer de mama. Después de someterse a una lumpectomía, comenzó a recibir quimioterapia. Se ha mostrado optimista y anhela avanzar en su tratamiento. Durante uno de los tratamientos es acompañada por su hermana de 55 años de edad, quien está bastante ansiosa. Ella comenta al personal de enfermería que su madre tuvo cáncer de mama a los 65 años de edad y vivió hasta los 82 años, cuando murió de cáncer de pulmón. “Ahora Carrie tiene la enfermedad y sé que yo soy la siguiente en la fila”. Menciona al personal de enfermería que está considerando someterse a una mastectomía bilateral para evitar el destino de su madre y hermana.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo reaccionaría a las preocupaciones de la hermana?
- ¿Cómo pueden afectar a Carrie S. los sentimientos de su hermana?
- ¿Qué apoyo puede ofrecerse a Carrie S.?

Los pacientes experimentan una variedad de reacciones para afrontar la enfermedad, incluyendo culpa, pena, depresión, ira, negociación y aceptación. De modo similar a como ocurre con el duelo que se experimenta en el proceso de morir, oscilan entre las diferentes etapas en diversos momentos. Es esencial ser sensible al estado emocional y espiritual del paciente durante cada encuentro. El personal de enfermería debe recordar que es posible que los familiares experimenten las mismas fluctuaciones emocionales.

Los pacientes con cáncer terminal requieren apoyo físico, emocional y espiritual, pues se enfrentan a muchos desafíos ([cuadro 28-4](#)). Las necesidades de estos pacientes y sus familias pueden cambiar y requieren revaloración y ajuste regulares del plan de atención. En el capítulo 36 se ofrecen guías para la atención al final de la vida que son válidas para los pacientes con cáncer terminal.

CUADRO 28-4 Posibles diagnósticos de enfermería en pacientes con cáncer terminal^a

Intolerancia a la actividad
Deterioro de los procesos familiares
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales
Deterioro de la mucosa bucal
Desempeño ineficaz del rol
Duelo anticipado
Alteración de la imagen corporal
Fatiga
Temor
Movilidad física deficiente
Déficit de conocimiento
Dolor
Riesgo de infección
Impotencia emocional
Alteración del patrón de sueño
Estrés espiritual

Resumen del capítulo

Aunque el cáncer es la causa principal de muerte en la población mayor, este grupo tiene una tasa baja en la realización de pruebas de detección precoz; cuando se diagnostica la enfermedad, suele estar en una etapa avanzada. Este hecho enfatiza la necesidad de valorar los signos de cáncer, aconsejar acerca de la detección recomendada e instruir acerca de medidas para reducir el riesgo de cáncer e identificar los signos al momento de atender a esta población.

Los adultos mayores presentan una mayor tasa de mortalidad y complicaciones de los tratamientos contra el cáncer. Se deben considerar los riesgos y los beneficios con base en la esperanza de vida restante al tomar las decisiones acerca del tratamiento. A pesar del mayor riesgo de complicaciones, los adultos mayores sanos no deben evitar la detección del cáncer ni temer al tratamiento sólo por la edad.

Además de los tratamientos convencionales de cirugía, radiación y quimioterapia, muchas personas con cáncer utilizan la MCA. A pesar de que los tratamientos de la MCA pueden ofrecer confort y apoyo a los pacientes, no deben sustituir a los tratamientos convencionales eficaces.

Puesto que el diagnóstico de cáncer resulta devastador para los pacientes y sus familias, el apoyo y la orientación del personal de enfermería es muy beneficioso. Se debe utilizar un abordaje integral para atender las necesidades en su totalidad.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Uso de creencias religiosas por parte de supervivientes afroamericanos de cáncer para influir de manera positiva en la atención de la enfermedad

Fuente: Hamilton, J. B., Best, N. C., Galbraith, K. V., Worthy, V. C., and Moore, A. D. (2014). Journal of Religion and Health. Published online October 1, 2014. doi: 10.1007/s10943-014-9948-6

Este estudio analizó la influencia de la religión en el empleo de los servicios de atención para el cáncer de pacientes afroamericanos. Los participantes en el estudio fueron de 50 años de edad o mayores, con un promedio de 60 años de edad. Las creencias religiosas que se exploraron incluían la capacidad para aliviar, curar y generar salud y prosperidad de un dios. Se identificó que las creencias y prácticas religiosas tenían una influencia positiva en las actitudes de los pacientes hacia su enfermedad y su capacidad para tolerar los tratamientos. La oración y la relación de confianza con los profesionales de la salud representaron fuentes de motivación y fuerza para estos pacientes.

El personal de enfermería debe valorar y ser sensible al papel de la religión en la

vida de los pacientes. Mientras no exista un comportamiento que dañe sus propias creencias y fe o que imponga sus creencias personales a otros, el personal de enfermería puede apoyar las creencias religiosas de los pacientes y, si así lo desea, participar en conversaciones que apoyen sus creencias y confianza en un dios. Los individuos que buscan ayuda de su fe se pueden dirigir a grupos de oración y apoyo que se basan en las creencias del paciente o en unas similares.

Este estudio refuerza la realidad de que el cuerpo, la mente y el espíritu influyen sobre la salud y el alivio y enfatizan la importancia de los abordajes integrales en la práctica de la enfermería.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

A la Sra. Strand, de 62 años de edad, se le diagnosticó cáncer de mama. Visita el departamento de oncología donde usted trabaja y el oncólogo recomienda quimioterapia, radiación y lumpectomía. La Sra. Strand, soltera y muy atractiva, expresa preocupación por los efectos de los tratamientos en su aspecto físico. Cuando falta a su siguiente cita y no llama al consultorio, usted se comunica para reprogramar su cita. La paciente menciona que no se someterá a los tratamientos recomendados porque ha encontrado a un proveedor de medicina alternativa que afirma que puede curar el cáncer con una dieta especial, suplementos y ejercicios de pensamiento positivo. “Puedo tratar mi cáncer, mejorar mi salud general y no me mutilarán, quemarán o dejarán calva”, menciona con entusiasmo.

¿Qué puede hacerse en esta situación?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Diseñe el contenido de un programa de enseñanza en materia de salud para un grupo de ciudadanos mayores acerca de la prevención, los riesgos y el diagnóstico de cáncer.
2. Describa factores del estilo de vida actual que pueden influir en el riesgo de cáncer en generaciones futuras de personas mayores.
3. Desarrolle un plan de atención para un adulto mayor a quien se ha diagnosticado cáncer de pulmón; el plan debe integrar tratamientos convencionales y MCA.
4. ¿Qué acciones puede implementar el personal de enfermería en sus comunidades para reducir los riesgos de cáncer?

Recursos

American Cancer Society

<http://www.cancer.org>

National Breast Cancer Foundation

<http://www.nationalbreastcancer.org>

National Cancer Institute

<http://www.cancer.gov>

1-800-4-CANCER (1-800-422-6237)

TTY (para personas con deficiencias auditivas): 1-800-332-8615

National Center for Complementary and Alternative Medicine

<http://www.nccam.nih.gov>

1-888-644-6226 (sin coste)

National Comprehensive Cancer Network

<http://www.nccn.org>

Referencias

- American Cancer Society (2014a). *Cancer facts for women*. Acceso el 20 de marzo de 2015 en: <http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/womenshealth/cancer-facts-for-women>
- American Cancer Society (2014b). *Aspartame*. Acceso el 20 de marzo de 2015 en: <http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/othercarcinogens/athome/aspartame>
- American Cancer Society (2014c). *Complementary and alternative methods and cancer*. Acceso el 21 de marzo de 2015 en: <http://www.cancer.org/treatment/treatment-sandsideeffects/complementaryandalternativemedicine/complementaryandalternativemethodsandcancer/ind>
- American Cancer Society (2015). *Vaginal Cancer*. Acceso el 20 de marzo, 2015 en <http://www.cancer.org/cancer/vaginalcancer/detailedguide/vaginal-cancer-risk-factors>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Death in the United States*. Acceso el 15 de marzo de 2015 en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db115.htm>
- Environmental Protection Agency. (2015). *A Citizen's Guide to Radon*. Retrieved March 22, 2015 from <http://www.epa.gov/radon/pubs/citguide.html>
- Johns Hopkins Medicine Colorectal Cancer Center. (2015). *Nutrition and Colon Cancer*. Acceso el 25 de marzo, 2015 de http://hopkinscoloncancercenter.org/CMS/CMS_Page.aspx?CurrentUDV=59&CMS_Page_ID=8345F49E-9814-467C-B7F3-A68FC4C6FE96
- Lymphoma Research Foundation. (2012). *Non-Hodgkin Lymphoma*. Acceso el 20 de marzo de 2015 en: <http://www.lymphoma.org/site/pp.asp?c=bkLTKaOQLmK8E&b=6292453>
- National Cancer Institute (2012). *Fluoridated Water*. National Cancer Institute's Cancer Facts website. Acceso el 21 de marzo de 2015 en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/fluoridated-water/print>
- National Cancer Institute (2014). *Harms of Smoking and Health Benefits of Quitting*. Acceso el 9 de agosto de 2016 en: <http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/cessation-fact-sheet>
- Rochman, S. (2014). Cancer screening in older adults: Risks and benefits. *Journal of the National Cancer Institute*, 106(12), pii: dju414. doi: 10.1093/jnci/ dju414. Acceso el 14 de marzo de 2015 en: <http://jnci.oxfordjournals.org/content/106/12/dju414.full?sid=cd919136-0f0b-4c32-b93e-a1fd7869cc6e>
- Soung, M. C. (2015). Screening for cancer: When to stop? A practical guide and review of the evidence. *Medical Clinics of North America*, 99(2):249–262.
- Komen, S. G. (2015). *Genetic Testing for BRCA1 and BRCA2*. Acceso el 23 de marzo de 2015 en: <http://www5.komen.org/BreastCancer/GeneMutationsandGeneticTesting.html>

Lecturas recomendadas **thePoint**

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Trastornos de salud mental

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Envejecimiento y salud mental

Promoción de la salud mental en los adultos mayores

Enfermedades específicas de salud mental

Depresión

Ansiedad

Abuso de sustancias

Paranoia

Consideraciones de enfermería para los trastornos de salud mental

Vigilar los medicamentos

Promover un autoconcepto positivo

Atender los problemas de conducta

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir las realidades de la salud y la enfermedad mentales en la edad avanzada.
2. Mencionar las medidas que promuevan la salud mental en los adultos mayores.
3. Describir los síntomas y la atención del adulto mayor con depresión.
4. Detectar indicadores de ideas suicidas en los adultos mayores.
5. Describir intervenciones para reducir la ansiedad en los adultos mayores.
6. Comentar el alcance y los signos del abuso de sustancias en la población mayor.
7. Identificar los factores que deben considerarse en la vigilancia de los medicamentos psicotrópicos en los adultos mayores.
8. Describir los factores que promueven un autoconcepto positivo en los adultos mayores.
9. Identificar las intervenciones de enfermería para tratar el comportamiento anómalo relacionado con trastornos de la salud mental en los adultos mayores.

GLOSARIO

Abuso de sustancias: consumo inapropiado o excesivo de alcohol, cafeína, marihuana, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias desconocidas que provocan alteraciones.

Homeostasis emocional: equilibrio de las emociones.

Seudodemencia: falsa demencia que ocurre cuando las personas presentan deficiencias cognitivas debidas a depresión.

La salud mental es la capacidad para afrontar y tratar de manera eficaz los factores de estrés de la vida en un esfuerzo por alcanzar un estado de **homeostasis emocional**. Las personas mayores poseen una ventaja sobre otros grupos de edad, en el sentido de que es probable que cuenten con mayor experiencia con el afrontamiento, la resolución de problemas y el manejo de crisis a causa de los años que han vivido. La mayoría de los adultos mayores no tienen ideas erróneas acerca de lo que son o lo que van a ser; saben dónde han estado, qué han logrado y quiénes son en realidad. Inmigrar a otro país, ver a los seres queridos morir en epidemias, combatir en guerras mundiales y sobrevivir a la Gran Depresión pueden ser algunos de los numerosos factores de estrés que los mayores de hoy enfrentaron y superaron. Estas experiencias dieron una fortaleza única que no debe subestimarse.

Sin embargo, poseer esta fortaleza no implica que la población mayor esté exenta de enfermedades psiquiátricas. Más personas que nunca sobreviven hasta edades avanzadas y muchas de ellas cargan hasta sus últimos años los problemas de salud mental que los afectaron durante toda la vida. Además, los múltiples desafíos y pérdidas de la senectud exceden los recursos físicos, emocionales y sociales de algunas personas y propician la enfermedad mental. Al promover la salud mental, detectar problemas de manera temprana y disminuir el impacto de problemas psiquiátricos existentes, el personal de enfermería ayuda a los adultos mayores a optimizar su satisfacción y funcionamiento.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué significa para usted la salud mental?

ENVEJECIMIENTO Y SALUD MENTAL

Prevalen muchos mitos acerca de la salud mental en los adultos mayores. Por ejemplo, todavía hay quien cree que pérdida del funcionamiento mental, “senilidad” o incompetencia mental son parte natural de la edad avanzada. Las descripciones de los adultos mayores como infantiles, rígidos o estrictos popularizan estereotipos acerca de la personalidad en la vejez. Con frecuencia, estas ideas falsas están tan difundidas, que cuando un adulto mayor presenta signos patológicos, se considera normal y no se hacen intentos por intervenir. El personal de enfermería tiene un cometido importante en la verificación de que se comprendan los mitos y las realidades de la salud mental en la edad avanzada.

El funcionamiento cognitivo en los adultos mayores es individualizado; está basado en los recursos personales, el estado de salud y las experiencias únicas de la vida de la persona. La incidencia de enfermedad mental es mayor entre los adultos mayores que entre los jóvenes, afectando a casi uno de cada cinco estadounidenses mayores ([Institute of Medicine, 2012](#)). Dos tercios de los habitantes de residencias de adultos mayores presentan problemas mentales y de conducta ([American Psychological Association, 2015](#)). El 20% de todos los suicidios son cometidos por personas de 65 años de edad o mayores ([American Psychological Association, 2015](#)). La depresión aumenta en prevalencia e intensidad a medida que las personas envejecen (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Las múltiples pérdidas, las anomalías de la función sensitiva y las alteraciones, las molestias y las demandas propias de las enfermedades que aquejan con frecuencia a los adultos mayores establecen el escenario para que surjan diversos problemas de salud mental.



CONCEPTO CLAVE

El funcionamiento cognitivo varía mucho de un adulto mayor a otro con base en su estado de salud, sus experiencias y recursos personales.

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LOS ADULTOS MAYORES

La salud mental en la edad avanzada implica satisfacción e interés por la vida. Lo anterior se manifiesta de diversas maneras, que van desde la reflexión silenciosa hasta la actividad frenética. El individuo tranquilo que permanece en casa no necesariamente tiene menor capacidad mental o salud mental que aquel que participa de modo activo en cada programa comunitario posible. No hay un único perfil de salud mental; por lo tanto, deben evitarse los intentos por valorar el estado mental de un adulto mayor con base en cualquier estereotipo.

Las prácticas de salud mental adecuadas durante toda la vida del individuo promueven la salud mental en etapas posteriores. Para preservar la salud mental, es necesario que las personas mantengan las actividades e intereses que resultan satisfactorios para ellas. Estas personas requieren oportunidades para percibir su valor como miembros de la sociedad y reforzar su autoestima. La seguridad de contar con un ingreso económico adecuado, una vivienda segura, los medios para satisfacer las necesidades humanas básicas y el apoyo y la asistencia durante situaciones estresantes promueve la salud mental. La conexión con otros también es un aspecto importante de la salud mental. Por último, un componente básico para la prevención y la promoción de la salud mental, que nunca deberá sobreestimarse, es la importancia de una salud física óptima.



CONCEPTO CLAVE

Las buenas prácticas de salud mental a lo largo de la vida promueven la buena salud mental en la edad tardía.

El personal de enfermería debe reconocer que hay ocasiones en la vida de todas las personas en las que ocurren conflictos que alteran la capacidad de afrontar el estrés. Los mismos principios que orientan la atención de los problemas de salud física se aplican a la atención de las personas con problemas de salud mental. Las siguientes acciones están relacionadas con los principios que pueden aplicarse en la atención:

- *Fortalecer la capacidad del individuo para tratar el trastorno.* Fomentar la mejoría de la salud física, la nutrición adecuada, el aumento de conocimiento, la actividad significativa, el afrontamiento del estrés, la mejoría de los ingresos económicos y la socialización.
- *Eliminar o disminuir las limitaciones impuestas por el trastorno.* Procurar la constancia en la atención, no fomentar las alucinaciones, orientar en la realidad, corregir problemas físicos y modificar el entorno para compensar las deficiencias.
- *Actuar por el individuo o suplirlo sólo cuando sea absolutamente necesario.* Seleccionar una dieta adecuada, ayudar con el baño, administrar medicamentos, manejar los asuntos económicos y coordinar las actividades del paciente.

Los trastornos de salud mental deben verse desde la perspectiva del mundo completo del paciente. Los adultos mayores se enfrentan a muchos problemas que desafían su homeostasis emocional, como los siguientes:

- *Enfermedad.* Duelo, demandas de autocuidado relacionadas, dolor, alteración del funcionamiento o la imagen corporal.
- *Muerte.* Amigos, familiares, mascotas, persona significativa que brindaba apoyo.
- *Jubilación.* Pérdida de estatus, rol, ingresos económicos, red social, sentido de finalidad.
- *Aumento de la vulnerabilidad.* Crimen, enfermedad, discapacidad, maltrato.
- *Aislamiento social.* Falta de medio de transporte, recursos económicos, salud, amigos.



FIGURA 29-1 ■ La valoración aguda de la conducta y el funcionamiento cognitivo ayuda a distinguir entre los síntomas de enfermedad psiquiátrica y las reacciones normales a los acontecimientos de la vida.

- *Deficiencias sensoriales.* Disminución o pérdida de audición, visión, gusto, olfato y tacto.
- *Mayor consciencia de la mortalidad.* Mayor frecuencia de muertes entre compañeros.
- *Incremento del riesgo de ingreso a centros de atención y la dependencia.* Pérdida de las capacidades para el autocuidado en grados variables.

Considerando estos factores, algunos de los síntomas mostrados pueden ser reacciones normales a las circunstancias del momento ([fig. 29-1](#)). Antes de etiquetar al paciente con un diagnóstico psiquiátrico, el personal de enfermería debe explorar esos factores en su conducta y abordar la causa del problema y no sólo sus efectos.

La valoración aguda ayuda a distinguir entre reacciones normales a los acontecimientos de la vida y los trastornos de salud mental ([guía de valoración 29-1](#)). En la [tabla 29-1](#) se describen posibles diagnósticos que puede revelar la valoración.

ENFERMEDADES ESPECÍFICAS DE SALUD MENTAL

Depresión

La depresión es el problema más frecuente que atienden los psiquiatras en los adultos mayores, y aunque la depresión disminuye con la edad avanzada, la depresión menor aumenta su incidencia con el envejecimiento. Diversas fuentes estiman la prevalencia de la depresión en un 15-25% de las personas mayores que viven en la comunidad y hasta un 25% en los habitantes de residencias de atención a largo plazo; otro 20-30% de usuarios de residencias para adultos mayores muestran síntomas de depresión aunque no tengan el diagnóstico de depresión clínica ([Centers for Disease Control and Prevention, 2013](#)).



GUÍA DE VALORACIÓN 29-1

SALUD MENTAL*

INSPECCIÓN GENERAL

La valoración del estado mental en realidad comienza en el momento en el que el personal de enfermería se encuentra con el paciente. Durante la inspección general, se presta atención a los siguientes indicadores de salud mental:

- *Aliño y vestimenta personales.* ¿La ropa es adecuada para la temporada, está limpia, presentable y puesta de manera correcta? ¿El paciente está limpio? ¿Tiene el cabello limpio y peinado? ¿El maquillaje y los accesorios son excesivos o estrafalarios?
- *Postura.* ¿El paciente tiene aspecto encorvado y temeroso? ¿La alineación corporal es normal?
- *Movimiento.* Movimientos anómalos de la lengua, presenta espasmos, temblores o retorcimiento de las manos? ¿Los movimientos son hiperactivos o hipoactivos?
- *Expresión facial.* ¿Es como una máscara o exagerada y dramática? ¿Hay indicaciones de dolor, temor o ira?
- *Nivel de consciencia.* ¿El paciente se queda dormido y es necesario despertarlo (letárgico)? ¿Sólo da respuestas incompletas o lentas y es necesario despertarlo a cada instante (estuporoso)? ¿Responde sólo a estímulos dolorosos (semiconsciente)? ¿No hay respuesta, ni siquiera a estímulos dolorosos (inconsciente)? Mientras se observa al paciente, la conversación general puede ayudar a evaluar el estado mental.

Se registra el tono de voz, la velocidad del habla, la capacidad para articular, el uso de palabras inusuales o combinaciones extrañas de palabras y si el habla es apropiada. También se evalúa el estado de ánimo durante este tiempo.

INTERROGATORIO

El interrogatorio eficaz informa mucho acerca de la salud mental del paciente. Se plantean preguntas directas para descubrir problemas específicos, como las siguientes:

- ¿Cómo se siente consigo mismo? ¿Considera que otros dirían que usted es una buena o mala persona?
- ¿Tiene muchos amigos? ¿Cómo se lleva con las personas?
- ¿Alguien lo ha dañado o cree que alguien quiere dañarlo? ¿Quién? ¿Por qué?
- ¿Es irritable? ¿Pasa con rapidez de la risa al llanto o de la felicidad a la tristeza?
- ¿Le cuesta trabajo conciliar el sueño o permanecer dormido? ¿Cuánto duerme? ¿Toma algún medicamento o alcohol para que le dé sueño?
- ¿Cómo es su apetito? ¿Cómo cambian su apetito y su patrón de alimentación cuando está triste o preocupado?

- ¿En ocasiones se siente nervioso, con palpitaciones, hiperventilación o inquietud?
- ¿Hay problemas específicos en su vida o algo que le preocupe en este momento?
- ¿Ve o escucha cosas que otras personas no perciben?
¿Alguna vez ha escuchado voces? De ser así,
¿qué piensa de ellas?
- ¿La vida es placentera? ¿Anhela vivir cada día?
- ¿Alguna vez ha pensado en el suicidio? Si es así, ¿cómo eran esas ideas? ¿Cómo lo llevaría a cabo?
- ¿Siente que está perdiendo algunas de sus capacidades mentales? Si es así, describa cómo.
- ¿Alguna vez lo han hospitalizado o tratado por problemas mentales? ¿A algún familiar?

Escuchar con atención las respuestas y la manera en la que se expresan. Es importante captar indicios no verbales.

PRUEBAS COGNITIVAS

Pueden usarse diversos instrumentos validados confiables para valorar el funcionamiento mental, como el *Short Portable Mental Status Questionnaire* (Pfeiffer, 1975), el *Philadelphia Geriatric Center Mental Status Questionnaire* (Fishback, 1977), el *Mini-Mental Status* (Folstein, Folstein y McHugh, 1975), la *Symptoms Check List 90* (Derogatis, Lipma, Rickels, Uhlenbath y Covi, 1974), el *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972), el *OARS* (Duke University Center for the Study of Aging, 1978) y, de manera específica para la depresión, la *Zung Self-Rating Depression Scale* (Zung, 1965). La mayoría de los instrumentos de valoración del estado mental exploran orientación, memoria y retención, capacidad para seguir instrucciones, juicio y cálculo y razonamiento básicos.

Incluso sin usar un instrumento, el personal de enfermería puede valorar el funcionamiento cognitivo básico de las siguientes maneras:

- *Orientación*. Se pregunta al paciente su nombre y lugar de origen, la fecha, la hora y la estación del año.
- *Memoria y retención*. Al comienzo de la valoración, se solicita al paciente que recuerde tres objetos (p. ej., reloj, teléfono y barco). Luego se indica que mencione los objetos inmediatamente después de que se nombraron; más tarde, después de hacer otras preguntas, se pide que vuelva a recordar los tres objetos; hacia el final de la valoración, se pregunta por última vez cuáles eran los tres objetos.
- *Instrucción en tres etapas*. Se solicita al paciente que realice tres tareas simples (p. ej., “tome el lápiz, toque su cabeza con él y entréguelo”).
- *Juicio*. Se presenta una situación que requiere resolución de problemas básicos y razonamiento (p. ej., “¿qué significa la oración ‘vale más un pájaro en mano que ciento volando?’”).

- *Cálculo*. Se indica al paciente que cuente hacia atrás desde 100, disminuyendo de cinco en cinco; si la tarea resulta difícil, se indica que cuente hacia atrás desde 20, disminuyendo de dos en dos. También pueden plantearse problemas aritméticos sencillos si están dentro del ámbito de la experiencia escolar del paciente.

Siempre que se examine el funcionamiento cognitivo, hay que considerar las experiencias únicas, el nivel de escolaridad y los antecedentes culturales del paciente, así como la participación de deficiencias sensitivas y problemas de salud y el estrés relacionado con ser sometido a una valoración.

Las personas con enfermedad de Alzheimer u otras deficiencias cognitivas pueden sentirse abrumadas por la valoración y reaccionar con ira, llanto o aislamiento. Este fenómeno se conoce como *reacción catastrófica*. Tal vez sea necesario posponer la valoración, tranquilizar al paciente y ofrecer seguridad.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Diversas alteraciones cognitivas tienen como base problemas de salud física. Por ejemplo, la depresión se relaciona con diabetes, enfermedad de las glándulas suprarrenales, insuficiencia cardíaca congestiva, tumores, ictus, enfermedad de Parkinson, entre otras. Debido al potencial de las patologías para causar depresión, es esencial que una exploración física completa complemente la valoración del estado mental. De igual manera, es crucial la revisión completa de los diagnósticos conocidos y los medicamentos que se consumen. Además, se realizan diversas pruebas de laboratorio, incluidas las siguientes:

- Hemograma
- Electrolitos séricos
- Serología para sífilis
- Nitrógeno ureico en sangre
- Glucemia
- Bilirrubina
- Concentración sanguínea de vitaminas
- Velocidad de sedimentación globular
- Examen general de orina

Con base en el problema que se sospecha, se examina el líquido cefalorraquídeo y se realiza una variedad de procedimientos diagnósticos, como electroencefalografía, tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones. A menudo, la evaluación del estado mental sólo es uno de los aspectos del individuo. El flujo sanguíneo cerebral, la temperatura corporal, la glucemia, el equilibrio hidroelectrolítico y el estrés al que se ve sometido el paciente cambian de un día a otro y modifican el grado de funcionamiento mental. Tal vez se requieran valoraciones consecuentes para obtener una valoración exacta del estado mental del paciente.

*La guía de valoración 29-1 es idéntica a la guía de valoración 30-1.

Los episodios depresivos pueden haber sido un problema de toda la vida en algunos individuos, mas no es infrecuente que la depresión se manifieste por primera vez en la edad avanzada. No resulta sorprendente esta aseveración si se consideran los ajustes y las pérdidas a las que los adultos mayores se enfrentan, como la independencia de los hijos, la realidad de la jubilación, los cambios significativos o las pérdidas de roles, la reducción de los ingresos económicos que restringe las actividades recreativas satisfactorias y limita la capacidad para cumplir necesidades básicas, la disminución de la eficacia del cuerpo, el cambio en la imagen corporal, la muerte de familiares y amigos que refuerza la realidad del propio tiempo de vida decreciente, y los mensajes crudos y desconsiderados de la sociedad acerca de que la valía de la persona es inversamente proporcional a su edad. Además, los medicamentos pueden causar depresión o agravarla (cuadro 29-1).



COMUNICACIÓN

Toda valoración integral incluye una evaluación del estado mental. Es posible que los pacientes se encuentren ansiosos, avergonzados, suspicaces u ofendidos por la revisión de su estado mental, así que debe explicarse la importancia y las razones de ésta. Abordar la exploración de una manera real, no de una forma compasiva o intimidante, con la seguridad de que ésta es parte de toda valoración. Posicionarse al mismo nivel que el paciente y hacer contacto visual. Comunicarse con el lenguaje adecuado para el paciente. Proporcionar el tiempo suficiente para que el paciente responda, ya que el individuo mayor requiere más tiempo para procesar la pregunta, recordar la información y formular la respuesta. Hacer que el paciente se sienta cómodo y establecer una relación antes de la valoración reduce ciertas barreras para realizar una exploración de la salud mental eficaz.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 29-1 Consideraciones de enfermería relacionadas con problemas de salud mental

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería ^a
Depresión, falta de motivación, sobrecarga sensorial, Intolerancia a la actividad fatiga, medicamentos	
Amenaza al autoconcepto, pérdidas	Ansiedad
Disminución de la velocidad psicomotora, medicamentos, inactividad, falta de reconocimiento de la necesidad de defecar	Estreñimiento
Ansiedad, medicamentos, estrés	Diarrea
Hiperactividad, sobrecarga sensorial, intento de suicidio	Dolor (agudo o crónico)
Deterioro del funcionamiento encefálico, ansiedad, suspicacia	Deterioro de la comunicación verbal
Estrés, alteración del funcionamiento corporal, baja autoestima, dependencia, sobrecarga sensorial, pérdida de ser querido	Afrontamiento ineficaz
Dependencia; antecedente de relaciones familiares deficientes Afrontamiento familiar ineficaz	Intolerancia a la actividad
Limitaciones físicas, mentales o sociales	
Entorno nuevo o percepción distorsionada, pérdidas	Temor
Deterioro cognitivo, falta de motivación, ideas	Alteración del mantenimiento de la salud

erróneas	
Deterioro cognitivo, falta de motivación, ideas erróneas	Deterioro del mantenimiento del hogar
Medicamentos, inactividad, incapacidad para protegerse	Riesgo de infección
Deterioro cognitivo, fatiga, medicamentos, intento de suicidio	Riesgo de lesión
Medicamentos, fatiga	Movilidad física deficiente
Deterioro cognitivo, falta de motivación o capacidad, deseos suicidas	Incumplimiento del tratamiento
Depresión, ansiedad, estrés, paranoia, deterioro cognitivo, intento de suicidio	Desequilibrio nutricional: ingesta menor a las necesidades corporales
Depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, inactividad, intento de suicidio	Desequilibrio nutricional: ingesta mayor a las necesidades corporales
Paranoia, depresión, discapacidad, estrés	Impotencia emocional
Deterioro cognitivo, falta de motivación, conocimientos, habilidades	Deficiencia del autocuidado (baño/higiene)
Alteración de la imagen o el funcionamiento corporales, pérdidas, vejeísmo	Alteración de la imagen corporal
Depresión, ansiedad, paranoia, culpa, estrés, alteración del autoconcepto, medicamentos	Disfunción sexual
Deterioro cognitivo (incapacidad para protegerse), malnutrición	Deterioro de la integridad cutánea
Ansiedad, paranoia, depresión, confusión, medicamentos	Alteración del patrón de sueño
Alteración de una parte o funcionamiento corporales, deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, percepciones erróneas, paranoia	Deterioro de la interacción social
Ansiedad, depresión, paranoia, deterioro cognitivo	Aislamiento social
Deterioro cognitivo, temor, depresión, ansiedad, estrés, aislamiento	Alteración de los procesos del pensamiento
Deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, medicamentos	Alteración de los patrones de micción
Deterioro cognitivo, paranoia, estrés, percepciones erróneas, temor, intento de suicidio	Riesgo de violencia dirigida a otros o a sí

^aAdaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

Signos y síntomas

La depresión es un síndrome complejo y se presenta de diversas maneras en los adultos mayores. La manifestación más frecuente de este problema son los síntomas vegetativos como insomnio, fatiga, anorexia, pérdida de peso, estreñimiento y disminución del interés por la actividad sexual. Las personas con depresión expresan autodesprecio, culpa, apatía, remordimiento, desesperanza, impotencia y percepción de ser una carga. Tal vez tengan problemas con sus relaciones personales e interacciones sociales y pierdan el interés por las personas; quizá sean evidentes cambios en los patrones de sueño y de actividad psicomotora. Es probable que la higiene se descuide. A menudo, emergen molestias físicas, como cefalea, indigestión y otros problemas. La cognición está alterada por desnutrición u otros efectos de la

depresión. Los síntomas de esta afección imitan los de la demencia; por lo tanto, es crucial una valoración cuidadosa para evitar el diagnóstico equivocado. Sin embargo, la disminución en el intelecto y el deterioro de la personalidad suelen ser indicativos de demencia (véase el [cap. 30](#)), no de depresión. Puede aparecer depresión en la etapa temprana de la demencia, cuando el paciente adquiere consciencia de la disminución de sus capacidades intelectuales.

CUADRO 29-1 Medicamentos que pueden provocar depresión

- *Antihipertensivos y medicamentos cardíacos.* β -bloqueadores, digoxina, procainamida, guanetidina, clonidina, reserpina, metildopa, espironolactona.
- *Hormonas.* Corticotropina, corticoesteroides, estrógenos.
- *Depresores del sistema nervioso central, ansiolíticos, psicotrópicos.* Alcohol, haloperidol, flurazepam, barbitúricos, benzodiazepinas.
- *Otros.* Cimetidina, Ievodopa, ranitidina, asparaginasa, tamoxifeno.



CONCEPTO CLAVE

Algunos adultos mayores deprimidos presentan deficiencias cognitivas como consecuencia de la depresión. Esta **seudodemencia** puede demorar o impedir la identificación y el tratamiento de esta enfermedad.

La prevalencia y el riesgo de depresión en adultos mayores refuerzan la importancia de valorar este problema durante las visitas de rutina. En este proceso son de utilidad los instrumentos de valoración breves, como la versión corta de la escala de depresión geriátrica ([cuadro 29-2](#)).

Se ha observado que los indios americanos, afroamericanos y asiáticos americanos mayores reciben con menos frecuencia el diagnóstico de depresión, lo cual hace pensar en la falta de detección o en un diagnóstico erróneo ([Harvath y McKenzie, 2012](#)). Ello suele atribuirse en menor medida a un sesgo del proveedor de servicios de la salud que a un informe deficiente de síntomas, barreras de lenguaje, creencia de los individuos acerca de que la depresión es vergonzosa y refleja debilidad, desconfianza u otros factores. La omisión del diagnóstico demora el tratamiento que puede beneficiar la promoción del autocuidado y la calidad de vida; por lo tanto, el personal de enfermería y otros profesionales de la salud deben estar alertas a la presentación atípica de los síntomas (p. ej., molestias físicas, deterioro del estado de salud física por falta de atención a las prácticas de salud, informes de fatiga, sentimientos de desesperanza, toma de riesgos y aislamiento autoimpuesto) y explorar la posibilidad de que la causa subyacente sea depresión.

Durante la valoración, es esencial explorar la relación entre los acontecimientos de vida y la depresión; es claro que el abordaje de una persona con depresión a causa de los efectos de un medicamento es diferente al adecuado para una persona cuya pareja sentimental acaba de morir. Debe abordarse el problema subyacente. Aunque la depresión suele durar más en los adultos mayores, el tratamiento oportuno acelera

la recuperación. El tratamiento no debe omitirse si la depresión se relaciona con una enfermedad grave o terminal; aliviar la depresión tal vez ayude al individuo a un afrontamiento más eficaz y a estar en mejor posición para tratar otros problemas de salud.

CUADRO 29-2 Escala de depresión geriátrica. Versión corta

Elija la respuesta que refleje mejor cómo se sintió usted la semana anterior:

1. ¿Está satisfecho con su vida? **SÍ/NO**
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades? **SÍ/NO**
3. ¿Percibe que su vida está vacía? **SÍ/NO**
4. ¿Se aburre con frecuencia? **SÍ/NO**
5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo? **SÍ/NO**
6. ¿Teme que algo malo vaya a suceder? **SÍ/NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SÍ/NO**
8. ¿A menudo siente desesperanza? **SÍ/NO**
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas? **SÍ/NO**
10. ¿Considera que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas? **SÍ/NO**
11. ¿Considera que es maravilloso estar vivo en estos días? **SÍ/NO**
12. ¿Percibe que en este momento no tiene ningún valor? **SÍ/NO**
13. ¿Se siente lleno de energía? **SÍ/NO**
14. ¿Siente que su situación no tiene remedio? **SÍ/NO**
15. ¿Considera que la mayoría de las personas son mejores que usted? **SÍ/NO**

Las respuestas en **negritas** indican depresión. Se asigna 1 punto por cada respuesta en negrita.

Una puntuación > 5 puntos sugiere depresión.

Una puntuación > 10 puntos casi siempre indica depresión.

Una puntuación > 5 puntos debe motivar una valoración extensa de seguimiento.

De: Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B. y Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37–49. En: [http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956\(82\)90033-4/abstract](http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956(82)90033-4/abstract)

Tratamiento

La psicoterapia y los antidepresivos ([cuadro 29-3](#)) pueden aliviar muchos tipos de depresión en grados variables. Se ha identificado que el tratamiento electroconvulsivo es eficaz en los pacientes con depresión grave que no han sido beneficiados por otros tratamientos. Se postula que algunas plantas tienen efectos antidepresivos; entre ellas se encuentra la hierba de San Juan, la cual es eficaz para la depresión leve, pero puede causar fotosensibilidad y no debe usarse en conjunto con un antidepresivo. La acupresión, la acupuntura, la imaginación guiada y la fototerapia, junto con la psicoterapia, pueden ser de utilidad. Es posible que las buenas prácticas de salud básicas, como la nutrición adecuada y el ejercicio regular, también tengan un efecto positivo en el estado de ánimo. En el [cuadro 29-4](#) se describen otras intervenciones de enfermería útiles.

Riesgo de suicidio

El suicidio es un riesgo grave real en las personas con depresión. En el pasado, los adultos mayores tenían un riesgo mayor de suicidio, pero conforme los *baby boomers* entraron en la edad madura, la frecuencia de suicidio aumentó en las personas de 45-64 años de edad con una incidencia de 19.7 por cada 100 000 personas; aquellas con 85 años y mayores están en segundo lugar con una incidencia de 18.6 por cada 100 000 personas ([National Center for Health Statistics, 2016](#)). Los hombres tienen una mayor incidencia que las mujeres de todas las edades. Los problemas de salud aumentan el riesgo de suicidio, así como la calidad de sueño deficiente; en realidad, se ha visto que el sueño deficiente predice en mayor medida el suicidio en comparación con los síntomas depresivos ([Bernert, Turvey, Conwell y Joiner, 2014](#)). Los médicos han determinado un aumento en la frecuencia de adultos mayores que consideran un “suicidio racional” y expresan su deseo de poner fin a sus vidas mientras aún están física y mentalmente saludables ([Brauser, 2015](#)). Todas las amenazas de suicidio en los adultos mayores deben tomarse en serio. Además de reconocer los intentos de suicidio claros, el personal de enfermería debe aprender a reconocer aquellos más sutiles pero igualmente destructivos.

CUADRO 29-3 Antidepresivos

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

Escitalopram
Fluvoxamina
Fluoxetina
Paroxetina
Sertralina

COMPUESTOS CÍCLICOS

Amoxapina
Desipramina
Doxepina
Imipramina
Nortriptilina

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA

Fenelzina
Tranilcipromina

GUÍAS DE ENFERMERÍA

- Comenzar la administración en adultos mayores con aproximadamente la mitad de la dosis recomendada para la población adulta.
- Tomar precauciones para reducir el riesgo de caídas; suele ocurrir sedación durante los primeros días de tratamiento.
- Indicar al paciente que requiere al menos 1 mes de tratamiento antes de que se perciban los efectos terapéuticos; apoyar al paciente durante este período.
- Preferir la administración a la hora de dormir en el caso de los antidepresivos con

efectos sedantes.

- Preparar a los pacientes para los efectos adversos, como sequedad bucal, diaforesis, retención urinaria, indigestión, estreñimiento, hipotensión, visión borrosa, somnolencia, aumento del apetito, aumento de peso, fotosensibilidad y glucemia fluctuante. Ayudar al paciente a prevenir complicaciones causadas por los efectos adversos.
- Estar alerta a los síntomas anticolinérgicos, en particular cuando se usan compuestos cíclicos.
- Verificar que los adultos mayores y sus cuidadores comprendan la dosis, los efectos esperados y las reacciones adversas al fármaco. Comentar las interacciones medicamentosas y con alimentos (p. ej., los antidepresivos aumentan los efectos de anticoagulantes, atropínicos, antihistamínicos, sedantes, tranquilizantes, narcóticos y levodopa; los antidepresivos reducen los efectos de clonidina, fenitoína y algunos antihipertensivos; el alcohol y los diuréticos tiazídicos suelen aumentar los efectos de los antidepresivos).

CUADRO 29-4 Consideraciones de enfermería para la atención de los pacientes con depresión

- *Ayudar al paciente a desarrollar un autoconcepto positivo.* Debe hacerse hincapié en que aunque la situación sea negativa, la persona no lo es. Deben proporcionarse oportunidades de éxito, aunque sea pequeño, y establecerse nuevas metas.
- *Alentar la expresión de sentimientos.* Deben exteriorizarse la ira, la culpa, la frustración y otros sentimientos. El personal de enfermería ha de darse tiempo para escuchar y guiar a los pacientes a través de estos sentimientos. Además de verbalizarse, los sentimientos pueden expresarse por escrito.
- *Evitar minimizar los sentimientos.* Afirmaciones como “no se preocupe, las cosas mejorarán” o “no diga eso; tiene mucho que agradecer” son de escaso beneficio para las personas con depresión.
- *Asegurarse de que se cumplan las necesidades físicas.* Nutrición adecuada, actividad, sueño y defecación regular son algunos de los factores que favorecen un estado físico saludable, lo que a su vez fortalece las capacidades del paciente para lidiar con la depresión. Los problemas de atención física deben abordarse de manera intensiva.
- *Ofrecer esperanza.* Mientras el personal de enfermería es realista acerca de la situación del individuo, también puede transmitir su creencia de que el futuro tendrá significado y que la vida del paciente es valiosa mediante palabras y acciones.



CONCEPTO CLAVE

El uso indebido de medicamentos, ya sea en forma de sobredosis u omisión de dosis, puede ser un gesto suicida. La inanición autoimpuesta es otro signo y puede presentarse incluso en un contexto de atención si el personal no vigila atentamente la ingesta de alimentos y el estado nutricional. Realizar actividades que se contraponen a una necesidad terapéutica o amenazan con causar un problema médico (p. ej., ignorar restricciones dietéticas o rechazar un tratamiento específico) puede indicar el deseo de morir. Caminar por un sitio peligroso, conducir en estado de ebriedad y someterse a otros riesgos tal vez también sean señales de deseos suicidas. El riesgo de suicidio puede valorarse preguntando al paciente sobre pérdidas recientes, cambios en el estilo de vida o empeoramiento de problemas de salud, nuevos síntomas de depresión, cambios o limitación del sistema de apoyo y antecedente familiar de suicidio. Se debe tomar en cuenta que un suicidio racional expresado de forma convincente no significa que la persona no recuperará el deseo de vivir a través de asesoramiento, apoyo, mejoría de la calidad de vida y tratamiento (Brauser, 2015).

Las personas mayores en riesgo de suicidio necesitan observación escrupulosa, protección cuidadosa y tratamiento inmediato. Debe apoyarse el tratamiento de la depresión subyacente. El entorno se hace seguro retirando objetos que pueden emplearse para infligirse daño. El personal de enfermería debe transmitir su disposición a escuchar y comentar pensamientos y sentimientos acerca del suicidio. La capacidad para pedir ayuda expresando sus ideas suicidas al personal de enfermería puede evitar que los pacientes realicen acciones con la intención de terminar con su vida.

Ansiedad

Las adaptaciones a las limitaciones físicas, emocionales y socioeconómicas de la senectud y los nuevos problemas a los que a menudo se enfrentan a causa del envejecimiento contribuyen a la gama de causas de la ansiedad. Las reacciones de ansiedad, frecuentes en personas mayores, se manifiestan de diversas formas, como molestias somáticas, rigidez de pensamiento y conducta, insomnio, fatiga, hostilidad, inquietud, hábito tabáquico compulsivo, marcha incesante, fantasías, confusión y mayor dependencia. Puede ocurrir aumento de presión arterial, pulso, respiraciones, actividad psicomotora y frecuencia de micción. Es posible que el apetito aumente o disminuya. Los individuos ansiosos a menudo manipulan en exceso la vestimenta, la joyería o los utensilios, se empeñan de forma intensa en una tarea menor (p. ej., plegar un tramo de sábana) y tienen dificultad para concentrarse en la actividad que realizan.

El tratamiento de la ansiedad depende de la causa. El personal de enfermería debe explorar los antecedentes del paciente en busca de cambios recientes o factores de estrés nuevos (p. ej., diagnóstico nuevo o de empeoramiento, incremento del alquiler, aumento de la criminalidad en el vecindario o divorcio de un hijo). Debe revisarse el consumo de cafeína, alcohol, nicotina y medicamentos de venta libre en busca de causas posibles. Además de los medicamentos, pueden ser útiles las intervenciones como la biorretroalimentación, la imaginación guiada y la relajación. Las personas

ansiosas necesitan simplificar y estabilizar su vida, con pocos hechos impredecibles. Deben controlarse los estímulos ambientales. El personal de enfermería ha de planificar intervenciones específicas para la causa subyacente. Algunas intervenciones de enfermería básicas que podrían ser de beneficio comprenden las siguientes:

- Reservar tiempo adecuado para conversaciones, intervenciones y otras actividades.
- Alentar y respetar las decisiones del paciente sobre temas que afectan su vida.
- Preparar al individuo para todas las actividades previstas.
- Emitir explicaciones completas, sinceras y básicas.
- Controlar el número y la variedad de personas con quienes el paciente debe interactuar.
- Apegarse a rutinas.
- Conservar y usar objetos conocidos.
- Evitar la estimulación excesiva de los sentidos reduciendo el ruido, usando luces tenues y manteniendo la temperatura de la habitación estable.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué tipos de situaciones hacen que se sienta deprimido o ansioso? ¿Qué implicaciones considera que tendrá este hecho durante la vejez?

Abuso de sustancias

A medida que aumenta el número de personas que llegan a una edad avanzada, también lo hace la cantidad de personas con antecedente de consumo de alcohol y otras sustancias. Esta situación se agrava por el hecho de que los *baby boomers*, una generación que experimentó y aceptó el uso de drogas ilegales, están llegando a la vejez y cargan consigo los efectos del consumo de sustancias.

La clasificación del *Diagnostic and Statistic Manual* acerca del abuso de sustancias y los trastornos adictivos incluye aquellos secundarios al consumo de alcohol, cafeína, marihuana, alucinógenos (fenciclidina o arilciclohexilaminas de acción similar), otros alucinógenos como LSD, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes (p. ej., sustancias de tipo anfetamina, cocaína, entre otros) y tabaco, además de sustancias desconocidas ([American Psychiatric Association, 2013](#)). Los trastornos relacionados con sustancias pueden incluir aquellos causados por su consumo, en los que la persona continúa el consumo a pesar de experimentar problemas por ello; los trastornos inducidos por estas sustancias, incluyendo intoxicación y aislamiento; y los padecimientos mentales inducidos por sustancias, como psicosis, ansiedad y delirium.

El abuso, la dependencia o la adicción al alcohol u otras sustancias en adultos mayores constituyen un problema que a menudo pasa inadvertido, en ocasiones porque es inesperado y otras porque imitan los síntomas de enfermedades geriátricas frecuentes. El **abuso de sustancias** amenaza gravemente la salud física, emocional y social de los adultos mayores. Quienes combinan alcohol o drogas ilegales con

medicamentos prescritos están en mayor riesgo de sufrir consecuencias medicamentosas adversas. La disminución del funcionamiento cognitivo, el abuso y el descuido personal también elevan el riesgo de caídas. Es importante que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica reconozca este problema y ayude a los pacientes a buscar tratamiento apropiado.

Casi todos los adultos mayores que abusan de sustancias lo han hecho intensamente gran parte de su vida. Una cantidad importante de personas con abuso crónico muere antes de llegar a una edad avanzada, lo cual contribuye al descenso en la incidencia de alcoholismo y abuso de otras sustancias con la edad. El otro tipo de adulto mayor que abusa de sustancias es el que comienza la actividad en una etapa tardía de la vida a causa de factores específicos (p. ej., jubilación, viudez o estado de salud deficiente).

Los profesionales de la salud suelen tener el mismo estereotipo de las personas que abusan de sustancias que algunas del público en general, pues consideran que son descuidadas y desviadas. En consecuencia, incluso los profesionales pueden no detectar el abuso de sustancias en las personas jubiladas que fuman un cigarrillo de marihuana después de cenar o en la viuda frágil que comienza a beber sorbos de brandy a media mañana. El personal de enfermería debe mantener la mente abierta y reconocer que las personas que abusan de sustancias se muestran de muchas formas. Además, el abuso de sustancias causa problemas médicos, como hemorragia gastrointestinal, hipertensión, debilidad muscular, neuropatía periférica y susceptibilidad a infecciones. Este hecho refuerza la importancia de revisar los antecedentes de abuso de sustancias como parte de la valoración completa.



CONCEPTO CLAVE

Las personas que abusan de sustancias se muestran de muchas formas y a menudo no concuerdan con el perfil estereotipado.

Abuso de alcohol

El abuso de alcohol puede manifestarse de diversas maneras, algunas de las cuales son sutiles o fáciles de confundir con otras enfermedades ([cuadro 29-5](#)). Entre los posibles síntomas provocados por complicaciones del alcoholismo se destacan: cirrosis, hepatitis e infecciones crónicas (relacionadas con inhibición del sistema inmunitario). Los signos de esta anomalía deben apreciarse durante la valoración y propiciar preguntas acerca del patrón de consumo del paciente. La *Short Michigan Alcohol Screening Test—Geriatric Version* ([Blow, et al., 1992](#)) y la *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) ([Babor, Higgins-Biddle, Saunders y Monteiro, 2001](#)) son instrumentos de detección con eficacia comprobada para identificar el abuso de alcohol en los adultos mayores. En el [cuadro 29-6](#) se describen los criterios para un diagnóstico definitivo de alcoholismo.

La supervisión continua del estado de salud de los adultos mayores alcohólicos ayuda a identificar y, en algunos casos, corregir las complicaciones en una etapa temprana. El alcoholismo crónico causa deficiencias de magnesio, gastritis, pancreatitis y polineuropatía. También son posibles las anomalías cardíacas

manifestadas como hipertensión, latido irregular e insuficiencia cardíaca por miocardiopatía. La cognición puede verse afectada a causa de pérdida de células encefálicas e hipertrofia de los ventrículos.

CUADRO 29-5 Posibles indicadores del abuso de alcohol

Consumo de alcohol para calmar o mejorar el estado de ánimo
Ingerir o consumir con rapidez bebidas alcohólicas
Lagunas mentales
Desnutrición
Confusión
Aislamiento y retraimiento social
Interrupción de relaciones
Arrestos por delitos de poca gravedad
Ansiedad
Irritabilidad
Depresión
Cambios bruscos en el estado de ánimo
Falta de motivación o energía
Lesiones y caídas
Insomnio
Malestar gastrointestinal
Destreza motriz deficiente

El objetivo a largo plazo en la atención del paciente con un problema de consumo de alcohol es la sobriedad; sólo puede lograrse si el paciente reconoce el problema y asume su responsabilidad de hacer algo al respecto. La participación de la familia suele ser significativa para el éxito del plan terapéutico, pues los resultados pueden verse afectados por la negación o la condescendencia de la familia.

Son escasos los programas de tratamiento del alcoholismo diseñados de manera específica para personas mayores, y es probable que los programas tradicionales no estén familiarizados con las características y las necesidades específicas de los adultos mayores alcohólicos. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe verificar que se aborden de manera competente las necesidades de esos pacientes. Por ejemplo, las benzodiazepinas, de uso frecuente durante la desintoxicación, causan efectos tóxicos en personas mayores con las mismas dosis que se prescriben para adultos jóvenes. Se requieren ajustes de la dosis, así como vigilancia estrecha en busca de complicaciones.

CUADRO 29-6 Criterios para diagnosticar alcoholismo

- Consumo de una botella de whisky de 750 ml al día o su equivalente en vino o cerveza (para una persona de 80 kg).
- Amnesia alcohólica.
- Concentración sanguínea de alcohol mayor de 150 mg/100 mL.
- Síndrome de abstinencia: alucinaciones, crisis convulsivas, temblores intensos,

delirium tremens.

- Continuación del hábito a pesar de la recomendación del médico o los problemas causados por el alcohol.

Alcohólicos Anónimos (véase la sección de *Recursos* al final del capítulo) es un programa gratuito para la recuperación disponible en la mayoría de las comunidades que ofrece orientación y oportunidades para la socialización sin alcohol de personas mayores con este problema. Brindar a los pacientes las direcciones, horario de las reuniones y motivación para que acudan a ellas puede ser una ayuda significativa para ponerlos en el camino hacia la recuperación.

Paranoia

Los estados paranoides son frecuentes en la persona mayor, lo cual no debe causar sorpresa si se considera lo siguiente:

- Las pérdidas sensoriales, tan frecuentes en la edad avanzada, fácilmente hacen que el entorno se perciba de manera errónea.
- La enfermedad, la discapacidad y vivir solo y con un presupuesto limitado promueven la inseguridad.
- El viejismo envía al adulto mayor el mensaje de que es indeseable en la sociedad.
- Las personas mayores son víctimas frecuentes de delitos y prácticas deshonestas.

CASO A CONSIDERAR



La Sra. B., de 79 años de edad, se mudó recientemente a un departamento adjunto a la casa de su hijo y su nuera. Come y pasa tiempo con ellos, pero vive de manera independiente en su departamento. Durante el día, la Sra. B. recibe amigos con quienes comparte bebidas alcohólicas. Para cuando su hijo y nuera vuelven a casa del trabajo por la noche, la Sra. B. está intoxicada. Aunque puede caminar y realizar la mayoría de las actividades normales, su habla es torpe y su marcha inestable. En ocasiones olvida que dejó algo al fuego sobre la estufa, lo que activa la alarma contra incendios, o deja las puertas abiertas cuando sale de casa.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿A qué riesgos se expone la Sra. B. y su familia?
- ¿Qué métodos puede emplear la familia para abordar el problema con la Sra. B.?
- ¿Qué recursos pueden ser de utilidad?

Las enfermedades que afectan la salud física contribuyen a la paranoia, la cual puede presentarse como síntoma de enfermedades endocrinas, como el hiperparatiroidismo (Chiba, et al., 2007) o ser una reacción adversa a ciertos medicamentos. Esta información refuerza la importancia de la exploración física y el interrogatorio adecuados en caso de síntomas psiquiátricos.

La consideración inicial al trabajar con adultos mayores con paranoia es explorar

mecanismos que podrían reducir la inseguridad y la percepción errónea. Gafas correctoras, audífonos de apoyo auditivo, ingresos económicos adicionales, nueva vivienda y entorno estable son algunas de las posibles intervenciones. Es posible recurrir a la psicoterapia y los medicamentos cuando no se obtiene mejoría con otras intervenciones. El personal de enfermería debe verificar que estos pacientes no se retraigan del resto del mundo por aislamiento autoimpuesto.

No debe pasarse por alto el efecto del estado paranoide en la salud general y el bienestar. El estado nutricional puede verse amenazado si el paciente se rehúsa a comer debido a la creencia de que su comida está envenenada; es posible que se presente alteración del sueño si el paciente sospecha que hay un extraño en la casa; si el paciente considera que el médico es un enemigo, el diagnóstico de enfermedades es complicado. Las explicaciones y los acercamientos básicos y sinceros para abordar las ideas paranoides son favorecedoras; en ningún momento deben apoyarse las ideas delirantes.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA PARA LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

Vigilar los medicamentos

Los medicamentos que se usan para tratar trastornos psiquiátricos pueden causar notable mejoría a los pacientes, pero también tener profundos efectos adversos en los adultos mayores. Algunos de estos efectos son anorexia, estreñimiento, caídas, incontinencia, anemia, letargia, alteraciones del sueño y confusión. Debe usarse la menor dosis posible y observarse de manera atenta en busca de cualquier reacción. Una lista de verificación para identificar problemas, como la que se muestra en la [tabla 29-2](#), es útil para averiguar el efecto de los medicamentos sobre la conducta y el funcionamiento. Por supuesto, los medicamentos complementan otras formas de tratamiento, no las sustituyen.



CONCEPTO CLAVE

Los medicamentos deben tratarse como coadyuvantes y no como sustitutos de otras formas de tratamiento.

Promover un autoconcepto positivo

Es indispensable destacar la importancia de promover un autoconcepto positivo en todos los adultos mayores. Todas las personas necesitan sentir que sus vidas han tenido significado y que hay esperanza. Un sentimiento de falta de significado y de desesperanza amenaza la salud mental y disminuye los placeres que el último segmento de la vida puede ofrecer. El personal de enfermería debe desarrollar un interés sincero por las vidas y logros de sus pacientes mayores. Recuerde que la persona discapacitada o frágil que ahora acude al personal de enfermería pudo alguna vez haber contado con el coraje de emigrar desde su país de origen, arriesgar su vida para salvar a sus compañeros en una guerra, limpiar suelos durante la noche para mantener a su familia durante la Gran Depresión o crear un negocio exitoso desde cero. Hay luchas y logros en cada vida, y deben reconocerse para ayudar a promover

la autoestima. Actividades como revisiones de vida, grabación de relatos y compilación de notas sobre acontecimientos vitales no sólo ayudan a los mayores a adquirir un sentimiento de valía, sino que además dan un sentido de historia y legado para las generaciones siguientes (cap. 4). Además del pasado, el presente y el futuro deben tener significado para los adultos mayores, lo que puede promoverse al incentivar la participación en actividades relevantes, las interacciones sociales significativas y el aprovechamiento de oportunidades de hacer algo por otros, ejercer el máximo control posible sobre su vida, continuar las prácticas religiosas y culturales, así como al ofrecer el respeto que merecen como personas.

Atender los problemas de conducta

Los problemas de conducta son acciones que resultan molestas, problemáticas, dañinas o en general se desvían de la norma y tienden a ser de naturaleza recurrente, como abuso físico o verbal, resistencia a recibir atención, acciones repetitivas, deambulación sin rumbo, inquietud, suspicacia, conducta sexual inapropiada y retiro de ropa en situaciones inconvenientes. Estos problemas pueden presentarse en personas con estado cognitivo alterado que son incapaces de pensar de manera racional y realizar juicios adecuados. Cualquier tipo de enfermedad que disminuye la capacidad del paciente para enfrentar los cambios y el estrés también puede contribuir a esos problemas. Entre otras posibles causas de conductas problemáticas se encuentran medicamentos, factores del entorno, pérdida de independencia y actividad insuficiente.

Valorar la causa de la conducta es el primer paso para ayudar al paciente que presenta problemas de esta índole. Deben vigilarse de cerca los factores relacionados con la conducta y documentarse, además de incluir la siguiente información:

- Momento de inicio
- Lugar en el que ocurrió
- Condiciones del entorno
- Personas presentes
- Actividades que precedieron
- Patrón de conducta
- Signos y síntomas presentes
- Desenlace
- Medidas que mejoraron o empeoraron la conducta

TABLA 29-2 Lista de verificación para documentar fármacos y conducta

Fecha	MAÑANA											TARDE Y NOCHE													
	00:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	
Medicamentos:																									
Desorientado en:																									
Persona																									
Otros																									
Lugar																									
Día																									
Hora																									
Olvida:																									
Sucesos del día																									
Sucesos pasados																									
Inapropiados:																									
Habla																									
Conducta																									
Alucinaciones																									
Deambulación																									
Deficiencias en AVC:																									
Alimentación																									
Baño																									
Vestido																									
Uso del inodoro																									
Movilidad																									
Incontinencia urinaria																									
Pulso																									
Presión arterial																									
Defecación																									
Sueño/siesta																									
Otros síntomas:																									
Consumo de alimentos	100%		75%		50%		25%		0%																Comentarios
Desayuno																									
Comida																									
Cena																									
Colaciones																									
Utilizar el reverso para describir problemas o cambios específicos.																									
AVC, actividades de la vida cotidiana.																									

Es favorable corregir la causa subyacente del problema siempre que sea posible. De manera similar, deben evitarse los factores que precipitan el problema de conducta (p. ej., si se identifica que el paciente se agita cuando se sienta en una estancia repleta de gente, intentar colocarlo en otra área). El personal o los cuidadores pueden prevenir problemas de conducta identificando signos y síntomas que precipitan las conductas e interviniendo de forma oportuna. Algunas consideraciones ambientales que quizás aminoren los problemas de conducta son mantener la temperatura entre 21 y 24 °C, evitar tapices y ropa de cama con patrones o diseños llamativos, limitar el tráfico de personas, disminuir el ruido, prevenir cambios súbitos de la luz del día a la oscuridad de la noche e instalar dispositivos de seguridad para vigilancia, como alarmas en las puertas y cámaras. En la [tabla 29-3](#) se revisan algunos de los principales problemas de conducta, las causas y las intervenciones de enfermería relacionadas.

En el capítulo 30 se presenta una exposición completa del delirium y la demencia.

TABLA 29-3 Comprensión y tratamiento de problemas de conducta frecuentes

Conducta	Causas posibles	Intervención de enfermería
Abuso físico (p. ej., golpes, puntapiés y mordeduras a otros)	Demencia Paranoia	Evitar poner a la persona en situaciones que inducen las conductas. Reconocer los signos de alerta (p. ej., maldiciones y marcha incesante).

		Solicitar ayuda para protegerse a sí y a otros. Abordar de manera calmada y tranquila. Distraer. Trasladar a la persona a un área privada.
Abuso verbal (p. ej., insultos, acusaciones y amenazas)	Interpretación errónea de las acciones de otros Ira Impotencia Ansiedad Fatiga Demencia Impotencia Ira	Evitar discutir, razonar o reaccionar a los comentarios. Distraer con actividades. Reforzar conductas positivas. Permitir el máximo grado posible de toma de decisiones y participación.
Renuencia a recibir atención	Demencia Interpretación errónea de acciones, objetos y entorno Depresión	Preparar para actividades. Dividir las actividades en acciones individuales más simples. Usar alternativas si es posible (p. ej., baño de esponja en lugar de bañera). Vigilar higiene, estado nutricional, ingresos y egresos y defecación.
Desvestirse en situaciones inapropiadas	Demencia Defecación en la vestimenta Ropa irritante Sensación de calor excesivo	Asegurarse de que la vestimenta esté limpia y seca; cambiar según se requiera. Examinar la vestimenta en busca de causas de irritación o ajuste inadecuado. Inspeccionar la piel en busca de irritación. Volver a vestir. Usar vestimenta difícil de desabrochar. Ofrecer refuerzo positivo cuando la persona permanece vestida.
Acciones repetitivas	Demencia Agitación Ansiedad Aburrimiento	Ignorarlas. Distraer con otras actividades. Reemplazar por una actividad repetitiva más aceptable (p. ej., doblar la ropa de lavandería y apilar papeles).
Deambulación	Demencia Aburrimiento Inquietud Ansiedad	Programar tiempo para caminata supervisada. Proporcionar actividades. Salvaguardar el entorno (p. ej., puertas con alarma, cerraduras con código y seguros de ventana que no pueden abrirse). Asegurarse de que la persona lleve consigo alguna forma de identificación. Familiarizar a la persona con el entorno; orientarla.
Deambulación nocturna, inquietud	Demencia Sueño diurno excesivo Interpretación errónea del entorno Síndrome crepuscular	Proporcionar actividades diurnas. Ejercitar en horas de la tarde. Indicar el uso del inodoro antes de ir a la cama. Mantener una lámpara nocturna encendida en el dormitorio y el baño.
Conducta sexual inapropiada	Medicamentos (p. ej., sedantes, hipnóticos, diuréticos y laxantes) Demencia; deterioro del juicio y pérdida de inhibición Interpretación errónea de	Tranquilizar y orientar cuando la persona despierta. Salvaguardar el entorno. Reubicar a la persona en un área privada. Distraer con otras actividades. Fijar límites y recordar conductas aceptables.

	acciones y mensajes de otros	de Revisar los medicamentos en busca de los que reducen las inhibiciones (p. ej., ansiolíticos) o estimulan la libido (p. ej., levodopa). Proporcionar medios aceptables de contacto humano.
Suspiciacia	Estado paranoide	Valorar la causa.
	Demencia	No reaccionar a la conducta; despersonalizar.
	Personalidad suspicaz	Proteger contra lesiones.
	Medicamentos (p. ej., anticolinérgicos, levodopa y tolbutamida)	Ofrecer explicaciones; preparar para actividades y cambios. Permitir el máximo grado posible de toma de decisiones. No tratar de explicar a la persona que sus sospechas son infundadas o erróneas; no tiene efectos positivos.

Resumen del capítulo

Uno de cada cinco estadounidenses mayores presenta cierto tipo de enfermedad mental. La gravedad de este problema se refuerza con el hecho de que el 20% de todos los suicidios ocurren en el grupo de edad de 65 años de edad o mayores. Aunque ciertas personas comienzan la vida tardía con un antecedente de enfermedad mental, los problemas con los que se enfrentan en años posteriores causan nuevos desafíos para la salud mental y exacerban la enfermedad mental existente. La promoción de prácticas de salud mental adecuadas durante toda la vida afecta de manera positiva la salud mental en etapas posteriores y debe ser de importancia para todo el personal de enfermería.

La depresión es la enfermedad mental más frecuente que se atiende en los adultos mayores; se puede mostrar de diversas maneras y sus síntomas se pueden confundir con otras enfermedades o se puede asumir de manera equivocada que son parte del envejecimiento normal. La valoración en busca de depresión durante las exploraciones de rutina y cuando exista un cambio en el estado (p. ej., problema médico nuevo, deterioro del funcionamiento físico) puede ayudar a identificarla y tratarla inmediatamente.

Además de que el suicidio es un riesgo para las personas con depresión, hay un aumento en los adultos mayores sanos que consideran al suicidio como un medio para ejercer control sobre su futuro y terminar con sus vidas antes de experimentar deterioro mental y físico. Debido a que los *baby boomers* muestran una mayor frecuencia de suicidio y una mayor participación como parte de la población de edad avanzada, es posible que aumente el número de personas que consideran el suicidio como una solución. El personal de enfermería debe valorar con cuidado este riesgo y ayudar a las personas con pensamientos o planes suicidas a buscar tratamiento y otras formas de apoyo y ayuda.

La ansiedad se puede demostrar mediante la alteración en los signos vitales, aumento de la actividad, presencia de molestias somáticas, rigidez de pensamiento y conducta, insomnio, fatiga, hostilidad, inquietud, hábito tabáquico compulsivo, marcha incesante, fantasías, confusión e incremento de la dependencia. El tratamiento depende de la causa subyacente. Preparar de manera adecuada a estos individuos para

actividades y cambios, apegarse a rutinas conocidas y evitar la estimulación excesiva son algunas de las medidas que pueden ser beneficiosas.

Un número cada vez mayor de personas con antecedentes de abuso de sustancias está empezando su vejez. Sus síntomas se pueden confundir con otras anomalías, por lo que el personal de enfermería debe interrogar acerca del consumo de alcohol y drogas durante la valoración.

Los estados de paranoia en los adultos mayores pueden ser reacciones a situaciones reales, como ser víctimas de estafas o sufrir deterioros sensoriales que causen ideas erróneas del entorno. Deben considerarse estos factores que pueden contribuir a la paranoia cuando ésta se presente; asimismo, es esencial implementar esfuerzos para evitar o eliminar los factores de riesgo.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Efecto del humor sobre la salud mental

Fuente: Ganz, F. D., & Jacobs, J. M. (2014). Geriatric Nursing, 35(3), 205–211.

Se ha identificado que el humor produce efectos psicológicos positivos en prácticamente cualquier sistema corporal, disminuye de manera significativa los niveles de depresión y facilita el afrontamiento y la reducción del estrés.

En este estudio, se solicitó a un grupo de adultos mayores, usuarios de un centro de atención, que participaran en un estudio cuasiexperimental para determinar el efecto de un taller de terapia del humor sobre su salud. Se obtuvieron datos acerca de la salud general, calidad de vida, bienestar y signos de ansiedad, depresión y angustia psicológica al inicio del estudio y después de 6 meses. El grupo se dividió en las personas que participaron en un taller del humor y las que no.

Se ofreció una sesión con el tema “Humor como una forma de vida”, que ya se había implementado con otros grupos, cada semana durante 5 meses. Estas sesiones incluían presentaciones acerca de incorporar el humor en la vida cotidiana y las oportunidades para compartir bromas y anécdotas personales cómicas. Al terminar el estudio, los participantes en el taller del humor mostraron mejor salud mental, junto con una mejoría en el bienestar general y una disminución de la depresión y la ansiedad.

Este estudio refuerza la importancia de que el personal de enfermería expanda su visión para incluir intervenciones que pueden incidir en la salud mental de forma positiva. El personal de enfermería puede considerar la promoción de talleres en centros para adultos mayores y centros comunitarios de atención de la salud, así como ayudar al personal de instituciones de atención de la salud a aprender estrategias para incorporar el humor terapéutico a sus actividades cotidianas (que también pueden beneficiar la salud mental del personal).

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

El Sr. Connor llega al servicio de urgencias con dolor precordial. En la evaluación no

se encuentran indicios de enfermedad cardiovascular y mientras lo prepara para el alta usted comenta: “seguramente se siente aliviado de no haber sufrido un paro cardíaco”. “No lo sé”, él responde. “En ocasiones pienso que un ataque cardíaco sería una buena manera de poner fin a mis problemas”.

Preocupado, pregunta qué quiere decir y él le confía que a los 66 años de edad aún tiene que trabajar y le queda poco interés o energía para nada más. “Mis hijos son adultos y casi no tienen tiempo para llamarme, a mi esposa no la hace feliz que yo no tenga ánimos de hacer nada y mi jefe insinúa que podría reemplazarme fácilmente por alguien más joven a quien pagaría menos. Considero que a esta edad debería estar jubilado, viajar, jugar golf y disfrutar de la vida. Nunca pensé que sería tan difícil. Me hace preguntarme cuál es el sentido de todo mi esfuerzo”. Durante este comentario, se prepara para firmar los documentos del alta y marcharse.

Usted considera que el paciente requiere atención y desea ayudar al Sr. Connor, pero debe cumplir con las demandas de este día tan agitado en el servicio de urgencias. ¿Qué puede hacer?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Comente los factores relacionados con el envejecimiento en los Estados Unidos que contribuyen a la enfermedad mental en la edad avanzada.
2. ¿Por qué a veces se ignora el alcoholismo en los adultos mayores?
3. Describa las preguntas y observaciones que pueden realizarse en una entrevista para descubrir problemas de salud mental.
4. Describa las razones, además de un trastorno paranoide, para que un adulto mayor sea suspicaz.
5. Conforme los *baby boomers* envejecen, ¿qué tipo de trastornos de salud mental podrían ser más prevalentes en comparación con las generaciones anteriores?

Recursos en línea

Al-Anon Family Group Headquarters (disponen de capítulos locales)

<http://www.al-anon-alateen.org>

Alcoholics Anonymous (disponen de capítulos locales)

<http://www.alcoholics-anonymous.org>

Anxiety Disorders Association of America

<http://www.adaa.org>

Mental Health America

<http://www.nmha.org>

National Depressive and Manic-Depressive Association

<http://www.ndmda.org>

National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism

<http://www.niaaa.nih.gov>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration

<http://www.samhsa.gov/>

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2015). *Growing mental and behavioral health concerns facing older Americans*. Acceso el 27 de marzo de 2015 en: <http://www.apa.org/about/gr/issues/aging/growing-concerns.aspx>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Bernert, R. A., Turvey, C. L., Conwell, Y., & Joiner, T. E. (2014). Association of poor subjective sleep quality with risk for death by suicide during a 10-year period: A longitudinal, population-based study of late life. *JAMA Psychiatry*, 71(8). Acceso el 30 de marzo de 2015 en: <http://archpsy.jamanetwork.com/articlae.aspx?articleid=1895670>
- Blow, F. C., Brower, K. J., Schulenberg, J. E., Demo-Danaberg, L. M., Young, J. P., & Beresford, T. P. (1992). The Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version: A new elderly-specific screening instrument. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(2), 372.
- Brauser, D. (2015). "Rational suicide" talk increasing among "healthy elderly". *Medscape News*. Acceso el 8 de abril de 2015 en: http://www.medscape.com/viewarticle/842819?nlid=79427_2822&src=wnl_edit_medp_nurs&uac=95177PN&spon=24
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Depression. Surveillance data sources*. Acceso el 27 de marzo de 2015 en: http://www.cdc.gov/mentalhealth/data_stats/depression.htm
- Chiba, Y., Satoh, K., Ueda, S., Kanazawa, N., Tamura, Y., & Horiuchi, T. (2007). Marked improvement of psychiatric symptoms after parathyroidectomy in elderly primary hyperparathyroidism. *Endocrine Journal*, 54(3), 379–383.
- Derogatis, R. S., Lipma, K., Rickels, E. H., Uhlenbath, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins symptom checklist: A measure of primary symptom dimensions. *Pharmacopsychiatry*, 7, 79.
- Duke University Center for the Study of Aging. (1978). *Multidimensional functional assessment: The OARS methodology*. Durham, NC: Duke University.
- Fishback, D. B. (1977). Mental status questionnaire for organic brain syndrome, with a new visual counting test. *Journal of the American Geriatric Society*, 25, 167.
- Folstein, M. F., Folstein, S., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London, UK: Oxford University Press.
- Harvath, T. A., & McKenzie, G. (2012). Depression in older adults. En M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer, & D. Zwicker (Eds.), *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (pp. 141–142). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Institute of Medicine. (2012). Report brief. *The mental health and substance use workforce for older adults. In whose hands?* Acceso el 27 de marzo de 2015 en: http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2012/The-Mental-Health-and-Substance-Use-Workforce-for-Older-Adults/MHSU_olderadults_RB_FINAL.pdf
- National Center for Health Statistics. (2016). Table 9. Death rates by age and age-adjusted death rates for 15 leading causes of death in 2013: United States 1999–2013. *National Center for Health Statistics*, 64(2), 36. Acceso el 18 de julio de 2016 en: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_02.pdf
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 23(10), 433.
- Szafrański, T. (2015). Herbal remedies in depression—State of the art. *Psychiatria Polska*, 48(10), 59–73.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63.

Lecturas recomendadas thePoint

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Delirium y demencia

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Delirium

Demencia

- Enfermedad de Alzheimer
- Otras demencias
- Atender a personas con demencia

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Distinguir entre delirium y demencia.
2. Identificar factores que causan delirium en los adultos mayores.
3. Describir las características, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.
4. Nombrar otras causas de demencia en los adultos mayores además de la enfermedad de Alzheimer.
5. Plantear consideraciones de enfermería para el adulto mayor con demencia.

GLOSARIO

Delirium: confusión aguda, generalmente reversible.

Demencia: deterioro progresivo irreversible del funcionamiento cognitivo.

Deterioro cognitivo leve: etapa de transición entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia, en la cual la persona tiene deterioro de la memoria a corto plazo y trastornos de las funciones cognitivas complejas.

Síndrome crepuscular: confusión nocturna.

Aunque la artritis, la cardiopatía y otras enfermedades físicas no son bien aceptadas por los adultos mayores, estas alteraciones tienden a ser menos temidas que la pérdida de la cognición normal. El deterioro de la cognición amenaza la capacidad para comunicarse, funcionar de manera independiente, tomar decisiones y comprender los acontecimientos. El riesgo de **delirium** (alteración reversible de la cognición causada por trastornos agudos) y de **demencia** (deterioro irreversible de la cognición por enfermedad o lesión encefálica) aumenta con el paso de los años. Aunque ambas afecciones causan deterioro cognitivo, existen diferencias significativas ([tabla 30-1](#)). Ayudar en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento es una responsabilidad importante del personal de enfermería geriátrica y gerontológica.

DELÍRIUM

Diversos padecimientos pueden alterar la circulación cerebral y el funcionamiento cognitivo ([cuadro 30-1](#)). A veces los antecedentes, la exploración física o las pruebas de laboratorio indican la presencia de un factor orgánico que ha causado la alteración; sin embargo, sin pruebas de ello, es posible establecer el diagnóstico de delirium a partir de los síntomas y la ausencia de cualquier trastorno mental no orgánico que pudiera ocasionarlos.

El inicio de los síntomas de delirium tiende a ser rápido e incluye un trastorno del funcionamiento intelectual; desorientación en tiempo y lugar, pero en general no en identidad; deterioro de la atención y la memoria; labilidad emocional; discurso sin sentido; deterioro del juicio; y alteración del nivel de consciencia, como hipervigilancia, somnolencia leve y estado semicomatoso. Son posibles los cambios perceptuales significativos, como alucinaciones (por lo general, visuales) e ilusiones (p. ej., percepción de los cuidadores como guardias de policía). Pueden aparecer alteraciones de los ciclos de sueño y vigilia; de hecho, la inquietud y los trastornos del sueño suelen ser indicios tempranos. Tal vez el paciente sea suspicaz, presente cambios de personalidad y experimente ilusiones con mayor frecuencia que ideas delirantes. Los cambios conductuales pueden acompañarse de signos físicos, como disnea, fatiga y lentitud de las actividades psicomotrices.



CONCEPTO CLAVE

El delirium altera el nivel de consciencia, mientras que la demencia no lo hace.

El personal de enfermería puede tener una participación importante al detectar con prontitud los signos de confusión. La realización adecuada de anamnesis y valoración del estado mental en el contacto inicial proporcionan datos de referencia con los cuales comparar los cambios ([guía de valoración 30-1](#)). Cualquier cambio en el patrón conductual o cognitivo requiere una evaluación. Existe el riesgo de que el delirium no sea reconocido por personas no familiarizadas con el paciente que suponen que la falta de cognición es normal en él. De modo similar, las personas con demencia pueden desarrollar delirium como una respuesta a un trastorno agudo, aunque no lleguen a diagnosticarse porque los cambios no se comprenden o identifican.

TABLA 30-1 Delirium y demencia

	Delirium	Demencia
<i>Causa</i>	Alteración del funcionamiento encefálico por efectos adversos de medicamentos, trastornos circulatorios, deshidratación, hipotensión o hipertensión, actividad tiroidea baja o alta, hipoglucemia o hiperglucemia, cirugía, estrés, entre otros.	Daño del tejido encefálico por enfermedad de Alzheimer u otros trastornos degenerativos, problemas circulatorios, falta de oxígeno, infección, traumatismo, hidrocefalia, tumor, alcoholismo, entre otros.
<i>Inicio</i>	Rápido; el cambio se aprecia en uno o varios días.	Lento; meses a años antes de que los signos se hagan evidentes.
<i>Estado mental</i>	Mayor deterioro de la memoria a corto plazo que a largo plazo, desorientación, confusión, pensamiento distorsionado, habla incoherente, suspicacia, visión o audición de situaciones que no existen (ilusiones, alucinaciones), exageración de rasgos de personalidad.	Memoria a corto y largo plazo deficiente, desorientación, confusión, dificultad para encontrar la palabra adecuada, deterioro del juicio, dificultades en aritmética y resolución de problemas, cambios de personalidad.
<i>Nivel de consciencia (estado de alerta)</i>	Alterado; agitación o somnolencia.	Normal.
<i>Comportamiento</i>	El paciente puede ser hiperactivo, hipoactivo o fluctuar entre ambos extremos.	Inapropiado; bipedestación inestable, dificultad para coordinar los movimientos.
<i>Recuperación</i>	La enfermedad puede revertirse y restablecer el estado mental normal si la causa se trata de manera oportuna.	El avance de la enfermedad puede desacelerarse, pero no revertirse; suele seguir empeorando.

CUADRO 30-1 Posibles causas de deterioro cognitivo

- Desequilibrios hidroelectrolíticos
- Medicamentos
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Hiperglucemia e hipoglucemia
- Hipertermia e hipotermia
- Hipercalcemia e hipocalcemia
- Hipotiroidismo
- Disfunción cardíaca
- Disfunción respiratoria
- Disfunción renal
- Alteraciones del sistema nervioso central
- Estrés emocional
- Dolor
- Desnutrición
- Deshidratación
- Anemias

- Infección
- Hipotensión
- Traumatismo
- Cáncer
- Alcoholismo
- Hipoxia
- Sustancias tóxicas



GUÍA DE VALORACIÓN 30-1 SALUD MENTAL*

INSPECCIÓN GENERAL

La valoración del estado mental en realidad comienza en el momento en el que el personal de enfermería se encuentra con el paciente. Durante la inspección general, se presta atención a los siguientes indicadores de salud mental:

- *Aliño y vestimenta personales.* ¿La ropa es adecuada para la temporada, está limpia, presentable y puesta de manera correcta? ¿El paciente está limpio? ¿Tiene el cabello limpio y peinado? ¿El maquillaje y los accesorios son excesivos o estrafalarios?
- *Postura.* ¿El paciente tiene aspecto encorvado y temeroso? ¿La alineación corporal es normal?
- *Movimiento.* Movimientos anómalos de la lengua, presenta espasmos, temblores o retorcimiento de las manos? ¿Los movimientos son hiperactivos o hipoactivos?
- *Expresión facial.* ¿Es como una máscara o exagerada y dramática? ¿Hay indicaciones de dolor, temor o ira?
- *Nivel de consciencia.* ¿El paciente se queda dormido y es necesario despertarlo (letárgico)? ¿Sólo da respuestas incompletas o lentas y es necesario despertarlo a cada instante (estuporoso)? ¿Responde sólo a estímulos dolorosos (semiconsciente)? ¿No hay respuesta, ni siquiera a estímulos dolorosos (inconsciente)? Mientras se observa al paciente, la conversación general puede ayudar a evaluar el estado mental.

Se registra el tono de voz, la velocidad del habla, la capacidad para articular, el uso de palabras inusuales o combinaciones extrañas de palabras y si el habla es apropiada. También se evalúa el estado de ánimo durante este tiempo.

INTERROGATORIO

El interrogatorio eficaz informa mucho acerca de la salud mental del paciente. Se plantean preguntas directas para descubrir problemas específicos, como las siguientes:

- ¿Cómo se siente consigo mismo? ¿Considera que otros dirían que usted es una

buena o mala persona?

- ¿Tiene muchos amigos? ¿Cómo se lleva con las personas?
- ¿Alguien lo ha dañado o cree que alguien quiere dañarlo? ¿Quién? ¿Por qué?
- ¿Es irritable? ¿Pasa con rapidez de la risa al llanto o de la felicidad a la tristeza?
- ¿Le cuesta trabajo conciliar el sueño o permanecer dormido? ¿Cuánto duerme? ¿Toma algún medicamento o alcohol para que le dé sueño?
- ¿Cómo es su apetito? ¿Cómo cambian su apetito y su patrón de alimentación cuando está triste o preocupado?
- ¿En ocasiones se siente nervioso, con palpitaciones, hiperventilación o inquietud?
- ¿Hay problemas específicos en su vida o algo que le preocupe en este momento?
- ¿Ve o escucha cosas que otras personas no perciben? ¿Alguna vez ha escuchado voces? De ser así, ¿qué piensa de ellas?
- ¿La vida es placentera? ¿Anhela vivir cada día?
- ¿Alguna vez ha pensado en el suicidio? Si es así, ¿cómo eran esas ideas? ¿Cómo lo llevaría a cabo?
- ¿Siente que está perdiendo algunas de sus capacidades mentales? Si es así, describa cómo.
- ¿Alguna vez lo han hospitalizado o tratado por problemas mentales? ¿A algún familiar?

Escuchar con atención las respuestas y la manera en la que se expresan. Es importante captar indicios no verbales.

PRUEBAS COGNITIVAS

Pueden usarse diversos instrumentos validados confiables para valorar el funcionamiento mental, como el *Short Portable Mental Status Questionnaire* (Pfeiffer, 1975), el *Philadelphia Geriatric Center Mental Status Questionnaire* (Fishback, 1977), el *Mini-Mental Status* (Folstein, Folstein y McHugh, 1975), la *Symptoms Check List 90* (Derogatis, Lipma, Rickels, Uhlenbath y Covi, 1974), el *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972), el *OARS* (Duke University Center for the Study of Aging, 1978) y, de manera específica para la depresión, la *Zung Self-Rating Depression Scale* (Zung, 1965). La mayoría de los instrumentos de valoración del estado mental exploran orientación, memoria y retención, capacidad para seguir instrucciones, juicio y cálculo y razonamiento básicos.

Incluso sin usar un instrumento, el personal de enfermería puede valorar el funcionamiento cognitivo básico de las siguientes maneras:

- **Orientación.** Se pregunta al paciente su nombre y lugar de origen, la fecha, la hora y la estación del año.
- **Memoria y retención.** Al comienzo de la valoración, se solicita al paciente que recuerde tres objetos (p. ej., reloj, teléfono y barco). Luego se indica que mencione los objetos inmediatamente después de que se nombraron; más tarde,

después de hacer otras preguntas, se pide que vuelva a recordar los tres objetos; hacia el final de la valoración, se pregunta por última vez cuáles eran los tres objetos.

- *Instrucción en tres etapas.* Se solicita al paciente que realice tres tareas simples (p. ej., “tome el lápiz, toque su cabeza con él y entréguelo”).
- *Juicio.* Se presenta una situación que requiere resolución de problemas básicos y razonamiento (p. ej., “¿qué significa la oración ‘*vale más un pájaro en mano que ciento volando*’?”).
- *Cálculo.* Se indica al paciente que cuente hacia atrás desde 100, disminuyendo de cinco en cinco; si la tarea resulta difícil, se indica que cuente hacia atrás desde 20, disminuyendo de dos en dos. También pueden plantearse problemas aritméticos sencillos si están dentro del ámbito de la experiencia escolar del paciente.

Siempre que se examine el funcionamiento cognitivo, hay que considerar las experiencias únicas, el nivel de escolaridad y los antecedentes culturales del paciente, así como la participación de deficiencias sensitivas y problemas de salud y el estrés relacionado con ser sometido a una valoración.

Las personas con enfermedad de Alzheimer u otras deficiencias cognitivas pueden sentirse abrumadas por la valoración y reaccionar con ira, llanto o aislamiento. Este fenómeno se conoce como *reacción catastrófica*. Tal vez sea necesario posponer la valoración, tranquilizar al paciente y ofrecer seguridad.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Diversas alteraciones cognitivas tienen como base problemas de salud física. Por ejemplo, la depresión se relaciona con diabetes, enfermedad de las glándulas suprarrenales, insuficiencia cardíaca congestiva, tumores, ictus, enfermedad de Parkinson, entre otras. Debido al potencial de las patologías para causar depresión, es esencial que una exploración física completa complemente la valoración del estado mental. De igual manera, es crucial la revisión completa de los diagnósticos conocidos y los medicamentos que se consumen. Además, se realizan diversas pruebas de laboratorio, incluidas las siguientes:

- Hemograma
- Electrolitos séricos
- Serología para sífilis
- Nitrógeno ureico en sangre
- Glucemia
- Bilirrubina
- Concentración sanguínea de vitaminas
- Velocidad de sedimentación globular
- Examen general de orina

Con base en el problema que se sospecha, se examina el líquido cefalorraquídeo y se realiza una variedad de procedimientos diagnósticos, como

electroencefalografía, tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones. A menudo, la evaluación del estado mental sólo es uno de los aspectos del individuo. El flujo sanguíneo cerebral, la temperatura corporal, la glucemia, el equilibrio hidroelectrolítico y el estrés al que se ve sometido el paciente cambian de un día a otro y modifican el grado de funcionamiento mental. Tal vez se requieran valoraciones consecuentes para obtener una valoración exacta del estado mental del paciente.

*La [guía de valoración 29-1](#) es idéntica a la [guía de valoración 30-1](#).

El delirium es reversible en la mayoría de las circunstancias y la atención expedita, tratando el trastorno como una urgencia médica, puede prevenir el daño permanente. El tratamiento depende de la causa (p. ej., estabilizar la glucemia, corregir la deshidratación o suspender un medicamento). Tratar los síntomas en lugar de la causa o aceptar los síntomas como normales y no procurar el tratamiento quizá den como resultado no sólo el empeoramiento del estado mental, sino también la continuación de un padecimiento físico que puede poner en peligro la vida.



CONCEPTO CLAVE

Dado que los adultos mayores con frecuencia tienen múltiples problemas de salud, es importante recordar que la causa del delirium puede provenir de varios factores coexistentes.

Durante la etapa aguda inicial, los objetivos primarios son estabilizar al paciente y disminuir la estimulación. Es importante la constancia en la atención; así, el paciente se beneficia de la interacción con un número limitado de proveedores. Brindar orientación y explicaciones frecuentes fomenta el funcionamiento y reduce la ansiedad y el estrés. Es importante controlar la temperatura ambiental, el ruido y el tránsito de personas. Resulta favorable colocar al paciente en un área tranquila, lejos de las zonas con mayor actividad. Deben evitarse las luces brillantes, pero se requiere iluminación suficiente para que el paciente pueda visualizar de manera adecuada el entorno. El personal de enfermería debe verificar que el paciente no se lesione a sí mismo o a otros y que se satisfagan sus necesidades de atención física.

Los familiares necesitan con frecuencia un apoyo considerable y explicaciones realistas para aliviar su ansiedad (p. ej., “no, él no tiene enfermedad de Alzheimer. Su confusión se debe a que disminuyó en exceso la concentración de glucosa, o azúcar, en la sangre. Estará bien tan pronto como el valor vuelva a la normalidad”).



COMUNICACIÓN

A pesar del funcionamiento intelectual o el nivel de consciencia, es importante hablar con el paciente y ofrecer explicaciones de las actividades o procedimientos que se lleven a cabo. Es necesario acercarse desde el frente, hacer contacto visual y hablar de una manera tranquila. Además de realizar explicaciones y preguntas simples, es importante evitar dirigirse a la persona con un tono infantil o ignorarla mientras habla con otras personas que están cerca de ella. Evitar apresurar o abrumar al paciente.

Si la persona se agita o se vuelve agresiva durante la comunicación, se debe permanecer tranquilo y relajado. Si el paciente está en un área con demasiadas personas, intentar guiarlo a otra menos ruidosa. Utilizar el contacto suave (p. ej., acariciar el brazo) a menos que la persona parezca amenazada o agitada por éste. Si el paciente se vuelve agresivo, mantener una distancia segura entre usted y el paciente. Evitar

plantear preguntas o discutir, y ofrecer comentarios simples y reconfortantes. Intentar desviar la atención del paciente (p. ej., señalar una tarjeta nueva que haya recibido o una imagen en la pared).

Se debe registrar y compartir con otras personas que tengan contacto con el paciente cualquier información que el personal de enfermería averigüe acerca de factores que producen agitación y medidas que facilitan la comunicación con él.

DEMENCIA

La *demencia* es un deterioro progresivo irreversible del funcionamiento cognitivo que afecta la memoria, la orientación, el juicio, el razonamiento, la atención, el lenguaje y la resolución de problemas; es causada por daño o lesión del encéfalo. Se estima que un 5% de los adultos mayores sufren alguna forma de demencia.

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es la forma más frecuente de demencia; de hecho, la probabilidad de desarrollar la enfermedad de Alzheimer se duplica cada 5 años después de cumplir 65 años de edad, de lo que resultan más del 60% de todos los casos de demencia (Alzheimer's Association, 2015). Los científicos proyectan un aumento impresionante en la prevalencia a menos que se descubran nuevas maneras de prevenir y tratar la enfermedad (National Institute on Aging, 2015).

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por dos cambios en el encéfalo. El primero es la presencia de placas neuríticas, las cuales contienen depósitos de proteína amiloide β (hay cantidades excesivas de ésta en personas con enfermedad de Alzheimer y síndrome de Down). La proteína amiloide β es un fragmento de proteína precursora de amiloide que ayuda a las neuronas a crecer y repararse. Los fragmentos de amiloide β se adhieren entre sí formando placas que alteran el funcionamiento de las células nerviosas en el cerebro. En la actualidad, no se sabe si las placas son una causa o un subproducto de la enfermedad.

El segundo cambio cerebral característico es la formación de ovillos neurofibrilares en la corteza. Los *microtúbulos*, estructuras presentes dentro de las neuronas sanas, normalmente son estabilizados por una proteína especial llamada *tau* (τ). En la enfermedad de Alzheimer, τ cambia y comienza a formar pares de hebras de τ , que se enredan. Este fenómeno hace que los microtúbulos se desintegren y colapsen el sistema de transporte de la neurona.

Estos cambios cerebrales ocasionan la pérdida o la degeneración de neuronas y sinapsis, en especial dentro de la neocorteza y el hipocampo. Resulta interesante el hecho de que la relación de causa y efecto entre estos cambios encefálicos y la enfermedad de Alzheimer sea incierta hasta la fecha.

También aparecen cambios en los sistemas de neurotransmisores relacionados con la enfermedad de Alzheimer, como reducción de receptores de serotonina, captación de serotonina dentro de las plaquetas, producción de acetilcolina en las zonas del cerebro donde se encuentran placas y ovillos, acetilcolinesterasa (que degrada acetilcolina) y acetiltransferasa de colina (los inhibidores de colinesterasa y agonistas nicotínicos, muscarínicos y colinérgicos están entre los fármacos de acción en neurotransmisores que se usan para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer con el fin de compensar los cambios en los neurotransmisores).

Algunos estudios recientes han confirmado que se presentan cambios patológicos en el encéfalo años antes de que aparezcan síntomas de la enfermedad de Alzheimer. La etapa de transición entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia, en la cual la persona tiene deterioro de la memoria a corto plazo y problemas con funciones cognitivas complejas, se conoce como *deterioro cognitivo leve*. Las personas que lo presentan están en mayor riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer; en la actualidad se explora el motivo por el cual algunas personas con esta alteración desarrollan la enfermedad y otras no.

Posibles causas

Aunque intervienen factores ambientales, existen factores genéticos que aumentan el riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer. Los estudios han revelado que en la misma familia se presentan varias generaciones de pacientes con la enfermedad. Se han identificado anomalías cromosómicas. Un argumento sólido a favor del origen genético de la enfermedad proviene de su conexión con el síndrome de Down. En las personas que padecen este síndrome hay un cromosoma 21 adicional; además de que estos pacientes comienzan a presentar síntomas de demencia después de los 35 años de edad, la prevalencia de enfermedad de Alzheimer es mayor en las familias con síndrome de Down y viceversa ([Alzheimer's Association, 2015](#)). Un defecto en el cromosoma 21 en las personas con enfermedad de Alzheimer causa la producción de la proteína precursora de amiloide anómala. Se ha descubierto que también los cromosomas 14 y 1 muestran mutaciones en familias con alta prevalencia de enfermedad de Alzheimer; estas mutaciones causan la producción de proteínas anómalas.

Existen investigaciones sobre la función de los radicales libres en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. Los radicales libres son moléculas que pueden acumularse en las neuronas, con el resultado de lesión (daño oxidativo). Esta anomalía impide el flujo de sustancias hacia dentro y fuera de la célula, lo cual lesiona el cerebro. Se han encontrado concentraciones mayores de las normales de aluminio y mercurio en las células cerebrales de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, por lo que se especula acerca de la participación de toxinas ambientales en el padecimiento. Sin embargo, los resultados no son concluyentes en lo que se refiere a su participación en el desarrollo de la enfermedad. Existen concentraciones bajas de cinc en las personas con esta anomalía, aunque no se tiene certeza de si se trata de una causa o un efecto.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Desearía saber si tiene predisposición genética a la enfermedad de Alzheimer? ¿Qué diferencia podría hacer este conocimiento en su vida?

Existe cierta especulación acerca de un virus de acción lenta que causa los ovillos neurofibrilares en el cerebro, pero en la actualidad no hay pruebas concluyentes que apoyen esta teoría. Se plantea la hipótesis de que algunos factores de riesgo relacionados con la enfermedad de Alzheimer son hiperlipidemia, hipertensión, hábito tabáquico, lesión encefálica e inactividad física y mental. Por ahora, ninguna

teoría explica esta enfermedad compleja en su totalidad.

Síntomas

Los síntomas de la enfermedad progresiva y degenerativa se desarrollan de manera gradual y avanzan con diferente rapidez entre los individuos afectados. La Global Deterioration Scale/Functional Assessment Staging constituye una manera de estadificar la enfermedad de Alzheimer (fig. 30-1) (Auer y Reisberg, 1997; Reisberg, 2005). Aunque esta estadificación ayuda a predecir el curso general y planificar la atención, debe apreciarse que muchos factores afectan el avance de la enfermedad y existe variación individual.

Al principio de la enfermedad, el paciente está consciente de los cambios en la capacidad intelectual y puede desarrollar depresión o ansiedad, o intentar compensar escribiendo información, estructurando rutinas y simplificando responsabilidades. Puede requerirse algún tiempo para que incluso los allegados al paciente detecten los síntomas.

Además de los antecedentes de síntomas informados por el paciente y sus familiares o allegados, el diagnóstico es corroborado por imágenes cerebrales que revelan cambios en la estructura congruentes con la enfermedad, pruebas neuropsicológicas que valoran el funcionamiento cognitivo y pruebas de laboratorio y exámenes neurológicos.



CONCEPTO CLAVE

El riesgo de una persona con demencia es máximo al principio de la enfermedad, cuando está consciente de los cambios que experimenta.

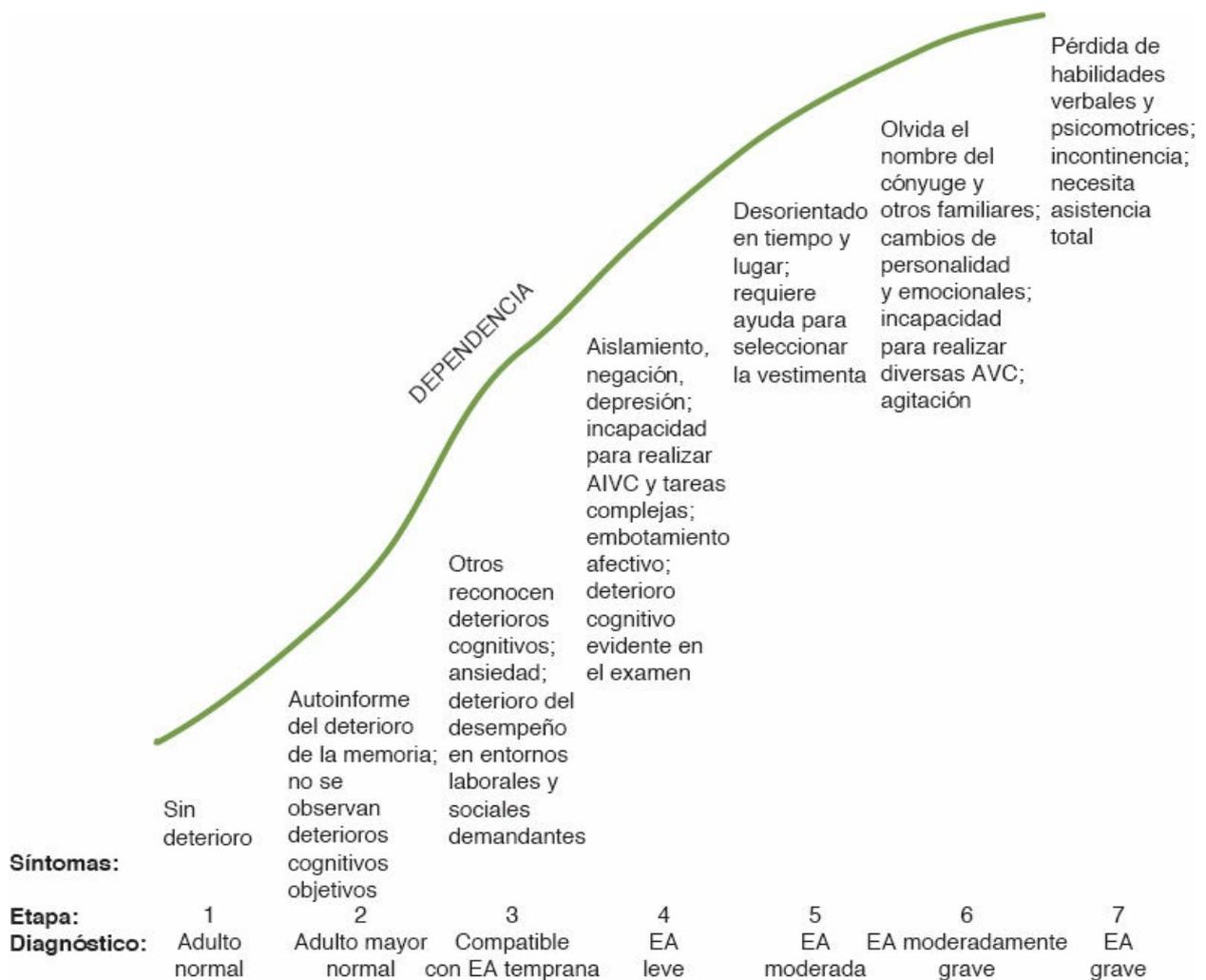


FIGURA 30-1 ● Etapas de la enfermedad de Alzheimer (EA). AIVC, actividades instrumentales de la vida cotidiana; AVC, actividades de la vida cotidiana. *Fuentes:* Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J. y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136–1139; Auer, S. y Reisberg, B. (1997). The GDS/FAST staging system. *International Psychogeriatrics*, 9(Suppl. 1), 167–171.

Recientemente, ciertos investigadores informaron que existe una variante de la enfermedad de Alzheimer llamada *EA hipocámpica moderada*, que a menudo se diagnostica de forma errónea debido a la sintomatología diferente (Murray, et al., 2014). Encontraron que al realizar la autopsia, del 11% de cerebros con enfermedad de Alzheimer, la mitad de estas personas contaban con diagnóstico equivocado. Las personas con EA hipocámpica moderada tenían memoria normal, pero experimentaban otros síntomas, como alteraciones del lenguaje, episodios de ira, alteraciones visuales y sensación de no poder controlar sus extremidades. Debido a los síntomas, estas personas a menudo fueron diagnosticadas erróneamente con demencia frontotemporal o síndrome corticobasal. La EA hipocámpica moderada suele afectar a los hombres más que a las mujeres y se presenta en una edad más temprana. Asimismo, el padecimiento avanza con mayor rapidez que la típica enfermedad de Alzheimer. Aunque se requiere mayor investigación para comprender la afección, es importante reconocer que no todos los individuos con la enfermedad de Alzheimer presentarán pérdida de memoria.

Tratamiento

Aunque en la actualidad no existe tratamiento para prevenir o curar la enfermedad de Alzheimer, los National Institutes of Health y la industria privada realizan estudios clínicos con la esperanza de encontrar una manera de mejorar el funcionamiento y frenar su avance. Ha habido interés en la función de los estrógenos en la mejoría del funcionamiento cognitivo, pues se especula que estas sustancias protegen a las mujeres en la posmenopausia frente a la enfermedad de Alzheimer u otras causas de alteración cognitiva con la edad; sin embargo, los resultados son contradictorios porque el Health Initiative Memory Study de la mujer demostró un mayor riesgo de demencia en las mujeres posmenopáusicas que tomaban estrógenos con progesterona (Barron y Pike, 2012). Los antioxidantes, los antiinflamatorios, los suplementos (ácido fólico y vitaminas B₆ y B₁₂), el tratamiento génico que añade un factor de crecimiento nervioso al cerebro en envejecimiento y el desarrollo de una vacuna son otras áreas que se encuentran en estudios clínicos (Université, 2013).

Debido a que la acetilcolina disminuye de manera abrupta en las personas con enfermedad de Alzheimer, se han creado medicamentos que inhiben o reducen la producción de la enzima que degrada la acetilcolina (acetilcolinesterasa) para ayudar a las personas con esta enfermedad; tales fármacos incluyen donepezilo, rivastigmina y galantamina.



CONCEPTO CLAVE

Otras afecciones pueden imitar la enfermedad de Alzheimer; por lo tanto, es esencial una evaluación detallada para descartar otras causas posibles de demencia antes de establecer el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer.

Otras demencias

Además de la enfermedad de Alzheimer, diversas alteraciones patológicas pueden causar demencia:

- *Demencia vascular.* Resulta de pequeños infartos cerebrales. El daño del tejido encefálico puede ser difuso o localizado, el inicio es más rápido y avanza de manera más predecible que la enfermedad de Alzheimer. Se relaciona con factores de riesgo como hábito tabáquico, hipertensión, hiperlipidemia, inactividad y antecedente de ictus o enfermedad cardiovascular.
- *Demencia frontotemporal.* Se caracteriza por atrofia neuronal que afecta los lóbulos frontales del cerebro y no por ovillos neurofibrilares y placas, como en la enfermedad de Alzheimer. Una característica específica de esta demencia es la aparición de anomalías conductuales en lugar de cognitivas en la fase temprana. Asimismo, en lugar de memoria deficiente, entre los cambios cognitivos tempranos están el deterioro del pensamiento abstracto y de las habilidades de habla y lenguaje. La enfermedad de Pick es la forma más frecuente de demencia frontotemporal.
- *Demencia por cuerpos de Lewy.* También conocida como *enfermedad por cuerpos de Lewy cortical*, se relaciona con patología subcortical y presencia de cuerpos de Lewy en la corteza cerebral. Las personas con esta demencia tienen fluctuaciones en

el estado mental, se descompensan con rapidez cuando experimentan una enfermedad y a menudo presentan reacciones idiosincráticas a medicamentos de tipo colinérgico (p. ej., sedantes y antipsicóticos). Alrededor de la cuarta parte de las personas a las que se diagnostica esta demencia tienen antecedentes familiares. La demencia por cuerpos de Lewy con frecuencia se diagnostica erróneamente como otras formas de demencia.

- *Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob*. Es una enfermedad cerebral extremadamente infrecuente que causa demencia. Tiene inicio y avance rápidos y se caracteriza por deterioro neurológico grave que acompaña la demencia. Se considera que esta enfermedad puede ser transmitida por un virus de acción lenta; es posible una tendencia familiar a la enfermedad. El proceso patológico exhibe la destrucción de neuronas en la corteza cerebral, crecimiento excesivo de la glía, estructura celular anómala de la corteza, hipertrofia y proliferación de astrocitos y aspecto esponjiforme de la corteza cerebral. Los síntomas son más diversos que en la enfermedad de Alzheimer e incluyen conducta psicótica, incremento de la labilidad emocional, deterioro de la memoria, pérdida del funcionamiento muscular, espasmos musculares, crisis convulsivas y alteraciones visuales. La enfermedad avanza con rapidez y la muerte suele suceder en el transcurso del año posterior al diagnóstico:
- *Encefalopatía de Wernicke y enfermedad de Parkinson*. Son la causa de un pequeño porcentaje de las demencias.
- *Sida*. Puede causar demencia en la fase final de la enfermedad.
- *Traumatismo y toxinas*. Son otras causas de demencia.

Estas otras formas de demencia pueden presentarse con síntomas similares a los que suelen relacionarse con la enfermedad de Alzheimer. Sin una evaluación exhaustiva para identificar o excluir otras causas, no es exacto llamar enfermedad de Alzheimer a una demencia determinada.



Alerta sobre el dominio de conceptos

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es una alteración cerebral extremadamente infrecuente que causa demencia, no delirium.

Atender a personas con demencia

La naturaleza irreversible de la demencia y su evolución de deterioro progresivo pueden tener efectos devastadores en los individuos afectados y sus familiares. La mayoría de los cuidados que las personas con demencia requieren caen dentro del alcance de la práctica de la enfermería.

Seguridad del paciente

Una de las principales consideraciones para la atención es la seguridad de los pacientes con demencia. Su juicio deficiente y sus percepciones erróneas pueden ocasionar problemas de conducta graves y accidentes. Es esencial un entorno estructurado seguro. Las personas y los componentes del entorno deben ser

constantes (fig. 30-2). Es útil incluir objetos que estimulen la memoria, como fotografías del paciente o símbolos que se usen de modo constante (p. ej., una flor o un triángulo) en la puerta del dormitorio, o posesiones personales. El ruido, la actividad y los niveles de iluminación pueden estimular en exceso al paciente y reducir aún más el funcionamiento; por lo tanto, deben controlarse. Esto es particularmente útil para prevenir y tratar el **síndrome crepuscular** (cuadro 30-2).

Los productos de limpieza, los plaguicidas, los medicamentos y las sustancias no comestibles que pudieran ingerirse por accidente deben almacenarse bajo llave. Deben colocarse protectores en tomas de corriente sin usar, salidas eléctricas, ventiladores, motores y otros aparatos en los cuales podrían introducirse los dedos. El paciente no debe tener acceso a fósforos o encendedores; si fuma, debe hacerlo bajo estrecha supervisión. Las ventanas y las puertas pueden protegerse con material plástico transparente y es factible instalar mosquiteros fijos para evitar caídas desde las ventanas. La deambulación es frecuente en los pacientes con demencia; en vez de sujetarlos o restringirlos, es más conveniente proporcionar una zona segura en la que puedan caminar. Conviene instalar barreras protectoras para prevenir que los pacientes se alejen caminando; las alarmas y las campanillas en las puertas indican los intentos de salir. Con el gran riesgo de que los pacientes se vayan y no sean capaces de dar su nombre o dirección cuando se les encuentra, es conveniente que porten brazaletes de identificación todo el tiempo y que se disponga de una fotografía reciente de ellos.



FIGURA 30-2 • Los objetos familiares, el entorno estable y la constancia de los cuidadores pueden reducir algunos de los riesgos de seguridad y los problemas de conducta relacionados con las demencias.

CUADRO 30-2 Síndrome crepuscular

Los individuos con deterioros cognitivos pueden experimentar confusión nocturna, llamada *síndrome crepuscular* debido a su presentación “después de la puesta del sol”. Algunos de los factores que aumentan el riesgo de este trastorno son el entorno desconocido (p. ej., ingreso reciente a un centro de atención), alteración de los patrones del sueño (p. ej., por apnea del sueño), uso de restricciones de la movilidad, exceso de estimulación sensorial, aislamiento sensitivo o cambio en los ritmos circadianos.

El personal de enfermería puede evitar y tratar el síndrome crepuscular de la siguiente manera:

- Colocar objetos conocidos en la habitación de la persona.

- Proporcionar actividad física en la tarde para ayudar a la persona a consumir energía.
- Ajustar la iluminación del entorno para prevenir que la habitación se oscurezca en la tarde.
- Mantener encendida una luz tenue toda la noche.
- Tener contacto frecuente con la persona para darle seguridad y orientación.
- Usar el sentido del tacto para proporcionar contacto humano y tranquilizar a la persona.
- Asegurarse de que la temperatura ambiental esté en un intervalo cómodo para la persona.
- Controlar el ruido y paso de personas en la tarde.
- Asegurarse de que se satisfagan las necesidades básicas de la persona (p. ej., líquidos adecuados, uso del inodoro y vestimenta seca).

La prevención del abuso representa otra consideración de seguridad. Además de que los adultos mayores con demencia están en desventaja por su funcionamiento cognitivo deficiente, pueden ser víctimas de abuso por cuidadores estresados a causa de su conducta y sus necesidades de atención. Es importante valorar la idoneidad del cuidado y el afrontamiento de los cuidadores, y proporcionar apoyo y asistencia para evitar que se sientan abrumados.

Promover el tratamiento y la actividad

Pueden ofrecerse diversos tratamientos y actividades al paciente con demencia con base en su nivel de funcionamiento. Es posible que la terapia ocupacional y las terapias expresivas beneficien a quienes padecen demencia temprana. Pueden usarse diversos grados de orientación en la realidad, que van desde grupos diarios hasta recordar al paciente quién es durante cada interacción. Incluso el paciente con regresión mayor puede mantener contacto y obtener estimulación a través de actividades, como escuchar música, acariciar a un animal y tocar diversos objetos. Ser tocado es también una experiencia placentera y estimulante.

Las técnicas de comunicación modificadas tal vez faciliten la actividad. Algunas estrategias útiles son:

- Usar oraciones simples que contengan una sola idea o instrucción.
- Hablar de manera tranquila empleando un tono adulto (no infantil).
- Evitar palabras o frases que puedan malinterpretarse o el sarcasmo.
- Ofrecer oportunidades para la toma de decisiones simples.
- Evitar discusiones (las distracciones pueden ser de utilidad).
- Reconocer los esfuerzos con retroalimentación positiva.
- Observar expresiones no verbales y conductas.

Atención física

No deben pasarse por alto las necesidades de atención física de los pacientes con demencia. Estos individuos no suelen informar que tienen hambre y es posible que nadie advierta que han consumido menos de la cuarta parte del alimento que les sirvieron; tal vez no recuerden beber agua, así que pueden deshidratarse; quizá rehúsen de forma tan violenta bañarse que permanezcan sucios; y las úlceras por presión en las nalgas pueden pasar inadvertidas. Estos pacientes requieren observación precisa y atención cuidadosa a sus necesidades físicas. Debe considerarse su potencial incapacidad para comunicar sus necesidades y molestias; un cambio sutil de conducta o funcionamiento, un gesto facial o la palpación repetida de una parte del cuerpo pueden dar indicios de que existe un problema. La constancia en los cuidadores permite familiarizarse con las conductas específicas de un paciente y reconocer con mayor rapidez una modificación respecto a la norma del individuo.

Tratamientos complementarios y alternativos

Para tratar las demencias se recurre a una variedad de tratamientos médicos alternativos. Entre los suplementos nutricionales que se han utilizado están las vitaminas B₆, B₁₂, C y E, el ácido fólico, el cinc y el selenio. Varios estudios clínicos han demostrado que la planta *Ginkgo biloba* mejora la circulación y el funcionamiento mental (University of Medical Center, 2013; Dos Santos-Neto, et al., 2006; Rassamy, Longpre y Christen, 2007); sin embargo, se requiere cautela, pues el *Ginkgo biloba* incrementa el riesgo de hemorragia intraocular y hematoma subdural cuando se usa durante tiempo prolongado o cuando se toma de manera simultánea con un anticoagulante. La medicina china, además de los remedios de fitoterapia y nutrición, emplea una forma de ejercicio terapéutico llamado *qigong*; se propone que la oxigenación del cerebro mejora con los ejercicios de respiración y la visualización que se practican en esta disciplina.

Respetar al individuo

A medida que los pacientes se deterioran, su dignidad, valía, libertad e individualidad se ven en peligro. Es posible que los seres queridos perciban al familiar con demencia como un extraño que vive dentro del cuerpo que alguna vez alojó a la persona que conocieron. Tal vez el personal sólo considere al sujeto como otro paciente dependiente o necesitado de cuidados totales y no lo considere como alguien que tiene una historia de vida única. Es posible que al ser percibido cada vez menos como un ser humano normal o como la misma persona a la que se conoció, el individuo con demencia sea tratado de una manera deshumanizante. Debe prestarse especial atención al mantenimiento y la promoción de las siguientes cualidades:

- *Individualidad*. El personal de enfermería debe investigar la historia personal y la unicidad del paciente e incorporarlos en las actividades de atención.
- *Independencia*. Incluso si se requiere el triple de tiempo para indicar a los pacientes cómo vestirse en lugar de hacerlo por ellos, debe permitirse cada oportunidad del autocuidado.
- *Libertad*. Conforme las libertades principales se van limitando, las libertades

secundarias y el control cobran especial importancia. El personal de enfermería debe tener precaución para que, en el nombre de la eficiencia y la seguridad, no se impongan restricciones tan graves que la calidad de vida resulte mínima.

- ▮ *Dignidad.* Enojarse o reír por las conductas de una persona con demencia no es menos cruel que reaccionar de modo similar ante una víctima de un ictus que cae mientras camina. Estos pacientes deben recibir el mismo respeto y las mismas consideraciones que se ofrecen a cualquier adulto, como vestimenta atractiva, arreglo personal esmerado, corte de cabello apropiado para la edad, uso de sus nombres, privacidad y confidencialidad.
- ▮ *Conexión.* Las personas con demencia continúan siendo seres humanos valiosos y miembros de familias, comunidades y del universo. La interacción y conexión con otras personas y la naturaleza reflejan reconocimiento y respeto por el ser espiritual que vive dentro del cuerpo y la mente alterados.

Apoyar a la familia del paciente

La asistencia y el apoyo a las familias de los pacientes son parte integral de la atención de enfermería de las personas con demencia. La carga física, emocional y socioeconómica de atender a un familiar con deterioro cognitivo puede ser inmensa. No debe suponerse que los familiares comprenden las técnicas básicas para los cuidados. El personal de enfermería debe revisar las técnicas básicas de cuidados específicos, como las relativas a la movilización, el baño y el manejo de conductas inapropiadas. El personal de enfermería también ayuda a preparar a los familiares para los sentimientos de culpa, frustración, ira, depresión y otros que a menudo acompañan esta responsabilidad. Suele ser conveniente ayudar a las familias a planear los descansos, establecer redes con grupos de apoyo y obtener asesoramiento. En muchos países hay asociaciones de la enfermedad de Alzheimer a las cuales derivar a las familias (*véase* la sección de *Recursos*).



CONCEPTO CLAVE

No debe suponerse que los familiares dominan las técnicas de alimentación, baño, movilización y otras habilidades de cuidados básicos.

En el plan de atención de enfermería 30-1 se describe un plan de atención para una persona con la enfermedad de Alzheimer.

Resumen del capítulo

Cualquier factor que altere la homeostasis corporal y deteriore la circulación cerebral puede causar delirium. Pueden presentarse cambios cognitivos y perceptivos, así como alteraciones en el nivel de consciencia. Debido a que hay un riesgo de que los signos de delirium que presentan los adultos mayores se confundan con demencia, son importantes la valoración de enfermería aguda y el apoyo para estas personas con el propósito de corregir la causa subyacente y recuperar la cognición normal.

El riesgo de desarrollar demencia se incrementa con la edad. La enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia con mayor prevalencia; otras formas de este

padecimiento son demencia vascular, demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y enfermedad de Alzheimer hipocámpica moderada. La encefalopatía de Wernicke, la enfermedad de Parkinson, el sida, el traumatismo y las toxinas también son causantes de un pequeño número de casos. Es esencial la valoración regular del estado de las personas con demencia porque las necesidades de atención cambian. Asimismo, puesto que la habilidad de estos individuos para describir y expresar sus síntomas de forma precisa se puede deteriorar conforme avanza la enfermedad, la observación y la atención cuidadosa de sus necesidades físicas son medidas importantes de enfermería. Garantizar la constancia en los cuidadores ayuda a identificar expresiones y signos específicos que pueden comunicar necesidades y problemas de las personas con demencia.

CASO A CONSIDERAR



Un miembro del personal de enfermería domiciliaria hace una visita inicial para evaluar al Sr. S., de 69 años de edad, con enfermedad de Alzheimer, y ayudar a su esposa a diseñar planes de atención eficaces. El Sr. S. fue diagnosticado hace casi 1 año como resultado de una evaluación iniciada por la universidad donde daba clases. Fuentes de la universidad mencionaron que el Sr. S. se comportaba de manera inapropiada: entraba a las clases de otros profesores y comenzaba su lección, olvidaba acudir a sus propias clases y reuniones, no se bañaba ni cambiaba su vestimenta en días, se dirigía a sus alumnos de manera incoherente y pedía a sus colegas ayuda para operar equipo de oficina que él había utilizado durante años sin problema.

Después de observar que el estado del Sr. S. empeoraba de manera progresiva con el tiempo, el decano de la universidad llamó por teléfono a la Sra. S. para discutir la situación. Ella afirma que se percató de que su marido actuaba de manera anómala (olvidaba nombres y citas, emitía cheques sin fondos, discutía sin razón, hacía comentarios poco amables a los amigos y confundía los días de trabajo y descanso), pero pensó que podría relacionarse con el envejecimiento y el estrés laboral. Cuando el decano habló con ella, la Sra. S. se dio cuenta de que podía haber un problema grave y acompañó a su esposo para una evaluación, cuyo resultado fue el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer.

El Sr. S. se retiró de inmediato de la universidad y ha permanecido con su esposa 24 h al día desde entonces. La Sra. S. no observó más síntomas hasta el mes pasado, cuando llamó al médico en repetidas ocasiones para comentar los nuevos problemas de incontinencia, dificultades para comer y deambulación. Estos nuevos problemas han devastado a la Sra. S.; está fatigada y manifiesta que come y duerme mal. Afirma de manera enfática: “nunca consideraré recluir a mi marido en un centro de atención”, y dice que lo cuidará en casa aunque sus acciones terminen en la muerte.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué necesidades tienen el Sr. y la Sra. S. en este momento?
- ¿Qué recursos podrían ayudar a la Sra. S. a afrontar las demandas de cuidado de su esposo?

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 30-1

EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Diagnóstico de enfermería. Deficiencia del autocuidado de alimentación relacionado con deterioro cognitivo.

Objetivos

El paciente mantiene su peso dentro del intervalo ideal; no presenta signos de

Intervención de enfermería

- Pesar al paciente para establecer el peso de

malnutrición.

referencia y recomendar al cónyuge que lo pese cada semana e informe una pérdida de 2.5 kg o más.

- Revisar los alimentos que agradan y desagradan al paciente y su familia; ayudar a la familia a planificar comidas que incorporen las preferencias del paciente; consultar a un nutriólogo según la necesidad.
- Recomendar a los familiares que proporcionen bocadillos nutritivos, alimentos que puedan tomarse con las manos y alimentos blandos/purés.
- Desaconsejar que el paciente coma nueces, caramelos duros, maíz inflado u otros alimentos que pudieran broncoaspirarse con facilidad.
- Sugerir que el paciente coma en el mismo lugar (de preferencia un sitio con distracciones mínimas) y a la misma hora todos los días.
- Instruir a la familia para que guíe al paciente durante las comidas colocando el utensilio apropiado en su mano, ofreciendo instrucciones una a la vez y elogiando los buenos hábitos para comer.
- Consultar con la familia la posibilidad de solicitar un servicio de comidas de la comunidad, como comidas a domicilio o alguno similar.

Diagnóstico de enfermería. Deficiencia del autocuidado de uso del inodoro e incontinencia total relacionada con trastorno cognitivo.

Objetivos

El paciente establece una rutina de uso del inodoro para prevenir la incontinencia (si es posible); está libre de complicaciones relacionadas con la incontinencia.

Intervención de enfermería

- Valorar el patrón de micción e intentar determinar si la incontinencia se debe a trastorno cognitivo u otro problema; derivar a valoración si está indicado.
- Ayudar a la familia a identificar el lapso entre las micciones y diseñar un plan para que el paciente use el inodoro media hora antes de la hora prevista de la micción.
- Verificar el fácil acceso al baño; hacer los arreglos para obtener una silla con cómodo si es necesario.
- Reforzar la técnica correcta de limpieza y el

cuidado de la piel para evitar la irritación.

- Sugerir vestimenta que el paciente pueda manipular con facilidad para realizar la eliminación; sustituir los botones y cremalleras de los pantalones con cierres de velcro.
- Proporcionar información sobre productos para la contención de orina y su disponibilidad en la comunidad.

Diagnóstico de enfermería. Riesgo de lesión por deambulación, juicio deficiente a causa de trastorno cognitivo.

Objetivos

El paciente está libre de lesión.

Intervención de enfermería

- Inspeccionar la casa con la familia en busca de peligros potenciales para la seguridad del paciente y hacer las recomendaciones apropiadas.
- Verificar que la casa esté equipada con alarma contra humo y extintor de incendios.
- Recomendar medidas preventivas, como almacenar bajo llave sustancias químicas, fármacos y otras sustancias potencialmente peligrosas, fijar la temperatura máxima del agua caliente a menos de 50 °C, colocar alarmas en las puertas para advertir si el paciente sale de casa, mantener el entorno bien iluminado y libre de obstáculos, cubrir los tomacorrientes, cerrar y fijar las ventanas y tener una llave de repuesto con algún vecino. Ayudar a ubicar distribuidores de equipo de seguridad.
- Instruir a los familiares sobre el método de administrar medicamentos al paciente.
- Verificar que el paciente use calzado estable y vestimenta segura.
- Aconsejar a la familia que tenga a la mano una fotografía reciente de la persona en caso de que se pierda y deba ser localizada por individuos que no la conozcan.
- Indicar cómo obtener un brazalete de identificación para el paciente.

Diagnóstico de enfermería. Alteración del patrón de sueño relacionada con demencia.

Objetivos

El paciente duerme 5-7 h cada noche; hace una siesta en el día; está libre de

Intervención de enfermería

- Recomendar a los familiares que lleven un

fatiga, insomnio y otras alteraciones de sueño/descanso.

registro de los períodos de sueño y siesta del paciente para valorar los patrones.

- aconsejar a la familia que se apegue a una rutina constante y simple para dormir; procurar iluminación tenue y música, pues facilitan el sueño; evitar que el paciente duerma en exceso en el día; alentar el ejercicio temprano por la tarde.

Diagnóstico de enfermería. Deterioro de la comunicación verbal relacionado con enfermedad de Alzheimer.

Objetivos

El paciente está orientado en persona, lugar y tiempo (al máximo grado posible); comunica sus necesidades de manera eficaz.

Intervención de enfermería

- Instruir a la familia sobre técnicas de comunicación útiles, tales como:
 - Comunicarse de manera tranquila y relajada.
 - Abordar al paciente desde el frente y lograr su atención antes de hablar.
 - Emplear lenguaje básico.
 - Dar una instrucción o hacer un comentario a la vez.
 - Evitar sobreestimar o sobrecargar al paciente.
 - Proporcionar todo el tiempo necesario para que el paciente responda.
 - Identificar las palabras que utiliza el paciente para describir necesidades u objetos.
 - Usar distracciones cuando el paciente se altere.
- Alentar a la familia para que mantenga al paciente orientado y coloque relojes y calendarios en las habitaciones que él utiliza.
- Ayudar a los familiares a identificar y evitar aspectos del entorno que promuevan percepciones erróneas, como sombras proyectadas por determinadas luces y radios que suenan en habitaciones vacías.

Diagnóstico de enfermería. Deterioro de los procesos familiares y afrontamiento familiar ineficaz relacionados con alteración de roles y funciones del paciente y las demandas de la atención.

Objetivos

La familia está libre de efectos adversos de la enfermedad del paciente; desarrolla maneras eficaces de afrontar el padecimiento del paciente.

Intervención de enfermería

- Valorar las reacciones de la familia a la enfermedad del paciente y el efecto sobre los roles y las funciones; identificar riesgos y necesidades de los familiares.

- Comentar con la familia las realidades de la enfermedad y el pronóstico para el paciente.
- Identificar otros recursos de la familia o los allegados que puedan ofrecer apoyo y asistencia al familiar cuidador.
- Derivar a la familia a organismos locales de enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados, servicios de orientación y otros servicios de apoyo.
- Auxiliar para encontrar ayuda de atención de relevo; recomendar un programa de atención diurna para el paciente.
- Comentar el posible ingreso en una residencia para adultos mayores, escuchar las preocupaciones de la familia, aclarar ideas falsas y presentar datos.
- Ayudar a la familia a identificar sus propias necesidades y diseñar planes para sus vidas conforme se deteriore el estado del paciente.
- Permitir y alentar la expresión de sentimientos; ofrecer apoyo.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Pericia. Una comparación de esposas e hijas que cuidan a una persona con demencia

Fuente: Simpson, C. y Carter, P. (2013). Journal of Holistic Nursing, 31(4), 113–120.

La mayor parte de la atención informal para personas con demencia la proporcionan sus esposas o hijas. Las personas que cuidan registran altos niveles de depresión y estrés relacionados con las demandas de ayudar en las actividades de la vida cotidiana y las conductas problemáticas de la persona con demencia. Los autores determinaron que para desarrollar intervenciones eficaces con el fin de ayudar a estas personas, se requiere más investigación para adquirir conocimiento acerca del dominio del rol desempeñado.

Se identificaron dos tipos de dominio. El *control global* es el sentido de control que alguien siente sobre la vida de otro. Se ha demostrado que ayuda con el manejo de los efectos negativos del estrés y se relaciona con niveles bajos de resultados negativos por parte de las personas que cuidan. La *pericia del cuidado* se refiere a la competencia que alguien siente en la función de brindar cuidado. El propósito del estudio fue identificar si alguno de los dos dominios disminuye los efectos del estrés

y los síntomas depresivos en hijas y esposas que cuidan a personas con demencia y si existen diferencias entre los dos grupos.

Se emplearon diversas escalas para calcular los dominios y los síntomas depresivos de hijas y esposas cuidadoras. Los hallazgos demostraron lo siguiente:

- A las esposas les parecía difícil identificarse como cuidadoras porque percibían esta función como parte de su responsabilidad marital.
- Había una relación entre la gravedad de la demencia y los síntomas depresivos de las esposas.
- Tanto para las esposas como para las hijas, no se relacionaban de manera significativa ni las horas por semana ni los roles con el estrés o los síntomas depresivos.
- Ambos grupos experimentaron niveles similares de estrés; la pericia del cuidado disminuyó el estrés.
- Para las hijas, el control global se relacionó más con el estrés y los síntomas depresivos que la pericia del cuidado.
- Las esposas experimentaron menos resultados de salud negativos cuando se incrementaron sus niveles de dominio.

Cuando se evalúa la carga del cuidador, el personal de enfermería debe reconocer las diferencias de las esposas y las hijas en cuanto a los dominios y el plan de intervenciones. Esta acción incluye esfuerzos para mejorar la pericia del cuidado para las esposas y apoyar a las hijas a medida que lidian con los roles que desempeñan junto con el cuidado.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Usted acepta un puesto en una gran residencia para adultos mayores que tiene una unidad de cuidados especiales para personas con demencia. En la unidad hay 25 residentes con demencia moderada y avanzada. Se percata de que esa unidad se ve como cualquier otra y durante el recorrido de presentación pregunta sobre los programas y las características que la hacen única. El personal contesta que el departamento de actividades trabaja con un grupo a las 14:00 todos los días y que eso previene la deambulaci3n fuera de la unidad; las puertas requieren que se teclee un c3digo especial para permitir la salida.

Al cabo de unos d3as, determina que en realidad no hay nada de especial en la unidad. Los residentes pasan la mayor parte de los d3as sentados en el vest3bulo o el comedor, y el personal en el control de enfermer3a. Usted menciona a su supervisora que considera que pueden utilizarse algunas intervenciones y llevarse a cabo algunos cambios para mejorar la calidad de vida y los servicios para los residentes, y ella anima a presentar ideas.

¿Cu3ales son los cambios en el entorno y de programaci3n que apoyan una atenci3n eficaz de los residentes con demencia en esta unidad? ¿C3mo se pueden implementar?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Describa las situaciones que un paciente mayor experimenta durante una hospitalización para cirugía y que le causan delirium.
2. Discuta el impacto del diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en el cónyuge, los hijos adultos y los nietos del adulto mayor.
3. ¿De qué maneras una persona manifiesta negación de los signos de demencia de su cónyuge? ¿Qué conductas del cónyuge sano demoran el diagnóstico del paciente?
4. ¿A qué riesgos se enfrenta un adulto mayor con demencia leve que vive solo en la comunidad?

Recursos

Alzheimer's Association

<http://www.alz.org>

National Institute on Aging, Alzheimer's Disease Education and Referral Center

<http://www.nia.nih.gov/alzheimers>

Referencias

- Alzheimer's Association (2015). *Alzheimer's disease: Causes and risk factors*. Acceso el 15 de abril de 2015 en: http://www.alz.org/alzheimers_disease_causes_risk_factors.asp
- Auer, S., & Reisberg, B. (1997). The GDS/FAST staging system. *International Psychogeriatrics*, 9(Suppl. 1), 167–171.
- Barron, A. M., & Pike, C. J. (2012). Sex hormones, aging, and Alzheimer's disease. *Frontiers in Bioscience Online*. Acceso el 16 de abril de 2015 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3511049/>
- Derogatis, R. S., Lipma, K., Rickels, E. H., Uhlenbath, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins symptom checklist: A measure of primary symptom dimensions. *Pharmacopsychiatry*, 7, 79.
- Dos Santos-Neto, L. L., de Vilhena Toledo, M.A., Medeiros-Souza, P., & de Souza, G. A. (2006). The use of herbal medicine in Alzheimer's disease—A systematic review. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, 3(4), 441–445.
- Fishback, D. B. (1977). Mental status questionnaire for organic brain syndrome, with a new visual counting test. *Journal of the American Geriatric Society*, 25, 167.
- Folstein, M. F., Folstein, S., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London, UK: Oxford University Press.
- Murray, M., Duara, R., Liesinger, A., Ross, O., Petersen, R. et al. (2014). Focal cortical patterns in hippocampal sparing AD reveal significant clinical differences. Acceso el 14 de abril de 2015 en: http://www.neurology.org/content/82/10_Supplement/S48.001
- National Institute on Aging. (2015). *Alzheimer's disease progress report*. Acceso el 15 de abril de 2015 en: <http://www.nia.nih.gov/alzheimers/publication/2011-2012-alzheimers-disease-progress-report/introduction>
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 23(10), 433.
- Rassamy, C., Longpre, F., & Christen, Y. (2007). Ginkgo biloba extract (EGb 761) in Alzheimer's disease: Is there any evidence? *Current Alzheimer Research*, 4(3), 253–262.
- Reisberg, B. (2005). *Global Deterioration Scale*. Acceso el 15 de abril de 2015 en: <http://geriatrictoolkit.missouri.edu/cog/Global-Deterioration-Scale.pdf>
- Université Laval. (2013). Major step toward an Alzheimer's vaccine. *Science Daily*, 15 January 2013. Acceso el 15 de abril de 2015 en: www.sciencedaily.com/releases/2013/01/130115143852.htm
- University of Maryland Medical Center. (2013). Ginkgo biloba. Acceso el 1 de abril de 2015 en: <http://umm.edu/health/medical/altmed/herb/ginkgo-biloba>

Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Vivir en armonía con las enfermedades crónicas

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Enfermedades crónicas en los adultos mayores

Objetivos de la atención crónica

Valoración de las necesidades de la atención crónica

Maximizar los beneficios de la atención crónica

- Elegir a un médico adecuado
- Emplear a un asesor de atención crónica
- Aumentar el conocimiento
- Ubicar un grupo de apoyo
- Decidir inteligentemente sobre el estilo de vida
- Utilizar tratamientos complementarios y alternativos

Factores que afectan la atención crónica

- Mecanismos de defensa e implicaciones
- Factores psicosociales
- Efectos de la atención continua sobre la familia
- Necesidad de ingreso a un centro de atención

Atención crónica. Un desafío de enfermería

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Comentar el alcance de las enfermedades crónicas en la población mayor.
2. Distinguir entre alivio y curación.
3. Enumerar los objetivos de la atención crónica.
4. Diseñar los elementos de la valoración de necesidades de atención de los adultos mayores con enfermedades crónicas.
5. Mencionar métodos para maximizar los beneficios de los tratamientos convencionales para adultos

mayores con enfermedades crónicas.

6. Identificar los tratamientos alternativos que podrían beneficiar a las personas con enfermedades crónicas.
7. Comentar factores que afectan el curso de la atención de adultos mayores con enfermedades crónicas.

GLOSARIO

Enfermedad crónica: disfunción o patología de largo plazo.

Mecanismos de defensa: estrategias empleadas para afrontar una situación difícil o estresante.

Sanación: movilización de cuerpo, mente y espíritu para controlar los síntomas, promover una sensación de bienestar y alcanzar la máxima calidad de vida posible.

La enfermedad no es una situación fácil de aceptar. Incluso un resfriado común altera la vida y causa malestar, irritabilidad y falta de motivación para trabajar y divertirse. Cuando una persona se enferma, las actividades básicas de la vida cotidiana pueden convertirse en un fastidio; el aspecto personal puede ser la última de las preocupaciones y es posible que la vida pase a girar en torno a medicamentos, tratamientos y visitas al médico para lograr que el sujeto se sienta mejor. Por fortuna, para la mayoría de las personas, la enfermedad es un acontecimiento poco frecuente y temporal; uno se recupera y vuelve a la vida de siempre.

Sin embargo, las **enfermedades crónicas** acompañarán a la persona durante el resto de su vida. Cuando se presentan, cada aspecto de la vida del individuo puede verse afectado. Debido a que las enfermedades crónicas tienen alta prevalencia en la población mayor, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica con frecuencia debe ayudar a los pacientes a enfrentar las demandas que imponen estas afecciones. Es importante que el personal de enfermería comprenda los desafíos y las metas peculiares de los pacientes que viven con enfermedades crónicas. El éxito con el que se traten las enfermedades marca la diferencia entre un estilo de vida satisfactorio, en el cual el control de la enfermedad sólo es una parte de la rutina, y una vida completamente controlada por las demandas de la enfermedad.



CONCEPTO CLAVE

La manera en la que se trate una enfermedad crónica puede establecer la diferencia entre una vida satisfactoria de alta calidad y otra en la cual la persona es prisionera de una enfermedad.

ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS ADULTOS MAYORES

La tecnología médica ha ayudado a numerosos pacientes a sobrevivir a enfermedades que antes causaban la muerte; cada vez más personas están llegando a edades longevas en las que la incidencia de enfermedades crónicas es mayor. Por lo tanto, no debe causar sorpresa que más del 80% de los adultos mayores sufran al menos una enfermedad crónica. Se presenta un importante aumento de la frecuencia de casi todas las enfermedades crónicas con la edad ([cuadro 31-1](#)), y la mayoría de los adultos mayores padecen tres o más ([American Geriatrics Society Expert Panel on the Care](#)

of Older Adults with Multimorbidity, 2012). Este dato es muy importante, en especial si se considera el efecto de estas enfermedades sobre el adulto mayor afectado. Los posibles diagnósticos de enfermería relacionados con estos padecimientos crónicos (tabla 31-1) enfatizan la alteración del bienestar físico, emocional y social.

CUADRO 31-1 Enfermedades crónicas frecuentes

Alrededor de la mitad de los adultos mayores sufren artritis.
Más de un tercio de los adultos mayores padecen hipertensión.
Casi un tercio de los adultos mayores tienen deterioro auditivo.
Más de un cuarto de los adultos mayores presentan cardiopatía.
Más de un octavo de los adultos mayores padecen deterioro visual.
Casi un octavo de los adultos mayores muestran una deformidad o un deterioro ortopédico.
Casi el 10% de los adultos mayores padecen diabetes.
Casi 1 de cada 12 adultos mayores está afectado por hemorroides y venas varicosas.



CONCEPTO CLAVE

La mayoría de las enfermedades crónicas frecuentes en los adultos mayores afectan significativamente la calidad de la vida cotidiana.

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN CRÓNICA

La mayoría de los profesionales de la salud fueron educados para la atención de enfermedades agudas, donde las actividades de atención se centran en el diagnóstico, el tratamiento y la curación de la enfermedad. Dentro de este modelo, las intervenciones de enfermería se basan en acciones que curan a los pacientes y el éxito tiende a juzgarse con base en la rapidez y la totalidad con la que se recuperan los pacientes. Las enfermedades crónicas plantean una situación completamente diferente. Debido a que las enfermedades crónicas no pueden curarse, es inapropiado encaminar las actividades de atención hacia la curación. En lugar de ello, la sanación adquiere la máxima importancia.

La **sanación** implica la movilización de cuerpo, mente y espíritu para controlar los síntomas, promover una sensación de bienestar y mejorar la calidad de vida. La persona con una enfermedad crónica puede aprender a vivir de manera eficaz con la enfermedad y lograr paz interior y armonía mediante el reconocimiento de estar definida por algo más que el cuerpo físico. El personal de enfermería tiene un objetivo dentro de la sanación al facilitar el proceso y guiar a los individuos con enfermedades crónicas a alcanzar el máximo potencial y calidad de vida posibles. En lugar de administrar cuidados y tratamientos, el personal de enfermería estimula las capacidades de autosanación de los pacientes al crear un entorno humano y físico terapéutico, educar, empoderar, reforzar, afirmar y validar, además de eliminar barreras para el autocuidado y la autoconsciencia.

TABLA 31-1

Posibles diagnósticos de enfermería relacionados con los 12 problemas crónicos principales en el adulto mayor

Diagnóstico de enfermería*												
Intolerancia a la actividad	✓	✓		✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓
Ansiedad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Estreñimiento									✓		✓	
Disminución del gasto cardíaco												
Deterioro de la comunicación verbal			✓									
Afrontamiento ineficaz	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Afrontamiento familiar ineficaz	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓
Discapacidad												
Deterioro de los procesos familiares	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Temor	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Deficiencia del volumen de líquidos								✓				
Exceso del volumen de líquidos					✓							
Duelo anticipado												
Alteración del mantenimiento de la salud	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Deterioro del mantenimiento del hogar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Riesgo de infección				✓		✓			✓	✓	✓	✓
Riesgo de lesión	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓
Conocimiento deficiente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Movilidad física deficiente	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Incumplimiento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a la necesaria	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Desequilibrio nutricional: ingesta superior a la necesaria	✓	✓		✓	✓					✓		
Deterioro de la mucosa bucal										✓		
Dolor	✓	✓		✓		✓		✓	✓		✓	✓
Impotencia	✓		✓	✓	✓		✓	✓				
Patrón respiratorio ineficaz				✓		✓		✓				
Deficiencia del autocuidado. Baño/ aliño/uso del inodoro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Alteración de la imagen corporal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
Trastorno de la percepción sensorial	✓		✓				✓	✓				
Disfunción sexual	✓	✓		✓				✓		✓		
Deterioro de la integridad cutánea				✓				✓		✓	✓	✓
Trastorno del patrón de sueño	✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓
Deterioro de la interacción social	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		
Aislamiento social	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓				
Estrés espiritual												
Alteración de los procesos del pensamiento		✓	✓	✓			✓			✓		
Perfusión tisular ineficaz				✓								
Alteración de los patrones de eliminación urinaria				✓						✓		

*Adaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

 **CONCEPTO CLAVE**

La sanación implica la movilización de cuerpo, mente y espíritu para controlar los síntomas, promover una sensación de bienestar y mejorar la calidad de vida.

Debido a que los pacientes no pueden deshacerse de su enfermedad, las medidas de atención se concentran en ayudarlos a vivir de manera eficaz en armonía con el padecimiento, más que curarlo. Los profesionales de la salud que miden el éxito con base en el número de pacientes que se recuperan se sienten frustrados y decepcionados cuando trabajan con personas que padecen enfermedades crónicas; deben reorientarse a un nuevo conjunto de objetivos de atención (cuadro 31-2). Los siguientes son objetivos apropiados para la atención de enfermos crónicos:

- *Mantener o mejorar la capacidad de autocuidado.* Las enfermedades crónicas a menudo imponen demandas adicionales a las personas. Tal vez sea necesario hacer dietas especiales, modificar las actividades, administrar medicamentos, realizar tratamientos o aprender a usar dispositivos o equipos auxiliares. Suele ser necesario que el personal de enfermería ayude a los pacientes a incrementar sus capacidades para cubrir esas necesidades. Las acciones encaminadas a esta meta incluyen educar acerca de la enfermedad y su tratamiento, estabilizar y mejorar el estado de salud, promover el interés y la motivación para el autocuidado, usar dispositivos auxiliares y ofrecer ayuda periódica con los cuidados.
- *Tratar la enfermedad de manera eficaz.* Es necesario que los individuos tengan conocimientos de su enfermedad y la atención que implica. Tal vez se requiera el dominio de alguna técnica, como las de inyección de medicamentos, cambio de apósitos o colocación de prótesis. Sin embargo, es esencial la motivación para recurrir a conocimientos y habilidades encaminadas al autocuidado eficaz, por lo que evaluar factores motivacionales y planear y ejecutar estrategias para favorecer la motivación son aspectos cruciales.
- *Reforzar las capacidades de sanación del organismo.* Con frecuencia se subestima el tremendo potencial del organismo para combatir la enfermedad y aliviarse de manera natural. Ayudar a los pacientes a movilizar recursos propios es una función de enfermería importante. El afrontamiento del estrés, la imaginación guiada, el ejercicio, los nutrientes que mejoran la inmunidad y la biorretroalimentación se reconocen entre las estrategias que pueden promover la autosanación.

CUADRO 31-2 Atención crónica (objetivos)

Mantener o mejorar la capacidad de autocuidado.
Tratar la enfermedad de manera eficaz.
Reforzar las capacidades de alivio del organismo.
Prevenir complicaciones.
Retrasar el deterioro y la degeneración.
Alcanzar la máxima calidad de vida posible.
Morir con confort y dignidad.

- *Prevenir las complicaciones.* Las enfermedades crónicas y los tratamientos convencionales para tratarlas pueden incrementar el riesgo de infecciones, lesiones y otras complicaciones. Los riesgos potenciales deben identificarse y prevenirse de modo activo, reconociendo que pueden modificarse con el paso del tiempo. Es

necesario prevenir las complicaciones porque debilitan la capacidad de autocuidado, incrementan la discapacidad y aceleran el deterioro. Que un paciente con diabetes tenga una vida activa o pierda la vista o un miembro depende en gran medida del grado en el que se sigan los planes de tratamiento y se eviten las complicaciones de forma activa.

- *Retrasar el deterioro y la degeneración.* Por su naturaleza, las enfermedades crónicas a menudo empeoran de manera progresiva. Por ejemplo, una persona con enfermedad de Alzheimer sufre deterioro progresivo de su estado incluso si se proporciona una atención muy eficaz. Sin embargo, las prácticas preventivas pueden influir para que el individuo conserve la deambulaci3n o est3 postrado en cama al cabo de un tiempo. Debe hacerse un esfuerzo consciente por reforzar la importancia de las medidas de atenci3n preventiva e identificar problemas en una etapa temprana.
- *Alcanzar la m3xima calidad de vida posible.* Sentarse en la cama conectado a un tanque de ox3geno puede mantener el funcionamiento del cuerpo, pero ofrece escaso est3mulo a la mente y el esp3ritu. Debe considerarse ayudar a los pacientes a participar en actividades que ofrecen placer, est3mulo y recompensa. El personal de enfermer3a debe valorar el grado en el que se satisfacen las necesidades de recreaci3n, sociales, espirituales, emocionales, sexuales y familiares, y brindar ayuda para satisfacerlas (p. ej., presentar nuevas aficiones, asesoramiento sobre posiciones alternas para el coito, conseguir transporte en veh3culos especialmente equipados y hacer los arreglos para que un cl3rigo visite al paciente en casa). Es necesario promover un autoconcepto positivo. Asimismo, los profesionales de la salud deben evaluar de manera peri3dica el grado en el que el tratamiento de la enfermedad promueve o impide un estilo de vida satisfactorio.
- *Morir con confort y dignidad.* A medida que el estado de salud disminuye y los pacientes enfrentan sus 3ltimos d3as de vida, necesitan cada vez m3s apoyo f3sico y psicosocial. El alivio del dolor, la conservaci3n de energ3a, las medidas de confort y la ayuda para satisfacer las necesidades b3sicas se tornan aspectos decisivos. El personal de enfermer3a tambi3n debe ser sensible a la importancia de escuchar a las personas en proceso de muerte y hablar con ellas, anticipar sus necesidades, asegurar el apoyo espiritual y, lo que es m3s importante, transmitir la seguridad de que cuentan con el apoyo del personal de enfermer3a durante todo este peri3do.

El 3xito y logro de las metas de la atenci3n de las personas con enfermedades cr3nicas deben medirse de forma distinta de como se hace para la atenci3n de enfermedades agudas. El deterioro de un paciente desde ser ambulatorio hasta quedar postrado en silla de ruedas puede considerarse un 3xito si, sin intervenci3n de enfermer3a, ese paciente hubiera avanzado hasta la postraci3n en cama o la muerte. De modo similar, una muerte confortable en los aspectos f3sico y emocional que deja recuerdos positivos en la familia del paciente puede ser un logro significativo. Estos determinantes de 3xito son distintos de los que se espera en las enfermedades agudas, pero no menos importantes.



CONCEPTO CLAVE

El éxito en la atención de las enfermedades crónicas se mide de manera distinta de como se hace para la atención de casos agudos.

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LA ATENCIÓN CRÓNICA

Las capacidades de autocuidado varían en grado considerable entre las personas con enfermedades crónicas. La capacidad de autocuidado también cambia en diferentes momentos en el transcurso de la enfermedad. Por lo tanto, es necesario valorar de modo perspicaz y ofrecer seguridades al paciente. El personal de enfermería debe revisar la capacidad del individuo para cubrir cada uno de los requisitos para la salud y para satisfacer las demandas impuestas por la enfermedad (p. ej., administración de medicamentos, vestido y ejercicios especiales). A partir de ello, el personal de enfermería puede determinar las deficiencias para la satisfacción de necesidades de atención.

La mayoría de las personas con enfermedades crónicas tratan sus afecciones en un entorno comunitario, a menudo con apoyo o participación familiar; por lo tanto, en la valoración debe considerarse no sólo la capacidad del sujeto para cubrir las demandas de atención, sino también la capacidad de la familia para ayudar y afrontar su provisión. Por ejemplo, un hombre con diabetes y artritis grave en las manos tal vez no sea capaz de manipular una jeringa para inyectarse insulina, pero quizá su esposa sí pueda hacerlo; de esta forma, el paciente no tiene una deficiencia en esa área. De modo similar, una persona con enfermedad de Alzheimer puede ser incapaz de protegerse sola de los peligros para su seguridad, pero si vive con una hermana que supervisa sus actividades, este paciente no tendrá una deficiencia en su capacidad para protegerse. Dentro de este ámbito de trabajo, *la familia es el paciente* y deben evaluarse las capacidades y limitaciones de la unidad familiar en su conjunto. Es necesario recordar que la familia no se limita a los parientes, sino que puede incluir a una variedad de allegados.

Sin embargo, el personal de enfermería no puede suponer que la presencia de los miembros de la familia garantiza la compensación de las deficiencias de atención del paciente. En ocasiones los cuidadores no cuentan con las capacidades físicas, mentales o emocionales para satisfacer las necesidades de atención del paciente. Por ejemplo, la hija del paciente que funge como cuidadora puede ser a su vez un adulto mayor frágil. De modo similar, tal vez la familia no desee suministrar atención porque altera su estilo de vida o sentimientos hacia el paciente. Estos factores deben considerarse antes de delegar a los familiares la atención.

Una vez identificadas, las necesidades de atención deben revisarse con el paciente y los familiares. Este proceso no sólo ayuda a validar la información, sino que además promueve la comprensión de todas las partes implicadas acerca de cuáles son las necesidades de atención reales. Deben identificarse de manera conjunta los métodos para satisfacer esas necesidades (p. ej., la hija ayudará con el baño, el hijo proporcionará transporte a la clínica para las visitas mensuales, la nuera llamará dos

veces al día para recordar al paciente que tome los medicamentos). El personal de enfermería debe informar a la familia sobre los servicios disponibles en la comunidad para complementar sus esfuerzos. En concordancia con la ética y el beneficio de la familia, en esta discusión han de incluirse los costes y limitaciones de los servicios comunitarios.

Parte de la valoración continua debe incluir el efecto de la enfermedad crónica sobre toda la vida del adulto mayor. Padecer una enfermedad crónica causa que el paciente se sienta diferente a otros e inseguro, por ejemplo, cuando una persona con diabetes no puede comer muchos de los alimentos servidos en una comida familiar y debe retirarse para revisar su glucosa e inyectarse insulina. De la misma manera, la tos crónica, que podría ser molesta para los demás, o la posibilidad de que una bolsa de colostomía gotee desalientan la participación social. El aislamiento social puede deberse a que la persona no quiere causar un inconveniente o llamar la atención de otros o a que los demás la excluyan de las actividades a causa de los síntomas o las actividades de atención. También pueden surgir sentimientos de ser diferente o impotencia. A pesar de que esta enfermedad puede tratarse de forma eficaz, es posible que la calidad de vida del adulto mayor sufra por las demandas y el estigma relacionados con la enfermedad. Estos aspectos deben revisarse y abordarse durante las valoraciones.



Alerta sobre el dominio de conceptos

La enfermedad crónica puede afectar cualquier aspecto de la vida, lo que representa un gran cambio para los adultos mayores. La forma en la que se trata la enfermedad crónica es la diferencia entre una vida satisfactoria y una vida controlada por la enfermedad.



CONCEPTO CLAVE

El paciente y los familiares cuidadores deben validar los objetivos y las prioridades del plan de atención.

Las necesidades de atención identificadas dirigen las metas y los planes de cuidados. Fijar metas es importante para ayudar a los pacientes y las familias a comprender la tendencia realista de la enfermedad. Por ejemplo, un objetivo a largo plazo de restablecer la deambulaci3n genera una actitud diferente que un objetivo de prevenir complicaciones a medida que se deteriora el funcionamiento. La aceptaci3n de los objetivos a largo plazo suele requerir que tambi3n se acepten las realidades de la enfermedad, lo cual no es una tarea f3cil para los pacientes y sus familias. En general, se requiere tiempo y considerable apoyo del personal de enfermer3a para que los familiares comprendan que el estado f3sico o mental del paciente disminuye con el tiempo. Ello no significa que debe destruirse la esperanza, sino que debe templarse con una percepci3n realista de lo que el futuro puede traer. Las metas a corto plazo constituyen una manera de evaluar los esfuerzos actuales y sirven como puntos de referencia en la atenci3n; estas metas pueden fijarse de manera diaria, semanal o mensual seg3n la situaci3n.



COMUNICACIÓN

Los planes de atención por escrito resultan de beneficio para los pacientes y sus familias. Tener los planes por escrito evita discrepancias entre las percepciones y la realidad, e impide que se olviden instrucciones y asegura que todos quienes participan en la atención del paciente tengan la misma comprensión. Se ofrece un plan e instrucciones relacionadas por escrito en un lenguaje y nivel apropiados para el paciente y la familia implicada. Es conveniente que el cuidador o la persona que brinda apoyo al paciente esté presente cuando se discuta el plan de atención para que todos los individuos puedan ayudar al paciente a comprender el plan recomendado. Esta charla también puede ayudar a validar la capacidad para seguir el plan.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cómo cambiaría su vida si descubriera que tiene una enfermedad crónica que empeorará de manera progresiva? ¿Qué haría de manera diferente? ¿De dónde y de quién obtendría apoyo emocional y espiritual?

MAXIMIZAR LOS BENEFICIOS DE LA ATENCIÓN CRÓNICA

Con los mismos diagnósticos y necesidades de atención, un individuo puede seguir siendo un miembro activo de la sociedad y disfrutar de una buena calidad de vida, mientras que otro quizá se convierta en un prisionero de la enfermedad recluido en casa. La diferencia depende del modo en que la persona aborda y realiza las actividades de atención.

Elegir a un médico adecuado

Debido a que las enfermedades crónicas exigen supervisión médica a largo plazo, la selección de un médico es un tema importante para el paciente. Se debe tener contacto con un especialista familiarizado con las prácticas más actuales relacionadas con la enfermedad. El personal de enfermería ayuda al paciente proporcionándole los nombres de especialistas para que éste los considere, junto con la información de los seguros aceptados por el proveedor. Además de contar con certificaciones y experiencia en el ámbito, el médico debe ser capaz de transmitir seguridad al paciente; una buena química entre ambos permite que el paciente haga preguntas con libertad, comente preocupaciones e informe sobre los problemas. Algunos factores que promueven una relación médico-paciente positiva son la accesibilidad del médico, el tiempo suficiente para visitas en el consultorio y las consultas telefónicas, un estilo de comunicación adecuado y apropiado para el paciente, el respeto por la participación de éste en la toma de decisiones, la consideración de las necesidades de la unidad familiar en su conjunto, la apertura a tratamientos complementarios y alternativos y una actitud de esperanza y optimismo.



CONCEPTO CLAVE

Además de la experiencia en el tratamiento de la enfermedad específica, el médico debe tener un estilo con el cual el paciente se sienta cómodo, pues la relación será a largo plazo.

Los pacientes tienen la responsabilidad de emplear de manera eficaz el tiempo del

profesional de la salud. Es posible indicar que se preparen para las visitas al consultorio escribiendo preguntas, síntomas y preocupaciones y llevando sus propios registros de pruebas de laboratorio, signos vitales y otros datos médicos importantes.

Emplear a un asesor de atención crónica

Cualquier persona que haya intentado seguir una dieta para reducir peso o un programa de ejercicio apreciará los beneficios de contar con un amigo con quién compartir la experiencia. De modo similar, la persona que debe afrontar ajustes en el estilo de vida todos los días por el resto de su vida se beneficia de un amigo o asesor que ofrezca apoyo y asistencia. El asesor de atención crónica puede ser un cónyuge, hijo, amigo o alguien con una afección similar que se preocupe y tenga contacto regular con el paciente (fig. 31-1); puede acompañarlo a las pruebas diagnósticas o las visitas de rutina al consultorio y vigilar de manera sistemática su estado. Asimismo, puede brindar retroalimentación y refuerzo positivo, además de escuchar cuando el paciente ha tenido un “desliz” en el esquema del tratamiento o experimentado una regresión (cuadro 31-3). Por último, el asesor puede ayudar al paciente a mantenerse actualizado sobre su enfermedad recortando artículos de revistas y compartiendo información obtenida de los medios. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica está en posición de ayudar y apoyar a las personas que funcionan como asesores de atención crónica de adultos mayores diseñando algunos de los pasos básicos de este proceso (cuadro 31-4).



CONCEPTO CLAVE

Un asesor de atención crónica brinda apoyo, motivación, refuerzo, ayuda y retroalimentación.



FIGURA 31-1 ● Un asesor de atención crónica, ya sea un amigo, cónyuge o alguien con una enfermedad

similar, tiene contacto regular con la persona mayor y brinda apoyo y asistencia.

Aumentar el conocimiento

Un paciente informado está bien provisto para tratar con éxito la enfermedad crónica y prevenir complicaciones. Además, el conocimiento ayuda a empoderar al paciente. Diversas organizaciones para prácticamente cada problema de salud ofrecen materiales educativos útiles, a menudo sin coste (*véanse* las secciones de *Recursos* a lo largo del libro). La mayoría de los periódicos tienen secciones fijas sobre salud que proporcionan información actualizada de enfermedades y sus tratamientos. Las bibliotecas locales no sólo poseen abundante información, sino que además ayudan a las personas en la búsqueda de la información. Asimismo, cada vez más personas usan Internet para obtener información nueva y compartir conocimientos (si los pacientes no tienen equipo de cómputo, a menudo pueden acceder a una en las bibliotecas públicas). El personal de enfermería debe alentar a los pacientes a obtener toda la información que puedan y llevar un archivo de su enfermedad.

Ubicar un grupo de apoyo

Los grupos de apoyo pueden ser importantes para las personas con enfermedades crónicas y ofrecen la oportunidad no sólo de obtener información valiosa, sino también de conocer las perspectivas de individuos que viven situaciones similares. Los pacientes suelen estar más dispuestos a hacer preguntas y expresar preocupaciones a sus homólogos que a los profesionales de la salud. La mayoría de los grupos de apoyo se localizan a través de Internet, directorios telefónicos locales o los servicios de información y referencia del organismo local para los adultos mayores; las sedes nacionales de los organismos también pueden canalizar a los pacientes a las oficinas locales.

Decidir inteligentemente sobre el estilo de vida

Los pacientes con alteraciones de salud de por vida necesitan comprometerse a tomar decisiones inteligentes sobre el estilo de vida a fin de maximizar su salud y calidad de vida, por ejemplo, cumplimiento del plan del tratamiento prescrito, prácticas alimentarias sensatas, ejercicio regular, afrontamiento del estrés, asertividad para satisfacer las necesidades, desarrollo de una actitud de alivio y mentalización para vivir de manera positiva con la enfermedad.

Utilizar tratamientos complementarios y alternativos

Cada vez más personas usan tratamientos complementarios y alternativos para la promoción de la salud y el tratamiento de enfermedades, y hay evidencia creciente de la eficacia de estas medidas. Estos tratamientos usan la capacidad del organismo para aliviarse por sí solo y ponen al paciente a cargo del proceso de alivio. En el [cuadro 31-5](#) se enumeran algunos de los tratamientos alternativos que pueden usarse para complementar los tratamientos convencionales. En algunos casos, los tratamientos complementarios y alternativos pueden sustituir tratamientos convencionales, por ejemplo, cuando un analgésico es reemplazado por acupuntura o imaginación guiada.

El hecho de que los tratamientos complementarios y alternativos no se hayan empleado antes de forma amplia en algunos países no significa que sean ineficaces; las personas de otros países han utilizado esas medidas con éxito durante siglos. Además, la escasez de investigación que apoye el uso de algunos de estos tratamientos no significa que carezcan de utilidad (debe considerarse que los investigadores tienen más oportunidades de obtener fondos para tratamientos convencionales bien conocidos que para alternativos menos familiares, las compañías farmacéuticas no invierten grandes cantidades de dinero en probar remedios de fitoterapia que no pueden patentar para su uso exclusivo y la mayoría de los investigadores médicos han sido educados en un sistema que perpetúa el uso de prácticas convencionales).

CUADRO 31-3 Funciones de un asesor de atención crónica

- Mantener contacto regular con el paciente.
- Informarse sobre la enfermedad crónica y las necesidades de atención implicadas; mantenerse actualizado sobre la información nueva y compartirla con el paciente; reunir información según la necesidad.
- Reforzar el plan de atención.
- Ayudar al paciente a establecer prioridades y organizar las actividades de atención.
- Ayudar al paciente a establecer metas diarias, semanales y mensuales.
- Recordar al paciente las citas y actividades.
- Reconocer las realidades de la enfermedad.
- Escuchar las preocupaciones y aceptar la reacción sin emitir juicios.
- Ofrecer retroalimentación.
- Utilizar el humor de manera terapéutica. Realizar actividades divertidas con el paciente.
- Ayudar al paciente a localizar y utilizar recursos.
- Replantear los problemas como oportunidades; retar al paciente a considerar cambios, nuevos abordajes.
- Observar cambios o signos que podrían indicar complicaciones o cambios en la enfermedad; alentar al paciente a consultar de manera inmediata al profesional de salud.
- Acompañar al paciente en las visitas al consultorio de los profesionales de servicios de salud según la necesidad.
- Reconocer los esfuerzos del paciente para el autocuidado y el cumplimiento, y ofrecer refuerzo positivo.
- Alentar al paciente a cumplir con las demandas de la atención. Servir como

fuente de inspiración y esperanza.

CUADRO 31-4 Pasos en el asesoramiento de la atención crónica (COACHING)

Contacto. Programar el contacto telefónico o cara a cara con regularidad para verificar el estado del paciente.

Observación. Estar atento a comentarios, estado de ánimo, lenguaje corporal, energía, estado general, presencia de síntomas y cumplimiento.

Afirmación. Reforzar el plan de atención y las acciones, reconocer los esfuerzos y los logros del paciente.

Clarificación. Hacer preguntas, validar observaciones, corregir ideas falsas, reforzar información.

Ayuda (Help). Ofrecer asistencia cuando la capacidad para suministrarse autocuidado esté disminuida; localizar y negociar recursos.

Inspiración. Alentar al paciente a cumplir con el plan de atención, construir sobre experiencias positivas y logros; ofrecer esperanza.

Promoción (Nurture). Proporcionar instrucción, información y apoyo.

Guía. Ayudar a establecer metas realistas, diseñar planes, fijar prioridades, buscar recursos y tomar decisiones.

Eliopoulos, C. (1997). Chronic care coaches: Helping people to help people. *Home Healthcare Nurse*, 15(3), 188.

Lo anterior no significa que no haya charlatanes ansiosos por aprovecharse de las personas con alguna enfermedad crónica. El personal de enfermería debe ayudar al paciente a identificar la validez de los tratamientos complementarios y alternativos y usar sólo prácticas sensatas y seguras. Debe alentarse a los pacientes a comentar estos tratamientos con sus médicos y otros profesionales de la salud (en algunas circunstancias, es necesario que los pacientes proporcionen bibliografía sobre estos tratamientos a sus médicos para informar acerca de estas prácticas). Lo ideal es que los pacientes sean capaces de utilizar lo mejor de los tratamientos complementarios y alternativos y las prácticas de salud convencionales.

CASO A CONSIDERAR



Usted hace una visita inicial para valorar a la Sra. Johns, de 86 años, quien es parte de un programa de atención del adulto mayor que proporciona visitas domiciliarias mensuales para dar seguimiento a personas con múltiples alteraciones de salud. La Sra. Johns tiene hipertensión, artrosis, EPOC, glaucoma y degeneración macular. Se autoadministra medicamentos por vía oral y gotas oftálmicas. Ella es viuda desde hace 10 años, vive sola, tiene un hijo que vive en otro estado y una hija que la visita cada semana para ayudarla a hacer las compras y las tareas del hogar. Todos los días habla por teléfono con varios amigos y sus dos hijos.

La Sra. Johns puede comunicarse de forma clara y dice que “se las arregla bien”; sin embargo, durante la visita domiciliar se da cuenta de que la Sra. Johns no se está tomando sus medicamentos como están prescritos y que se le acabaron sus antihipertensivos. Cuando pregunta acerca de los medicamentos que se acabaron, responde: “iba a pedirle a mi hija que me llevara a la farmacia, pero se me olvida. Ella está muy ocupada con sus hijos y no me gusta molestarla”. Cuando comenta sobre su siguiente cita con el médico, la Sra. Johns menciona que “lo había olvidado por completo”.

Al revisar sus actividades cotidianas habituales, nota que la Sra. Johns pasa la mayor parte del tiempo viendo televisión porque no tiene energía para hacer otras cosas. Asimismo, se percató de que su vestimenta está sucia y que desprende un olor que indica que no se ha bañado de forma adecuada durante

un tiempo.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cómo abordaría el tema con la Sra. Johns acerca de la necesidad de contar con ayuda adicional y qué tipo de ayuda podría considerarse?
- ¿Qué medidas podrían implementarse para ayudar a la Sra. Johns a organizar y recordar la administración de medicamentos y el calendario de citas?
- ¿Cómo podría abordar el tema sobre la posibilidad de aumentar la ayuda de la hija de la Sra. Johns?

CUADRO 31-5 Tratamientos complementarios y alternativos para personas con enfermedades crónicas

Acupresión	Tratamiento con masaje
Acupuntura	Meditación
Aromaterapia	Medicina naturista
Medicina ayurvédica	Suplementos nutricionales
Biorretroalimentación	Osteopatía
Quiropráctica	Relajación progresiva
Imaginación guiada	<i>Qigong</i> Audioterapia
Medicina herbolaria	<i>Tai chi</i>
Homeopatía	Toque terapéutico
Hidroterapia	Yoga
Hipnoterapia	
Fototerapia	



CONCEPTO CLAVE

Una gran cantidad de individuos se benefician del uso de una combinación de prácticas de salud convencionales y complementarias y alternativas para la atención de sus enfermedades.

FACTORES QUE AFECTAN LA ATENCIÓN CRÓNICA

Cualquier persona que haya implementado un esquema nutricional puede apreciar la dificultad para continuar a largo plazo las conductas iniciales de pérdida de peso (p. ej., restricción de alimentos y práctica de ejercicio) sin refuerzo y apoyo regulares. Lo mismo es válido para las nuevas conductas relacionadas con el tratamiento de una enfermedad crónica. No es posible simplemente ofrecer a las personas con enfermedades crónicas sus instrucciones de atención, darlas de alta y olvidarse de ellas; necesitarán contacto periódico y reevaluación de su capacidad, recursos y motivación para tratar la enfermedad.

Una variedad de factores pueden cambiar las capacidades de los pacientes para tratar la enfermedad. El estado de la afección puede modificarse e imponer más o diferentes demandas al paciente. El estado del paciente puede variar, lo que reduce la

capacidad para realizar autocuidados. Es posible que el estado del cuidador se modifique y limite el grado de compensación de las deficiencias del paciente. Todos los factores que influyen en la atención continua del paciente en el momento actual deben evaluarse con regularidad.

Mecanismos de defensa e implicaciones

Los cambios en el estilo de vida, las frustraciones y las pérdidas que suelen experimentar las personas que deben vivir con enfermedades crónicas en ocasiones hacen surgir determinadas reacciones que alteran el flujo de la atención. Estas reacciones son *mecanismos de defensa*, que se usan cuando la situación es más de lo que el paciente puede afrontar, e incluyen:

- *Negación*. Declaraciones o acciones que no son congruentes con las realidades de la enfermedad (p. ej., abandono de una dieta especial, suspensión unilateral de medicamentos, adquisición de responsabilidades que no se pueden cumplir).
- *Ira*. Conducta hostil, con arranques violentos.
- *Depresión*. Declaraciones acerca de lo desesperanzador de una situación, rechazo a realizar actividades de autocuidado, retraimiento, cuestionamiento acerca del objetivo de la vida.
- *Regresión*. Dependencia creciente innecesaria, abandono del autocuidado.

Estas y otras reacciones son indicaciones de que la fortaleza del ego del paciente se ve amenazada y que se necesita apoyo adicional. En lugar de reaccionar a la conducta del paciente, los cuidadores necesitan comprender el origen y ayudarlo a trabajar en ésta (p. ej., dando la oportunidad de que afloren las frustraciones y ofreciendo un descanso de las rutinas de los cuidados hasta que se sienta psicológicamente capaz de reanudar el autocuidado).

Factores psicosociales

Las enfermedades crónicas pueden tener un profundo impacto en el funcionamiento psicosocial; a su vez, el funcionamiento psicosocial puede incidir en el grado en que el individuo vive de manera eficaz con la enfermedad crónica. Los adultos mayores que se enfrentan a los cambios y las pérdidas pueden sentirse abrumados e impotentes cuando se encuentran ante enfermedades crónicas. El autoconcepto puede sufrir alteraciones cuando los adultos mayores reciben diagnósticos que habían relacionado con la edad avanzada. Es posible que perciban que padecer enfermedades crónicas los hace diferentes, menos competentes o poco atractivos; tal vez sean estigmatizados debido a la percepción que otros tienen de las personas con diagnósticos específicos o a causa de conductas que fomentan la estigmatización (p. ej., sentirse avergonzados por la enfermedad o identificarse como inadecuados por haber recibido un diagnóstico específico). Quizá comiencen a identificarse con base en su diagnóstico o limitaciones (reales o percibidas), o tal vez otros impongan tales identidades.

Los pacientes necesitan apoyo mientras se adaptan a su enfermedad y motivación para adaptarla a sus vidas, en lugar de que ésta altere su existencia. Muchas de las

recomendaciones que se señalaron anteriormente capacitan a estos individuos para vivir de manera eficaz con sus enfermedades y alcanzar una salud psicosocial óptima. Durante la valoración deben considerarse síntomas psicosociales específicos y antecedentes que pueden afectar la adaptación a la enfermedad crónica (p. ej., expresiones de desesperanza, beneficios de obtener atención como resultado de la conducta de sentirse enfermo, baja capacidad de afrontamiento y ausencia de un sistema de apoyo), y es necesario planificar intervenciones para abordarlos. Los grupos de apoyo pueden ser favorecedores porque ofrecen contacto con personas que experimentan problemas similares, quienes comparten estrategias exitosas, contestan preguntas y ofrecen ejemplos de vida eficaz con la enfermedad.

Efectos de la atención continua sobre la familia

Durante la atención domiciliar de una enfermedad crónica, la totalidad de la familia es el paciente; por lo tanto, al evaluar la atención debe considerarse el efecto en la familia en su conjunto. Una paciente con enfermedad de Alzheimer puede estar bien arreglada, bien nutrida y libre de complicaciones, y al evaluarla de manera aislada puede concluirse que su atención en casa ha sido exitosa. Sin embargo, el estado de la paciente pudo haberse conseguido a un coste elevado para la familia entera. Por ejemplo, es posible que el esposo haya tenido que renunciar a su trabajo para atenderla durante el día; quizá la vida familiar de la hija se haya visto alterada porque necesita dormir con su padre para controlar la deambulación nocturna de su madre; los planes del hijo de expandir su negocio se pospusieron porque comenzó a cubrir los gastos de sus padres. Son frecuentes algunos sacrificios y soluciones intermedias cuando los miembros de la familia asumen los roles de cuidadores; sin embargo, no deben alterar de forma grave la salud o la vida. Es posible que los familiares estén tan inmersos en la situación que no vean la magnitud del efecto que la provisión de atención tiene sobre sus vidas. A veces consideran que son un mal cónyuge o hijo por sentir que el cuidado del paciente es una carga. El personal de enfermería ayuda a los familiares a evaluar de manera realista sus responsabilidades como cuidadores e identificar cuándo deben considerarse otras opciones de atención del paciente. Por ejemplo, tal vez sientan que lo mejor para el paciente es ingresar en una residencia para adultos mayores, pero necesitan que el profesional de la salud haga la sugerencia y ayude en el proceso de tomar esta difícil decisión.



CONCEPTO CLAVE

En la atención de las enfermedades crónicas, toda la familia es el paciente.

Necesidad de ingreso a un centro de atención

Aunque sólo el 5% de la población mayor se encuentra en una residencia para adultos mayores u otro centro de atención en cualquier momento determinado, cerca de la mitad de todas las mujeres mayores y un tercio de todos los hombres mayores pasarán algún tiempo en una residencia para atención crónica durante su vida ([Centers for Disease Control and Prevention, 2015](#)). La mayoría de las familias busca atención en viviendas asistidas o residencias para adultos mayores después de haber atendido a su

familiar mayor en casa, no como una primera opción. Para el momento en que buscan este servicio, es posible que sus recursos físicos, emocionales y socioeconómicos hayan sufrido una merma significativa, y tal vez requieran apoyo y asistencia especiales del personal de enfermería. (véase el cap. 37 para consultar la atención de individuos en centros de atención a largo plazo).



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué haría si su progenitor, cónyuge o hijo necesitara atención considerable? ¿Cuántos cuidados podría proporcionarle de manera realista y con qué recursos contaría?

ATENCIÓN CRÓNICA. UN DESAFÍO DE ENFERMERÍA

La atención eficaz de enfermos crónicos no es un reto sencillo para el personal de enfermería; requiere conocimiento y habilidades para el tratamiento de múltiples problemas médicos, adiestramiento en valoración y planificación, promoción individualizada de la capacidad de autocuidado, vigilancia de la salud familiar y otros factores. El confort, la independencia y la calidad de vida del paciente están influidos en gran medida por el tipo de servicios suministrados. En la atención de enfermos crónicos, la mayoría de esos servicios están dentro del alcance de la enfermería. Quizá este tipo de atención, más que ningún otro, brinde la oportunidad para que el personal de enfermería demuestre sus facetas de práctica independiente y potencial de liderazgo total.

Resumen del capítulo

La mayoría de los adultos mayores padecen al menos una enfermedad crónica que tiene la posibilidad de afectar la calidad de sus vidas. En vez de enfatizar la curación, en la atención crónica destaca el alivio, lo que significa que la persona usa los recursos de cuerpo, mente y espíritu para alcanzar la mejor calidad de vida posible con la enfermedad. El personal de enfermería debe ayudar a las personas con enfermedades crónicas en este proceso.

Mientras que los principales objetivos de la atención de enfermos agudos son diagnosticar, tratar y curar, los de la atención crónica son mantener o mejorar la capacidad de autocuidado, tratar la enfermedad de manera eficaz, estimular las capacidades corporales de alivio, prevenir complicaciones, retrasar el deterioro y la degeneración cuando sean inevitables, alcanzar la mejor calidad de vida posible y morir con confort y dignidad. Estos objetivos requieren que el personal de enfermería valore su avance de manera distinta de como se hace para la atención de enfermedades agudas.

Los planes de atención diseñados para personas con enfermedades crónicas deben ser realistas y adecuados para el paciente y, según corresponda, los miembros de la familia que tal vez ayuden con el cuidado. Las medidas que pueden facilitar la capacidad del paciente para cubrir y mantener los requisitos de atención son los siguientes: seleccionar un médico apropiado que sepa no sólo sobre la enfermedad, sino también sobre con quién se siente cómodo el paciente, usar un asesor de atención

de enfermedades crónicas, aumentar el conocimiento del paciente acerca de la enfermedad proporcionando recursos a éste y a los cuidadores, unirse a un grupo de apoyo, tomar decisiones inteligentes sobre el estilo de vida y emplear tratamientos complementarios y alternativos. El personal de enfermería puede proporcionar orientación y apoyo para ayudar al paciente a localizar y utilizar estas medidas.

Vivir con enfermedades crónicas puede representar un reto y causar que los pacientes utilicen mecanismos de defensa que tal vez interfieran en el flujo de la atención. El apoyo es necesario para que los pacientes puedan trabajar durante estas etapas. Es posible que las familias necesiten explicaciones de las reacciones que muestran los pacientes. En la atención de enfermedades crónicas es muy importante recordar que toda la familia es el paciente y considerar las necesidades de la familia en conjunto en la planificación de la atención.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

El efecto de las enfermedades crónicas complejas sobre la atención de residentes en centros de atención

Fuente: McNabney, M. K., Onyike, C., Johnson, D., Mayer, L., Lyketsos, C., et al. (2014). Geriatric Nursing, 35(1), 26–30.

Casi todos los adultos mayores que ingresan a un centro de vida asistida padecen al menos una enfermedad crónica; la mayoría padece dos o más. Entre las principales alteraciones crónicas que afectan a estos individuos están la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, la cardiopatía, la depresión, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En un esfuerzo por conocer acerca del efecto de las enfermedades crónicas sobre la atención que requieren los residentes de centros de vida asistida, los investigadores examinaron las necesidades de atención de residentes con insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus y EPOC. Se seleccionó un grupo de personas al azar de centros de atención para participar en el estudio.

Para la recolección de datos participaron profesionales de la salud durante la evaluación, médicos y psiquiatras geriátricos durante los exámenes y la revisión de antecedentes y expedientes médicos, y familiares durante la obtención de información. El uso de la atención se estimó mediante varias escalas de evaluación validadas.

Se determinó un aumento del uso de la atención cuando los residentes tienen deterioros cognitivos y funcionales. En particular, los residentes con EPOC requieren casi 2 h más de atención diaria que aquellos con otras enfermedades. Esta información se relaciona con el uso de oxígeno e inhaladores, así como el tiempo adicional que necesitan para completar actividades.

El estudio refuerza la importancia de considerar diagnósticos y necesidades de atención cuando se determina la administración del personal. Determinar el personal disponible con base en el número de pacientes o residentes en lugar de hacerlo con base en sus diagnósticos o necesidades de atención conduce a tener personal insuficiente para cubrir de manera adecuada estos requerimientos. Además, este

estudio desafía al personal de enfermería a aprender más acerca de los diferentes requisitos del tiempo y la atención relacionados con diversas enfermedades crónicas.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Usted acaba de unirse a una nueva práctica médica de especialidad geriátrica con un equipo propio de enfermería, personal de enfermería clínica y médicos. El equipo reconoce que las enfermedades crónicas son un gran reto para la población objetivo y desea ofrecer servicios que lo aborden. El equipo pretende “salirse de lo habitual” al desarrollar métodos innovadores y asigna a usted la tarea de diseñar una herramienta que valore las necesidades integrales de la persona con una enfermedad crónica.

Describa los componentes de la herramienta de valoración que usted diseñaría.

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Comente la forma en la que su vida se vería afectada si sufriera una enfermedad crónica. ¿Qué otros aspectos enfrenta un adulto mayor que pasa por esta misma situación?
2. Revise las principales enfermedades crónicas que afectan a la población mayor e identifique las amenazas para la calidad de vida que se relacionan con cada una.
3. Describa los factores que hacen que la mayor parte del personal de enfermería y los médicos estén mal informados acerca de los tratamientos alternativos o se resistan a aceptarlos.
4. Identifique las medidas que ayudan a empoderar a un adulto mayor con una enfermedad crónica.

Referencias

American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: An approach for clinicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), E1–E25. Acceso el 28 de abril de 2015 en: <http://www.americangeriatrics.org/files/documents/MCC.principles.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Fast Facts: Nursing Home Care. Acceso el 28 de abril de 2015 en: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/nursing-home-care.htm>

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

UNIDAD 5

Escenarios y problemas especiales en la atención geriátrica



32 Atención de rehabilitación y restauradora

33 Atención de urgencias

34 Atención a largo plazo

35 Cuidadores familiares

36 Atención al final de la vida

Atención de rehabilitación y restauradora

RESUMEN DEL CAPÍTULO

Atención de rehabilitación y restauradora

Vivir con discapacidad

Importancia de la actitud y la capacidad de afrontamiento

Pérdidas que acompañan la discapacidad

Principios de enfermería de rehabilitación

Valoración funcional

Intervenciones para facilitar y mejorar el funcionamiento

Facilitar la posición adecuada

Ayudar con los ejercicios de amplitud de movimiento

Asistir con los dispositivos de ayuda para la movilidad y la tecnología de asistencia

Instruir acerca del entrenamiento intestinal y vesical

Mantener y promover la función mental

Utilizar los recursos de la comunidad

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Comentar los retos para los adultos mayores que viven con discapacidad.
2. Describir los componentes de la enfermería de rehabilitación y restauradora.
3. Nombrar los componentes de la valoración de las actividades de la vida cotidiana y las actividades instrumentales de la vida cotidiana en los adultos mayores.
4. Identificar las posiciones para la correcta alineación corporal.
5. Describir los tipos de ejercicios de amplitud de movimiento.
6. Nombrar las consideraciones de los adultos mayores para el empleo adecuado de dispositivos de ayuda para la movilidad.
7. Describir las medidas para promover la función mental en los adultos mayores.
8. Identificar los recursos para ayudar en la rehabilitación de los adultos mayores.

GLOSARIO

Actividades de la vida cotidiana (AVC): utilizar el inodoro, alimentación, vestimenta, aseo, baño y deambulaci3n.

Actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVC): tareas necesarias para vivir dentro de la comunidad, como realizar compras, preparaci3n de alimentos, lavar ropa, limpieza del hogar, uso del tel3fono, administraci3n del dinero, toma de medicamentos.

Atenci3n de rehabilitaci3n: tratamientos desarrollados por m3dicos y terapeutas destinados a proveer a los individuos el grado de funci3n previo.

Atenci3n restauradora: atenci3n que ayuda a las personas a mantener o mejorar el grado actual de funci3n al evitar el deterioro y las complicaciones; su intenci3n es lograr la mayor calidad de vida posible.

Deterioro: restricci3n f3sica o psicol3gica.

Discapacidad: incapacidad para realizar las actividades de manera normal.

Fragilidad: estado en el que la persona tiene resistencia m3nima y debilidad.

Incapacidad: limitaci3n para cumplir con un rol.

Sarcopenia: p3rdida muscular relacionada con la edad.

Tecnolog3a de asistencia: herramientas tecnol3gicas que permiten el mayor grado de independencia de las personas.

La prevalencia de las enfermedades cr3nicas, la **fragilidad** y la **discapacidad** entre los adultos mayores es importante. Adem3s, los efectos del envejecimiento suelen producir deterioro de la capacidad funcional. Una gran cantidad de personas deben aprender a vivir con limitaci3n de la movilidad, dolor, deficiencia de la comunicaci3n y gran variedad de riesgos para su seguridad y bienestar. Debido a un mayor n3mero de personas capaces de alcanzar la vejez y sobrevivir a afecciones que alguna vez se consideraron mortales, aunque con discapacidad residual, la prevalencia de las discapacidades en los adultos mayores est3 en aumento. El objetivo de salvar vidas debe equilibrarse con el de mantener la calidad de vida de aquellas personas que han recibido ayuda. Las ventajas de la tecnolog3a moderna en el diagn3stico y el tratamiento de la enfermedad y el incremento en la esperanza de vida pueden verse afectados si los adultos mayores deben vivir con discapacidades que provocan incomodidad, dependencia y estr3s.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Los avances en la tecnolog3a de atenci3n de la salud han permitido que las personas sean salvadas de enfermedades graves, aunque en algunas ocasiones se producen limitaciones de la funci3n e incomodidad graves. ¿Desear3a que se realizaran todos los esfuerzos posibles por salvar su vida sin importar las consecuencias? ¿Por qu3?

ATENCI3N DE REHABILITACI3N Y RESTAURADORA

La **atenci3n de rehabilitaci3n** implica los tratamientos desarrollados por m3dicos y terapeutas enfocados en proveer a los individuos el grado de funci3n previo. Por lo general, la necesidad de servicio de rehabilitaci3n surge despu3s de que se presenta un problema que afecta la funci3n, como ictus, fractura o inmovilidad prolongada. La

atención de rehabilitación competente se compone del servicio de terapeutas ocupacionales, del habla y físicos; es susceptible de reembolso bajo algunos seguros. El personal de enfermería ayuda en apoyar el plan de rehabilitación.

Gran cantidad de los efectos del envejecimiento y las discapacidades no pueden tratarse por completo o mejorarse de manera significativa. El daño pulmonar, las amputaciones, las miocardiopatías, la ceguera parcial, la presbiacusia y la deformidad en articulaciones pueden presentarse en los pacientes durante el resto de su vida. A menudo, estas discapacidades crónicas no suelen recibir atención; el reembolso y la atención intensa se brindan a quienes logran recuperar la función en caso de ictus o fractura, pero las necesidades de aquellos que han alcanzado el máximo potencial de capacidad funcional gracias a la terapia de rehabilitación o que no tienen “potencial de rehabilitación” no reciben la atención necesaria para mantener la función o prevenir mayor deterioro. La atención restauradora es beneficiosa para estas personas.

La **atención restauradora** es ofrecida principalmente por el personal de enfermería y no es necesario que la prescriba un médico. Puede brindarse en cualquier escenario clínico e incluye los esfuerzos para ayudar a las personas a:

- Mantener su grado de función actual.
- Mejorar su capacidad funcional.
- Evitar el deterioro y las complicaciones.
- Promover el mayor grado de calidad de vida posible.

La atención restauradora permite que las personas afronten la discapacidad de mejor manera, sean independientes, tengan un sentido de bienestar y disfruten de una vida satisfactoria. De acuerdo con estos objetivos, la atención restauradora puede ser apropiada para todos los adultos mayores.

La fragilidad es un reto especial para los adultos mayores, la cual debe considerarse en la atención restauradora y de rehabilitación. A pesar de que las definiciones de fragilidad pueden variar, suele describir un estado clínico en el que la persona cuenta con escasa resistencia, fatiga, bajo nivel de energía, disminución de la velocidad de la deambulación, escasa fuerza de prensión y aumento en el riesgo de desenlaces negativos (Buckinx, et al., 2015).

Cierto grado de fragilidad es resultado de la **sarcopenia**, los cambios relacionados con la edad sobre el tejido muscular esquelético. Los siguientes factores pueden contribuir a la sarcopenia: inmovilidad y falta de ejercicio, circulación deficiente en los músculos, aumento de la concentración de citocinas proinflamatorias, aumento de la producción de radicales libres de oxígeno o detoxificación deficiente, disminución de las hormonas anabólicas, desnutrición y reducción de la estimulación neurológica (Morley, Anker y von Haehling, 2014). Se presenta un círculo vicioso en el que las situaciones que contribuyen a la fragilidad pueden promover el desarrollo de sarcopenia, lo que en consecuencia puede conducir al desarrollo de situaciones que ponen en mayor riesgo la función y la calidad de vida.

TABLA 32-1 Terminología utilizada para describir el estado funcional

Terminología ^a	Definición	Ejemplos
Discapacidad	Incapacidad para realizar una actividad de manera normal.	Incapacidad para cortar alimentos debido a los dedos con artritis. Marcha anómala relacionada con hemiplejía.
Fragilidad	Tres o más de los siguientes síntomas: pérdida de peso progresiva, velocidad de caminata disminuida, escasez de fuerza de prensión, fatiga, bajo grado de actividad.	Negligencia del autocuidado por debilidad y fatiga. Caídas frecuentes causadas por marcha inestable y debilidad.
Deterioro	Anomalía psicológica, fisiológica o pérdida anatómica.	Pérdida de un miembro debida a amputación. Alteración de la función cognitiva a causa de demencia.
Incapacidad	Limitación de la capacidad para cumplir con un rol (consecuencia posible de la discapacidad o el deterioro).	Pérdida del trabajo por amputación. Abandono de la participación en las actividades familiares debido a alteración de la cognición.

^aAunque suelen emplearse de manera indistinta, cada una de las palabras describe un estado diferente.

Los adultos mayores frágiles están en mayor riesgo de discapacidad, hospitalización, ingreso a residencias para adultos mayores y muerte. Las prácticas positivas de salud y la atención eficaz de las enfermedades son beneficiosas para evitar que los adultos mayores sean frágiles. El reconocimiento de los síntomas de fragilidad y la inter-vencción tempranos (p. ej., corregir la pérdida de peso y realizar ejercicios de fortalecimiento muscular) son capaces de retrasar o prevenir cierto grado de fragilidad en los adultos mayores. Debido a ello, es de especial importancia revisar los síntomas de fragilidad durante la valoración de enfermería de los adultos mayores.

A pesar de que la discapacidad es distinta de la fragilidad, la **incapacidad** y el **deterioro** (tabla 32-1), se emplea la palabra *discapacidad* para comentar la atención de rehabilitación y restauradora a lo largo de este capítulo.

VIVIR CON DISCAPACIDAD

Un accidente o un ictus pueden producir discapacidad súbita en un paciente que contaba con independencia y función; de igual forma puede hacerlo una enfermedad progresiva que tiene efectos discapacitantes de manera aguda. Sean cuales sean las circunstancias, pocos de nosotros nos encontramos preparados para afrontar la discapacidad. Es complicado aceptar este estado en nosotros y nuestros seres queridos. Las relaciones, roles y responsabilidades se alteran; el cambio en el aspecto o en la función afectan la imagen corporal y el autoconcepto. Las pérdidas y las limitaciones causan que emerja una nueva vulnerabilidad y hacen que la muerte sea más real y cercana. Se presenta preocupación acerca de posible dolor emocional o físico, así como frustración al querer eliminar la causa del problema y saber que no es posible. La discapacidad puede ser una montaña extremadamente difícil de escalar y devastadora.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué ejemplos ha presenciado en su familia en cuanto a las diferencias en la respuesta individual ante los problemas de salud?

Importancia de la actitud y la capacidad de afrontamiento

La gravedad de la discapacidad puede ser de menor importancia durante la rehabilitación, en comparación con la actitud y la capacidad de afrontamiento de los pacientes discapacitados y las familias. Las personas con un problema cardíaco leve pueden permanecer en sus hogares preocupados por su enfermedad y ser dependientes sin necesidad de ello, mientras que un individuo con hemiplejía puede recobrar su independencia mediante modificaciones en la vivienda, trabajo y nuevas amistades e intereses. Las actitudes previas, la personalidad y el estilo de vida influyen de manera importante en la reacción ante la discapacidad. Una persona que siempre ha percibido que la vida la ha tratado mal puede percibir la discapacidad como la última gota y perder la esperanza. Una persona optimista que ha abordado los problemas como nuevos retos que debe superar puede tener la determinación de no permitir que la discapacidad tome el control de su vida. Los individuos que disfrutaban la independencia y se niegan a permitir que la enfermedad afecte su estilo de vida responden ante la discapacidad de manera diferente que aquellos que utilizan las enfermedades reales o exageradas para obtener beneficios.

La respuesta de la familia ante la persona discapacitada también influye en la reacción del individuo. Las familias que refuerzan los roles de persona enferma e insisten en hacer todo por la persona con discapacidad la inutilizan de manera física y psicológica, mientras que las familias que promueven el autocuidado y tratan al paciente como una persona responsable dentro de la familia pueden ser de ayuda para hacer que el individuo se sienta como una persona normal y útil.



CONCEPTO CLAVE

Las actitudes previas, la personalidad, las experiencias y el estilo de vida influyen en las reacciones ante la discapacidad.

Pérdidas que acompañan la discapacidad

Gran cantidad de pérdidas pueden presentarse con la discapacidad, como pérdida de la función, el rol, el ingreso económico, el estatus, la independencia o, incluso, una parte del cuerpo. Las personas con discapacidad sufren estas pérdidas y suelen presentar las mismas reacciones que se relacionan con las etapas de la muerte. Los individuos niegan su discapacidad haciendo planes irreales y no cumpliendo con sus planes de atención; pueden tener crisis de ira y ser impacientes con quienes intentan ayudarlos. Es posible que busquen asesoramiento médico que sea más optimista o viertan sus esperanzas en cualquier sanador que puedan encontrar. Un día pueden asegurar que su discapacidad ha brindado una nueva perspectiva ante la vida, mientras que el día siguiente cuestionan en llanto sus razones para vivir. Estas reacciones pueden variar; es infrecuente que una persona acepte la discapacidad sin

períodos de arrepentimiento o resentimiento.



CONCEPTO CLAVE

La discapacidad puede acompañarse de gran cantidad de pérdidas, incluyendo la función, el rol, el estatus, la independencia y la estructura anatómica.

PRINCIPIOS DE ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN

Los principios que rigen la atención de enfermería geriátrica y gerontológica tienen especial importancia dentro de la atención restauradora y de rehabilitación e incluyen las siguientes acciones:

- Aumentar la capacidad de autocuidado.
- Eliminar o disminuir las limitaciones del autocuidado.
- Ayudar o motivar las acciones cuando la persona no es capaz de actuar sola.



CONCEPTO CLAVE

Mejorar la capacidad funcional del adulto mayor promueve el sentido de bienestar y mayor calidad de vida.

Las acciones para aumentar la capacidad de autocuidado pueden incluir fortalecer los músculos del brazo del paciente para permitir mejores transferencias y propulsión en una silla de ruedas o capacitar al paciente para inyectar insulina con una sola mano. Aliviar el dolor e instalar una rampa para facilitar la movilidad con silla de ruedas son esfuerzos que disminuyen o eliminan las limitaciones. Algunas maneras en las que el personal de enfermería puede interceder o ayudar al paciente son obtener los medicamentos de la farmacia o asistir con los ejercicios de amplitud de movimiento. Cada vez que el personal de enfermería ayude a los pacientes debe preguntarse qué puede realizarse para permitir que ellos realicen la tarea de manera independiente. Es probable que los pacientes siempre sean dependientes para ciertas actividades, pero pueden tomar responsabilidad de otras mediante educación, tiempo y motivación suficientes, así como con la ayuda de dispositivos de asistencia.

Las siguientes guías deben tomarse en cuenta durante la atención de rehabilitación y restauradora:

- Conocer las capacidades y las limitaciones individuales del paciente. Valorar la capacidad de autocuidado del paciente, el estado mental, el grado de motivación y el apoyo familiar.
- Promover la función en lugar de la disfunción y las capacidades en lugar de las discapacidades.
- Brindar suficiente tiempo y flexibilidad. En ciertas ocasiones, las rutinas en los centros de atención (p. ej., baños a las 9 de la mañana, recolección de bandejas de comida 45 min después de entregarlas) provocan que los cuidadores realicen las tareas en lugar de los pacientes para que se completen en el tiempo designado. Los

deseos de eficiencia y orden del personal no deben superar la necesidad de independencia del paciente.

- Reconocer y motivar los logros. Los actos aparentemente insignificantes, como cepillar el cabello o transportarse en silla de ruedas hasta el pasillo, pueden ser el resultado de increíbles esfuerzos y determinación de las personas discapacitadas.
- No confundir la discapacidad física con la mental. Tratar a las personas con discapacidad física como personas maduras e inteligentes.
- Prevenir las complicaciones. Reconocer los riesgos potenciales (p. ej., deterioro cutáneo, aislamiento social y depresión) y prevenirlos de manera activa.
- Demostrar esperanza, optimismo y sentido del humor. Es complicado para las personas con discapacidad sentirse optimistas frente a la rehabilitación si los cuidadores no muestran motivación o interés.
- Recordar que la rehabilitación es un proceso individualizado que requiere esfuerzos de un equipo multi-disciplinario para obtener los mejores resultados.

VALORACIÓN FUNCIONAL

Cuando una persona padece una discapacidad, el estado funcional, no el diagnóstico, debe guiar la atención. El grado funcional es diverso entre las personas mayores. Algunos adultos mayores mantienen activamente sus trabajos y suelen brindar servicios voluntarios, mientras que otros son capaces de realizar las **actividades de la vida cotidiana (AVC)** si se ofrece ayuda y algunos otros tienen discapacidad tan grave que requieren atención total. Además, el estado funcional cambia en la misma persona de un momento a otro según factores como el control de los síntomas, la progresión de la enfermedad y el estado de ánimo.

La valoración del estado funcional implica la determinación del grado de independencia en las AVC y las **actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVC)**. Esta información es de suma importancia para comprender las necesidades de rehabilitación del paciente. La valoración de las AVC determina las habilidades del paciente para cumplir con las necesidades básicas, como comer, bañarse, vestirse, utilizar el inodoro y moverse. El personal de enfermería puede acudir a una herramienta de valoración como el índice de Katz para la independencia en las AVC. Algunos de los instrumentos de valoración, como la escala de las actividades de la vida cotidiana de Cleveland, se han desarrollado para valorar las AVC en los adultos mayores con alteración de la cognición, los cuales pueden ayudar a identificar los déficits cognitivos y su efecto en la función (Mack y Patterson, 2006). La valoración de las AIVC determina las habilidades no básicas que permiten que la persona funcione de manera independiente dentro de la comunidad, como la capacidad para preparar alimentos, hacer compras, emplear el teléfono, consumir de manera segura los medicamentos, limpiar, desplazarse dentro de la comunidad y administrar sus finanzas. Las personas pueden ser completamente independientes, parcialmente independientes o dependientes en la realización de estas actividades (tabla 32-2).

TABLA 32-2 Valoración de la capacidad para realizar las actividades de la

vida cotidiana

Independencia total	Independencia parcial	Dependencia
Comer		
Emplea todos los utensilios. Corta carnes. Esparce alimentos untables en pan. Bebe de una taza o vaso.	Requiere que se prepare la charola. No es capaz de cortar comida o esparcir alimentos untables en pan. Requiere motivación o recordatorios para comer.	Requiere que otro lo alimente.
Higiene		
Se transfiere de y hacia la bañera o la ducha. Alcanza y limpia todas las partes corporales. Se cepilla los dientes o prótesis dentales. Se cepilla o peina el cabello. Se asea después de defecar. Utiliza las tomas de agua y limpia el inodoro.	Alcanza algunas de las partes corporales para limpiarlas. No es capaz de cepillarse los dientes o la prótesis dental. No es capaz de utilizar las tomas de agua o limpiar el inodoro. Requiere ayuda para transferirse de y hacia la bañera o la ducha. Necesita ayuda para cepillar o peinar el cabello. Requiere que se traiga un cómodo. Necesita recordatorios o motivación para el uso del inodoro.	Requiere asistencia completa durante el baño.
Vestido		
Elige ropa adecuada. Se viste por completo. Se coloca los zapatos, las medias y la calcetas. Ata los cordones de los zapatos. Es capaz de utilizar cremalleras, botones y broches.	Requiere ayuda para colocar algunas prendas y utilizar cremalleras, botones y broches. Es incapaz de elegir la ropa adecuada. Requiere motivación y recordatorios para vestirse.	Requiere que alguien más lo vista.
Continencia		
Continencia intestinal y vesical.	Incontinente menos de una vez al día.	Completamente incontinente.
Excreción		
Emplea el cómodo o inodoro sin ayuda. Es capaz de alcanzar transferirse de y desde inodoro. Cuida de la ostomía o la sonda de manera independiente.	Requiere que sea transferido o se traiga el cómodo hasta él. Necesita motivación o recordatorios para la excreción. Requiere ayuda con el cuidado de la ostomía o la sonda.	Requiere ayuda para utilizar el cómodo. Es incapaz de utilizar el cómodo. Es incapaz de cuidar de la sonda o la ostomía.
Movilidad		
Camina sin ayuda. Gira en las esquinas. Sube escaleras. Se sienta o levanta de la cama o la silla. Emplea la silla de ruedas, el bastón o el andador sin ayuda.	Camina con ayuda. Sube escaleras con ayuda. Se transfiere con ayuda. Se propulsa en la silla de ruedas, pero requiere ayuda para transferirse. Se moviliza en un área limitada.	Está postrado en cama. Requiere que alguien más propulse la silla de ruedas. Es incapaz de transferirse. Es incapaz de subir escaleras. Se aleja si no es supervisado.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Para lograr la independencia total durante la excreción, la habilidad más importante es trasladarse y transferirse al inodoro. El paciente que debe ser motivado para dirigirse al inodoro tiene sólo independencia parcial.



CONCEPTO CLAVE

Valorar el estado funcional del paciente implica la evaluación de su capacidad para realizar las AVC y las AIVC.

Cuando se presenta un déficit en las AVC, debe identificarse la causa para lograr planificar las intervenciones apropiadas. Por ejemplo, una persona que es parcialmente dependiente durante la ducha (requiere que se le proporcione un recipiente con agua) exige atención de enfermería diferente que una que olvida lo que está haciendo durante la misma actividad y debe recordarse a la persona cuál es la siguiente acción a realizar.

INTERVENCIONES PARA FACILITAR Y MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO

Cuando la valoración funcional revela discapacidades e incapacidades, el personal de enfermería debe identificar áreas de funcionamiento que pueden mejorarse mediante alguna intervención. Algunos ejemplos de estas intervenciones incluyen el cambio de posición, ejercicios de amplitud de movimiento, empleo de dispositivos de ayuda para el movimiento, entrenamiento intestinal y vesical y actividades para promover la función mental.

Facilitar la posición adecuada

Corregir la alineación corporal permite la respiración, circulación y comodidad óptimas y evita complicaciones como contracturas y úlceras por presión. Cuando el paciente es incapaz de cambiar de posición de manera independiente, el personal de enfermería debe estar atento a mantener el cuerpo del individuo en la alineación correcta. La [figura 32-1](#) muestra la alineación corporal correcta en diversas posiciones.



CONCEPTO CLAVE

La alineación corporal correcta facilita la función óptima de los principales sistemas corporales, promueve la comodidad y evita complicaciones.

Ayudar con los ejercicios de amplitud de movimiento

El ejercicio es un componente esencial del mantenimiento y la promoción de la salud de todos los adultos, y es de especial importancia en el caso de los adultos mayores.

Los ejercicios de amplitud de movimiento tienen gran cantidad de beneficios, como la promoción de la movilidad articular y la fuerza muscular, la estimulación de la circulación, el mantenimiento de la capacidad funcional y la prevención de las contracturas y otras complicaciones. Enseñar al adulto mayor cómo realizar los ejercicios de amplitud de movimiento o ayudar con ellos es un componente importante de la enfermería de rehabilitación.

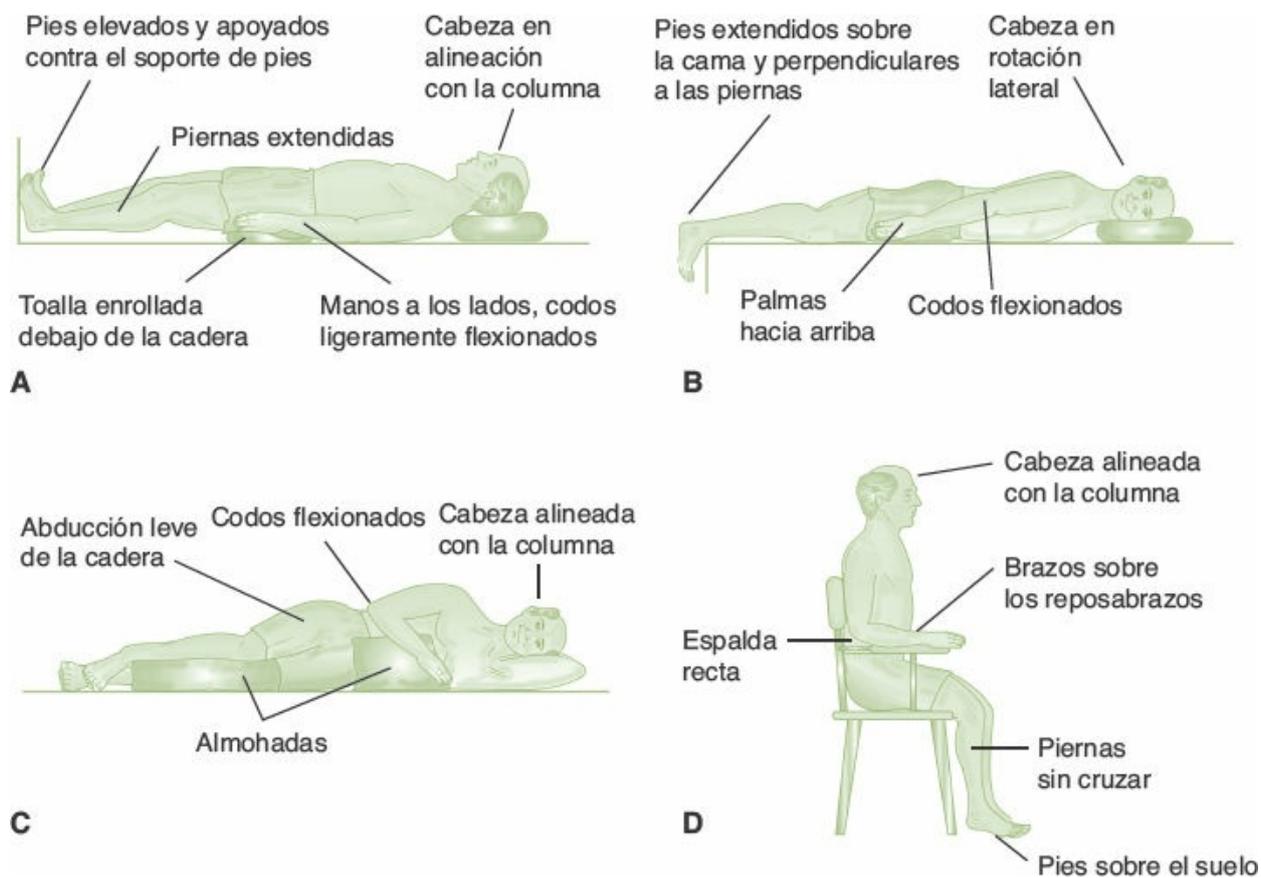


FIGURA 32-1 ● A. Decúbito supino. B. Decúbito prono. C. Decúbito lateral D. Posición en silla.

Los ejercicios pueden llevarse a cabo en los siguientes grados:

- *Activos*. Los pacientes los realizan de manera independiente.
- *Activos pasivos*. El paciente recibe ayuda.
- *Pasivos*. El paciente no participa en los ejercicios.

Durante la valoración, todas las articulaciones deben moverse en toda su amplitud para determinar los grados posibles de movimiento activo, pasivo activo y pasivo. El mayor interés es en qué medida la amplitud de movimiento permite participar en las AVC. El [cuadro 32-1](#) menciona algunas de las palabras que se utilizan para describir el movimiento articular.

Se debe motivar a los pacientes a mover las articulaciones en toda la amplitud de movimiento al menos una vez al día. La [figura 32-2](#) muestra los ejercicios de amplitud de movimiento básicos que deben incluirse en las actividades diarias del adulto mayor. Cuando sea necesario que el personal de enfermería ayude con estos ejercicios, debe recordar lo siguiente:

- En primer lugar, sujete por arriba y abajo la articulación que se ejercita.
- A continuación, mueva de forma suave y lenta la articulación por lo menos en tres ocasiones.
- Después, no fuerce la articulación más allá del punto de resistencia o dolor.
- Por último, registre la movilidad de la articulación.

La [tabla 32-3](#) proporciona una herramienta que puede emplearse para registrar la amplitud de movimiento de un paciente.

Debe tenerse precaución en cualquier programa de ejercicio para asegurar que la actividad física no agote en exceso al paciente mayor. Algunos de los signos que indican la necesidad de suspender el ejercicio incluyen presencia de:

- Frecuencia cardíaca en reposo igual o mayor de 100 latidos por minuto.
- Frecuencia cardíaca en ejercicio igual o mayor del 35% de la frecuencia cardíaca en reposo.
- Aumento o disminución de la presión arterial sistólica de 20 mm Hg.
- Angina.
- Disnea, palidez, cianosis.
- Mareos, coordinación deficiente.
- Diaforesis.
- Confusión aguda, inquietud.

Asistir con los dispositivos de ayuda para la movilidad y la tecnología de asistencia

Las sillas de ruedas, los bastones y los andadores son la diferencia entre una persona que vive plenamente y otra que vive confinada en su entorno inmediato. Los dispositivos de asistencia para la movilidad permiten que los pacientes cumplan de manera independiente con sus necesidades universales y mejoren su capacidad funcional. No obstante, si se emplean de manera equivocada, estos dispositivos provocan riesgos de seguridad; por lo tanto, el personal de enfermería debe asegurar que el equipo se emplee de manera adecuada.



CONCEPTO CLAVE

Los bastones, los andadores y las sillas de ruedas que se emplean de manera errónea ponen al adulto mayor en riesgo de sufrir lesiones o caídas.

La primera regla en el uso de dispositivos de asistencia para la movilidad es utilizarlos sólo cuando sean necesarios. Emplear una silla de ruedas sólo porque es más rápido o más fácil desplazarse puede conducir a dependencia innecesaria o disminución de la capacidad funcional. Debe valorarse la verdadera necesidad del dispositivo. Si un dispositivo de asistencia resulta ser necesario, debe elegirse de

manera individual para el paciente de acuerdo con los siguientes criterios:

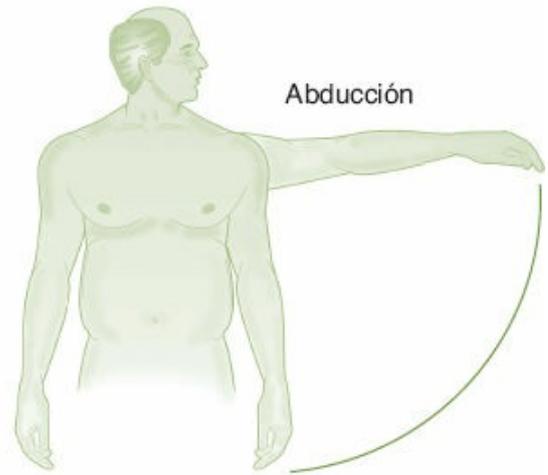
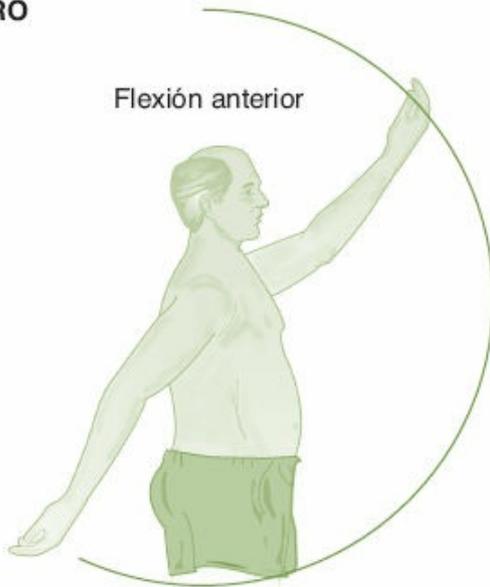
CUADRO 32-1 Terminología empleada para describir la movilidad articular

<i>Flexión.</i> Doblar.	<i>Supinación.</i> Rotar hacia arriba o frente al cuerpo.
<i>Extensión.</i> Estirar.	<i>Rotación interna.</i> Girar hacia dentro y el centro.
<i>Hiperextensión.</i> Extender más allá de la amplitud normal.	<i>Rotación externa.</i> Girar hacia fuera y alejarse del centro.
<i>Abducción.</i> Alejar del cuerpo.	<i>Inversión.</i> Girar una articulación hacia dentro.
<i>Aducción.</i> Acercar al cuerpo.	<i>Eversión.</i> Girar una articulación hacia fuera.
<i>Pronación.</i> Rotar hacia abajo o detrás del cuerpo.	<i>Circunducción.</i> Mover de forma circular.

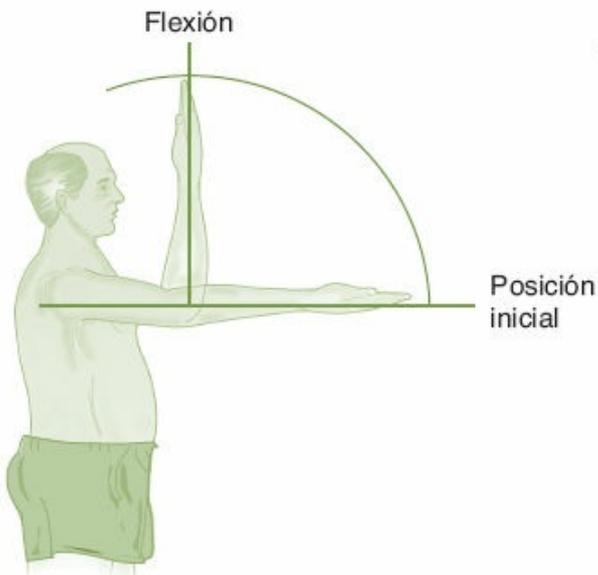
- Los bastones se emplean para brindar una base de apoyo mayor y no deben utilizarse para soportar peso.
- Los andadores ofrecen una base de sustentación mayor que los bastones y pueden emplearse para soportar peso.
- Las sillas de ruedas ofrecen movilidad a personas que son incapaces de deambular debido a diversas discapacidades, como parálisis o enfermedad cardíaca grave.

Estos dispositivos se ajustan de manera individual de acuerdo con el cuerpo, la necesidad y la capacidad del paciente. Se debe instruir a los pacientes en su uso adecuado. Los fisioterapeutas son una fuente importante para la instrucción y el ajuste de bastones, andadores y sillas de ruedas. El [cuadro 32-2](#) explica algunas de las consideraciones que deben tomarse en cuenta en el uso de estos equipos.

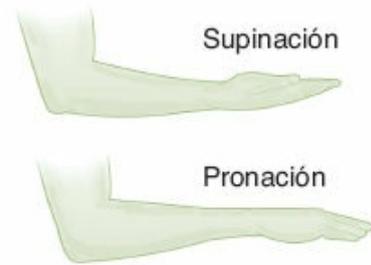
HOMBRO



CODO



ANTEBRAZO



MUÑECA



FIGURA 32-2 ● Ejercicios de amplitud de movimiento.

CADERA



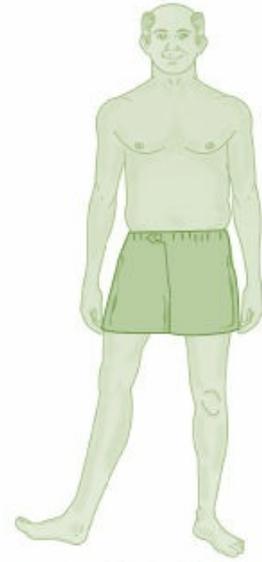
Abducción



Aducción

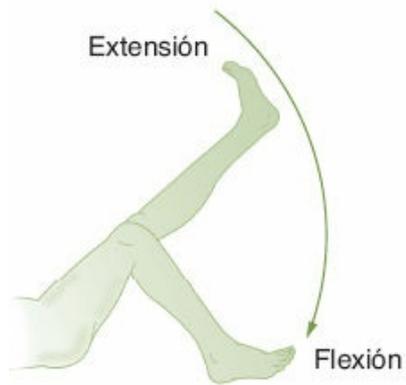


Rotación
interna



Rotación
externa

RODILLA



COLUMNA CERVICAL



Neutra



Flexión



Extensión



Neutra



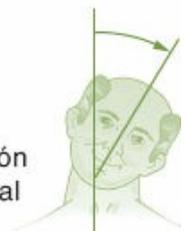
Rotación



Neutra



Flexión
lateral



PULGAR



Aducción



Abducción



Oposición

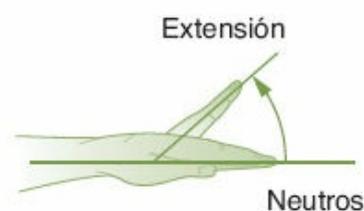
DEDOS



Aducción



Abducción



Extensión

Neutros

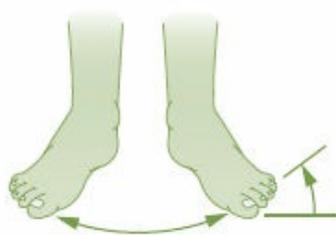
TOBILLO



Dorsiflexión



Flexión plantar



Eversión



Inversión

DEDOS DEL PIE



Extensión



Flexión



Aducción



Abducción

Además de los dispositivos de asistencia que pueden ayudar a los pacientes en la deambulación independiente, cada vez mayor cantidad de tecnologías de asistencia se pueden utilizar para promover diferentes aspectos del funcionamiento independiente. Estos accesorios incluyen férulas, asaderas, accesorios de velcro, sintetizadores de voz, sistemas computarizados, lectores de Braille, controles remotos y brazos robóticos. La investigación y la prueba de dispositivos se lleva a cabo en la actualidad

para el empleo de inteligencia artificial, robots y otras tecnologías a fin de compensar las limitaciones físicas y mentales. Estos dispositivos no sólo hacen posible que los adultos mayores cuiden de sí y funcionen dentro de la comunidad, sino que permiten que permanezcan en el campo laboral a pesar de tener alguna discapacidad. El personal de enfermería debe mantenerse al tanto de los avances tecnológicos para ser capaz de comprenderlos y utilizarlos en la mejoría de la función independiente.

TABLA 32-3 Herramientas para valorar y registrar la amplitud de movimiento

Articulación	Amplitud normal	Amplitud del paciente	Articulación	Amplitud normal	Amplitud del paciente
Hombro	Flexión de 160° Extensión de 50°		Tobillo	Dorsiflexión de 20° Flexión plantar de 45°	
Codo	Flexión de 160° Extensión de 160° a 0°		Primer dedo	Falange distal: Flexión de 50°	
Muñeca	Flexión de 90° Extensión de 70° Abducción de 55° Aducción de 20°		Dedo	Falange proximal: Flexión de 35° Extensión de 80°	
Cadera	Flexión (rodilla doblada) de 120° Flexión (rodilla extendida) de 90° Abducción de 45° Aducción de 45°		Pulgar	Falange proximal: Flexión de 120° Falange distal: Flexión de 80°	
Rodilla	Flexión de 120°			Falange proximal: Flexión de 70° Falange distal: Flexión de 90°	
Cuello	Extensión de 55° Flexión de 45° Flexión lateral de 40° Rotación de 70°				

Instruir acerca del entrenamiento intestinal y vesical

El entrenamiento intestinal y vesical son AVC importantes. La incontinencia tiene un efecto grave en la salud general y el bienestar de una persona. El deterioro de la piel suele ser resultado de la humedad y la irritación a la que se somete la superficie. La orina y las heces en el suelo pueden provocar caídas. La vestimenta sucia y con mal olor es causa de vergüenza y aislamiento social. Las infecciones, las fracturas, la depresión, el autoconcepto alterado, la anorexia y otros problemas son resultado del control ineficaz intestinal y vesical.

Educar a los adultos mayores con incontinencia acerca del entrenamiento intestinal y vesical es útil para evitar la incontinencia. No obstante, el personal de enfermería debe valorar la capacidad mental y física del paciente para lograr la continencia antes de comenzar con el programa. Algunos pacientes pueden no tener la capacidad funcional de controlar la excreción a pesar de su disposición; comenzar un programa de entrenamiento en ellos sería frustrante y poco realista. Si el paciente tiene la capacidad de ser continente, el entrenamiento debe comenzar cuanto antes. Los planes de enfermería 20-2 y 21-1 brindan información acerca de los programas de entrenamiento intestinal y vesical. La regularidad es un factor importante en los

programas de entrenamiento; el avance matutino se pierde si los turnos siguientes del personal no realizan las actividades de eliminación en los momentos indicados. Se debe reconocer y motivar el avance; no se debe reprimir a los pacientes por accidentes, pero deben comentarse las causas de los episodios de incontinencia. Motivar a los individuos a vestir la ropa habitual promueve una imagen corporal positiva y normalidad, lo que suele evitar la regresión. El registro preciso es de utilidad para determinar la eficacia del plan.

CUADRO 32-2 Empleo adecuado de dispositivos de asistencia de la movilidad

BASTONES

De acuerdo con la discapacidad, se pueden recomendar diversos tipos de dispositivos. Los bastones deben ajustarse individualmente, por lo general, con base en la distancia entre el trocánter mayor hasta un punto 15 cm por encima de la cara interna del pie.



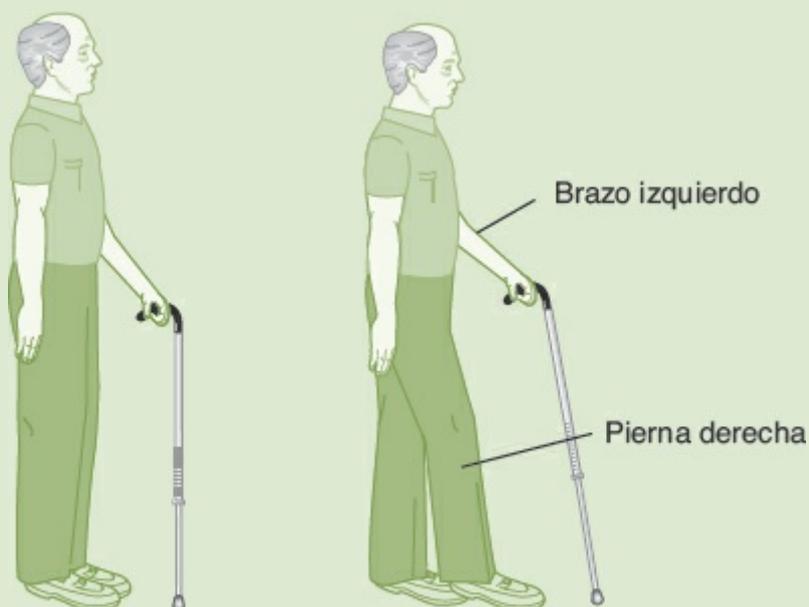
Bastón ajustable con asadera estándar

Bastón de base cuádruple amplia

Bastón de base cuádruple grande

Bastón de base cuádruple pequeña

El bastón se emplea en el lado *sin afección* y se propulsa cuando avanza la pierna afectada. Por ejemplo, si la pierna derecha está afectada, la persona sostiene el bastón con su mano izquierda y lo avanza junto con la pierna derecha.



ANDADORES

Una gran variedad de andadores sirven para brindar apoyo y estabilidad durante la deambulaci3n. Los andadores se ajustan a la distancia del troc3nter mayor hasta el suelo.



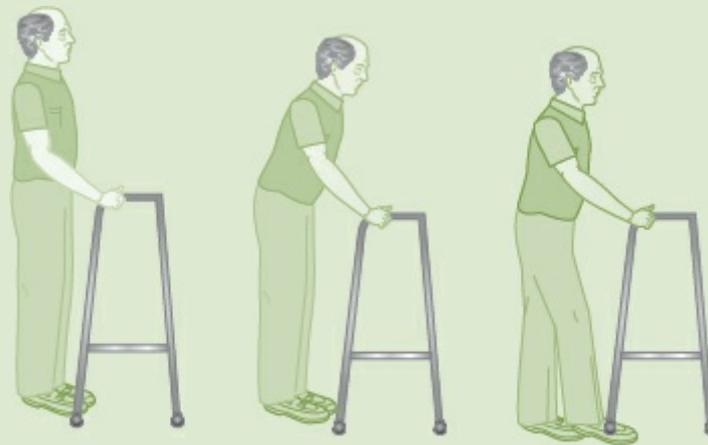
Andador est3ndar

Andador
con ruedas

Andador bast3n

Andador con soporte
de antebrazos

La persona debe colocar sus manos a los lados del andador con sus codos ligeramente flexionados. Durante la deambulaci3n, la persona avanza el andador y despu3s camina hasta 3ste.



De pie
con andador

Se impulsa
hacia adelante

Camina hacia
el andador

La t3cnica correcta tambi3n debe utilizarse durante las transferencias. Al sentarse, la persona debe retroceder el andador hasta el asiento. Al levantarse de 3ste, las manos de la persona deben estar en los brazos de la silla. El individuo se propulsa con sus brazos hasta levantarse; no debe utilizarse el andador para tirar del cuerpo hasta ponerse de pie.



Descenso al asiento

Elevaci3n desde el asiento

SILLAS DE RUEDAS

La silla de ruedas debe ajustarse individualmente. El asiento debe ser un tanto mayor que la amplitud del

cuerpo de la persona para prevenir la presión y la fricción. El brazo de la persona debe ser capaz de alcanzar las ruedas fácilmente y los soportes para pies deben ajustarse a fin de apoyar los pies del paciente en posición horizontal. Los descansabrazos desmontables o plegables facilitan las transferencias.



Se deben inspeccionar las sillas de ruedas de manera rutinaria para determinar la facilidad con la que giran las ruedas, la función de los frenos y la ausencia de bordes afilados, desgarros en la tela o piezas faltantes.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. Mann es un hombre soltero de 70 años de edad que tiene limitación de la movilidad grave en su cadera y rodillas debido a artritis. Cojea y tiene dolor articular considerable. El Sr. Mann no ha acudido a sus citas de rehabilitación y ha rechazado las recomendaciones de cirugía a pesar de que se le ha informado que estas medidas pueden disminuir el dolor y mejorar la función. Aunque se ha ajustado un bastón para él, no lo utiliza.

Durante su visita reciente al médico, la enfermera pregunta al Sr. Mann las razones por las que no desea terapia, cirugía o utilizar el bastón. Él responde “todo eso parece ser para las personas viejas. ¿Se imagina que intente conocer a una mujer joven en un club mientras me la paso con un bastón?”. La enfermera comienza a describir los beneficios de la terapia, la cirugía y el empleo del bastón, pero el Sr. Mann lo interrumpe. “Mire, aprecio que intente ayudar, pero no estoy listo para esas cosas de viejos. Sólo estoy aquí para obtener medicamentos más fuertes para el dolor”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles son algunos de los factores que provocan que el Sr. Mann tenga tales reacciones y percepciones?
- ¿Qué información adicional puede ser de utilidad conocer acerca del Sr. Mann para comprender su punto de vista y ayudar a que mejore su función y grado de confort?
- ¿Cuáles pueden ser algunas de las acciones eficaces para ayudar al Sr. Mann?



CONCEPTO CLAVE

La regularidad y el apego al horario para el uso del inodoro por todos los cuidadores en todos los turnos es de suma importancia para el entrenamiento intestinal y vesical.

Mantener y promover la función mental

Promover el funcionamiento físico es sólo uno de los aspectos de la rehabilitación. De igual importancia es el esfuerzo por mantener, restablecer y promover la función mental. En escenarios dentro de centros de atención donde el contacto que el personal tiene con los pacientes se deriva principalmente de los problemas de salud o en el aislamiento del hogar, la estimulación mental puede estar ausente de manera importante. Al igual que cualquier otra función, la función mental puede deteriorarse si no se ejercita; por lo tanto, todas las actividades de rehabilitación deben incluir la promoción de la actividad mental.

La estimulación mental es altamente individualizada y se basa en el grado intelectual y escolar del paciente. Algunas personas disfrutan de la lectura de literatura clásica, mientras que otros no tienen interés en leer el periódico local. Algunas personas se desenvuelven eficazmente en los eventos sociales, mientras que otros disfrutan la soledad de resolver crucigramas durante días. Algunas personas mantienen una gran gama de contactos en redes sociales digitales, pero otros individuos tienen dificultad para utilizar el teléfono. Algunas personas gustan de hacer que las cosas sucedan, mientras que otras obtienen placer de ver que las cosas sucedan. Esta diversidad, presente en todos los grupos de edad, refuerza la necesidad de individualizar las actividades mentales a las capacidades y los intereses únicos de cada persona. Los pacientes pueden formar parte de una gran cantidad de actividades intelectuales, recreativas y sociales.



CONCEPTO CLAVE

Al igual que en las personas jóvenes, las personas mayores tienen diversas actividades de las cuales obtienen estimulación intelectual y satisfacción.

Reminiscencia

La *reminiscencia* es una actividad mental con capacidades terapéuticas. Desde que Butler y Lewis describieron por primera ocasión la reminiscencia, o revisión de la vida (Butler y Lewis, 1982), los estudios han apoyado los beneficios de este proceso como método para mejorar la memoria, validar la existencia, resolver conflictos pasados y mejorar la calidad de vida (Sok, 2015).

El personal de enfermería puede guiar a los pacientes durante la reminiscencia con el empleo de recursos personales o grupales (véase el comentario acerca de la revisión de la vida en el cap. 4). A menudo, los pacientes pueden brindar temas de valor para la reminiscencia. Por ejemplo, un paciente puede comentar “los jóvenes ahora disfrutan de una vida más fácil que cuando yo tenía su edad”; este comentario puede llevar al personal de enfermería a explorar la juventud del paciente y los sentimientos asociados con ese período de vida. Conocer algo de la historia personal del paciente ayuda al personal de enfermería a encontrar temas relevantes para la reminiscencia, como las migraciones del paciente a otro país, el desarrollo de un negocio o la lucha por su país durante una guerra. Los temas pueden ser elegidos para realizar la reminiscencia en grupo, incluyendo reproducción de música de antaño y las preguntas acerca de cómo era la vida cuando esta música era popular, mostrar

fotografías antiguas y preguntar a los participantes los recuerdos que evocan estas imágenes y solicitar que describan sucesos históricos importantes que pudieron atestiguar. Es probable que la habilidad más importante para el personal durante la reminiscencia sea la capacidad de escuchar.

A medida que el paciente comenta sobre el tema, pueden formularse preguntas con la intención de motivar una explicación mayor. Si el paciente comienza a hablar sin rumbo, puede dirigirse la conversación con comentarios como “sí, ya mencionó ese aspecto con anterioridad, me queda claro que es importante para usted. Ahora, dígame que pasó después”.

Orientación en la realidad

Los pacientes con pérdida de memoria moderada o grave, confusión o desorientación pueden requerir de esfuerzos terapéuticos para mantener su integridad mental dentro del mundo que los rodea. En el caso de estos pacientes, la orientación en la realidad es una herramienta importante. Más allá del recordatorio del día, la fecha, el tiempo, la siguiente comida o día festivo, la orientación en la realidad es el esfuerzo de mantener al paciente completamente orientado. Los relojes, los calendarios, las decoraciones referentes a días festivos y los recordatorios visibles son de ayuda, pero no sustituyen la interacción del personal. Es importante la regularidad en la promoción de la orientación; no tiene demasiado sentido que el turno matutino refuerce que el paciente se encuentra en una residencia para adultos mayores si el turno vespertino confirma al paciente que se encuentra en la granja de su abuelo.



COMUNICACIÓN

El contacto habitual entre el paciente y el personal de enfermería puede utilizarse como una oportunidad para mejorar la orientación. Por ejemplo, al entregar los medicamentos, el personal de enfermería puede mencionar: “Hola, Sr. Richards. Soy la enfermera Jones y traigo su medicamento. ¿Cómo se siente en este martes tan soleado? Es muy caluroso como para que sea el 10 de febrero, ¿no lo cree?”. Este simple ejemplo no toma más tiempo que el simple acto de administrar medicamentos, pero brinda orientación. La falta de información y las ideas erróneas de los pacientes deben aclararse de manera simple, por ejemplo: “No, su hijo no lo va a visitar hoy. Él viene los domingos y hoy es miércoles”.

Si el personal de enfermería observa que los visitantes o los cuidadores pierden la paciencia cuando la persona confunde hechos o no los recuerda, se debe recordar de manera cortés que es mejor aclarar y mencionar los hechos; reprender o frustrarse con el paciente porque no recuerda ciertos hechos no brinda ningún beneficio terapéutico.

Utilizar los recursos de la comunidad

Cada comunidad tiene sus propios recursos para las personas con necesidad de rehabilitación; estos recursos brindan educación, apoyo y diversas formas de ayuda a estas personas y los cuidadores. Los trabajadores sociales, los fisioterapeutas, los terapeutas ocupacionales, los terapeutas del habla y la audición, así como los consejeros de rehabilitación y vocacionales se encuentran entre los profesionales capaces de orientar en la obtención de los recursos adecuados. Las bibliotecas locales, los departamentos de salud y los servicios de derivación e información para los adultos mayores pueden ser de ayuda importante.

Resumen del capítulo

La prevalencia de la discapacidad entre los adultos mayores está en aumento a medida que mayor cantidad de personas sobreviven a enfermedades que solían ser mortales, pero que las dejan con discapacidad residual. Algunas de estas personas requieren rehabilitación, la cual implica los tratamientos desarrollados por médicos y terapeutas y se dirigen a recobrar el nivel de función previo; otros tantos se benefician de la atención restauradora, la cual se dirige al mantenimiento de la función y la prevención de un mayor deterioro. La atención restauradora forma parte del campo de trabajo de la enfermería y puede brindarse en cualquier escenario clínico.

Cierto grado de fragilidad en los adultos mayores se debe a la sarcopenia; la fragilidad puede contribuir al mayor desarrollo de sarcopenia. Es de utilidad revisar los síntomas de fragilidad durante la valoración de enfermería en los adultos mayores.

La discapacidad puede influir en todos los aspectos de la vida. La gravedad de la discapacidad puede ser de menor importancia durante la rehabilitación, en comparación con la actitud y la capacidad de afrontamiento de los pacientes discapacitados y las familias. Puede haber gran cantidad de pérdidas con la discapacidad, como pérdida de la función, el rol, el ingreso económico, el estatus, la independencia o, incluso, una parte del cuerpo. Las personas con discapacidad sufren estas pérdidas y suelen presentar las mismas reacciones que se relacionan con las etapas de la muerte. Cuando una persona padece discapacidad, la atención de rehabilitación se rige por el estado funcional en lugar del diagnóstico; por lo tanto, es importante determinar de manera individual la independencia en las AVC y las AIVC. Las intervenciones se basan en las deficiencias presentes e incluyen cambios de posición, ejercicios de amplitud de movimiento, empleo de dispositivos de asistencia, entrenamiento intestinal y vesical y actividades para promover la función mental. El personal de enfermería apoya en las intervenciones mediante la instrucción, la ayuda con los ejercicios, la guía y el desarrollo de actividades terapéuticas y la vigilancia del uso correcto del equipo.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Determinación del grado de actividad asociado con la atención de rehabilitación en adultos mayores hospitalizados.

Fuente: Casey, C. M., Bennett, J. A., Winters-Stone, K., Knafl, G. J., & Young, H. M. (2014). Geriatric Nursing 35 (2 Supplement), S3–S10.

La hospitalización puede exponer a los adultos mayores a gran cantidad de riesgos, entre los cuales se encuentra un deterioro irreversible del estado funcional capaz de afectar al paciente después del alta. A pesar de la posibilidad de perder la condición física, los estudios han demostrado que los adultos mayores suelen pasar su estancia hospitalaria en cama debido a preocupaciones sobre seguridad, sedación, problemas de personal y limitación del tiempo.

En un esfuerzo por encontrar medidas eficaces para promover la actividad en los pacientes hospitalizados, los investigadores evaluaron el uso y la viabilidad de

Actiheart[®], un monitor y acelerómetro utilizado para detectar la frecuencia cardíaca y el movimiento durante cinco actividades clínicas (girar, piernas péndulas en el borde de la cama, transferencia de una silla a la cama, sentarse en una silla, levantarse de una silla para caminar con andador o trípode de solución i.v.). El Actiheart[®] se compone de un sistema de dos electrodos colocados cerca del esternón y sobre la línea medioclavicular. Los candidatos para este estudio fueron aquellos con 65 años de edad o mayores que ingresaron durante la noche para recibir una cirugía programada el día siguiente, orientados y capaces de caminar.

La frecuencia cardíaca preactividad y postactividad se mantuvo dentro de 20 unidades con referencia a la frecuencia basal (excepto al caminar, actividad que mostró el aumento más significativo). El empleo del monitor mostró eficacia en la vigilancia objetiva del grado de actividad apropiado en cada paciente.

El personal de enfermería debe preocuparse al momento de imponer restricciones a los pacientes mayores como resultado de temas de seguridad y complicaciones. La tecnología ofrece gran cantidad de dispositivos que pueden ayudar fácilmente con la vigilancia de los pacientes y determinar de manera objetiva las medidas apropiadas para cada persona. El empleo de dispositivos como el que se utilizó en el estudio puede ser de utilidad para establecer el grado de actividad seguro para los pacientes hospitalizados y prevenir las diversas consecuencias graves e innecesarias de la restricción de la actividad.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

El Sr. Barr, de 69 años de edad, tuvo una amputación de pierna por debajo de la rodilla hace algunas semanas y esta semana comenzó con capacitación para el empleo de su prótesis. Ha progresado, pero aún tiene dificultades durante las transferencias. El Sr. Barr parece un sujeto duro que tiene todo bajo control, pero usted ha observado que en ocasiones parece temeroso y deprimido cuando no logra desempeñarse adecuadamente con su prótesis.

Durante la reunión del equipo en viernes, el trabajador social informa que la compañía de seguro del Sr. Barr no reembolsará el coste de la rehabilitación intrahospitalaria a partir del lunes. Durante la tarde del sábado, el médico visita al Sr. Barr y pregunta si desea ir a casa. El Sr. Barr responde que así lo desea, por lo que el médico ordena el alta.

Usted sabe que el Sr. Barr vive solo en una casa urbana de dos pisos. Se han realizado todos los preparativos para que el fisioterapeuta de una compañía de atención domiciliaria visite al paciente el lunes. Usted está preocupado por la capacidad del Sr. Barr para valerse durante el fin de semana.

¿Qué puede hacer para ayudar al Sr. Barr hasta que se realice la visita de la compañía de seguros?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Comente la manera en la que la discapacidad influye en el cuerpo, la mente y el espíritu de las personas.

2. Considere la manera en la que su rutina cotidiana se vería afectada si tuviera alguna discapacidad. ¿Qué recursos utilizaría?
3. Describa la manera en la que los prejuicios y las actitudes desinformadas acerca de la discapacidad pueden afectar a las personas con discapacidad.
4. Identifique los recursos para ayudar a las personas con afasia, ceguera, amputación bilateral y alcoholismo disponibles en su comunidad.

Recursos en línea

Amputaciones

National Amputation Foundation

<http://www.nationalamputation.org>

Artritis

Arthritis Foundation

<http://www.arthritis.org>

Discapacidad y rehabilitación

Disabled American Veterans

<http://www.dav.org>

National Rehabilitation Information Center

<http://www.naric.com>

Paralyzed Veterans of America

<http://www.pva.org>

Courage Kenny Rehabilitation Institute

<http://www.allina.com/ahs/ski.nsf>

Lesiones cefálicas

The Brain Injury Association Inc.

<http://www.biausa.org>

Deficiencias auditivas

Dogs for the Deaf

<http://www.dogsforthe deaf.org>

Hearing Loss Association of America

<http://www.shhh.org>

Independent Living Aids

<http://www.independentliving.com>

National Institute of Neurological and Communicative Disorders

<http://www.nidcd.nih.gov>

National Association for the Deaf

<http://www.nad.org>

Enfermedades neurológicas

American Parkinson's Disease Association

<http://www.apdaparkinson.org>

Epilepsy Foundation of America

<http://www.epilepsyfoundation.org>

Myasthenia Gravis Foundation

<http://www.mysathenia.org>

National Huntington's Disease Association

<http://www.hdsa.org>

National Multiple Sclerosis Society

<http://www.nmss.org>

National Stroke Association

<http://www.stroke.org>

Ostomías

United Ostomy Associations of America

<http://www.uoa.org>

Anomalías de la médula espinal

Paralyzed Veterans of America

<http://www.pva.org>

United Spinal Association

<http://www.spinalcord.org>

Deficiencias visuales

American Foundation for the Blind

<http://www.afb.org>

Blinded Veterans Association

<http://www.bva.org>

Guide Dogs for the Blind

<http://www.guidedogs.com>

Guiding Eyes for the Blind

<http://www.guiding-eyes.org>

Leader Dogs for the Blind

<http://www.leaderdog.org>

National Association for the Visually Handicapped

<http://www.navh.org>

National Braille Association

<http://www.nationalbraille.org>

National Eye Institute

<http://www.nei.nih.gov>

National Library Service for the Blind and Physically Handicapped

<http://www.loc.gov/nls>

Referencias

Buckinx, F., Rolland, Y., Reginster, J. Y., Ricour, C., Petermans, J., & Bruyere, O. (2015). Burden of frailty in the elderly population: Perspectives for a public health challenge. *Archives of Public Health, 73*(1), 19.

Butler, R. N., & Lewis, M. I. (1982). *Aging and mental health* (p. 58). St. Louis, MO: Mosby.

Mack, J. L., & Patterson, M. B. (2006). An empirical basis for domains in the analysis of dependency in the activities of daily living (ADL): Results of a confirmatory factor analysis of the Cleveland Scale for Activities of Daily Living (CSALD). *Clinical Neuropsychologist, 20*, 662–667.

Morley, J. E., Anker, S. D., & von Haehling, S. (2014). Prevalence, incidence, and clinical impact of sarcopenia: Facts, numbers, and epidemiology update 2014. *Journal of Cachexia, Sarcopenia, and Muscle, 5*(4), 253–259.

Sok, S. R. (2015). Effects of individual reminiscence therapy for older women living alone. *International Nursing Review*, 63(2). En:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12190/abstract;jsessionid=09DA-0CA6BE8E63C9BDD119FB44607CBD.f02t04>

Lecturas recomendadas thePoint*

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Atención de urgencias

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Riesgos asociados con la hospitalización en los adultos mayores

Atención quirúrgica

Riesgos especiales para los adultos mayores

Consideraciones para la atención preoperatoria

Consideraciones para la atención operatoria y postoperatoria

Atención de urgencia

Infecciones

Planificación del alta de los adultos mayores

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Nombrar las medidas para disminuir el riesgo que enfrentan los adultos con enfermedades agudas.
2. Describir los riesgos y las precauciones de los adultos mayores que atraviesan una cirugía.
3. Comentar las urgencias geriátricas frecuentes y las acciones de enfermería relacionadas.
4. Identificar las medidas para disminuir el riesgo de infección en los adultos mayores.
5. Comentar la importancia de la planificación temprana del alta en los adultos mayores.
6. Describir los factores que influyen en los resultados en los adultos mayores después del alta.

GLOSARIO

Complicaciones iatrógenas: efectos no previstos que provocan los profesionales de la salud, los tratamientos o los procedimientos médicos.

Infecciones intrahospitalarias: aquellas adquiridas dentro del hospital.

Los hospitales de urgencias actuales tienen un papel importante en la atención geriátrica. Los adultos mayores tienen una mayor incidencia de hospitalización y estancia hospitalaria en comparación con otros grupos de edad ([Centers for Disease Control and Prevention, 2015](#)). Además, las personas mayores son consumidores significativos de los servicios hospitalarios ambulatorios. Diversos cambios relacionados con la edad aumentan el riesgo de lesiones y pueden provocar infecciones que producen complicaciones de las enfermedades frecuentes que padecen los adultos mayores. La tecnología ha abierto la puerta a nuevos procedimientos de diagnóstico, reparación y reemplazo de órganos con funcionamiento anómalo y nuevas opciones de tratamiento. Los escenarios de atención de urgencias son parte definitiva de la atención geriátrica, y el personal de enfermería dentro de este ámbito debe estar familiarizado con las necesidades específicas de los adultos mayores.

RIESGOS ASOCIADOS CON LA HOSPITALIZACIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES

Una gran cantidad de adultos mayores que han vivido de manera independiente en sus hogares hasta el momento de la hospitalización no son dados de alta con el mismo grado de función; en algunas circunstancias, es necesaria la transferencia a una residencia para adultos mayores. La disminución en el estado de salud en ocasiones puede atribuirse a los efectos del envejecimiento sobre la capacidad del adulto mayor para soportar el estrés de una enfermedad aguda; no obstante, durante la hospitalización, los adultos mayores están en gran riesgo de presentar **infecciones intrahospitalarias** (infecciones adquiridas dentro del hospital) y **complicaciones iatrógenas** (complicaciones accidentales causadas por profesionales médicos o tratamientos o procedimientos médicos). Los ejemplos de complicaciones incluyen delirium, caídas, úlceras por presión, deshidratación, incontinencia, estreñimiento y pérdida de la independencia funcional ([tabla 33-1](#)).

TABLA 33-1 Riesgos potenciales para los adultos mayores durante la hospitalización

Riesgo	Factor causal o contribuyente
Delirium	Entorno nuevo Privación sensorial Falta de acceso a anteojos o auxiliares auditivos Cognición o nivel de consciencia alterados Exceso de estímulos Efectos adversos de fármacos Alteración fisiológica
Caídas	Mareos Hipotensión ortostática Debilidad, fatiga Entorno desconocido Cognición o nivel de consciencia alterados

	Presencia de equipos, suministros Restricción de la movilidad química o física No emplear barandales de la cama Efectos de los medicamentos Falta de ayuda
Úlceras por presión	Cambios cutáneos relacionados con la edad Inmovilización Fuerzas cizallantes Sedación Dolor Debilidad Enfermedad debilitante Falta de ayuda
Deshidratación	Disminución de la sensación de sed relacionada con la edad Sedación Náuseas, vómitos Cognición o nivel de consciencia alterados Falta de acceso a líquidos Falta de ayuda
Incontinencia	Diuresis Sedación Debilidad Falta de acceso a cómodo o bacín Cateterismo Falta de ayuda para utilizar el inodoro
Estreñimiento	Cambios en el aparato digestivo relacionados con la edad Efectos de los medicamentos Efectos de la cirugía Modificaciones en la dieta Disminución de la actividad Posición deficiente durante la defecación Falta de acceso a cómodo Falta de ayuda para utilizar el inodoro
Pérdida de la independencia funcional	Expectativas estereotipadas del personal Restricciones innecesarias Tiempo insuficiente para el autocuidado Déficits de conocimiento Inmovilidad Desarrollo de complicaciones No deambular o movilizarse tempranamente

El personal de enfermería anticipa y disminuye los riesgos frecuentes con los que se enfrenta el paciente mayor enfermo para lograr la mayor capacidad de función independiente. Algunas medidas útiles incluyen:

- Valoración cuidadosa para identificar riesgos y problemas.
- Planificación del alta temprana.
- Motivación de la independencia.
- Vigilancia estrecha de los medicamentos y verificación del empleo de dosis ajustadas para la edad.
- Recordatorios y ayuda durante el reposicionamiento, tos, respiración profunda y evacuación frecuentes.

- Identificación temprana y corrección de las complicaciones, recordando que pueden presentarse signos y síntomas atípicos.
- Evitación del sondaje urinario cuando sea posible.
- Cumplimiento estricto de las técnicas asépticas y de control de la infección.
- Vigilancia estrecha de los ingresos y los egresos, los signos vitales y el estado de la piel.
- Modificaciones del entorno para cumplir con las necesidades del adulto mayor (p. ej., temperatura de 23.8 °C, disminución del ruido, luces nocturnas y evitación de destellos).
- Ayuda según la necesidad en las actividades de la vida cotidiana.
- Educación del paciente y la familia.
- Orientación en la realidad en la medida necesaria.
- Derivación a los recursos para promover la capacidad de autocuidado y la independencia.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles considera que son las recompensas y los desafíos en la atención de los adultos mayores durante la hospitalización de urgencia?

ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Debido a los procedimientos quirúrgicos cada vez más eficaces y la mayor cantidad de personas que viven hasta la edad avanzada, el personal de enfermería cuida cada vez más de pacientes quirúrgicos mayores. Además, las personas no son privadas del beneficio de la cirugía sólo por la edad avanzada. La cirugía ha brindado a gran cantidad de personas mayores no sólo cantidades adicionales de años en sus vidas, sino años funcionales. La atención quirúrgica exitosa de los problemas de salud de un adulto mayor depende de la comprensión del personal de enfermería de los factores relacionados con la edad que afectan las intervenciones quirúrgicas.



CONCEPTO CLAVE

Las cirugías no sólo agregan años de vida a los adultos mayores, sino que también pueden mejorar la calidad y la independencia de estos años adicionales.

Riesgos especiales para los adultos mayores

En general, los adultos mayores tienen menor margen de reserva fisiológica y son menos capaces de compensar o adaptarse a los cambios fisiológicos. La infección, la hemorragia, la anemia, los cambios en la presión arterial y los desequilibrios hidroelectrolíticos son más problemáticos en la edad avanzada. Desafortunadamente, la falta de elasticidad de los vasos sanguíneos, la desnutrición, el aumento de la susceptibilidad a infecciones y la disminución de las reservas cardíaca, respiratoria y renal pueden provocar que las complicaciones ocurran con mayor frecuencia en los

adultos mayores, en especial durante una urgencia o procedimientos quirúrgicos difíciles. Al fortalecer las capacidades de los adultos mayores durante el período preoperatorio, conservar estas capacidades en el período postoperatorio y mantenerse alerta a los signos tempranos de complicaciones, el personal puede ayudar a disminuir el riesgo de complicaciones quirúrgicas (fig. 33-1). La tabla 33-2 nombra los diagnósticos que pueden ser identificados en los adultos mayores que han recibido cirugía.

Consideraciones para la atención preoperatoria

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe ser sensible a los temores que pueden manifestar los adultos mayores acerca de la cirugía. A lo largo de sus vidas, los adultos mayores de la actualidad han presenciado discapacidad grave o muerte en otras personas mayores a quienes se realiza cirugía, por lo que pueden estar preocupados acerca de desenlaces similares en su operación. Los pacientes deben comprender que ha aumentado el éxito de las cirugías como resultado de los siguientes avances:



FIGURA 33-1 ■ El adulto mayor hospitalizado requiere intervenciones de enfermería para prevenir las complicaciones y promover el retorno del bienestar.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 33-2 Diagnósticos de enfermería relacionados con la cirugía

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería*
Alteración en el transporte de oxígeno, dolor	Intolerancia a la actividad
Temor a la muerte o la discapacidad, dolor, falta de conocimiento	Ansiedad
Anestesia, inmovilidad, dolor real o percibido, analgésicos	Estreñimiento
Choque, desequilibrios hidroelectrolíticos, sepsis, anestesia	Disminución del gasto cardíaco

Pruebas diagnósticas, posicionamiento, traumatismo tisular, inmovilidad	Dolor
Disminución del flujo sanguíneo encefálico, intubación endotraqueal, dolor, anestesia, depresores del sistema nervioso central	Alteración de la comunicación verbal
Preocupación acerca de la pérdida de la función o parte corporal, muerte, resultado de la cirugía	Temor
Choque, infección, secreción excesiva de la herida, ayuno, desequilibrio electrolítico, hemorragia	Déficit de volumen hídrico
Infusión i.v. rápida o excesiva, estasis venosa	Exceso de volumen hídrico
Tratamiento i.v., intubación, falta de técnica aséptica, cateterismo	Potencial de infección
Alteración de la función encefálica, dolor	Potencial de heridas
Falta de conocimiento acerca de la cirugía, el resultado esperado, los riesgos y la atención postoperatoria	Déficit de conocimiento
Dolor, debilidad, alteración de la cognición, restricciones	Movilidad física deficiente
Anorexia, náuseas, vómitos, dolor, incapacidad para alimentarse	Desequilibrio nutricional: ingesta menor a las necesidades corporales
Traumatismo por intubación endotraqueal, ayuno, respiración por boca, higiene bucal inadecuada	Alteración de la mucosa bucal
Incapacidad de autoayuda, falta de conocimiento	Impotencia
Anestesia, opiáceos, inmovilidad, dolor, secreciones	Déficit del intercambio gaseoso
Inmovilidad, restricciones por el sistema i.v.	Déficit en el autocuidado (baño, vestido, alimentación, excreción)
Cambio en la función o la parte corporal, dolor, dependencia	Alteración de la imagen corporal
Inmovilidad, presión de la mesa de operación, edema, deshidratación	Deficiencia de la integridad cutánea
Inmovilidad, ansiedad, dolor, nuevo entorno, medicamentos	Alteración del patrón de sueño
Anestesia, medicamentos, confusión, deshidratación, cateterismo	Alteración de los patrones de micción

i.v., intravenoso.

*Adaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017.

Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

- Mejores herramientas diagnósticas que facilitan el reconocimiento temprano de la enfermedad y el tratamiento.
- Mejores medidas terapéuticas, incluyendo técnicas quirúrgicas y antibióticos.
- Mayor conocimiento acerca de las características especiales de los adultos mayores.

Además de ofrecer tranquilidad, el personal de enfermería enseña al paciente y la familia qué esperar antes, durante y después de la cirugía, incluyendo lo siguiente:

- Preparación preoperatoria. Vestimenta, medicamentos, ayuno.
- Tipos de reacciones frente a la anestesia.
- Duración de la cirugía y una descripción breve del procedimiento.

- Procedimientos rutinarios de la sala de recuperación.
- Dolor esperado y su tratamiento.
- Cambios de posición, tos y ejercicios de respiración profunda.
- Justificación y frecuencia de los cambios de vendaje, la succión y el tratamiento con oxígeno, catéteres y otros procedimientos anticipados.

El personal de enfermería registra cualquier intervención de educación en el expediente del paciente a fin de que esta información esté disponible para otros miembros del equipo. Durante la valoración y la preparación preoperatoria, el equipo identifica las preguntas, las dudas y los temores y verifica que el médico esté al tanto de estos hallazgos.

El personal de enfermería también verifica con el médico los fármacos que el paciente recibirá para determinar los que deben continuarse durante la hospitalización. Los medicamentos habituales de los pacientes deben administrarse a pesar de las indicaciones de ayuno. Por ejemplo, la interrupción súbita del tratamiento con esteroides puede provocar colapso cardiovascular. El personal de enfermería debe identificar si el individuo ha tomado antihipertensivos, tranquilizantes u otros medicamentos antes de ser hospitalizado. De manera ocasional, los pacientes olvidan o se niegan a comentar con el médico acerca de estos medicamentos. Debido a que las funciones cardíaca y pulmonar pueden estar alteradas por diversos fármacos, es importante verificar que esta información sea conocida por el médico. De la misma manera, el médico necesita estar informado acerca de los medicamentos herbolarios que el paciente esté utilizando, pues gran cantidad de ellos (como el *ginseng* y el *Ginkgo biloba*) pueden afectar la coagulación.

El personal de enfermería debe verificar que se haya completado la fase de valoración preoperatoria, incluyendo lo siguiente:

- *Pruebas de laboratorio.* Depuración de creatinina, glucosa, electrolitos, hemograma, proteínas plasmáticas totales, gasometría arterial, enzimas cardíacas, recuento de linfocitos, albúmina sérica, hemoglobina, hematócrito, capacidad total de fijación de hierro, transferrina.
- *Radiografía de tórax.*
- *Electrocardiograma (ECG).*
- *Pruebas de función pulmonar.* En el caso de los pacientes con obesidad y aquellos con antecedentes de hábito tabáquico o enfermedad pulmonar.
- *Valoración nutricional.* Peso, estatura, perímetro medio del brazo, pliegue cutáneo tricipital, antecedentes alimenticios.
- *Estado mental.*

Debido al tipo de atención directa que ofrece, el personal de enfermería puede ser el único miembro del equipo que se percata de ciertos problemas. Por ejemplo, tienen la capacidad de reconocer dientes sin firmeza, lo que puede provocar que se desprendan y sean broncoaspirados durante la cirugía y causar complicaciones. Este

problema debe mencionarse al médico para asegurar que se corrija antes de la cirugía.



CONCEPTO CLAVE

La posición del paciente y el acolchado de las prominencias óseas puede disminuir cierto grado de dolor muscular y óseo que algunos pacientes mayores experimentan después de la cirugía prolongada.

Si se anticipa una cirugía prolongada, otra de las medidas precautorias que puede emplearse es acolchar las prominencias óseas de los pacientes mayores. Debido a que estarán sobre una superficie firme, el acolchado previene úlceras por presión o molestias óseas y musculares después de la cirugía.

El control de infecciones debe ser una prioridad en la mente del personal de enfermería durante toda la estancia hospitalaria y comienza con la preparación preoperatoria. Promover un buen estado nutricional y la corrección de infecciones existentes son consideraciones preoperatorias de importancia. Para disminuir aún más el riesgo de infección, se recomienda el baño preoperatorio en tres ocasiones (en la mañana y la noche del día anterior a la cirugía y la mañana del día de la cirugía), además del afeitado preoperatorio tan cerca de la cirugía como sea posible.

Por último, a pesar de que es responsabilidad legal del médico, el personal de enfermería puede verificar que se obtenga el consentimiento informado del paciente antes de la cirugía (véase el [cap. 8](#) para mayor información acerca del consentimiento informado).

Consideraciones para la atención operatoria y postoperatoria

La anestesia debe tratarse con precaución en los adultos mayores. Debido a que la anestesia produce depresión de las funciones de los sistemas cardiovascular y respiratorio que ya están alteradas, debe elegirse con cautela. La vigilancia estrecha por parte del anesthesiólogo detecta y previene las complicaciones en las funciones vitales de los pacientes. No se recomienda la cirugía prolongada en los adultos mayores. La manipulación brusca y frecuente de los tejidos durante la cirugía provoca la estimulación refleja, lo que aumenta las demandas de anestesia. Si se emplean fármacos inhalados para la anestesia, el personal de enfermería debe recordar que el paciente puede permanecer durante mayor tiempo bajo los efectos de la anestesia debido a la eliminación más lenta; el cambio de posición y la respiración profunda ayudan a eliminar con mayor rapidez los fármacos inhalados.

La hipotermia es una de las principales complicaciones en los adultos mayores durante y después de la cirugía. Los factores que contribuyen a la cirugía incluyen temperatura corporal menor en numerosas personas mayores, temperatura disminuida en los quirófanos y el uso de medicamentos que disminuyen el metabolismo. El entorno frío y los escalofríos pueden aumentar el gasto cardíaco y la ventilación, lo que priva al cerebro y el corazón del oxígeno necesario; no obstante, los escalofríos se presentan con menor frecuencia en los adultos mayores. Además, la disminución del metabolismo que se presenta con la hipotermia retrasa la recuperación de la consciencia y los reflejos. La vigilancia estrecha de la temperatura corporal es demasiado importante. Cierta grado de hipotermia puede prevenirse con las medidas

de calentamiento apropiadas; la investigación ha mostrado que el calentamiento durante los períodos intraoperatorio y postoperatorio temprano da origen a una mayor temperatura central y menor incidencia de hipotermia (Horn, et al., 2012; Rowley, et al, 2014; Yang, et al., 2012).



CONCEPTO CLAVE

La hipotermia es uno de los principales riesgos de los pacientes mayores en el período postoperatorio.

La observación y vigilancia frecuentes y estrechas en el período postoperatorio son esenciales. La disminución de la capacidad de los adultos mayores para soportar el estrés refuerza la necesidad de detectar y tratar los síntomas de choque y hemorragia de manera temprana. A pesar de que no se encuentran completamente conscientes después de la cirugía, los pacientes mayores pueden mostrar inquietud como primer síntoma de una posible hipoxia. Es importante que la inquietud no se confunda con dolor; la administración de opiáceos puede agotar las reservas de oxígeno aún más. La administración profiláctica de oxígeno resulta de beneficio durante la atención postoperatoria. La pérdida sanguínea debe medirse de manera precisa y, en caso de que sea excesiva, corregirse de inmediato. La revisión frecuente del gasto urinario puede ayudar a revelar el inicio de complicaciones graves. Por último, los desequilibrios hidroelectrolíticos pueden evitarse y detectarse mediante el registro riguroso de los ingresos y los egresos. Los egresos deben incluir drenajes, sangrado, vómitos y otras fuentes de pérdida de líquidos.



CONCEPTO CLAVE

La inquietud postoperatoria puede indicar hipoxia, no dolor; la administración inadecuada de un opiáceo puede afectar aún más la reserva de oxígeno.

Debido a que los pacientes mayores tienen mayor riesgo de desarrollar infecciones, debe prestarse especial atención al cuidado de heridas y el cambio de vendajes. Un buen estado nutricional es beneficioso para la curación de tejidos y debe alentarse. Para conservar la energía del paciente y brindar comodidad, es esencial el control del dolor. Mantener la defecación y la micción regulares, el movimiento articular y ayudar al paciente a mantener una posición cómoda ayuda al control del dolor. Si se emplean medicamentos para el control del dolor, el personal de enfermería debe prestar atención a la disminución de la actividad que se presenta y a la prevención de las consecuencias de esta inmovilidad. El personal de enfermería también debe estar al tanto de la posición sobre la rígida mesa de cirugía y la manipulación del paciente inconsciente, situaciones que pueden provocar dolor muscular y óseo durante varios días después de la cirugía. Por último, es importante vigilar al individuo para detectar la presencia de depresión respiratoria si se administran opiáceos.

Los adultos mayores están en especial riesgo de presentar diversas complicaciones postoperatorias. Las complicaciones respiratorias incluyen neumonía, embolia pulmonar y atelectasia. En el caso de la atelectasia, puede haber disminución

de los ruidos respiratorios y fiebre leve, pero es posible que una radiografía no muestre dato alguno. Las atelectasias aumentan el riesgo de desarrollo de neumonía. Si se desarrolla neumonía en un adulto mayor, es más problemática de lo que sería en un adulto joven y requiere un mayor período de recuperación. Las complicaciones cardiovasculares incluyen embolia, trombosis, infarto de miocardio y arritmias. En ocasiones se presentan ictus y oclusión coronaria, pero con menor frecuencia en comparación con otras complicaciones. La disminución de la actividad y la resistencia provocan que se desarrollen con facilidad úlceras por presión. La insuficiencia renal causada por fármacos es frecuente; los medicamentos que suelen provocar esta complicación incluyen la cimetidina, digoxina, aminoglucósidos, cefalosporinas, ampicilina e inhibidores neuromusculares. Los pacientes postoperatorios de edad avanzada, en especial aquellos con reemplazo de cadera, suelen tener mayor incidencia de delirium en comparación con la población adulta general. El íleo paralítico, acompañado de fiebre, deshidratación, dolor abdominal y distensión, es una de las complicaciones postoperatorias que pueden padecer los adultos mayores. La [tabla 33-3](#) menciona más complicaciones.

El personal de enfermería se encuentra en una posición especial para ayudar al paciente mayor a lograr el máximo beneficio de la cirugía. El procedimiento quirúrgico más sofisticado realizado por el cirujano más hábil no tiene ningún valor si la atención de rehabilitación deficiente provoca discapacidad o muerte por complicaciones prevenibles. Combinar los principios y las prácticas de la enfermería quirúrgica con las características únicas del paciente mayor es uno de los retos que tiene la enfermería geriátrica y gerontológica. No obstante, es una gran satisfacción presenciar el aumento en la capacidad y la vida más significativa que obtienen los adultos mayores a partir de los beneficios de la cirugía.

ATENCIÓN DE URGENCIA

Las urgencias en los adultos mayores son especialmente problemáticas. En primer lugar, se presentan con frecuencia debido a los cambios relacionados con la edad que disminuyen la resistencia y provocan que el cuerpo sea más susceptible a las lesiones y la enfermedad. En segundo lugar, suelen presentarse de manera atípica, lo que complica el diagnóstico. En tercer lugar, pueden ser más complicadas de tratar o estabilizar debido a la respuesta alterada de los adultos mayores ante los tratamientos. Por último, tienen mayor riesgo de provocar complicaciones graves o muerte. Al reconocer las situaciones de urgencia e intervenir de manera oportuna, el personal de enfermería puede evitar una molestia significativa y discapacidad en los adultos mayores y, en muchas ocasiones, salvar sus vidas.

TABLA 33-3 Complicaciones frecuentes en los pacientes mayores quirúrgicos

Complicación	Factores medicoquirúrgicos	Proceso de envejecimiento	Intervenciones de enfermería
Desequilibrio hidroelectrolítico	Pérdidas de sangre y líquidos durante la cirugía, quirófano frío, evaporación de los líquidos en tejidos, cirugía y anestesia que estimulan la ADH y la aldosterona, sobrehidratación por tratamiento i.v.	Disminución de la función renal (pérdida de nefronas, disminución de la tasa de filtración glomerular y depuración de creatinina), disminución de la función cardiopulmonar.	Vigilancia estrecha de los ingresos y los egresos, valoración de la turgencia cutánea (sobre el estómago y la frente), valoración de signos de hipovolemia e hipervolemia, determinación del estado urinario, detección de pérdidas insensibles de líquidos, como diaforesis, valoración del edema sacro, corrección de los desequilibrios con infusión isotónica y electrolitos.
Desnutrición	Ayuno durante la preparación para estudios de diagnóstico, disminución de la ingesta postoperatoria, efectos psicosociales, entorno quirúrgico, estrés quirúrgico que demanda mayores necesidades.	Disminución de la secreción, la motilidad y la absorción; disminución de la tasa metabólica inicial; atrofia de papilas gustativas; pérdida del apetito; disminución de la absorción de hierro, vitamina B ₁₂ y calcio; pérdidas sensoriales.	Valoración nutricional preoperatoria (vigilancia del peso, el equilibrio hídrico, la ingesta alimenticia y los valores de laboratorio), preparación nutricional preoperatoria, aumento de necesidades calóricas y proteicas postoperatorias, hiperalimentación si es necesaria, empleo de equipo de apoyo nutricional, mantenimiento postoperatorio del equilibrio positivo de nitrógeno; suplementos de vitaminas y minerales. <i>Preoperatorio.</i> Dejar de fumar durante al menos 1 semana antes, disminución de peso, pruebas de función pulmonar; en caso de bronquitis, administrar antibióticos, expectorantes y broncodilatadores, instruir en ejercicios pulmonares; tos (lengua protruida para liberar secreciones), respiración profunda, espirometría de incentivo. <i>Postoperatorio.</i> Cambio de posición cada hora, vigilancia de gases sanguíneos, retiro de ventilador lo antes posible, continuar con ejercicios pulmonares; O ₂ para garantizar la oxigenación, deambulación temprana, fisioterapia torácica.
Neumonía y atelectasia	Fumadores con tos, obesidad, bronquitis, enfermedad pulmonar crónica, cirugía torácica o abdominal superior; anestesia y analgésicos que disminuyen la capacidad funcional residual, la expansión y el intercambio gaseoso.	Disminución del drenaje broncopulmonar; deterioro de la función pulmonar (volumen corriente, pérdida de los reflejos de protección de la vía aérea).	Cambio de posición frecuente, posición correcta, dispositivos de reducción de presión, evitación de fuerzas de cizallamiento, movimiento y deambulación tempranos, buena higiene cutánea, lociones, masaje suave, suplementos alimenticios, aumento de ingesta de líquidos, alto contenido de proteína y calorías. <i>Preoperatorio.</i> Preparación nutricional preoperatoria al menos 1-3 semanas antes, suplementos vitamínicos, cuidado aséptico estricto de la herida; motivar descanso (sueño de ondas lentas, ejercicios de respiración, toser sólo si hay presencia de secreciones, prevención del vómito); capacitación prealta; cuidado adecuado de las heridas y prevención de complicaciones; instrucciones dietéticas.
Úlceras por presión	Desnutrición; enfermedad crónica (p. ej., diabetes, insuficiencia cardíaca, vasculopatía periférica); tiempo en la mesa quirúrgica.	Pérdida de hidratación, adelgazamiento de epidermis, pérdida de capilares en la dermis, pérdida de receptores sensitivos, pérdida de la grasa subcutánea.	Cambio de posición frecuente, posición correcta, dispositivos de reducción de presión, evitación de fuerzas de cizallamiento, movimiento y deambulación tempranos, buena higiene cutánea, lociones, masaje suave, suplementos alimenticios, aumento de ingesta de líquidos, alto contenido de proteína y calorías.
Dehiscencia de herida, evisceración	Desnutrición; pérdida de peso grave o súbita.	Disminución de la respuesta inmunitaria; retraso en la curación de heridas (disminución de respuesta inflamatoria, mitosis, proliferación celular; formación anómala de colágeno que conlleva menor fuerza de tensión en la herida, disminución de la fuerza muscular).	Preparación nutricional preoperatoria al menos 1-3 semanas antes, suplementos vitamínicos, cuidado aséptico estricto de la herida; motivar descanso (sueño de ondas lentas, ejercicios de respiración, toser sólo si hay presencia de secreciones, prevención del vómito); capacitación prealta; cuidado adecuado de las heridas y prevención de complicaciones; instrucciones dietéticas.
Hipotermia accidental	Quirófanos fríos, infusiones a temperatura ambiente, exposición de la piel para el vestido y preparación de la mesa quirúrgica, exposición del peritoneo o la pleura durante la cirugía, vasodilatación periférica.	Deterioro de los mecanismos termorreguladores, disminución de las reservas cardiopulmonares, disminución de la capacidad de aumentar la tasa metabólica.	Vigilancia de la temperatura en el quirófano, monitorización cardíaca cuidadosa, sábana térmica, sábanas calientes después del cierre de la herida, calentar líquidos i.v., transferencia rápida del quirófano, sábanas térmicas en la sala de recuperación, transferencia de las sábanas junto con el paciente.
Rigidez articular, contracturas	Presencia de enfermedad articular degenerativa, osteoporosis, disminución de la movilidad durante la preparación preoperatoria, inmovilidad durante la cirugía, limitación del movimiento por dolor en el período postoperatorio.	Disminución de la fuerza muscular, deterioro del estado físico, reducción de la masa ósea, osificación del cartílago en las articulaciones, flexión de las articulaciones, postura incorrecta, disminución del movimiento, cambios en la marcha.	Valorar el grado de función previo, ejercicios preoperatorios de piernas, deambulación temprana, posicionamiento correcto y movimiento en cama, ejercicios de amplitud de movimiento pasivos y activos, motivar el movimiento activo del paciente.
Estado de confusión aguda, delirium	Tipo de anestesia, paso de la barrera hematoencefálica por ciertos fármacos, presencia de depresión o demencia previas, factores del entorno, cantidad de medicamentos consumidos, hipoxemia, factores psicosociales.	Pérdida de neuronas, atrofia cerebral, disminución del flujo sanguíneo y el consumo de oxígeno, reducción de la función renal, retraso de la depuración de los fármacos del cuerpo, pérdida sensorial, disminución de las reservas cardiopulmonares.	<i>Preoperatorio.</i> Valorar el estado basal mental y emocional, apoyar psicológicamente, permitir tiempo para preguntas y expresión de los temores, brindar atención espiritual si se desea, corregir los desequilibrios electrolíticos y la anemia. <i>Postoperatorio.</i> Vigilar el nivel de consciencia, evitar restricciones, brindar un entorno tranquilo, evitar el empleo de catéteres, orientar en el entorno, movilidad progresiva, tranquilizar; brindar atención adecuada en caso de pérdida auditiva, vigilar los electrolitos y los líquidos, asegurar la oxigenación adecuada. <i>Preoperatorio.</i> Valorar el riesgo, corregir y tratar las enfermedades existentes; disminuir dosis de heparina; mejorar el estado nutricional para beneficiar la función cardíaca.
Insuficiencia cardíaca	Enfermedad cardíaca preexistente, hipertensión, efectos de la anestesia sobre la presión arterial, estrés de la cirugía que aumenta las necesidades metabólicas y aumenta la carga cardíaca.	Disminución del gasto cardíaco, alteración del transporte de O ₂ , acumulaciones grasas en las válvulas cardíacas, aterosclerosis en los vasos, amplitud mayor de la presión de pulso.	<i>Preoperatorio.</i> Valorar el riesgo, corregir y tratar las enfermedades existentes; disminuir dosis de heparina; mejorar el estado nutricional para beneficiar la función cardíaca. <i>Postoperatorio.</i> Vigilar la presión venosa central; valorar la distensión yugular y los ruidos respiratorios cada hora; monitorizar con ECG continuo; vigilar de manera estrecha los signos vitales, el estado de consciencia y el gasto urinario; observar la circulación periférica y el color; mantener la función cardiovascular; movilizar de forma temprana y cuidadosa, permitir períodos de descanso.

ADH, hormona antidiurética; ECG, electrocardiograma.

De: Palmer, M. A. (1990). Care of the older surgical patient. En Eliopoulos, C. (Ed.), *Caring for the elderly in diverse care settings* (pp. 350-372). Philadelphia, PA: J.B. Lippincott.

Sin importar el tipo de urgencia, los siguientes objetivos básicos rigen las acciones de enfermería:

- ▶ Mantener las funciones vitales.
- ▶ Prevenir y tratar el choque.
- ▶ Controlar la hemorragia.

- Prevenir las complicaciones.
- Mantener al paciente cómodo desde el punto de vista físico y psicológico.
- Observar y registrar los signos vitales, los tratamientos y las respuestas.
- Valorar la presencia de factores causales.

Cuando se presente la duda de si en realidad existe una situación de urgencia, el personal de enfermería debe inclinarse por la opción más segura. Es mucho mejor obtener una radiografía o un ECG que conduzca a la ausencia de hallazgos que considerar que no es necesario molestarse o cubrir el coste y producir sufrimiento al paciente por un diagnóstico tardío.



CONCEPTO CLAVE

Cuando se sospecha una situación de urgencia, es mejor errar en el lado seguro y obtener las pruebas diagnósticas en lugar de arriesgarse a retrasar el diagnóstico.

El [cuadro 33-1](#) destaca algunas situaciones de urgencia que pueden presentarse en los adultos mayores y las medidas de enfermería relacionadas.

CUADRO 33-1 Urgencias seleccionadas en los adultos mayores

CONFUSIÓN AGUDA/DELÍRIUM

Manifestaciones clínicas. Deterioro rápido de la función cognitiva, alteración de la función intelectual, desorientación en tiempo y lugar, disminución de la atención, menor memoria, labilidad del estado de ánimo, habla incoherente, juicio anómalo, alteración del estado de consciencia, inquietud, insomnio, cambios de personalidad y suspicacia.

Objetivo. Identificar y corregir la causa subyacente.

Intervenciones de enfermería:

- Valorar los cambios en la salud física, el estrés, los cambios de vida, los medicamentos consumidos, la ingesta nutricional, entre otros problemas.
- Obtener muestras de sangre para su valoración.
- Vigilar los signos vitales, los ingresos y egresos y el comportamiento.
- Apoyar en el plan de tratamiento, por ejemplo, restitución electrolítica, cambios de medicamentos y control de la fiebre.

Objetivo. Proteger de lesiones y complicaciones.

Intervenciones de enfermería:

- Supervisar las actividades de manera cuidadosa.
- Eliminar las sustancias peligrosas, los medicamentos y los equipos del entorno inmediato del paciente.
- Asegurar la ingesta nutricional, la excreción y la higiene adecuadas.

Objetivo. Disminuir la confusión.

Intervenciones de enfermería:

- Limitar la cantidad de personal que brinda atención. Ofrecer regularidad en el tratamiento.
- Mantener un entorno tranquilo y regular. Evitar luces brillantes, ruido excesivo y temperaturas extremas.
- Ofrecer afirmaciones de orientación, como “Sr. Jones, usted se encuentra en el hospital. Es martes por la tarde. Su esposa se encuentra a su lado”.
- Aclarar las ideas erróneas.

Nota: es importante realizar una valoración completa cuando se presenta la confusión. Este problema puede ser resultado de una gran cantidad de alteraciones, como hipoglucemia, hipercalcemia, desnutrición, infección, traumatismos y reacciones a fármacos.

DESHIDRATACIÓN

Manifestaciones clínicas. Orina concentrada, disminución o exceso de gasto urinario, pérdida de peso, egresos mayores que los ingresos, aumento de la temperatura y la frecuencia cardíaca, disminución de la turgencia cutánea, sequedad de lengua, boca y piel, debilidad, letargia, confusión, náuseas y anorexia, puede haber ausencia de sed.

Objetivo. Reposición de líquidos.

Intervenciones de enfermería:

- Obtener muestras de sangre para análisis de electrolitos.
- Administrar líquidos a menos que esté contraindicado. Apicar soluciones intravenosas como se indique.
- Vigilar y registrar los ingresos y los egresos, el peso y los signos vitales.

Objetivo. Disminuir o eliminar los factores causales.

Intervenciones de enfermería:

- Valorar las causas probables (p. ej., ingesta insuficiente, fiebre, vómitos, diarrea y secreción de heridas).
- Corregir la causa.
- Vigilar y motivar la ingesta de líquidos.

Nota: la disminución en el líquido intracelular se presenta con la edad y contribuye a una menor cantidad total de líquido corporal; esta situación causa que cualquier pérdida sea más significativa en los adultos mayores. A menos que exista una necesidad médica para la restricción, la ingesta de líquidos debe ser de 2 000-3 000 mL todos los días. Valorar los factores especiales que pueden provocar deshidratación, como disminución de la sensibilidad de la sed, discapacidad que dificulta la ingesta de líquidos, alteración del estado mental, intentos para disminuir la polaquiuria y la nicturia.

CAÍDAS

Manifestaciones clínicas. Paciente en el suelo o informe de caída.

Objetivo. Evaluar y tratar las lesiones causadas por la caída.

Intervenciones de enfermería:

- No mover al paciente hasta que se valore el estado.
- Solicitar radiografías cuando se sospeche fractura.
- Controlar la hemorragia.
- Aliviar la ansiedad del paciente.
- Valorar los signos vitales, el estado mental y la capacidad funcional. Prestar atención a los signos y síntomas (p. ej., incontinencia y debilidad).
- Evaluar los hechos antes de la caída (p. ej., cambios de posición, administración de medicamentos, dolor y mareos).
- Observar y vigilar el estado del paciente durante 24 h.

Objetivo. Prevención de caídas.

Intervenciones de enfermería:

- Valorar y corregir los factores que contribuyen a las caídas (p. ej., alteraciones de la marcha, mala visión, confusión, empleo equivocado de los dispositivos de asistencia, medicamentos y peligros del entorno).
- Instruir al paciente en cómo caer de manera segura (p. ej., proteger la cara y la cabeza y no moverse hasta ser atendido).
- Capacitar al paciente en la reducción del riesgo de caídas.
- Instruir al paciente a utilizar zapatos seguros; evitar batas largas.
- Instruir al paciente a sentarse en el borde de la cama durante algunos minutos antes de levantarse.
- Capacitar al paciente en el empleo de barandales, en especial en las bañeras y las escaleras.
- Indicar al paciente caminar sólo en áreas con iluminación adecuada.
- Eliminar el desorden y las alfombras mal colocadas del entorno.

Nota: una persona mayor que cae una vez está en mayor riesgo de caer de nuevo; por lo tanto, es necesaria

la prevención activa. Las caídas son la segunda causa de muerte accidental; la morbilidad y la mortalidad asociadas con las caídas aumentan con la edad.

INFARTO DE MIOCARDIO

Manifestaciones clínicas. Confusión o delirium agudo, disnea, disminución de la presión arterial, palidez, debilidad; el dolor torácico puede estar presente o no.

Objetivo. Ayudar en el diagnóstico temprano.

Intervenciones de enfermería:

- Identificar de forma temprana los signos. Los signos pueden pasarse por alto o confundirse.
- Incluso con el menor grado de sospecha, realizar la valoración diagnóstica.
- Obtener un ECG y muestras de sangre; la tasa de sedimentación globular está elevada.
- Vigilar los signos vitales.

Objetivo. Disminuir el estrés cardiovascular.

Intervenciones de enfermería:

- Utilizar el tratamiento prescrito. Administrar los antiarrítmicos como se prescribieron.
- Brindar oxígeno. Vigilar los gases sanguíneos. Observar la presencia de signos de retención de dióxido de carbono.
- Brindar soporte a las piernas y los brazos.
- Controlar el estrés.
- Aliviar el dolor y la ansiedad.

Objetivo. Prevenir e identificar de manera temprana las complicaciones.

Intervenciones de enfermería:

- Realizar ejercicios de amplitud de movimiento. Verificar el cambio de posición frecuente.
- Controlar los ingresos y los egresos. Se puede presentar anuria; el esfuerzo a causa del estreñimiento puede aumentar la demanda cardíaca.
- Evaluar la respuesta a medicamentos. Identificar las reacciones adversas (p. ej., hemorragia, bradicardia e hipocalcemia).
- Observar los signos de insuficiencia cardíaca congestiva (p. ej., disnea, tos, roncus y estertores).
- Observar los signos de choque (p. ej., disminución de la presión arterial, aumento del pulso, piel fría y húmeda, disminución del gasto cardíaco e inquietud).

INFECCIONES

Las infecciones son enfermedades agudas frecuentes que requieren atención inmediata. Una gran variedad de factores pueden ser causa de una infección de alto riesgo en los adultos mayores ([cuadro 33-2](#)).

No sólo las infecciones se desarrollan con mayor facilidad en los adultos mayores, sino que son más difíciles de identificar en etapas tempranas debido a los síntomas atípicos. Es decir, la presentación atípica puede complicar la identificación y el tratamiento tempranos. Por ejemplo, la menor temperatura corporal puede hacer que con frecuencia no se presente fiebre, la disminución de la tos eficaz puede evitar la tos productiva que habitualmente indica infección respiratoria, y la anorexia, la fatiga y la alteración del estado mental pueden atribuirse a otros problemas de salud o a la edad.

CUADRO 33-2 Factores que contribuyen al alto riesgo de caídas en los adultos mayores

- Cambios relacionados con la edad:

- Respuesta antígeno-anticuerpo alterada.
- Disminución de la actividad respiratoria.
- Reducción de la capacidad para expulsar secreciones pulmonares.
- Músculos vesicales débiles; retención urinaria.
- Hipertrofia prostática.
- Aumento de la alcalinidad de las secreciones vaginales.
- Aumento de la fragilidad de la piel y las mucosas.
- Alta prevalencia de enfermedades crónicas.
- Inmovilidad.
- Mayor probabilidad de desnutrición, empleo de sonda urinaria, procedimientos invasivos, hospitalización y admisión a centros de atención.



CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe sospechar de una infección cuando se presente un cambio súbito e inexplicable en los estados físico o mental del adulto mayor.

La infección más frecuente en los adultos mayores es la infección de vías urinarias (IVU). En los pacientes mayores, los signos de IVU incluyen confusión, incontinencia, dolor abdominal difuso, anorexia, náuseas y vómitos. Los pacientes con diabetes suelen experimentar un deterioro en el control de la glucemia. El diagnóstico se confirma mediante estudios de laboratorio.

La neumonía bacteriana es la principal causa de muerte relacionada con infección en los adultos mayores. Al igual que otros procesos infecciosos, los síntomas son atípicos e incluyen confusión, letargia y anorexia, además de los signos típicos de neumonía en los demás grupos de edad. Se realizan pruebas séricas y sanguíneas para confirmar el diagnóstico.

Debe prestarse especial atención a la prevención de las infecciones en los adultos mayores. Las medidas para ayudar en este esfuerzo incluyen las siguientes:

- Promover la hidratación y el estado nutricional adecuados.
- Vigilar los signos vitales, el estado mental y el estado de salud general.
- Mantener la piel y las mucosas intactas.
- Evitar la inmovilidad.
- Verificar que se administren las vacunas para influenza y neumococo (a menos que estén contraindicadas).
- Mantener un entorno limpio.
- Limitar el contacto con personas que padecen o se sospecha que padecen infecciones.
- Almacenar alimentos de manera adecuada.

- Prevenir lesiones.
- Realizar las prácticas de prevención de infecciones.

Se ha promovido una gran cantidad de vitaminas y hierbas para la prevención y el control de las infecciones. Se recomiendan la vitamina C y la vitamina A, así como la eliminación de los azúcares refinados de la dieta. Las hierbas *Echinacea*, hidratis y ajo pueden prevenir y tratar las infecciones; en pequeñas dosis, se considera que aumentan la resistencia a la infección y en grandes dosis combaten a los patógenos. El *ginseng* siberiano puede proteger al cuerpo de los efectos adversos del estrés y aumentar la resistencia a la infección. Se debe dirigir a los pacientes con sus proveedores de atención de la salud antes de emplear los tratamientos alternativos.

PLANIFICACIÓN DEL ALTA DE LOS ADULTOS MAYORES

Los adultos mayores hospitalizados requieren de un alta temprana y planificación competente para evitar las complicaciones y disminuir el riesgo de rehospitalización y el estrés sobre ellos y sus cuidadores. La planificación eficaz del alta resulta especialmente importante hoy en día debido a las estancias hospitalarias más cortas, pues los pacientes abandonan el hospital en peor estado y con mayor debilidad.



COMUNICACIÓN

El personal de enfermería debe realizar preguntas para ayudar a la valoración de factores que influyen en los resultados después del alta en los pacientes mayores hospitalizados, a saber:

- Percepciones del estado de salud y el pronóstico.
- Cantidad y complejidad de las enfermedades.
- Antecedentes de prácticas de autocuidado.
- Apoyo y recursos familiares y sociales.

Es importante recordar que el estrés de la enfermedad, los procedimientos y la hospitalización interfieren con la memoria y las respuestas del paciente. Ayudar a los pacientes a sentirse relajados y cómodos, así como destinar el tiempo suficiente para las preguntas y la formulación de respuestas, ayuda a que se comunique la información relevante. Es posible que sea necesario planificar más de una sesión con los pacientes para compartir información y establecer el plan de alta.

CASO A CONSIDERAR



La Sra. H., de 82 años de edad, llega al servicio de urgencias acompañada de su hija, con quien vive. La Sra. H. era capaz de caminar y realizar las actividades de autocuidado hasta hace 6 días, cuando mostró confusión y debilidad progresivas; también ha perdido peso y comenzó a padecer incontinencia urinaria. La Sra. H. es diagnosticada con neumonía bacteriana y es ingresada al hospital.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Qué riesgos están presentes durante la hospitalización de la Sra. H.?
- ¿Qué puede hacerse para disminuir estos riesgos?
- ¿Qué planes pueden hacerse para ayudar a la hija en las actividades de cuidado después del alta de la Sra. H.?

Los planes de alta deben tomar en cuenta las necesidades de la familia o los seres queridos que brindan apoyo y cuidado (fig. 33-2). El plan debe ser viable para todas las partes implicadas, no sólo el paciente;

solamente así puede tener éxito (se ofrece mayor información acerca de la familia que brinda cuidado en el cap. 35).

El personal de enfermería debe valorar y anticipar las necesidades postalta del paciente lo más temprano posible a fin de contar con el tiempo suficiente para instruir al paciente y los cuidadores, hacer derivaciones y emitir recomendaciones para la preparación del hogar. Algunos de los escenarios de atención de urgencias utilizan un equipo geriátrico interdisciplinario que consulta con el personal y planifica el alta. Un especialista en gerontología en estos escenarios de atención de urgencias también puede realizar esta tarea.

Resumen del capítulo

La realidad de que los adultos mayores son usuarios significativos de los servicios de atención de urgencias requiere que el personal de enfermería de atención de urgencias sea versado en las necesidades y los riesgos específicos de esta población. Existe gran cantidad de riesgos que son especialmente elevados en los adultos mayores hospitalizados, incluyendo delirium, caídas, úlceras por presión, deshidratación, incontinencia, estreñimiento y pérdida de la independencia. El personal de enfermería necesita mantenerse alerta y tomar las medidas necesarias para evitar estos riesgos. Además, es importante que el personal de enfermería revise los antecedentes de los pacientes para verificar que los miembros del equipo estén al tanto de todas las enfermedades que padece el paciente y los medicamentos y los suplementos que consume.



FIGURA 33-2 • Durante la planificación del alta del adulto mayor, el personal de enfermería también debe considerar las necesidades de los miembros de la familia que brindarán cuidado en casa.

Los adultos mayores tienen un menor margen de reserva fisiológica que los adultos jóvenes y son menos capaces de compensar y adaptarse a los cambios fisiológicos, lo que aumenta el riesgo de complicaciones. La enseñanza preoperatoria puede ayudar a los pacientes y sus familias a comprender qué esperar antes, durante y después de la cirugía. La hipotermia es una de las principales complicaciones en los adultos mayores en los períodos operatorio y postoperatorio, lo que requiere de vigilancia estrecha de la temperatura corporal. Las medidas de calentamiento pueden

reducir el riesgo de esta complicación. La inquietud postoperatoria puede ser el principal síntoma de hipoxia. Es importante que la inquietud no se confunda con dolor; la administración de opiáceos agota las reservas de oxígeno aún más. La administración profiláctica de oxígeno es de beneficio durante la atención postoperatoria. La vigilancia estricta de los ingresos y los egresos resulta útil para identificar los desequilibrios hídricos. La buena nutrición, el control adecuado del dolor, la prevención de la infección y los cambios frecuentes de posición para la prevención de úlceras por presión, neumonía y otras complicaciones son esenciales en la práctica de la enfermería.

Las situaciones de urgencia se presentan con frecuencia en los adultos mayores debido a los cambios relacionados con la edad que disminuyen la resistencia y hacen que el cuerpo sea más susceptible de lesiones o enfermedades; también son un problema debido a su presentación atípica y respuesta alterada al tratamiento. Cuando los adultos mayores se presentan con una urgencia, el personal de enfermería verifica que se mantengan las funciones vitales, se eviten e identifiquen de manera temprana las complicaciones y se vigilen cuidadosamente las reacciones al tratamiento.

Las infecciones no sólo se desarrollan con mayor facilidad en los adultos mayores, sino que son más difíciles de identificar de manera temprana debido a los síntomas atípicos. Por ejemplo, los signos de IVU pueden incluir confusión, incontinencia, dolor abdominal difuso, anorexia, náuseas y vómitos; la neumonía puede manifestarse como confusión, letargia y anorexia. Es importante la atención cuidadosa para lograr la prevención de infecciones.

El personal de enfermería debe valorar y anticipar las necesidades postalta del paciente lo más temprano posible para contar con el tiempo suficiente para instruir al paciente y los cuidadores, hacer derivaciones y emitir recomendaciones para la preparación del hogar. La planificación del alta debe considerar las capacidades y las necesidades de la familia y los seres queridos que brinden apoyo y cuidado para asegurar que sea viable para todos.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Determinación del grado de actividad asociado con la atención de rehabilitación en los adultos mayores hospitalizados

Fuente: Casey, C. M., Bennett, J. A., Winters-Stone, K., Knafl, G. J., & Young, H. M. (2014). Geriatric Nursing, 35(2, Suppl.), S3–S10.

La hospitalización puede exponer a los adultos mayores a gran cantidad de riesgos, entre los cuales se encuentra un deterioro irreversible del estado funcional que puede afectar después del alta. A pesar de la posibilidad de la pérdida de la condición física, los estudios han demostrado que los adultos mayores suelen pasar su estancia hospitalaria en cama debido a preocupaciones sobre la seguridad, sedación, problemas de personal y limitación del tiempo.

En un esfuerzo por encontrar medidas eficaces para promover la actividad en los pacientes hospitalizados, los investigadores evaluaron el uso y la viabilidad de Actiheart[®], un monitor y acelerómetro utilizado para detectar la frecuencia cardíaca y

el movimiento durante cinco actividades clínicas (girar, piernas péndulas en el borde de la cama, transferencia de una silla a la cama, sentarse en una silla, levantarse de una silla para caminar con andador o trípode de solución i.v.). El Actiheart se compone de un sistema de dos electrodos colocados cerca del esternón y sobre la línea medioclavicular. Los pacientes candidatos para este estudio fueron aquellos con 65 años de edad o mayores que ingresaron durante la noche para recibir una cirugía programada el día siguiente, orientados y capaces de caminar.

La frecuencia cardíaca preactividad y postactividad se mantuvo dentro de 20 unidades con referencia a la frecuencia basal (excepto al caminar, actividad que mostró el aumento más significativo). El empleo del monitor demostró eficacia en la vigilancia objetiva del grado de actividad apropiado en cada paciente.

El personal de enfermería debe evitar imponer restricciones en los pacientes mayores como resultado de temas de seguridad y complicaciones. La tecnología ofrece gran cantidad de dispositivos que pueden ayudar fácilmente en la vigilancia de los pacientes y determinar de manera objetiva las medidas apropiadas para cada persona. El empleo de dispositivos como el que se utilizó en el estudio es útil para establecer el grado de actividad seguro para los pacientes hospitalizados y prevenir las diversas consecuencias graves e innecesarias de la restricción de la actividad.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

Se realizó un reemplazo total de cadera a la Sra. Davis, una mujer relativamente activa de 84 años de edad. La recuperación fue complicada debido a una reacción al analgésico que causó mareos, sedación grave y vómitos. Sus síntomas provocaron que perdiera el grado de actividad previo y se mantuviera en cama durmiendo la mayor parte del tiempo. Excepto por sus visitas diarias a la fisioterapia, la Sra. Davis pasó la mayor parte de su tiempo descansando en cama.

Fue dada de alta a una residencia para adultos mayores para continuar con su rehabilitación. En 48 h, fue ingresada de nuevo al hospital a causa de neumonía y úlceras por presión de grado 3; la residencia para adultos mayores asegura que estaban presentes al momento de su ingreso al centro, aunque no se tiene registro de ellas en el expediente clínico. Su estado ahora es más grave que durante la primera estancia hospitalaria.

¿Qué pudo hacerse para prevenir las complicaciones de la Sra. Davis y el reingreso hospitalario? ¿Qué puede hacer una residencia para adultos mayores para facilitar la transición al centro y evitar los reingresos hospitalarios?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Un especialista de enfermería geriátrica y gerontológica en un centro de hospitalización quirúrgica ha sido asignado para implementar las intervenciones destinadas a disminuir el riesgo de complicaciones de los adultos mayores durante la hospitalización. ¿Qué protocolos, actividades de desarrollo de personal y otras actividades puede considerar este especialista?
2. Desarrolle un resumen de conceptos que revisaría durante la enseñanza de

pacientes que viven en la comunidad para prevenir la infección.

3. ¿Qué prejuicios o puntos de vista mal informados pueden poner en riesgo la salud y el bienestar de los adultos mayores con padecimientos agudos?

Referencias

- Centers for Disease Control and Prevention. Persons with hospital stays in the past year, by selected characteristics: United States, selected years 1997–2012. Acceso el 2 de junio de 2015 en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/abus/abus13.pdf#088>
- Horn, E. P., Bein, B., Bohm, R., Steinfath, M., Sahili, N., & Hocker, J. (2012). The effect of short time periods of pre-operative warming in the prevention of peri-operative hypothermia. *Anaesthesia*, 67(6), 612–617.
- Rowley, B., Kerr, M., Van Poerin, J., Everett, C., Stommel, M., & Lehto, R. H. (2014). Preoperative warming in surgical patients: A comparison of interventions. *Clinical Nursing Research*, 24(4), 432–441. Acceso el 9 de junio de 2014 en: <http://cnr.sagepub.com/content/early/2014/05/30/1054773814535428.abstract>
- Yang, H. L., Lee, H. F., Chu, T. L., Su, Y. Y., Ho, L. L., & Fan, J. Y. (2012). The comparison of two recovery room warming methods for hypothermia patients who had undergone spinal surgery. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 2–10.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Atención a largo plazo

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Desarrollo de la atención a largo plazo

Antes del siglo XX

Durante el siglo XX

Lecciones de la historia

Residencias para adultos mayores en la actualidad

Estándares de las residencias para adultos mayores

Habitantes de las residencias para adultos mayores

Roles y responsabilidades de enfermería

Otros escenarios de atención a largo plazo

Comunidades de cuidados asistenciales

Atención con base en la comunidad y domiciliaria

Una mirada hacia el futuro. Un nuevo modelo de atención a largo plazo

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Describir el desarrollo de la atención de largo plazo.
2. Comentar los problemas que resultan de la falta de un modelo adaptado para la atención a largo plazo.
3. Identificar las principales categorías de estándares que se describen en los reglamentos de las residencias para adultos mayores.
4. Nombrar los diversos roles del personal de enfermería en los centros de atención a largo plazo.
5. Describir las necesidades de higiene, sanación e integración de los residentes de los centros de atención a largo plazo.

GLOSARIO

Atención subaguda: nivel de atención en el que se requiere el tratamiento continuo de una anomalía junto con la atención de las necesidades básicas; se brinda dentro de un centro de atención a largo plazo.

Casa de beneficencia: centro de caridad para las personas pobres.

Reglamentos: estándares mínimos desarrollados por las agencias gubernamentales que deben satisfacerse para cumplir con la ley y lograr obtener permisos de operación y reembolso.

Los centros de atención a largo plazo son cada vez más complejos y dinámicos. Este tipo de centros atiende a poblaciones con una complejidad en aumento; diversos centros han establecido unidades de **atención subaguda** que proporcionan atención de ventilación mecánica, hiperalimentación y otros servicios que solían estar limitados a los hospitales. Los consumidores están más informados acerca de los estándares de la buena atención y los entornos de vivienda de buena calidad, lo que provoca que tengan expectativas mayores sobre los proveedores que en el pasado. Además, para el personal de enfermería que se ha frustrado por las limitaciones impuestas sobre la atención a causa de las estancias hospitalarias cortas y la atención interrumpida, estos centros son una oportunidad para establecer relaciones a largo plazo y practicar el verdadero arte de la sanación de enfermería.

A pesar de que la cantidad de centros que brindan atención a largo plazo es menor desde la implementación de estándares más rigurosos, el número de personas atendidas en estos centros ha aumentado junto con la población de edad avanzada. Dentro de la generación actual de personas acercándose a la vejez, la mayoría de ellos necesitarán cierto tipo de atención dentro de centros o en la comunidad a largo plazo en algún momento de la vida (Centers for Disease Control and Prevention, 2015).

DESARROLLO DE LA ATENCIÓN A LARGO PLAZO

Los diversos aspectos positivos de la enfermería geriátrica en las residencias para adultos mayores se ven opacados por la percepción negativa que se tiene de ellos, influida por una larga historia de escándalos y empeño de los medios de comunicación por resaltar los abusos y las malas condiciones en sólo unos cuantos centros. La imagen negativa se ve empeorada por las políticas de reembolso que limitan de manera significativa la capacidad de brindar atención de la máxima calidad. La revisión de la forma en la que se desarrolla la atención en una residencia para adultos mayores ayuda a identificar algunas de las razones por las que existen ciertos desafíos para el personal de enfermería que trabaja en estos escenarios y facilita el desarrollo de medidas para evitarlos en el futuro.

Antes del siglo XX

En Europa eran numerosos los centros destinados a la atención de personas con enfermedades mentales y alteraciones del desarrollo, en edad avanzada o huérfanos, e incluso con enfermedades contagiosas durante la última parte del siglo XVII. La norma era que estas personas vivieran juntas, a menudo acompañadas de criminales. Debido a las limitaciones financieras y la falta de interés, la atención apenas era

suficiente para sobrevivir.

En los Estados Unidos, cualquier tipo de atención hospitalaria, aguda o a largo plazo, no fue común sino hasta el siglo XIX, pues se percibía que las personas con buena reputación eran atendidas en el hogar por personal privado o familiares. Incluso con el aumento del número de hospitales después del año 1800, estos centros no motivaban las estancias prolongadas de las personas con bajos recursos y enfermedades crónicas. Las comunidades respondieron con el desarrollo de **casas de beneficencia**, las cuales se convirtieron en la fuente principal de atención. Con escasos recursos, la mejor de las atenciones era demasiado básica.

Los residentes que eran capaces de hacerlo trabajaban dentro del centro. Gran cantidad de residentes que lograban mejorar permanecían dentro de la institución para recibir alojamiento y un salario mínimo a cambio del cuidado de los residentes, la preparación de alimentos y la limpieza.

El principal interés de los administradores era contar con un funcionamiento eficiente; lo anterior se lograba mediante reglas y rutinas que permitían autonomía e individualidad en la atención mínimas. Durante esta época, el sociólogo Erving Goffman ofreció un perfil para estos centros, los cuales denominó *instituciones totales* y los describió de la siguiente manera (Goffman, 1961):

- Todas las actividades se realizan de la misma manera y en el mismo lugar.
- Todos los individuos son tratados de la misma forma y es obligatorio que cumplan las mismas actividades y horarios.
- Las actividades cuentan con horarios estrictos e inflexibles.
- Las reglas son numerosas y validadas de manera estricta.
- Las actividades se dirigen al beneficio de la institución y no al beneficio de los residentes.

Este abordaje de atención de residentes como presos, no como personas individuales que requieren ayuda, en combinación con el aislamiento de la sociedad, condujo a la pérdida de la identidad, la apatía, la inactividad y los comportamientos maladaptativos.



CONCEPTO CLAVE

La gran cantidad de reglas y rutinas implementadas para mantener en funcionamiento los centros con escasos fondos afectaron el comportamiento de los residentes.

Durante el siglo XX

Durante la primera parte de los años 1900, las instituciones públicas comenzaron a reemplazar a las casas de beneficencia. Los residentes vivían en centros dedicados a una población específica, el financiamiento aún era escaso y la atención mejoró poco.

Es importante destacar que no se valoraban de manera cuidadosa las necesidades específicas de las personas que requerían atención a largo plazo. No había planificación estratégica y no se consideraban las diferencias entre los centros para las personas con fragilidad, centros para atención de personas dependientes a largo

plazo y otros tipos de instalaciones. Tampoco se contaba con un modelo de atención a largo plazo o estándares que describieran las expectativas específicas para esta población. En lugar de ello, los centros de atención a largo plazo moldearon su sistema para imitar a los hospitales, las prisiones y otras instituciones de la época. Adoptar aspectos de los sitios que servían a poblaciones tan diversas para objetivos tan diferentes era como intentar hacer que un cuadrado ocupara un espacio redondo; la ausencia de un modelo adaptado para los centros de atención a largo plazo produjo que los cimientos débiles de este tipo de espacios afectaran su crecimiento como escenario clínico.



CONCEPTO CLAVE

Los centros de atención a largo plazo tomaron como modelos las prisiones, los hospitales y otras instituciones en lugar de tomar en cuenta un modelo de las necesidades específicas de la población atendida.

En 1935, la promulgación de la Ley de Seguridad Social brindó los medios para que numerosos adultos mayores buscaran alternativas de atención a la oferta pública y de caridad. Como respuesta, algunos centros comenzaron a surgir y ofrecían habitación, comida y cierto grado de cuidado personal. Algunos de estos lugares eran dirigidos por enfermeras o personas que se hacían llamar enfermeras, por lo que se llegaron a conocer como *casas de enfermería (nursing homes)*. En 1946, el gobierno estadounidense contribuyó al crecimiento de las residencias para adultos mayores mediante la asignación de recursos para ayudar en la construcción gracias a la Hill-Burton Hospital Survey and Construction Act. Como lo indica el nombre, esta ley originalmente se dirigía a la construcción de hospitales; por lo tanto, los requisitos de construcción para recibir los fondos reflejaban los aspectos deseables en un entorno hospitalario. En realidad, a pesar de las necesidades diferentes entre los hospitales y las residencias para adultos mayores, no había estándares específicos para éstas. En consecuencia, las residencias de esta época, y durante gran cantidad de años después, eran réplicas de hospitales. Las residencias para adultos mayores no sólo imitaban a los hospitales en su arquitectura, sino en su estilo de operación. Los uniformes y las sábanas almidonadas, los horarios estrictos, los residentes pasivos, las políticas de visitas inflexibles y la restricción de mascotas eran sólo algunas de las similitudes.

En la década de 1960, la población de edad avanzada en aumento ejerció su poder político al exigir el aumento y la mejoría de los servicios de atención de la salud. El establecimiento de Medicaid y Medicare no sólo disminuyó la frustración de los hospitales por el aumento en la cantidad de adultos mayores en sus camas durante períodos prolongados, sino que brindó medios para reembolsar el coste de las residencias para adultos mayores que ofrecen este servicio. Como resultado, entre 1960 y 1970 la cantidad de estas residencias aumentó en más del doble y la cantidad de residentes atendidos en este escenario clínico aumentó más de tres veces. Desafortunadamente, la mayoría de los dueños y los administradores de las residencias eran personas con intereses de negocios con menor experiencia y comprensión de la atención de enfermería. Los estándares federales (**reglamentos**) eran escasos y la vigilancia y la implementación eran muy débiles.

Debido a las pésimas condiciones en las residencias para adultos mayores y la consecuente reacción pública, el Department of Health and Human Services encomendó al Institute of Medicine (IOM) el estudio a largo plazo de los centros de atención y la recomendación de cambios. El IOM informó gran cantidad de problemas en la calidad de la atención y recomendó el fortalecimiento de los reglamentos aplicados a las residencias para adultos mayores ([Institute of Medicine, Committee on Implications of For-Profit Enterprise in Health Care, 1986](#)). Como respuesta, se desarrollaron reglamentos estrictos para las residencias para adultos mayores bajo la ley conocida como “Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987” (OBRA '87). La OBRA requería el empleo de una herramienta de valoración estandarizada llamada *Minimum Data Set* (MDS), el desarrollo oportuno de un plan de atención por escrito, la disminución del uso de restricciones de la movilidad y medicamentos psicotrópicos, el aumento del personal, la protección de los derechos de los pacientes y la capacitación de los auxiliares de enfermería.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles son las percepciones sobre las residencias para adultos mayores que ha escuchado de familiares, amigos u otros profesionales sanitarios? ¿Cómo han influido estos comentarios en su visión acerca del trabajo en estos centros?

Lecciones de la historia

Como lo demuestra la historia, la falta de visión y un modelo de atención a largo plazo contribuyeron a la desorganización y confusión acerca del propósito, función y estándares de las residencias para adultos mayores. Cuando la enfermería no ejerce liderazgo, la falta de éste domina la práctica. La esencia de los cuidados a largo plazo es la atención enfermera; por lo tanto, quién mejor que el personal de enfermería para liderar una de estas residencias. No obstante, el personal de enfermería optó por un papel reactivo y pasivo y permitió que personas con escaso conocimiento de la atención dominaran la práctica enfermera.

Cuando el personal de enfermería no busca corregir los problemas en el sistema de salud, los demás sí lo hacen y el público percibe que la enfermería es parte del problema. Cuando los problemas en los centros de atención a largo plazo alcanzaron proporciones escandalosas, no fue la comunidad de enfermería quien exigió cambios, sino el público. El personal que trabajaba dentro de las residencias para adultos mayores presenciaba y rechazaba las condiciones deficientes, pero no realizó esfuerzos organizados para efectuar cambios. El personal de enfermería que no trabajaba dentro de estos centros a menudo criticaba aquellas condiciones que lo desmotivaban a participar en este ámbito, pero no hacía nada por cambiar la situación. Cuando no forma parte de la solución, el personal de enfermería emite el mensaje de que son parte del problema.

El pensamiento emprendedor puede ser de beneficio para el personal de enfermería y los pacientes. Durante la época de rápido crecimiento de la enfermería, numerosos emprendedores tomaron la oportunidad de obtener considerables ganancias financieras mediante el establecimiento y la operación de centros de atención a largo plazo; algunos de ellos sí se convirtieron en millonarios. Estos

empresarios no necesariamente eran más astutos, adinerados o trabajadores que el personal de enfermería, pero fueron más visionarios y tomaron riesgos. Al no ser emprendedores y establecer residencias para adultos mayores, la comunidad de enfermería no sólo perdió la oportunidad de beneficiarse económicamente, sino (más importante aún) rechazó la posición de poder que les hubiera brindado la capacidad de influir sobre la calidad de la atención, las condiciones del personal, los salarios y otros aspectos esenciales en la atención domiciliar de enfermería.

Estas lecciones deben dejar un significado en el personal de enfermería y los estudiantes de la actualidad a medida que los profesionales en finanzas toman decisiones que determinan la práctica clínica, trabajan en escenarios en los que el personal y los servicios son menores a los estándares y miran cómo se desarrollan nuevos servicios y agencias con visión hacia el dinero, no las necesidades.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Qué haría si trabajara en un centro en el que la atención es de mala calidad?

RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES EN LA ACTUALIDAD

Las condiciones en las residencias para adultos mayores, ahora denominadas con frecuencia *centros de atención a largo plazo*, han mejorado en gran parte gracias a los **reglamentos** federales y el mayor interés de los profesionales acerca de ellos. Debe contarse con personal certificado en todo momento, los auxiliares de enfermería deben cumplir con un proceso de certificación completo, el empleo de restricción química o física ha disminuido y el registro ha mejorado. No obstante, aún existen problemas. Los problemas como el personal de enfermería irregular e insuficiente y el cambio continuo de personal, así como las úlceras por presión, la deshidratación y la desnutrición, aún son abundantes en este escenario de atención.

CUADRO 34-1 Reglamentos asociados con las residencias para adultos mayores

- Derechos de los residentes
- Derechos de admisión, transferencia y alta
- Comportamiento de los residentes y prácticas del centro
- Calidad de vida
- Servicios de enfermería
- Servicios de alimentación
- Servicios médicos
- Servicios de rehabilitación especializados
- Servicios dentales
- Servicios de farmacia
- Control de infecciones
- Entorno físico
- Administración

Estándares de las residencias para adultos mayores

La mayoría de las residencias para adultos mayores se preocupan por cumplir con estos reglamentos. Los reglamentos describen los estándares mínimos que debe respetar una residencia para adultos mayores para cumplir con la ley y ser candidata al reembolso por sus servicios ([cuadro 34-1](#)). Debe enfatizarse que estos estándares son los mínimos que se deben realizar para que los centros cumplan con la ley y obtengan certificaciones y permisos de operación.

Los diferentes estados pueden agregar estándares a estos reglamentos básicos y estipular mayores condiciones que deben cumplir los establecimientos. Además, la Joint Commission publica anualmente estándares más estrictos que los centros pueden elegir cumplir de manera voluntaria (los estándares se publican como manuales de acreditación que están disponibles para su compra). Es sumamente importante que el personal de enfermería que trabaja en estos escenarios se familiarice con los reglamentos para las residencias para adultos mayores en sus estados específicos.

Habitantes de las residencias para adultos mayores

Las personas que buscan atención en una residencia para adultos mayores son las dependientes a largo plazo por una deficiencia física o mental. Por lo tanto, el grado de función, no el diagnóstico, determina la necesidad de atención a largo plazo. En general, los residentes de un centro de atención a largo plazo tienen dependencia en su capacidad para cumplir con las actividades de la vida cotidiana; muchos de ellos padecen incontinencia y deterioro cognitivo. El 15% de los residentes de centros de atención a largo plazo son adultos menores de 65 años de edad, mientras que el resto son mayores; cerca del 43% de los residentes son mayores de 85 años ([National Center for Health Statistics, 2013](#)). Hoy día, sólo el 5% de los ancianos viven en una residencia para adultos mayores; sin embargo, como se mencionó, una mayor proporción requerirá de los servicios durante su vida ([Centers for Disease Control and Prevention, 2015](#)).

Para la mayoría de las personas, el ingreso a una residencia para adultos mayores no fue la primera ni la más deseable de las decisiones. En gran cantidad de situaciones, los familiares intentaron ayudar con el cuidado, pero se percataron de que las necesidades superaban las capacidades familiares. Para el momento en el que se toma la decisión de implementar la atención en una residencia para adultos mayores, las familias ya están agotadas a nivel físico, emocional y financiero, además de sentirse culpables, deprimidas y frustradas acerca de la situación. Con frecuencia, es una crisis la que desencadena la necesidad del ingreso a una residencia para adultos mayores, situación que coloca a las familias en la necesidad de buscar y elegir un centro bajo condiciones poco ideales. Una de las funciones importantes del personal geriátrico y gerontológico es ayudar a los residentes y las familias a medida que se enfrentan con los retos de elegir y adaptarse a una residencia para adultos mayores ([cuadros 34-2 y 34-3](#)).



Alerta sobre el dominio de conceptos

Los preparativos para la transferencia de un hospital son servicios especiales importantes que deben comentarse al momento de explicar la elección de una residencia para adultos mayores.

Otros factores que deben considerarse son el tipo de seguro de salud que acepta el centro, el coste diario y la política de límites de reembolso.

CUADRO 34-2 Factores a considerar al momento de elegir una residencia para adultos mayores

COSTE

- Coste diario
- Tipo de seguro de salud aceptado
- Costes personales necesarios para complementar el seguro de salud
- Servicios incluidos y excluidos del coste diario
- Coste de los servicios no incluidos en la tarifa diaria
- Política acerca de la atención de los residentes cuando se han alcanzado los límites de reembolso

FILOSOFÍA DE LA ATENCIÓN

- Tutelar frente a la atención restaurativa/de rehabilitación
- Promoción de la independencia, la individualidad y la autonomía de los residentes
- Motivación de los residentes y las familias a ser partes activas de la atención

ADMINISTRACIÓN

- Estructura
- Persona dueña del centro
- Accesibilidad y disponibilidad del administrador, el director de enfermería, el director médico y el departamento ejecutivo
- Existencia de reuniones regulares entre administradores, residentes y familias

SERVICIOS ESPECIALES

- Disponibilidad de podología, fonoaudiología, terapia ocupacional, fisioterapia, transporte y salón de belleza y barbería
- Coste de los servicios especiales
- Condiciones y preparativos para el traslado a un hospital

PERSONAL

- Cantidad de cuidadores disponibles en cada turno
- Razón de enfermeras certificadas, enfermeras clínicas certificadas y auxiliares de enfermería por residente
- Cantidad de personal supervisor en turno durante una jornada habitual
- Frecuencia y tipo de capacitación que se ofrece al personal
- Aspecto e imagen del personal
- Calidad de las interacciones del personal
- Cortesía y ayuda del personal

RESIDENTES

- Limpieza, presentación y aspecto general
- Tipo de vestimenta (pijamas, ropa propia, limpieza y arrugas en la ropa)
- Grado de actividad
- Facilidad de la interacción con el personal y otros residentes

INSTALACIONES

- Limpieza, aspecto, olor
- Facilidad de uso por los dependientes y frágiles

- Iluminación
- Control del ruido
- Áreas seguras para caminar
- Precauciones generales de incendios y seguridad
- Cercanía de los baños, los comedores, las salas de actividades, las estaciones de enfermería y las salidas de las habitaciones de los residentes
- Aspecto hogareño de las áreas para los residentes
- Visibilidad de los residentes para el personal
- Áreas al aire libre para los residentes

ALIMENTOS

- Horario de alimentación
- Tipo de comida ofrecida
- Aspecto y temperatura de los alimentos
- Disponibilidad del personal para ayudar a los residentes durante las comidas
- Área donde comen los residentes (p. ej., habitación, comedor)
- Disponibilidad de nutriólogos para consulta
- Gama de dietas especiales
- Capacidad de sustituir alimentos y preferencias étnicas
- Disponibilidad de refrigerios entre comidas

ACTIVIDADES

- Horario de actividades visible
- Diversidad y frecuencia de las actividades
- Posibilidad de que las familias y los visitantes participen en actividades con los residentes
- Presencia de un consejo de residentes
- Métodos en los que los residentes pueden opinar acerca de la planificación y la evaluación de las actividades
- Oportunidad de que los residentes participen en actividades fuera de las instalaciones
- Diversidad de las actividades en la cabecera del residente

ATENCIÓN

- Atención básica
- Frecuencia del contacto con personal certificado
- Atención de problemas especiales: incontinencia, confusión, deambulación, inmovilidad
- Esfuerzos para aumentar la funcionalidad y movilidad
- Dignidad, privacidad e individualidad que se permite a los residentes
- Frecuencia con la que se presentan complicaciones en los residentes (p. ej., úlceras por presión, deshidratación e infecciones)
- Manejo de incidentes y urgencias
- Evaluación de las agencias reguladoras

PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA

- Preparación preadmisión que se brinda a las familias
- Orientación y apoyo continuo a las familias
- Frecuencia de las reuniones con familias
- Mecanismos para comunicar a las familias y participación de las familias
- Políticas de visitas

NECESIDADES ESPIRITUALES

- Afiliación religiosa del centro, si existe
- Disponibilidad de capilla, sinagoga o habitación de meditación
- Visitas de líderes religiosos
- Medidas para ayudar a los residentes con el cumplimiento de las necesidades espirituales

CUADRO 34-3 Medidas para ayudar a las familias durante la admisión de un ser querido a una residencia para adultos mayores

ANTES DE LA ADMISIÓN

- Motivar a la familia a visitar el centro y destinar un tiempo específico sin interrupciones para conocerlo. Verificar la información básica acerca del centro y sus rutinas sin abrumar. Presentar a la familia con el director de enfermería, el director médico, el administrador y cualquier otro miembro esencial.
- Solicitar información acerca del residente para comprender las necesidades específicas de éste, sus antecedentes y preferencias. Demostrar interés en el residente como individuo.
- Acompañar a la familia a un área privada y ofrecer la oportunidad de expresar preocupaciones y sentimientos. Comunicar que es normal que las familias se sientan culpables, enfadadas y deprimidas porque uno de sus miembros está por ser admitido a un centro de atención; asegurar que estos sentimientos mejoran con el tiempo. Advertir que no es infrecuente que el residente muestre enfado inicialmente, ruegue por regresar a casa o los rechace; asegurar que estas reacciones disminuyen a medida que el residente se adapta al centro.
- Describir los derechos y las responsabilidades de las familias dentro del centro.
- Brindar una descripción por escrito de la información que se ha compartido.

DURANTE LA ADMISIÓN

- Intentar que el personal que ya ha interactuado con la familia antes de la admisión sea quien la reciba y la acompañe durante el proceso.
- Informar a los miembros de la familia la ubicación de la cafetería, las máquinas expendedoras y los sanitarios. Si es posible, solicitar un refrigerio o una bandeja de alimentos para los miembros de la familia para que puedan compartir la primera comida con el residente dentro del centro.
- Organizar la presentación del personal que estará a cargo del residente y la familia. Es necesario que las familias conozcan el nombre del personal para verificarlo en ocasiones posteriores.
- Presentar a la familia con familiares de otro residente y motivar el establecimiento de un sistema de compañerismo. A menudo, las familias pueden apoyarse unas a otras para hacer las visitas más placenteras.
- Compartir con la familia la secuencia de acontecimientos que sucederán con el residente (p. ej., visita con el médico en la tarde, asistencia a una actividad grupal en la noche, visita a fisioterapia en la mañana). Informar a la familia las fechas y los horarios de conferencias para la planificación de la atención y otros eventos a los que están invitados.
- Motivar a la familia a retirarse en un horario razonable. Reforzar que el proceso de admisión es agotador para ellos y el residente; ambos se beneficiarán del descanso. Expresar comprensión acerca de que ellos y el residente experimentan sentimientos negativos en esta etapa, pero a medida que pasa el tiempo, mejorarán.

DURANTE LAS VISITAS

- Motivar a la familia a formar parte activa al planificar y proporcionar la atención. Instruir a los miembros de la familia acerca de las actividades de atención que pueden realizar, como alimentación, masaje, ejercicios de amplitud de movimiento y presentación.
- Sugerir las actividades que puede realizar la familia con el residente durante las visitas (p. ej., juegos de cartas, llevar una mascota, organizar un álbum fotográfico, leer, rompecabezas, decorar el tablero de anuncios). Si es posible, trasladar al residente a una habitación de actividades o al exterior durante la visita y motivar que la familia saque al residente del centro durante períodos cortos.
- Alentar el tacto entre la familia y el residente.
- Ofrecer y respetar la privacidad durante las visitas.

EN TODO MOMENTO

- Ser cortés y paciente. Recordar que tener un miembro de la familia en un centro de atención es complicado y provoca reacciones que pueden proyectarse hacia el personal.

- Llamar a la familia cuando exista un cambio de estado o un acontecimiento que implique al residente.
- Escuchar e investigar las quejas. Motivar a las familias a comentar los problemas y las preocupaciones con la unidad de recursos humanos.
- Invitar a la familia a participar en la planificación y la provisión de la atención en el mayor grado posible.

Una de las consecuencias del aumento en la calidad de los reglamentos ha sido el mayor énfasis en los derechos de los residentes. Por ley, los residentes tienen el derecho a ([Centers for Medicare and Medicaid, 2016](#)):

- Ser informados con un lenguaje que sean capaces de comprender acerca de los servicios, los costes, los informes de supervisión, el número telefónico y la dirección de contacto del defensor de derechos humanos y la agencia de supervisión.
- Emitir quejas ante el personal, la agencia de derechos humanos y la agencia de supervisión federal.
- Recibir atención apropiada y adecuada y ser informados acerca de su estado.
- Revisar su expediente clínico.
- Tener privacidad durante la atención y la comunicación con los visitantes, así como acerca de la información médica y financiera.
- Ser tratado con dignidad y respeto.
- Recibir o rechazar visitas.
- Tomar decisiones independientes acerca de la atención, los proveedores de servicios de salud, el estilo de vestimenta y las actividades.

El personal de enfermería debe asegurar que se respeten los derechos de los residentes.

Roles y responsabilidades de enfermería

Como ya se ha mencionado, los cambios en los reglamentos desde la promulgación de OBRA' 87 impusieron nuevas demandas sobre las residencias para adultos mayores para la valoración competente de los residentes, la planificación de la atención, el aseguramiento de la calidad y la protección de los derechos de los residentes. Las mayores demandas y complejidades de las residencias requieren que se emplee personal de enfermería altamente competente dentro de estos centros.

La mayor parte de la atención en las residencias para adultos mayores en la actualidad está a cargo de personal de enfermería no certificado ([fig. 34-1](#)). Este hecho pone mayor exigencia sobre el personal certificado, pues no sólo debe vigilar el estado de los residentes, sino que además debe vigilar el desempeño y la competencia de los cuidadores no certificados. La capacitación del personal, la delegación de funciones, la buena supervisión, el asesoramiento, la evaluación del desempeño y la corrección de los problemas son algunas de las responsabilidades del personal de enfermería en centros de atención a largo plazo, además de sus tareas clínicas y administrativas.



FIGURA 34-1 • El personal de enfermería trabaja con otros miembros del equipo de profesionales de la salud para asegurar la calidad de los cuidados en los centros de atención a largo plazo.

CASO A CONSIDERAR



Peggy Simmons es una enfermera certificada que se graduó de un programa de enfermería hace 3 años. Hace algunos meses, aceptó una posición como asistente de dirección de enfermería en una residencia para adultos mayores. Disfruta su trabajo y percibe que ha comprendido lo que constituye la atención en residencias para adultos mayores.

Hoy, la enfermera Simmons es invitada a una reunión con el director de enfermería y el administrador de la residencia para adultos mayores. Recibe la noticia de que el director de enfermería está por renunciar y recibe la oferta de tomar el puesto. La señorita Simmons se muestra con dudas acerca de su capacidad de cumplir con el puesto, pero el director de enfermería y el administrador reafirman su capacidad y aseguran estar impresionados por el trabajo que ha realizado y consideran que ella es capaz de cumplir con las demandas del puesto. A pesar de no estar segura de su preparación para ser directora de enfermería, el actual director la orientará durante las 2 semanas previas a su partida; además, recibirá un aumento de salario significativo y contará con una semana laboral de lunes a viernes.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles son algunas de las realidades que la enfermera Simmons debe considerar antes de aceptar el ascenso?
- ¿Cómo puede determinar la enfermera Simmons si está capacitada para aceptar el puesto?
- ¿Cuáles son los beneficios y los riesgos para la enfermera Simmons en caso de que acepte el cargo?
¿Cuáles son los beneficios y los riesgos para el centro si ella acepta el ascenso?

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica tiene cada vez mayor variedad de funciones dentro de los centros de atención de enfermería. Una enfermera o enfermero puede cubrir cargos administrativos y gerenciales como director de enfermería, supervisor, jefe de enfermería de unidad o gerente de enfermería. Además, el personal puede ocupar cargos especializados, como director de desarrollo de personal, coordinador de aseguramiento de la calidad, coordinador del control de infecciones, especialista de enfermería gerontopsiquiátrica o enfermería de rehabilitación. Por supuesto, el personal de enfermería también puede atender de

manera directa a los residentes. Cada una de estas funciones requiere competencias que van más allá de la enfermería básica, lo que representa un reto que exige que el personal de enfermería obtenga mayor educación y experiencia para cumplir de manera exitosa con ellos.

El personal de enfermería influye sobre la calidad de la atención que se brinda a los residentes de diversas maneras. Las valoraciones durante el ingreso y el llenado del MDS son coordinados por personal de enfermería certificado y la mayoría de los puntos dentro del MDS dependen de la valoración de enfermería. Los problemas que se identifican mediante la valoración con el MDS dirigen la planificación de la atención. Las guías de atención por escrito orientan las acciones de enfermería; las agencias normativas hacen que el personal cumpla con los planes de atención de manera precisa. El personal de enfermería se asegura de que los auxiliares de enfermería brinden la atención adecuada y vigilen a los residentes para evaluar la eficacia de la atención y reconocer los cambios en el estado. El [cuadro 34-4](#) ofrece algunas de las principales responsabilidades del personal de enfermería en los centros de atención a largo plazo.

CUADRO 34-4 Principales responsabilidades del personal de enfermería geriátrica y gerontológica en los centros de atención a largo plazo

- Ayudar a los residentes y las familias en la elección y el ajuste al centro.
- Valorar y desarrollar un plan de atención individualizado con base en los problemas detectados en la valoración.
- Vigilar el estado de salud del residente.
- Recomendar y utilizar técnicas de atención restauradora y de rehabilitación cuando sea posible.
- Evaluar la eficacia y la adecuación de la atención.
- Identificar los cambios en el estado de los residentes y tomar las acciones pertinentes.
- Comunicar y coordinar la atención con un equipo multidisciplinario.
- Proteger y promover los derechos de los residentes.
- Promover la alta calidad de vida de los residentes.
- Garantizar que se respeten las preferencias y las elecciones de los residentes.
- Garantizar y promover la competencia del personal de enfermería.



CONCEPTO CLAVE

El MDS es una herramienta de valoración estandarizada que debe completarse durante la admisión, cada vez que se presente un cambio en el estado del paciente y cada año. Los coordinadores de la valoración del residente son personal de enfermería que ha sido capacitado para completar el MDS. La American Association of Nurse Assessment Coordination es la principal organización que capacita al personal de enfermería para cumplir con esta tarea.

A diferencia de otros escenarios clínicos, las residencias para adultos mayores típicas no cuentan con médicos u otro tipo de personal presente en todo momento. A pesar de que ello coloca una mayor carga sobre el personal de enfermería certificado para la valoración y el control de problemas, ofrece la oportunidad de funcionamiento independiente y el empleo de gran variedad de conocimientos y habilidades. La práctica de la enfermería independiente y la capacidad de desarrollar relaciones a

largo plazo con los residentes y sus familias son algunas de las características emocionantes de la enfermería en este contexto.

COMUNICACIÓN

Además de completar las herramientas de valoración específicas del centro, el personal de enfermería de atención a largo plazo debe obtener información que proporcione detalles acerca de lo que significa la buena calidad de vida para el residente. Esta información puede obtenerse mediante preguntas como:

- ¿Cómo era un día típico en su vida cuando estaba en casa?
- ¿Existen personas en su vida con las que tenga contacto frecuente?
- ¿Qué tipo de actividades disfruta?
- ¿Cómo era su horario en casa?
- ¿Qué podemos hacer para continuar con la participación de estas personas y las actividades que ha disfrutado desde antes de venir a este lugar?

Es preferible realizar estas preguntas y analizar las respuestas algunos días después de la admisión, cuando los residentes han tenido la oportunidad de recuperarse del estrés inicial.

OTROS ESCENARIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO

Comunidades de cuidados asistenciales

En años recientes ha aumentado la cantidad de comunidades de cuidados asistenciales como opción para los individuos que requieren de cierta ayuda con las actividades de la vida cotidiana y atención médica, pero cuyas necesidades no son suficientemente complejas como para requerir atención las 24 h. Los centros de cuidados asistenciales no cuentan con **reglamentos** tan estrictos como las residencias para adultos mayores y tienen menor cantidad de personal de enfermería certificado. Como evidencia de la tendencia a este tipo de atención, ha aumentado el número de camas en los centros de cuidados asistenciales y disminuido en las residencias para adultos mayores. En la actualidad, la mayor parte de la atención en centros de cuidados asistenciales se paga de manera privada.

De igual manera que en las residencias para adultos mayores, la población en las comunidades de cuidados asistenciales presenta retos clínicos cada vez mayores, lo que requiere mayor asistencia y supervisión médica. A pesar de que el entorno físico y el estilo de vida puedan ser más atractivos a los consumidores en comparación con las residencias para adultos mayores, es importante que la atención de los residentes se valore y cumpla de manera adecuada; la presencia escasa de personal de enfermería certificado en gran cantidad de centros es capaz de provocar que se pasen por alto las necesidades de atención o se retrase la intervención. Los profesionales geriátricos y gerontológicos se enfrentan con la tarea de asegurar que se desarrollen y cumplan los estándares de atención adecuados en estos entornos para lograr evitar situaciones escandalosas, como las que afectaron a las residencias para adultos mayores tempranas, y garantizar opciones de pago de la atención de aquellos quienes no cuentan con los fondos privados para cubrir los costes de este tipo de atención.

Atención con base en la comunidad y domiciliaria

Cada vez más adultos mayores con enfermedades o discapacidades crónicas reciben servicios de salud o sociales en sus hogares. Un tipo de atención de la salud en el

hogar es la que suelen ofrecer las agencias certificadas por Medicare. Para que sean candidatos a obtener el reembolso de Medicare por los servicios de salud domiciliarios, los pacientes deben tener 65 años de edad o más, estar confinados al hogar y requerir atención capacitada de manera intermitente que no pueden realizar solos o ningún miembro del hogar o la familia sea capaz de aportar. Medicaid tiene requisitos similares, aunque son diversos entre los estados. La Visiting Nurses Association y la Veterans Administration, además de otras agencias privadas, brindan servicios de salud domiciliaria.

También existen otros servicios disponibles para ayudar a las personas en la comunidad que tienen necesidades de atención a largo plazo. Estos servicios incluyen intendencia, atención de relevo, alimentos a domicilio, tranquilización telefónica, sistemas de monitorización domiciliaria, entre otros. Además de las agencias que brindan estos servicios, las comunidades religiosas locales suelen tener programas para ayudar a los individuos que se encuentran confinados a su hogar. Las agencias locales de servicios sociales y los planificadores de alta son recursos de utilidad para localizar servicios dentro de una comunidad específica.

UNA MIRADA HACIA EL FUTURO. UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO

Como lo ha reflejado este capítulo acerca del desarrollo de la atención a largo plazo, este tipo de cuidados dentro de centros especializados surgió sin contar con un modelo delimitado. En lugar de tener una amplia gama de intervenciones terapéuticas que permiten a las personas contar con otros para la atención a largo plazo destinada a obtener salud y bienestar físico, psicosocial y espiritual, los centros de atención a largo plazo son más bien un conjunto de retazos de atención médica tradicional unidos de manera deficiente por hebras débiles de **reglamentos** y reglas institucionales.

Debido a que la mayoría de los residentes y las actividades dentro de los centros de atención a largo plazo son susceptibles de los cuidados de enfermería, el personal de esta rama es la elección de profesionales lógica para definir el modelo de esta clase de iniciativas. Reconocer las limitaciones del modelo médico dentro de las residencias para adultos mayores implica tomar en cuenta como base para el nuevo modelo la atención integral y la sanación. La [figura 34-2](#) ofrece una jerarquía de las necesidades de los pacientes que puede ayudar al personal de enfermería y los estudiantes a desarrollar este nuevo modelo y desafiarlos a considerar un diseño de los servicios de atención a largo plazo que exceda los requisitos mínimos. El grado de necesidades que se muestran incluyen higiene, integración y sanación.

La higiene implica las necesidades más básicas, por ejemplo, necesidades fisiológicas, garantizar la seguridad del entorno humano y físico, tratamiento de las enfermedades y restauración o estabilización de la salud mental y física. La supervivencia básica depende del cumplimiento de estas necesidades; no obstante, satisfacer estas necesidades no asegura una vida satisfactoria y de calidad.

Para lograr la *integración*, deben considerarse los aspectos psicológicos, sociales y espirituales. Para lograr la armonía y el equilibrio entre mente, cuerpo y espíritu, las

personas requieren derechos individuales, asumir responsabilidad de autocuidado en el mayor grado posible, prevenir el deterioro y la dependencia y tener una relación dinámica con la comunidad dentro y fuera del centro de atención.

El cumplimiento de las necesidades de higiene e integración proporcionan la base para que se presente la *sanación*. La sanación no sólo implica la curación, sino el establecimiento de una vida con propósito y significado mediante la enfermedad como una oportunidad para el autodescubrimiento, la consciencia y el crecimiento espiritual y la trascendencia del ser.

Como parte de este modelo de integración y sanación, se presentan las siguientes afirmaciones:

- El bienestar psicológico, social y espiritual son de igual importancia y en ocasiones mayor que el bienestar físico.
- La supervisión médica y el tratamiento son sólo uno de los componentes de todas las necesidades de los residentes.
- Gran cantidad de estas necesidades resultan de situaciones crónicas que pueden solucionarse mediante tratamientos alternativos y complementarios.
- La presencia y las interacciones de los cuidadores afectan la salud, la sanación y la calidad de la vida dentro del centro de atención.
- El entorno físico puede emplearse como herramienta terapéutica.
- La residencia para adultos mayores es parte integral y activa de una comunidad mayor.



FIGURA 34-2 • Jerarquía de las necesidades de los habitantes de las residencias para adultos mayores.

El movimiento de *cambio cultural* es un paso positivo en la dirección del apoyo de este nuevo modelo de atención. Los elementos clave del cambio cultural suelen incluir crear un entorno físico que sea más semejante al hogar en lugar de un centro, brindar tareas regulares al personal, individualizar la atención para cumplir con las necesidades y los deseos específicos de los residentes, establecer relaciones nutritivas, ofrecer oportunidades de capacitación para el personal y empoderar a los residentes y los cuidadores. La Eden Alternative fue uno de los primeros programas de cambio cultural que abrió la puerta para una calidad de vida diferente dentro de las residencias para adultos mayores. Su fundador, el Dr. Bill Thomas, plantó la semilla que requerían las residencias para adultos mayores para ofrecer una vida que merece vivirse. Algunas de las residencias para adultos mayores han adoptado los principios de la Eden Alternative para brindar un entorno que sea similar al hogar, motivar y respetar la toma de decisiones de los residentes y promover relaciones de alta calidad entre residentes y cuidadores. Algunos años después de que surgiera la Eden Alternative, se inició el Wellspring Program. Con énfasis en mejorar la calidad, este programa intentó promover y dirigir un mayor empoderamiento de residentes y cuidadores, así como una mejor calidad de vida para los residentes. En 2012, el Wellspring program se unió a la Eden alternative para ofrecer un programa superior

al movimiento de cambio cultural a partir de la sinergia de estos dos programas dinámicos.

Continuando con influencia sobre la redefinición de la atención de enfermería domiciliaria, el Dr. Bill Thomas conceptualizó en 2003 The Green House Project con la intención de diseñar la residencia para adultos mayores ideal desde cero. El modelo consiste en casas pequeñas e independientes donde cada una de ellas atiende de manera individualizada a 8-10 personas y disfruta de un entorno similar al hogar. El personal de atención directa cuenta con funciones entrelazadas para lograr que el mismo proveedor proporcione el desayuno en el hogar, realice la lavandería y ofrezca atención personal a los residentes. Además de mejorar la calidad de vida, la investigación ha mostrado que esta clase de residencias disminuye las complicaciones y las hospitalizaciones prevenibles. La Pioneer Network ha sido líder en el movimiento del cambio cultural al promover cambios fundamentales en los valores y las prácticas para crear y mejorar la vida dentro de las residencias para adultos mayores. Su sitio web (*véase* la sección de *Recursos*) ofrece gran cantidad de recursos de calidad para proveedores y consumidores.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Si tuviera la oportunidad de diseñar un centro de atención a largo plazo que promoviera la integración y la sanación, ¿cuál es el aspecto que le gustaría que tuviese?

Resumen del capítulo

La atención a largo plazo se desarrolló sin una visión clara del propósito, la función y los papeles de la enfermería específicos de este escenario de atención. Como resultado, se desarrollaron en condiciones menos que ideales. A pesar de que las regulaciones estrictas, la mayor comprensión de los aspectos únicos de la atención a largo plazo y el movimiento de cambio cultural han traído modificaciones significativas, el modelo de atención a largo plazo aún no se desarrolla.

Existe la posibilidad de rediseñar la atención a largo plazo. El desafío es ofrecer alta calidad de vida para los adultos mayores que requieren servicios cada vez más complejos en entornos que se asemejan a un hogar y no a un centro de atención, así como asegurar la disponibilidad y la coordinación de una red de servicios de atención a largo plazo con base en la comunidad. Los servicios de enfermería son un componente esencial en cualquier modelo de atención a largo plazo; por lo tanto, el personal de enfermería debe mostrar liderazgo en el rediseño de esta clase de atención. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe tomar el mando del papel de la enfermería en la sanación y ofrecer una nueva visión en la atención a largo plazo que pueda permitir que los residentes experimenten la mayor calidad de vida posible durante el resto de sus vidas.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Prácticas en las residencias para adultos mayores después de la muerte de un residente. La experiencia de auxiliares de enfermería certificados

En su posición de proveedores de la mayor cantidad de atención, los auxiliares de enfermería certificados (AEC) son quienes destinan la mayor cantidad de tiempo a los adultos mayores y suelen desarrollar relaciones cercanas con ellos. Algunos de los residentes anhelan el contacto con los AEC y los perciben como miembros de la familia. De igual forma, los AEC desarrollan sentimientos especiales hacia los residentes y se preocupan por ellos. Es comprensible que cuando uno de los residentes con quien han desarrollado una relación cercana muere, se vivan reacciones emocionales.

En este estudio, se realizaron entrevistas detalladas a 140 AEC que experimentaron la muerte reciente de alguno de los residentes. Se formularon preguntas específicas acerca de sus sentimientos sobre la manera en la que el cuerpo del residente fue retirado, la forma en la que la cama fue ocupada por otro residente y el modo en el que fueron notificados de la muerte del residente. A pesar de que hubo reacciones negativas a cada uno de los elementos, la respuesta con mayor negatividad correspondió a percatarse de la muerte del residente al ingresar a la habitación y mirar que la cama estaba vacía o ya había sido ocupada por otra persona. Los AEC explicaron que la experiencia fue positiva cuando se llamó para informar sobre la muerte antes de llegar a trabajar, ya sea por parte de otro AEC o la familia del residente.

Los investigadores sugirieron que es de importancia una mayor sensibilidad y consciencia en las prácticas relacionadas con la muerte de los residentes para mejorar la experiencia laboral de los AEC. Por ejemplo, es útil que el personal de enfermería tome el cargo de desarrollar un protocolo para la notificación a los AEC acerca de la muerte de residentes antes de que se presenten a laborar. Además, los rituales pueden ser de ayuda, como momentos de silencio en la habitación de un residente fallecido o procesos de despedida cuando se retire el cuerpo de la persona. Son útiles una mayor sensibilidad y el abordaje consciente para mejorar la experiencia inmediata después de la muerte de un residente y la satisfacción con el trabajo.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

La enfermera Rogers ha trabajado en una residencia para adultos mayores sin fines de lucro, la cual ha implementado el programa de cambio cultural. Los residentes pueden visitar el comedor en cualquier momento y elegir entre diversas opciones de alimentos. La gran cantidad de personal permite no sólo la atención de calidad, sino también actividades individualizadas. Los residentes son ayudados en el decorado de sus habitaciones de una manera que refleje las preferencias individuales a tal grado de permitir la elección del color.

Debido a cambios familiares, la enfermera Rogers tuvo que buscar un nuevo trabajo. Aceptó un puesto como directora de enfermería en una residencia para adultos mayores en la ciudad. La residencia para adultos mayores cuenta con administración privada y no se ha renovado de manera significativa desde su construcción en 1960. Debido a la escasez de personal, la atención se ha dirigido a tareas específicas y los residentes tienen que cumplir con un horario estricto de

alimentación y baños. Preocupada, la Sra. Rogers se reunió con el administrador y explicó los beneficios del cambio cultural. Propuso cambios en el personal y la operación que puedan apoyar este cambio. El administrador mostró entusiasmo, pero dejó claro que no se cuenta con los recursos para este tipo de cambios. “¿Cómo es posible que la residencia en la que trabajaba podía ofrecer todas esas ventajas para los inquilinos?”, preguntó.

El administrador respondió: “ellos son una organización sin fines de lucro con dinero adicional de una organización religiosa. Nosotros sólo admitimos a residentes con Medicaid o Medicare y debemos apegarnos a esos fondos. El reembolso que recibimos apenas cubre los servicios básicos que ofrecemos”.

La Sra. Rogers se preocupa de la inequidad y considera que todos los residentes deben obtener la mejor atención posible.

¿Qué haría usted si fuera la enfermera Rogers?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Considere las expectativas que tendrán los *baby boomers* cuando utilicen los centros de atención a largo plazo en el futuro y describa las características del entorno, los servicios y las operaciones que deben brindarse.
2. Imagine que usted es director de enfermería en un centro de atención a largo plazo y describa:
 - Actividades que pueden desarrollarse para motivar que la comunidad forme parte de las actividades en el centro.
 - Servicios que puede ofrecer el centro para las personas que viven en la comunidad.
 - Programas y servicios que pueden brindarse a las familias de los residentes.
3. Describa las acciones que puede tomar el personal de enfermería para mejorar los centros de atención a largo plazo.

Recursos en línea

American Assisted Living Nurses Association

<http://www.aalna.org>

American Association of Directors of Nursing Services

<http://www.AADNS.org>

American Association of Nurse Assessment Coordination

<http://www.aanac.org>

American Health Care Association

<http://www.ahca.org>

American Nurses Association, Inc., Council on Nursing Home Nurses

<http://www.nursingworld.org>

Eden Alternative

<http://www.edenalt.org>

Geriatric Advanced Practice Nurses Association

<http://www.gapna.org>

Green House Project

<http://thegreenhouseproject.org>

Leading Age

<http://www.leadingage.org>

National Association of Directors of Nursing Administration in Long-Term Care (NADONA)

<http://www.nadona.org>

National Consumer Voice for Quality Long-Term Care

<http://www.theconsumervoice.org>

National Gerontological Nursing Association

<http://www.ngna.org>

Pioneer Network

<http://www.pioneernetwork.net>

Referencias

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Fast facts, nursing home care*. Acceso el 3 de junio de 2015 en: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/nursing-home-care.htm>

Centers for Medicare and Medicaid. (2016). What are my rights & protections in a nursing home? *Medicare.gov*. Acceso el 19 de julio de 2016 en: <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/part-a/rights-in-nursing-home.html>

Goffman, E. (1961). *Asylums*. Garden City, NY: Anchor Books.

Institute of Medicine, Committee on Implications of For-Profit Enterprise in Health Care. (1986). Profits and health care: An introduction to the issues. In B. H. Gray (Ed.), *For-profit enterprise in health care* (pp. 3–18). Washington, DC: National Academy Press.

National Center for Health Statistics. (2013). Demographic characteristics of users of long term care. Acceso el 2 de junio de 2015 en: http://www.cdc.gov/nchs/data/nsltcp/long_term_care_services_2013.pdf

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas relacionadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña al libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y recursos adicionales asociados con este capítulo.

Cuidadores familiares

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

La familia del adulto mayor

- Identificación de los miembros de la familia
- Roles de los miembros de la familia
- Dinámica familiar y relaciones

Alcance de los cuidados familiares

Cuidados a larga distancia

Protección de la salud del cuidador del adulto mayor

Disfunción familiar y maltrato

Beneficios de los cuidados familiares

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Nombrar las diversas estructuras y funciones de las familias.
2. Comentar los diversos roles que pueden cumplir los miembros de la familia.
3. Describir las relaciones familiares clásicas.
4. Identificar los riesgos a los cuidadores y las medidas para disminuirlos.
5. Describir el apoyo que se ofrece a los cuidadores a larga distancia.
6. Identificar los signos de maltrato geriátrico.
7. Comentar las intervenciones para disminuir la disfunción familiar.

GLOSARIO

Carga del cuidador: factores de estrés, retos y consecuencias negativas asociados con el cuidado de una persona necesitada.

Generación sándwich: personas de mediana edad que cuidan a sus hijos y sus padres.

Hogar con salto generacional: vivienda en la que los abuelos crían a los nietos sin la presencia de los padres.

Maltrato geriátrico: daño emocional o físico, negligencia, explotación económica, abuso sexual o abandono de un adulto mayor.

El envejecimiento es un tema frecuente. Ya sea en el caso de una persona jubilada que se preocupa por apoyar a su familia con su pensión, una mujer de mediana edad que acepta a su madre en su hogar o una hermana que busca ayudar a su hermano enfermo y lo acepta en su hogar, el impacto del envejecimiento de las personas tiene un efecto en onda que influye en toda la familia. La influencia del proceso también se percibe cuando los miembros mayores de la familia necesitan ayuda con sus necesidades y cuidados diarios. Las familias toman responsabilidades cada vez más complicadas durante la atención a largo plazo. Debido al mayor número de personas que alcanzan la edad avanzada y la tendencia a mantener a las personas con enfermedades graves dentro de la comunidad, la carga con la que se enfrentan las familias sólo aumentará. La mayor incursión de las mujeres dentro del mundo laboral, la movilidad de las familias y la complejidad de los círculos familiares que resultan del divorcio y los nuevos matrimonios complican las relaciones y la atención. El personal de enfermería debe comprender las diversas estructuras familiares, los roles y las relaciones para ser capaz de trabajar de manera eficaz con los adultos mayores y sus cuidadores.



CONCEPTO CLAVE

Cada vez un mayor número de familias brinda atención con complejidad en aumento a sus miembros durante períodos prolongados.

LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR

Casi todas las personas son parte de una unidad familiar, incluso si ésta no refleja la familia nuclear estereotípica. En realidad, se pueden encontrar diversas estructuras familiares, a saber:

- Parejas (casadas o no, heterosexuales y del mismo sexo)
- Parejas con hijos (heterosexuales, del mismo sexo, casadas o no)
- Progenitor con hijo
- Hermanos
- Grupos de individuos no relacionados
- Multigeneracionales

Al interrogar a los adultos mayores, resulta importante valorar las personas que son significativas para el paciente y que cumplen con un rol familiar, sin importar si no tienen relación familiar o viven en un hogar diferente. Por ejemplo, una mujer

viuda puede tener un amigo con el cual comparte un lazo emocional estrecho o un primo en el vecindario que ayuda y ofrece apoyo. De la misma manera, una persona soltera puede ser parte de una relación que tiene tanto compromiso como un matrimonio.



CONCEPTO CLAVE

Las personas externas a la familia tradicional tienen papeles importantes en el cuidado.

Identificación de los miembros de la familia

Se puede identificar a los miembros de la familia determinando a las personas que cumplen con las funciones familiares. En las familias en proceso de envejecimiento, las funciones se modifican en cierta medida para lograr cumplir con las necesidades específicas de los adultos mayores y se dirigen a:

- Asegurar el cumplimiento de las necesidades físicas.
- Brindar apoyo y confort emocional.
- Mantener las conexiones con la familia y la comunidad.
- Atender asuntos financieros.
- Brindar un significado a la vida.
- Control de crisis.

Realizar las siguientes preguntas a los adultos mayores puede facilitar la identificación de las personas significativas que realizan las funciones familiares:

- ¿Quién lo cuida habitualmente?
- ¿Quién realiza las compras por ellos?
- ¿Quién lo acompaña al médico o la clínica?
- ¿Quién ayuda o atiende los problemas?
- ¿Quién brinda atención durante la enfermedad?
- ¿Quién ayuda a tomar decisiones?
- ¿Quién ayuda en las tareas bancarias, el pago de servicios y los asuntos financieros?
- ¿De quién obtiene apoyo emocional?

Todas las personas que cumplen con alguna función familiar deben ser incluidas en el desarrollo y la planificación de la atención de los adultos mayores.

Roles de los miembros de la familia

De manera frecuente, los miembros de la familia toman determinados roles como resultado del proceso de socialización, las necesidades y las expectativas de la familia. Los roles posibles incluyen los siguientes:

- *Tomador de decisiones.* Persona que asume o recibe la responsabilidad de tomar decisiones importantes o a quien se acude en tiempos de crisis; puede no estar

físicamente cercana o implicada en las actividades diarias; sin embargo, es consultada para la solución de problemas.

- *Cuidador*. Persona que brinda atención directa, cuida o ayuda con el cuidado personal y la administración del hogar de otro miembro de la familia.
- *Desviado*. Persona *problema* o no conformista que se ha apartado de las normas familiares; puede ser el chivo expiatorio de la familia o ser quien conceda un sentido de propósito para los familiares que rescatan o compensan las actividades de este individuo.
- *Dependiente*. Persona que depende de otros miembros de la familia por motivos económicos o de asistencia.
- *Victima*. Persona que renuncia a sus derechos legítimos y es maltratada por la familia de manera emocional, social o económica.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Cuáles son las dinámicas dentro de su familia extendida? ¿Cuáles son los diversos roles y funciones que cumplen los miembros?

Los efectos de estos roles deben explorarse cuando se valora la unidad familiar. El personal de enfermería debe ser sensible al hecho de que ciertos roles negativos pueden no influir en la familia de la manera esperada; de igual forma, los roles positivos pueden no ser aceptados en la familia. Por ejemplo, el hijo de mediana edad que viaja de ciudad en ciudad y contacta de manera regular a sus padres para solicitar dinero no cumple con el papel de adulto maduro responsable; sin embargo, puede ofrecer a los adultos mayores un sentimiento de que son requeridos, lo que provee de recompensas a la vida. Por otro lado, el hermano con seguridad financiera que cuida de sus padres es menos popular dentro de la familia debido a su actitud plana y práctica.



CONCEPTO CLAVE

Incluso los roles aparentemente negativos pueden cumplir con algunas de las necesidades familiares.

Dinámica familiar y relaciones

La dinámica dentro de los miembros de la familia puede tener efectos positivos y negativos en los adultos mayores. Durante la valoración de la unidad familiar, es de utilidad explorar diversos problemas:

- *¿Cómo se perciben los miembros de la familia entre ellos?* ¿Se aman, agradan, admiran, respetan y disfrutan de su compañía? ¿Cómo demuestran su afecto?
- *El tipo de comunicación*. ¿Comparten hechos de la vida cotidiana o se comunican sólo en días festivos? ¿El estilo de comunicación es de adulto-niño o adulto-adulto?
- *Actitudes, valores y creencias*. ¿Perciben que los jóvenes deben cuidar de los adultos mayores o que los hijos no deben nada a los padres? ¿Cuáles son sus expectativas de los miembros de la familia, amigos y la sociedad? ¿Sus creencias religiosas implican

ciertas responsabilidades?

- *Lazos con organizaciones y la comunidad.* ¿En qué grado se relacionan con las personas fuera de la unidad familiar? ¿La familia es similar a otras en la comunidad?

Como se comentó en el [capítulo 1](#), la mayoría de los adultos mayores no son abandonados por sus hijos, sino que disfrutan de un contacto regular con ellos. No obstante, los estilos de vida, el tipo de hogar y las expectativas de la cultura occidental no promueven que los padres y sus hijos adultos vivan juntos. Casi todos los adultos mayores desean vivir en su propio hogar; cuando es posible, la mayoría lo hace. La disposición de generaciones que suele ser más satisfactoria es aquella que vive en diferentes hogares, pero dentro de una distancia de menos de 30 min. Se da por hecho que los padres e hijos brindan ayuda y comparten su hogar en caso de que se presente algún problema.



CONCEPTO CLAVE

La mayoría de los adultos mayores y sus familias prefieren vivir cerca, mas no juntas.

Más de nueve de cada diez personas mayores son abuelos. Ser abuelo es una experiencia positiva para algunos adultos mayores debido a que obtienen alegría, afecto y sentido de propósito al cuidar de sus nietos sin el estrés durante 24 h que provocan las responsabilidades de tener hijos propios. En algunos casos, los abuelos toman responsabilidades de los padres; en realidad, ha habido un aumento en lo que se conoce como **hogares con salto generacional**, en los cuales los abuelos crían a los nietos sin la presencia de los padres. Los nietos pueden brindar nuevos intereses y sentido a la vida. A cambio, los nietos suelen recibir el beneficio del amor y la atención incondicionales ([fig. 35-1](#)). A medida que los nietos alcanzan la adultez, suele disminuir el tiempo que comparten con sus abuelos, pero el lazo que los une persiste.



FIGURA 35-1 ● Las relaciones de familia cariñosas son beneficiosas para los nietos y los abuelos.

La relación entre hermanos es fuerte. El patrón habitual es que los hermanos se separan en la adultez temprana y mediana, pero el lazo se fortifica más tarde. Los hermanos pueden brindar socialización, apoyo emocional y ayuda en el hogar y financiera. Por lo general, los conflictos y las diferencias anteriores pierden sentido a medida que los hermanos desarrollan relaciones de apoyo en la vida tardía.

Las parejas mayores tienen una tasa de divorcio baja, aunque está en aumento. Los matrimonios con relaciones difíciles suelen estabilizarse en la vida tardía a medida que la pareja experimenta una nueva interdependencia. Las parejas mayores acuden al otro para obtener seguridad, apoyo y protección dentro de un mundo imperfecto. Después de gran cantidad de años de experimentar y reforzar los comportamientos del otro, la pareja puede comprender, anticipar y complementar las acciones del otro. Los cónyuges cuidan de la atención y el bienestar de sus parejas y obtienen seguridad al saber que hay alguien más para cuidarlos.

Las relaciones en la edad avanzada se ven afectadas por los tipos de relaciones que se experimentaron a lo largo de la vida. Los padres que ignoraron o maltrataron a sus hijos en la vida temprana pueden tener hijos que no desean formar parte de su vida durante la adultez. Los hermanos con ira sin resolver acerca del favoritismo que sus padres mostraron no brindan apoyo cuando el hijo favorito está en problemas. Las parejas que nunca compartieron intimidad y amistad pueden ocupar el mismo espacio, pero vivir en mundos diferentes. Las relaciones satisfactorias durante cada una de las etapas de la vida son una inversión para lograr tener relaciones significativas y de apoyo más adelante en la vida.



CONCEPTO CLAVE

Los hijos que perciben que sus padres fueron insensibles a sus necesidades a lo largo de la vida pueden mostrar cierta renuencia al cuidado de sus padres en la edad mayor.

ALCANCE DE LOS CUIDADOS FAMILIARES

La mayor parte de la atención dentro del hogar de los adultos mayores es ofrecida por miembros de la familia, no por agencias formales. Se estima que más de 10 millones de personas participan en el cuidado de sus padres; cerca de la mitad de ellos lo hacen de manera regular. Más del 45% de los cuidadores tienen 65 años de edad o más. Cerca de la mitad de los cuidadores son esposas; el segundo grupo más abundante de cuidadores son las hijas y las nueras. En realidad, la mujer actual promedio pasa más tiempo cuidando a sus padres que a sus hijos; a menudo, estas mujeres son responsables de la atención de sus hijos y sus padres. Este hecho es el que les da el nombre de *generación sándwich*. Ya que gran cantidad de hijos adultos permanecen en el hogar de sus padres o regresan a éste, la generación sándwich se compone de aquellos que cuidan a sus padres, hijos y nietos o a sus abuelos, padres e hijos. Cada vez mayor cantidad de personas con trabajos de tiempo completo también cumplen con las responsabilidades de cuidadores.



CONCEPTO CLAVE

La mayor parte de la atención domiciliaria de los adultos mayores es brindada por miembros de la familia, no por agencias formales.

Las familias brindan diversos tipos de ayuda a los miembros mayores de la familia (cuadro 35-1). A menudo, convertirse en cuidador es un proceso sutil y gradual. Por ejemplo, una hija puede comenzar con llamar a su madre después de una visita médica para preguntar acerca de cambios en los medicamentos. Con el avance del tiempo, la hija acompaña a su madre a la consulta, comenta los medicamentos de manera personal con el médico y llama a su madre diariamente para documentar la respuesta a los fármacos. En cierto punto, la hija tiene que ayudar a su madre a salir y entrar en el automóvil, transportar a su madre en una silla de ruedas, retirar la ropa para la exploración y administrar los medicamentos de manera regular.

CUADRO 35-1 Tipos de ayuda que las familias brindan a sus miembros de mayor edad

- Mantener y limpiar el hogar
- Administrar las finanzas
- Realizar compras
- Ayudar con el transporte
- Brindar oportunidades para la socialización
- Asesorar en problemas
- Explicar situaciones
- Solucionar problemas
- Tranquilizar durante crisis

- Acompañar a las visitas médicas y hospitalarias
- Negociar servicios
- Cocinar y brindar alimentos
- Recordar la ingesta de medicamentos, cumplir con las citas y la toma de acciones
- Vigilar y administrar medicamentos
- Implementar tratamientos
- Supervisar
- Proteger
- Bañar y vestir
- Alimentar
- Ayudar en la defecación y en la micción
- Ayudar en la toma de decisiones
- Mantener un registro de documentos clínicos (véase el [cuadro 35-2](#))



PUNTO PARA REFLEXIONAR

Si se enfrentara súbitamente con la necesidad de brindar atención a un progenitor o pariente, ¿cómo cambiaría su vida y cómo afrontaría las responsabilidades adicionales?

CUIDADOS A LARGA DISTANCIA

Un individuo que ayuda a otro que lo requiere y viva a más de 1 h de distancia se considera como *cuidador a larga distancia*, un rol que cumplen hasta 7 millones de estadounidenses ([National Institute on Aging, 2015](#)). La ayuda que ofrece esta clase de cuidadores puede incluir la administración de la atención domiciliaria, control de finanzas y proporcionar relevo durante la atención. A menudo, los cuidadores a larga distancia comienzan con visitas ocasionales, llamadas telefónicas y ayuda con problemas simples; progresivamente realizan llamadas diarias y visitas regulares a la persona.

Como suele suceder con la atención directa brindada por los miembros de la familia, los familiares que no viven cerca de la persona que requiere ayuda deben expresar las necesidades de ésta y determinar los miembros de la familia que son más capaces de brindar cuidados. Incluso si un miembro de la familia vive cerca, es posible que no sea la mejor opción para administrar la atención. El personal de enfermería debe orientar a las familias en la toma de decisiones acerca de las responsabilidades de atención a largo plazo mediante la revisión de las tareas necesarias y evaluar cuál es el miembro de la familia más capacitado para ayudar. El personal de enfermería también debe ayudar a las familias a ponerse en contacto con los servicios de la comunidad, así como con los recursos que brinden información acerca de la enfermedad y la atención. Al igual que los cuidadores que ofrecen cuidado directo diariamente, los cuidadores a larga distancia deben considerar de manera realista la ayuda física, emocional, social y económica que pueden brindar y establecer límites.

El personal de enfermería debe advertir a los cuidadores a larga distancia acerca de los problemas que deben tratar durante las llamadas telefónicas con sus familiares para identificar necesidades, riesgos y cambios en la salud. Lo anterior puede incluir preguntas acerca de la última compra de alimentos, el horario en el que la persona despierta y duerme, el consumo de alimentos, la toma de medicamentos, el contacto con los demás y la presencia de nuevos síntomas. El personal de enfermería puede

recomendar a los cuidadores a larga distancia que planifiquen las visitas de manera que coincidan con las citas médicas para que puedan recibir información directa acerca del estado de salud y la atención, así como realizar cualquier pregunta con la que cuenten.



CONCEPTO CLAVE

Mantener un registro de la información que pueden requerir los proveedores de salud y los centros de atención, así como aquellos que son necesarios en caso de muerte del paciente, es un paso importante que los cuidadores, a corta o larga distancia, deben cumplir (cuadro 35-2).

Debe informarse a los cuidadores a largo plazo acerca de los servicios de los administradores de atención geriátrica, quienes pueden valorar las necesidades de las personas y coordinar la atención de manera local. La National Association of Professional Geriatric Care Managers (véase la sección de *Recursos* al final del capítulo) puede ayudar a localizar administradores certificados de la atención geriátrica.

Puede ser todo un reto para la familia determinar la calidad de la atención que se brinda a sus seres queridos desde la distancia. Puede ser útil que los amigos o los vecinos visiten y comuniquen sus observaciones a la familia. Para lograr identificar indicadores de maltrato, es importante prestar atención a los cambios en el estado de ánimo y la presencia de acontecimientos anómalos (pérdida de objetos, lesiones). Las visitas espontáneas también ayudan a determinar la calidad de la atención recibida.

CUADRO 35-2 Documentos de salud que el cuidador debe conservar

- Certificado de nacimiento
- Números de Seguridad Social y Medicare
- Antecedentes de empleo del paciente
- Pólizas de seguro
- Voluntad anticipada
- Poder notarial permanente
- Testamentos
- Escrituras
- Registros militares
- Títulos de propiedad de vehículos
- Fuentes de ingresos
- Gastos mensuales
- Cuentas bancarias, cajas de seguridad
- Deudas (hipotecas, tarjetas de crédito y créditos personales)
- Pagos de impuestos recientes
- Ubicación de los bienes valiosos
- Servicios fúnebres prepagados, parcelas para entierro

En ocasiones, se presenta un momento en el que la familia determina que el adulto mayor ya no es capaz de permanecer en su hogar solo. Las decisiones que deben realizarse a continuación pueden ser extremadamente difíciles para la familia y la persona que requiere de la atención. El ingreso a un centro tutelado o una residencia para adultos mayores puede ser costoso y difícil para el adulto mayor; este

movimiento suele requerir ajustes y costes elevados. En caso de que se decida el ingreso a una residencia para adultos mayores, el personal de enfermería debe orientar a la familia en la elección de uno de estos hogares y las diferentes opciones dentro de la comunidad de interés. Si se determina que la reubicación del adulto mayor es la mejor opción, es útil comentar las maneras en las que pueden verse afectados los miembros de la familia.

La atención familiar a distancia no hace que los miembros de ésta sean inmunes a los sentimientos de culpa, frustración, ansiedad, ira y depresión acerca de su ser querido. Es importante alentar a la familia a compartir sus sentimientos y buscar ayuda en grupos de apoyo. Estos cuidadores también requieren que se recuerde la importancia de sus propia atención y cuidados.

PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR

Una familia es una fuerte cadena de experiencias humanas que une a sus miembros a lo largo de los retos y las alegrías de la vida; no obstante, esta cadena es tan fuerte como su eslabón más débil. La enfermería geriátrica y gerontológica eficaz reconoce que la salud de todos los miembros de la familia debe mantenerse y promoverse.

Mantener la independencia de los adultos mayores permite la normalidad en las relaciones familiares. Tener que vivir con la persona de la que se cuida puede alterar el estado y los roles de los adultos mayores y provocar ira, resentimiento y otros sentimientos (diagnóstico de enfermería [destacado 35-1](#)). Las prácticas de salud conscientes para prevenir la enfermedad y la discapacidad son de máxima importancia para mantener la capacidad de autocuidado y la independencia. Si se presenta la enfermedad, debe prestarse atención a evitar complicaciones y recuperar el estado de salud de la persona afectada. Las intervenciones como las modificaciones del entorno, la ayuda económica, los alimentos a domicilio, la ayuda con las tareas diarias, el transporte especializado para personas con discapacidad, las llamadas de tranquilización y la compañía en el hogar son medidas para compensar deficiencias y fortalecer las reservas del adulto mayor que permiten la independencia.

Si el cuidador es la pareja o el hermano, es probable que éste también tenga edad avanzada. Incluso los hijos de los adultos mayores también pueden ser personas mayores. Cerca de la mitad de los cuidadores tienen 50 años de edad o más y un tercio de ellos describen su salud como suficiente o deficiente ([U.S. Department of Health and Human Services, 2016](#)). La salud física, emocional y social de los cuidadores debe valorarse de manera periódica a fin de asegurar que cuentan con la competencia para brindar los servicios necesarios y no se pongan en riesgo. Debe planificarse lo que el personal de enfermería geriátrica y gerontológica conoce como CAC:

C: Capacitación en técnicas, empleo seguro de medicamentos, reconocimiento de anomalías y disponibilidad de recursos.

A: Ausencia periódica de la situación de cuidado para obtener descanso y relajación y así lograr mantener sus necesidades de vida cotidianas.

C: Cuidar de sí mediante el sueño, descanso, ejercicio, nutrición, socialización, soledad, apoyo, ayuda

económica, reducción del estrés y atención de la salud.

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe comentar las necesidades CAC con los cuidadores durante cada una de las visitas para asegurar su eficacia continua.

Un grupo de cuidadores especialmente vulnerable es el de las hijas de mediana edad, quienes son cuidadoras frecuentes. Después de años de sacrificio y problemas con la experiencia de ser madres, apenas comienzan a saborear algo de libertad a medida que sus hijos son independientes y abandonan el hogar. Ellas se preocupan por el éxito y el bienestar de sus hijos y experimentan ambivalencia acerca del rol de madre con menor intensidad. Cada vez más, forman parte del mundo laboral y es probable que retomen sus carreras abandonadas. Algunas afrontan los problemas de una pareja que lidia con una crisis de la mediana edad, tienen sentimientos encontrados acerca de sus matrimonios o reaccionan a cambios indeseables en su aspecto físico. Estas mujeres pueden estar afectadas por el estereotipo de *súper mujer* y buscan ser madres que apoyan, esposas que comprenden, amantes emocionantes, amigas interesantes y empleadas ambiciosas. En resumen, están abrumadas. En este punto de sus vidas, los padres dependientes y sus demandas son la gota que derrama el vaso. Estas hijas perciben que de ninguna manera pueden dejar a sus padres, confiar la atención a extraños o inscribirlos a un centro de atención. No obstante, ¿cuáles son las consecuencias para sus carreras, su economía, sus relaciones de pareja o amistosas, sus objetivos de divertimento y su energía? Con un número cada vez mayor de mujeres de mediana edad que se enfrentan con este problema, es importante realizar una intervención de enfermería específica para esta situación. El [cuadro 35-3](#) describe algunas de las maneras en las que el personal de enfermería puede ayudar a los cuidadores familiares.



Alerta sobre el dominio de conceptos

Con frecuencia, los cuidadores son también adultos mayores. Incluso los hijos de un adulto mayor suelen tener 60 años de edad o más.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DESTACADO 35-1

DETERIORO DE LOS PROCESOS FAMILIARES

Generalidades

Se presenta una alteración en el proceso familiar cuando las funciones normales de la familia cambian debido a una transición, una crisis o un resultado incierto. Cuando se enfrentan con el problema, los familiares no logran cumplir con las necesidades físicas, emocionales, socioeconómicas o espirituales, no afrontan de manera eficaz el estrés, no se comunican de manera eficaz o apropiada y no suelen aceptar ayuda de los demás. Es posible que sientan temor, sean defensivos o muestren suspicacia al ser visitados o interrogados.

Factores contribuyentes y causales

Enfermedad o lesión de un miembro de la familia, cambio en la independencia, cambio en el rol o la función, adición o pérdida de un miembro, reubicación, disminución de los ingresos, mayor cantidad de gastos, preferencias sociales o sexuales de un miembro de la familia o desviación en las prácticas religiosas y culturales que se consideran normales en la familia.

Objetivo

La familia demuestra apoyo y ayuda a sus familiares durante el cumplimiento de sus necesidades físicas, emocionales y socioeconómicas; la familia busca y acepta ayuda de fuentes externas cuando es necesario.

Intervenciones

- Obtener los antecedentes familiares detallados que incluyan el perfil de la familia (seres queridos que cumplen con funciones familiares y miembros de la familia); edad, salud y residencia de los miembros; roles y responsabilidades de cada miembro; patrones habituales de comunicación, solución de problemas y manejo de crisis; cambios recientes en la composición, los roles, las responsabilidades y el estado de salud; nuevas cargas; y la valoración que ha hecho la familia sobre el problema.
- Identificar los factores relacionados con la disfunción de la familia y planificar las intervenciones adecuadas, como la terapia familiar, la ayuda económica, las reuniones familiares y las visitas de enfermería o líderes religiosos.
- Facilitar la comunicación abierta y sincera entre miembros de la familia; ayudar a planificar las reuniones familiares, promover la discusión de todos los miembros, desarrollar metas y planes realistas, así como dividir responsabilidades; brindar privacidad a la familia.
- Cuando uno de los miembros de la familia recibe servicios de salud, se deben explicar las actividades de atención y los resultados esperados, preparar para los cambios y hacer partícipe a la familia en la atención hasta donde sea posible.
- Brindar educación y apoyo al cuidador, ayudar a los cuidadores a identificar los recursos de la comunidad, ayudar a enfatizar al importancia del relevo de los cuidadores.
- Hacer consciente a la familia acerca de los grupos de apoyo y autoayuda que pueden ser de utilidad, como la Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, la American Cancer Society, Alcohólicos Anónimos y la American Diabetes Association.



COMUNICACIÓN

Durante el contacto con los cuidadores familiares, el personal de enfermería debe preguntar si todo se encuentra en orden. El personal puede iniciar la discusión acerca de sus estados con comentarios como:

- “El cuidado de los adultos mayores es todo un reto; no es infrecuente que los cuidadores se sientan exhaustos física y emocionalmente”.
- “Es muy considerado que cuide a su madre de la forma como lo hace, pero asumo que no es fácil”.

Estas aseveraciones muestran comprensión de las dificultades que implica el rol de cuidador e invitan a la expresión honesta de frustraciones y necesidades.

CUADRO 35-3 Estrategias de enfermería para ayudar a las familias que brindan cuidados

- *Guiar a la familia para percibir la situación de manera realista.* Tal vez es necesario un tiempo lejos del trabajo en lugar de renunciar por completo a éste para ayudar al padre o a la pareja en convalecencia. Es posible que las necesidades superen las habilidades de un cuidador sin preparación y éste no sea capaz de cumplirlas de manera adecuada (p. ej., familiar). A menudo, un observador externo objetivo está en posición de percibir la situación real y comprende el alcance de las necesidades.
- *Brindar información capaz de anticipar necesidades.* Los cuidadores requieren ser orientados en la valoración de diversas necesidades que pueden surgir en diferentes escenarios y el desarrollo de planes antes de que surja una crisis. Motivar la expresión de los sentimientos. Debido a la crianza con “deberes y deberías” en cuanto al tratamiento de los adultos mayores, es importante que las familias sepan que la culpa, la ira, el resentimiento y la depresión que perciben no son infrecuentes ni algo negativo.
- *Valorar y vigilar el efecto de la atención sobre la unidad familiar.* A pesar de que los cuidadores pueden sentir que cargan con la totalidad de la responsabilidad de la atención, deben evaluar los efectos de ésta sobre toda la familia. ¿Cómo se pagará la colegiatura de los hijos si dejan su trabajo para cuidar de un padre? ¿Alguien deberá dejar su habitación si un familiar se muda a la casa? ¿Qué sucede con las

relaciones entre la pareja y los suegros? ¿Quién ayudará a que la abuela pueda levantarse de la bañera? ¿La familia será capaz de tener visitas o salir de vacaciones? ¿Existe alguien disponible para brindar relevo en caso de que deseen salir por alguna ocasión especial?

- *Introducir y promover una revisión de las opciones de atención.* A menudo, los miembros de la familia consideran que la atención debe ser uno de dos extremos: ingreso a un centro de atención o atención por un único cuidador. A pesar de que estas son algunas de las opciones, existen otras posibilidades, incluyendo ayuda domiciliaria, compañeros permanentes en la vivienda, centros de día o atención familiar compartida en la que los adultos mayores viven durante cierto tiempo con familiares específicos o se establecen días específicos para la visita. Se debe ayudar a los cuidadores en la identificación de sus limitaciones y la necesidad de atención en un centro cuando así se requiera. Véase el [capítulo 10](#) para mayor información acerca de los diferentes servicios a lo largo del continuo de atención para los adultos mayores y los cuidadores.

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y MALTRATO

Gran cantidad de factores amenazan el funcionamiento saludable de la unidad familiar; la enfermería geriátrica y gerontológica debe contar con la habilidad de identificar estos problemas y brindar intervenciones apropiadas (*véase* el diagnóstico de enfermería [destacado 35-1](#)). La disfunción familiar se presenta de diversas maneras, desde dominación y manipulación de un hijo adulto hasta relaciones incestuosas. Es posible que existan antecedentes de disfunción familiar o que se trate de un problema reciente asociado con factores como divorcio, pérdida del ingreso económico, aumento de la dependencia del adulto mayor o enfermedad del cuidador. Las familias que experimentan disfunción:

- Son menos capaces de cumplir con las necesidades físicas, emocionales, socioeconómicas y espirituales de sus miembros.
- Tienen roles, responsabilidades y opiniones rígidos.
- Son incapaces o no están dispuestas a emplear la ayuda de otros.
- Se componen de miembros con enfermedades psiquiátricas o del comportamiento.
- Son ineficaces o no cuentan con experiencia en el control de crisis.
- Cuentan con comportamiento y comunicación ineficaz o inapropiada (incluyendo patrones aprendidos de violencia).

Una forma de disfunción que ha recibido atención en años recientes es el **maltrato geriátrico**. Una de cada diez personas mayores de 60 años de edad experimenta cierto grado de maltrato. Se considera que esta estadística en realidad es menor de las cifras verdaderas, pues las víctimas temen o son incapaces de informar el maltrato ([Centers for Disease Control and Prevention, 2015](#)). El perfil del adulto mayor con el mayor riesgo es una mujer con discapacidad mayor de 75 años de edad que vive con un familiar y que es dependiente de manera física, social y financiera de los demás. Es importante recordar que el maltrato se presenta en cualquier tipo de familia sin importar los factores sociales, financieros o étnicos; se presenta de diversas formas, incluyendo:

- Provocación de dolor o lesión
- Suspensión de la provisión de dinero, alimentos, medicamentos o atención
- Privación de la libertad, restricción de la movilidad por medios físicos o químicos

- Robo o administración dolosa de los recursos
- Abuso sexual
- Maltrato verbal o emocional
- Negligencia
- Abandono



CONCEPTO CLAVE

Tanto la realización de daño como la amenaza de hacerlo constituyen maltrato.

El adulto mayor puede no desear informar el maltrato o teme hacerlo. Los indicadores sutiles de abuso incluyen desnutrición, incapacidad del desarrollo, lesiones, sedación excesiva y depresión. El personal de enfermería puede valorar el abuso mediante herramientas como el *Elder Mistreatment Assessment Instrument* desarrollado por Fulmer (2012), el cual es recomendado en la actualidad por el Hartford Institute for Geriatric Nursing (véase la sección de *Recursos*). El personal de enfermería atiende con tacto las situaciones potenciales de maltrato. Una vez que se han detectado, el personal de enfermería debe valorar el grado de peligro inmediato y tomar las medidas necesarias. Las personas que sufren maltrato deben estar seguras de que su situación no empeorará al hacerla pública; es posible que prefieran el maltrato verbal o la ausencia de dinero a la alternativa de vivir en un centro de atención o asilo (véase el [cap. 8](#) para las consideraciones legales acerca del abuso geriátrico).

La familia requiere empatía, no juicio. A pesar de que algunas personas conscientemente agreden y maltratan con fines propios, la mayoría de las personas son individuos que están bajo estrés a causa de los cuidados y lo afrontan de manera ineficaz. El maltrato también puede estar asociado con un patrón familiar de violencia y disfunción emocional o cognitiva de la víctima o el victimario, los antecedentes de abuso de sustancias por cualquiera de los dos o las represalias de episodios anteriores de abuso. La obtención adecuada de los antecedentes familiares ofrece un vistazo a la dinámica familiar que puede contribuir al abuso.

El abuso puede detenerse y es posible salvar la salud familiar mediante métodos eficaces para controlar la situación, como el asesoramiento o la atención de relevo. El personal de enfermería debe considerar que la **carga de los cuidados** suele aumentar con el paso del tiempo; por lo tanto, las intervenciones continuas después de solucionar la situación presente son necesarias para prevenir el maltrato en el futuro.

BENEFICIOS DE LOS CUIDADOS FAMILIARES

Una familia interesada y que brinda cuidados es el recurso más valioso que un individuo puede poseer en la edad avanzada. Como consecuencia, el amor y la vasta experiencia con la que cuenta un adulto mayor puede fomentar una profundidad y significado único a la familia. Las experiencias de cuidados brindan la oportunidad para que los familiares aprendan más de ellos y otros individuos y obtengan

satisfacción al devolver algo a los mayores, quienes han sacrificado tanto por ellos. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe ver a los adultos mayores en el contexto familiar y la estructura de la atención para mejorar la capacidad funcional de todos los miembros de la familia.

Resumen del capítulo

A medida que un número cada vez mayor de personas logran llegar a la edad avanzada, las familias se enfrentan con retos sobre la atención de sus miembros en proceso de envejecimiento. La situación se ha complicado a lo largo de los años debido a la mayor cantidad de mujeres en la vida laboral, la movilidad de las familias y la complejidad de las estructuras familiares que resultan del divorcio y los nuevos matrimonios.

Existe una diversidad considerable entre las familias, y las personas más allá de los roles familiares tradicionales forman parte de las vidas de los adultos mayores. Al valorar a los miembros de las familias, el personal de enfermería debe preguntar acerca de los seres queridos que brindan apoyo físico, emocional, social, espiritual y financiero.

Con frecuencia, diversos miembros de la familia pueden asumir roles como resultado de su proceso de socialización y las necesidades y las expectativas familiares, entre ellos, el tomador de decisiones, cuidador, desviado, dependiente y víctima. El personal de enfermería debe ser sensible al hecho de que ciertos roles negativos pueden no influir en la familia de la manera esperada; de igual forma, los roles positivos pueden no ser aceptados en la familia. La dinámica familiar debe valorarse debido a que puede tener un efecto negativo o positivo en el adulto mayor. Conocer más acerca de las relaciones familiares puede ofrecer una mirada interior a las responsabilidades, las satisfacciones y las preocupaciones del adulto mayor.

Más de 10 millones de personas participan en la atención de un padre; cerca de la mitad de los cuidadores son adultos mayores. Los cuidadores de adultos mayores pueden tener responsabilidades con sus hijos y nietos, lo que produce mayor carga que afecta la salud. Debe valorarse de manera regular la salud y el bienestar de los cuidadores. El personal de enfermería debe comentar con los cuidadores la importancia del autocuidado y ayudar a obtener apoyo y asistencia en la medida que sea necesario.

La disfunción familiar se presenta de diversas maneras; es posible que sea un problema desde hace mucho tiempo. El maltrato geriátrico es una forma de disfunción que ha aumentado en años recientes y puede existir de diversas formas. Los indicadores sutiles de abuso incluyen la desnutrición, la incapacidad del desarrollo, las lesiones, la sedación excesiva y la depresión. El personal de enfermería debe estar alerta a los signos de maltrato y ayudar a la familia a encontrar métodos eficaces para controlar los problemas.

CASO A CONSIDERAR

Mary K. es una madre soltera de 45 años de edad y es el único ingreso económico para sus tres hijos adolescentes y ella. Hace algunos años, cuando el padre de la Sra. K. fue diagnosticado con demencia, ella hizo que se mudara a un departamento dentro de la misma unidad habitacional en donde ella reside. La



enfermedad de su padre ha empeorado desde entonces y ahora también padece incontinencia y es incapaz de comer o vestirse sin ayuda; él ha iniciado incendios en el departamento y lo han encontrado caminando sin rumbo en la cercanía durante la noche. La Sra. K. ha decidido mudar a su padre dentro de su propio departamento de tres habitaciones. Las dos hijas de la Sra. K. comparten un baño, su hijo tiene uno en su habitación y ella cuenta con baño propio; por lo tanto, ha mudado a su padre a la habitación de su hijo, a pesar de que éste se ha opuesto. En realidad, el hijo asegura que no soporta el aroma a orina y el ruido que hace su abuelo, por lo que ahora duerme en el sofá de la sala y en casa de sus amigos cada vez que es posible. La pensión del padre de la Sra. K no es suficiente para cubrir el coste de un departamento más grande, pues también debe cubrir los gastos de medicamentos y suministros para la incontinencia.

Debido al estrés y la actividad nocturna de su padre, la Sra. K. no es capaz de obtener un sueño adecuado, ha llegado tarde al trabajo y dormitado durante horas laborales. El empleador de la Sra. K. sabe de la situación, pero asegura que el trabajo de la Sra. K. puede estar en riesgo si ella no es capaz de cumplir con sus deberes y ser confiable. A pesar de que los hijos de la Sra. K. comprenden que su abuelo no tiene otro lugar en donde vivir ni nadie más que lo cuide, están molestos por cómo ha afectado esta situación en sus vidas. No se sienten cómodos de invitar a amigos a su casa, rechazan eventos sociales para ayudar con el cuidado de su abuelo y cuentan con menos dinero para gastar. En conjunto, los hijos de la Sra. K. la confrontan y sugieren que su abuelo sea trasladado a una residencia para adultos mayores. La Sra. K. se molesta y contesta: “¿Cómo pueden sugerir poner a su propia familia en un lugar como ese? Sobre mi cadáver, nunca voy a poner a su abuelo en una residencia para adultos mayores”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- Describa los problemas presentes y potenciales asociados con la atención del padre de la Sra. K.
- Comente los efectos de esta situación sobre cada uno de los miembros de la familia.
- Describa los abordajes que pueden utilizarse para presentar las opciones de atención a la Sra. K., incluyendo una residencia para adultos mayores.
- Desarrolle un plan de atención para ayudar a la familia.

A pesar de que puede ser demandante y complicado, funcionar como cuidador tiene satisfacciones. Al brindar instrucción, ayuda y guía, el personal de enfermería promueve una experiencia beneficiosa para el adulto mayor y el cuidador, una que promueve recuerdos de esta época y resalta las satisfacciones sobre las cargas.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Estrategias para mantener la vida propia empleadas por los cuidadores familiares de adultos mayores con demencia

Fuente: Bull, M. J. (2014). Journal of Holistic Nursing, 32(2), 127–135.

Las investigaciones han indicado que los cuidadores familiares de personas mayores con demencia pasan mayor cantidad de tiempo en las actividades de cuidado y presentan mayor depresión en comparación con aquellos que cuidan de un familiar sin deterioro cognitivo. Los estudios anteriores han identificado que factores como resiliencia, afrontamiento, apoyo social y sentimiento arraigado de espiritualidad ayudan a los cuidadores a protegerse frente a las consecuencias negativas sobre la salud. Estos estudios han dado atención mínima a la resiliencia, la cual es dinámica y fluctuante y ayuda en el proceso de afrontamiento ante situaciones estresantes. El único estudio que observó la resiliencia informó que los familiares de personas con demencia que obtuvieron mayores puntuaciones en el cuestionario de esta habilidad

presentaron menor cantidad de síntomas depresivos. También se determinó que la resiliencia se asocia con mayor bienestar psicológico.

Este estudio buscó identificar las estrategias que pueden emplear los cuidadores familiares para mantener las actividades de cuidado de personas con demencia sin importar las dificultades y describir sus problemas psicológicos y de resiliencia. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas telefónicas con 18 familiares que brindan cuidados dentro de un área urbana. La resiliencia se determinó mediante una escala validada de 25 preguntas. Los hallazgos muestran que se cuenta con cuatro estrategias con las que los familiares logran afrontar las situaciones: comparar con hechos pasados, encontrar maneras de promover su desarrollo mediante actividades para recuperar energía, contar con medidas espirituales para obtener significado de la vida y empleo de la fe y buscar información acerca de la demencia.

Este estudio refuerza la importancia de la valoración del bienestar de los cuidadores familiares. El personal de enfermería debe interrogar acerca de las estrategias para el crecimiento propio y los recursos de fortaleza. Además, el personal brinda información acerca de cómo equipar mejor a los cuidadores para que logren comprender y cumplir con las necesidades de sus familiares.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

El Sr. Warren, de 70 años de edad, acaba de ser dado de alta de un hospital y ahora cuenta con una colostomía. Durante la primera visita domiciliaria, la enfermera encuentra que el Sr. Warren vive solo en una casa sumamente sucia; son evidentes las heces de ratones y las cucarachas. El hogar se encuentra desordenado y requiere reparaciones inmediatas.

Preocupada por la situación, la enfermera pregunta al Sr. Warren si cuenta con algún familiar o amigo que pueda ayudar. “No”, responde. “No me relaciono con ninguno de mis vecinos y he estado divorciado durante más de 30 años. Tengo dos hijos, pero están muy ocupados con sus propias familias como para ayudarme”.

Cuando el Sr. Warren menciona los nombres de sus hijos, la enfermera los reconoce inmediatamente como líderes adinerados de la comunidad. Ella solicita autorización al Sr. Warren para contactarlos, él acepta y agrega, “no va a servir de nada. Son unos esnobs egoístas”.

Cuando la enfermera se comunica con los hijos del Sr. Warren, se sorprende por sus reacciones. El hijo asegura que no tiene interés de hablar con ella. La hija sí charla con la enfermera. “Mi padre no es un hombre bueno”, asegura. “Él abusó de mi madre y no hizo nada para ayudarnos. Hubo ocasiones en las que no teníamos comida y fuimos desalojados debido a que apostaba o bebía todo su dinero. Es difícil describir qué tan cruel fue con nosotros. Mi madre lo dejó poco después de que salimos de la casa. De haberse quedado con él, probablemente estaría muerta. Mi padre nunca quiso tener nada que ver con nosotros una vez que crecimos. Me apena saber de su situación, pero mi hermano y yo lo sacamos de nuestras vidas hace varios años”.

¿Qué haría si usted fuera esta enfermera?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Describa los cambios potenciales con los que se puede enfrentar la familia promedio si tuviera que brindar atención a un adulto mayor de manera inesperada.
2. Comente las satisfacciones y las limitaciones con las que se enfrentan los familiares durante la atención de los adultos mayores.
3. Identifique los recursos en su comunidad para ayudar a las familias con los cuidados.

Recursos en línea

Children of Aging Parents

www.caps4caregivers.org

Clearinghouse on Abuse and Neglect of the Elderly

<http://www.elderabusecenter.org>

ElderWeb

<http://www.elderweb.com>

Family Caregiver Alliance

www.caregiver.org

Family Caregiving 101

www.familycaregiving101.org

Hartford Institute for Geriatric Nursing

Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults.

Elder mistreatment assessment

http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_15.pdf

National Alliance for Caregiving

www.caregiving.org

National Association of Professional Geriatric Care Managers

<http://www.caremanager.org>

National Center on Elder Abuse

<http://www.ncea.aoa.gov>

National Council on Family Relations

<http://www.ncfr.com>

National Eldercare Locator

<http://www.eldercare.gov>

National Family Caregivers Association

<http://www.nfcacares.org>

Well Spouse Association

www.wellspouse.org

Referencias

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Elder abuse prevention. Acceso el 18 de julio de 2016 en: <http://www.cdc.gov/features/elderabuse/index.html>

- Fulmer, T. (2012). Elder mistreatment assessment. *ConsultGeri, Issue 15*. Hartford Institute for Geriatric Nursing. Acceso el 19 de julio de 2016 en: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-15>
- National Institute on Aging. (2015). So far away. *Twenty questions and answers about long distance caregiving*. Acceso el 18 de julio de 2016 en: <https://www.nia.nih.gov/health/publication/so-far-away-twenty-questions-and-answers-about-long-distance-caregiving/getting>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2016). *Administration on aging, National Family Caregiver Support Program*. Acceso el 18 julio de 2016 en: http://www.aoa.gov/AoA_programs/HCLTC/Caregiver/index.aspx

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas asociadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña a este libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a las lecturas recomendadas y otros recursos adicionales vinculados con este capítulo.

Atención al final de la vida

ESTRUCTURA DEL CAPÍTULO

Definiciones de muerte

Experiencia familiar con el proceso de muerte

Apoyar al individuo en proceso de muerte

Etapas del proceso de muerte e intervenciones de enfermería asociadas

Suicidio racional y suicidio asistido

Retos de la atención física

Necesidades de atención espiritual

Signos de muerte inminente

Voluntad anticipada

Apoyar a la familia y los amigos

Apoyar a través de las etapas del proceso de muerte

Ayudar a la familia y los amigos después de una muerte

Apoyar al personal de enfermería

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al terminar este capítulo, el lector podrá:

1. Comentar la dificultad que representa para las personas afrontar la muerte.
2. Describir las etapas que las personas suelen atravesar al afrontar la muerte y las intervenciones de enfermería relacionadas.
3. Nombrar las necesidades de atención física de las personas en proceso de muerte y las intervenciones de enfermería relacionadas.
4. Comentar las maneras en las que el personal de enfermería puede apoyar a la familia y los amigos de las personas en proceso de muerte.
5. Comentar las maneras en las que el personal de enfermería puede apoyar a otros miembros de esta área durante la muerte de sus pacientes.

GLOSARIO

Atención paliativa: programa que brinda cuidados paliativos y apoyo a la persona en proceso de muerte, sus amigos y familiares.

Cuidados paliativos: atención que alivia el sufrimiento y brinda comodidad cuando la cura no es posible.

Final de la vida: etapa en la que no se espera la recuperación de una enfermedad y se anticipa la muerte; el objetivo es el confort.

Orden de no reanimación: instrucción médica que alerta a los proveedores de no comenzar la reanimación cardiopulmonar en caso de paro cardíaco o pulmonar.

Suicidio asistido: suicidio cometido con la ayuda de otra persona.

Suicidio racional: decisión tomada por una persona competente acerca de terminar su vida.

La muerte es inevitable, inequívoca y universal. A pesar de que todos tenemos contacto con la muerte en un momento u otro, es un hecho complicado de afrontar. Sin importar que sea algo seguro, el final de la vida suele recibirse con ira y temor. Los humanos son renuentes a aceptar su mortalidad.

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica se enfrenta con la realidad de la muerte debido a que el 80% de las muertes se presentan en la edad avanzada. Además de afrontar esta realidad, el personal de enfermería debe aprender a lidiar con la totalidad del proceso de muerte, un complejo conjunto de experiencias que atraviesan las personas, su familia, sus amigos y los demás individuos afectados. Trabajar con aquellos que experimentan este complicado proceso requiere de una mezcla de sensibilidad, introspección y conocimiento acerca del complejo tema de la muerte para lograr los problemas de enfermería y actuar de manera eficaz.

DEFINICIONES DE MUERTE

Algunas de las definiciones que ofrecen los diccionarios acerca de esta experiencia compleja incluyen *el final de la vida*, *el cese de todas las funciones vitales* y *el proceso de la muerte y el morir*. No obstante, a menudo somos renuentes a aceptar estas definiciones simplificadas. Por ejemplo, el mundo literario contiene numerosas palabras elocuentes acerca del tema de la muerte:

No entres dócilmente en esa buena noche,
La vejez debería delirar y arder cuando se cierra el día;
Rabia, rabia ante a la muerte de la luz.

—Dylan Thomas

Todas las personas nacen con una posesión que es
más valiosa que todas las demás: su último aliento.

—Mark Twain

La muerte es fortuna para el niño,
amarga para el joven,
tardía para el viejo.

—Publilius Syrus

Un hombre sólo muere una vez;
le debemos una muerte a Dios.

—Shakespeare, Enrique IV

La información científica actual no aporta demasiado acerca de las definiciones específicas de la muerte. La United Nations Vital Statistics Division define la *muerte* como el final de las funciones vitales sin la capacidad de reanimación. No obstante, los términos como *muerte cerebral* (muerte de las células encefálicas determinada por una línea isoelectrica en el electroencefalograma [EEG]), *muerte somática* (ausencia de funciones cardiopulmonares) y *muerte molecular* (cese de la función celular) complican el tema. La controversia se presenta al decidir el nivel de muerte en el que se considera que una persona está *muerta*. En algunas situaciones, aún con una línea isoelectrica en el EEG, las personas tienen funciones cardiorrespiratorias. ¿Puede considerarse muerte? En algunas otras circunstancias, las personas con línea isoelectrica en el EEG sin función cardiopulmonar aún tienen células con vida que permiten que se trasplanten sus órganos. ¿En realidad están muertos si tienen vida en sus células? Las respuestas no son simples. La mayor parte del análisis y la investigación se enfocan en la necesidad de un criterio único para la determinación de la muerte.

EXPERIENCIA FAMILIAR CON EL PROCESO DE MUERTE

En la cultura occidental actual, una gran cantidad de personas tienen experiencia limitada con la muerte y el proceso de morir, pero no siempre fue así. Este cambio se debe en parte a la disminución de la tasa de mortalidad con el paso de los años (fig. 36-1). En el pasado, la mayor tasa de mortalidad hacía las experiencias de muerte algo más frecuente. Además, se contaba con menor cantidad de hospitales y demás centros en los que las personas pueden morir. Hoy en día, la atención de la salud y médica está disponible y es accesible; los medicamentos e intervenciones terapéuticas nuevos y las tecnologías que salvan vidas han permitido el descenso en la cantidad de muertes.

Tal vez con mayor importancia ante el hecho de la disminución de la exposición a la muerte se encuentran los cambios en el sitio y las circunstancias de la muerte. Ya que antes se percibían como procesos naturales, los nacimientos y las muertes eran atendidas por caras conocidas en entornos familiares. Es posible que la familia percibiera cierto confort y cercanía al estar presente o ayudar a la persona cuya vida iniciaba o se aproximaba al final.

En la actualidad, las familias nucleares cuentan con mayor movilidad y frecuentemente se componen de miembros con edades más jóvenes; los padres mayores y abuelos viven en diferentes hogares en diferentes partes del país. Además, algunas muertes se presentan en un entorno hospitalario o dentro de centros de atención. Es infrecuente que las familias y los amigos permanezcan con la persona durante el proceso de morir o lo presencién.

La separación de las personas de sus seres queridos y entornos conocidos durante la muerte parece ser algo estresante, incómodo e injusto. Qué inhumano retirar a las personas en proceso de morir de su entorno íntimo que cuenta con sus sistemas de

apoyo justo en el momento en el que más los requieren. A medida que disminuyen las experiencias directas con la muerte y el morir, éstos se convierten en eventos impersonales e infrecuentes. Es complicado asimilar su realidad.

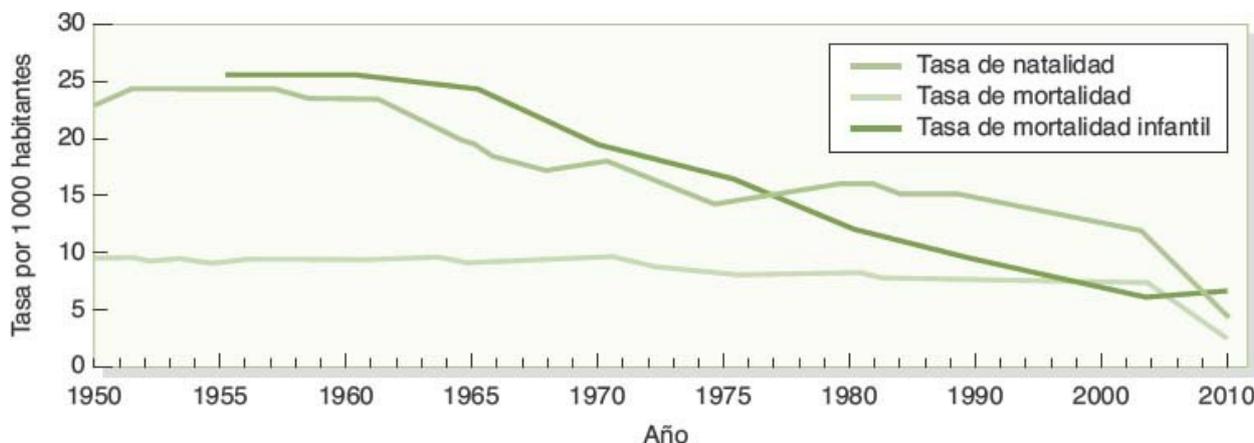


FIGURA 36-1 ● Cambios en las tasas de natalidad y mortalidad entre 1950 y 2013 (Chong Y, Tejada Vera B, Lu L, Anderson RN, Arias E, Sutton PD. (2015). *Deaths in the United States, 1900–2013*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. De: <http://blogs.cdc.gov/nchs-data-visualization/deaths-in-the-us/>).



CONCEPTO CLAVE

Gracias a la menor cantidad de personas que mueren en edades tempranas y que la mayoría de muertes ocurren dentro de hospitales o residencias para adultos mayores, las personas tienen contacto escaso con individuos en el proceso de muerte.

Tal vez este hecho explica por qué gran cantidad de personas tienen dificultad para aceptar su propia mortalidad. Evitar comentarios acerca de la muerte y no establecer un testamento u otros planes relacionados con la muerte son algunos de los indicadores de la falta de internalización de la mortalidad individual.



PUNTO PARA REFLEXIONAR

¿Tiene un testamento que estipule sus deseos acerca del cuidado de sus hijos, la repartición de bienes y sus preparativos funerarios? De no ser así, ¿por qué?

El personal de enfermería que comprende su propia mortalidad es más apto para ayudar a los demás durante el proceso de muerte. Al negar su propia mortalidad o irar acerca de ésta, el personal de enfermería se inclina a evitar la interacción con personas en el proceso de morir, desalentar los esfuerzos para lidiar de manera realista con la muerte o crear falsas esperanzas en los pacientes y las familias. El complicado proceso de afrontar y percatarse de la propia mortalidad no debe percibirse como deprimente; éste puede brindar una mayor apreciación de la vida y un mayor deseo de aprovechar al máximo cada día.



CONCEPTO CLAVE

Comprender la propia mortalidad resulta terapéutico para el personal de enfermería y útil durante la atención de los pacientes en proceso de morir.

APOYAR AL INDIVIDUO EN PROCESO DE MUERTE

Durante largo tiempo, el personal de enfermería estuvo mayormente preparado para lidiar con la atención de un cuerpo en proceso de muerte y no con la dinámica implicada en todo el proceso. No sólo era poco frecuente comentar acerca de la muerte de una persona, sino que también lo era que una persona en proceso de muerte se trasladara a un lugar aislado durante las últimas horas de vida. Si la familia se encontraba presente, a menudo permanecía a solas sin el apoyo de un profesional. En lugar de planificar el apoyo adicional para la persona en proceso de muerte y la familia, el personal de enfermería se centraba en saber si el paciente viviría hasta su siguiente turno laboral y requeriría atención post mortem. En aquellos casos en los que la muerte sí se presentaba, el cuerpo era retirado en secreto para evitar que los demás pacientes se percataran del suceso. El personal de enfermería no debía mostrar emoción alguna como consecuencia de la muerte de un paciente. Se promovía una objetividad desapegada durante la muerte.

En la actualidad, la enfermería brinda un abordaje más humanista acerca del final de la vida. Hoy en día se promueve un abordaje integral durante el cumplimiento de todas las necesidades de los pacientes, lo cual ha estimulado el interés por la atención psicosocial y espiritual durante la muerte. Además, hay mayor reconocimiento del papel que desempeñan la familia y los seres queridos durante el proceso de muerte y estos individuos deben ser considerados por el personal de enfermería. El conocimiento ha aumentado en el campo de la tanatología (el estudio de la muerte y el morir), y mayor cantidad de personal está familiarizado con este campo de conocimiento. La **atención paliativa**, aquella que brinda apoyo a los pacientes y las familias durante el proceso de morir, ya es una especialidad ([cuadro 36-1](#)). La profesión de la enfermería se ha percatado de que el profesionalismo no excluye las emociones humanas en la relación entre proveedores y pacientes. Estos factores han contribuido a que el personal de enfermería sea más participativo con la persona en proceso de muerte.

Debido a que este proceso es único en cada persona, se requiere de atención de enfermería individualizada. Las experiencias previas con la muerte, las creencias religiosas y espirituales, la filosofía de la vida, la edad, el estado de salud, entre otros, son factores complejos que afectan el proceso de muerte. La [tabla 36-1](#) menciona una variedad de diagnósticos de enfermería relacionados con la muerte y el morir con sus factores contribuyentes. El personal de enfermería debe valorar de manera atenta las experiencias, las actitudes, las creencias y los valores que cada uno de los pacientes emplea en su proceso de muerte. Sólo a través de esta valoración puede brindarse el apoyo individualizado y con mayor calidad terapéutica.

CUADRO 36-1 Atención paliativa

La *atención paliativa* es un método para cuidar a las personas con enfermedades terminales y las familias. Aunque la mayor parte de la atención se brinda en el hogar, estos servicios se requieren también en centros de atención. El primer programa de atención paliativa fue el St. Christopher's Hospice, en Londres. En los Estados Unidos, el primer programa de atención paliativa se implementó durante 1974 en Hospice, Inc., en New Haven, Connecticut. La National Hospice Organization ha desarrollado estándares para la atención paliativa a fin de guiar los diversos programas; no obstante, se alienta la individualidad y

la autonomía de cada uno de ellos.

La atención paliativa ayuda a mejorar la calidad y el significado de la vida que resta. La atención implica esfuerzos interdisciplinarios para cumplir con las necesidades físicas, emocionales y espirituales, incluyendo:

- Alivio del dolor
- Control de síntomas
- Atención domiciliaria y en centros, la cual se coordina entre un equipo interdisciplinario
- Servicios de trabajo social y asesoramiento
- Equipo y material médico
- Ayuda y apoyo de voluntarios
- Asesoramiento y seguimiento del duelo

Para mayor información, contacte la National Hospice & Palliative Care Organization (NHPCO), 1731 King Street, Alexandria, VA 22314, 703-837-1500, Línea de ayuda: 800-658-8898, <http://www.nhpc.org>

Alerta sobre el dominio de conceptos

La depresión, la ansiedad, el temor y el aislamiento son características del paciente mayor con alteración en el proceso de pensamiento. El déficit de conocimiento no se asocia de manera frecuente con la alteración del proceso de pensamiento o el temor.



CONCEPTO CLAVE

Las reacciones del paciente frente a la muerte son influidas por las experiencias previas con la muerte, la edad, el estado de salud, la filosofía de vida y las creencias religiosas, espirituales y culturales.

Etapas del proceso de muerte e intervenciones de enfermería asociadas

A pesar de que el proceso de enfermería es un viaje único en cada paciente, las  reacciones frecuentes que se han identificado sirven como referencia para comprender el proceso. Después de varios años de experiencias con los pacientes en proceso de muerte, Elisabeth Kübler-Ross desarrolló un sistema conceptual que describe los mecanismos de afrontamiento en cinco etapas que ya son clásicas (Kübler-Ross, 1969; Kübler-Ross y Byock, 2014). El personal debe conocer estas etapas y comprender las intervenciones de mayor beneficio durante cada una de ellas. No todas las personas progresan a través de estas etapas en orden. De igual manera, no todas las personas en proceso de muerte experimentan cada una de ellas. No obstante, conocer los conceptos propuestos por Kübler-Ross permiten que el personal de enfermería brinde apoyo a las personas en proceso de morir a medida que muestran sus reacciones complejas frente a la muerte. A continuación se presenta una breve descripción de estas etapas junto con consideraciones pertinentes que debe hacer el personal.

Negación

Al percatarse de la muerte inminente, la mayoría de las personas reaccionan inicialmente con la negación de la realidad. “No es posible”, “debe haber un error”, son algunas de las frases que reflejan esta etapa. En ocasiones los pacientes van de médico en médico en busca de un diagnóstico diferente o invierten en sanadores y modas que prometen un resultado positivo. La negación tiene diversos propósitos

útiles para la persona en proceso de morir. La negación es un amortiguador del golpe que representa obtener la complicada noticia de que se padece una enfermedad terminal y brinda la oportunidad a las personas de comprobar que la información sea correcta. En segundo lugar, permite que las personas tengan el tiempo para comprender la información y poner en marcha sus defensas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

TABLA 36-1 Diagnósticos de enfermería relacionados con la muerte y el morir

Causas o factores contribuyentes	Diagnóstico de enfermería
Depresión, fatiga, dolor, tratamientos, inmovilidad	Intolerancia a la actividad
Separación de un ser querido, pérdida de función corporal o una parte, reconocimiento de la muerte inminente, preocupación acerca del tratamiento antes de la muerte y durante ella	Ansiedad
Opiáceos, inmovilidad, dieta y estrés	Estreñimiento
Estrés, antibióticos, alimentación enteral, cáncer, bolo fecal	Diarrea
Insuficiencia cardíaca congestiva, choque cardiogénico, anemia, desequilibrios hidroelectrolíticos, medicamentos, estrés	Disminución del gasto cardíaco
Cáncer, pruebas diagnósticas, posicionamiento deficiente, hiperactividad	Dolor (agudo o crónico)
Dolor, medicamentos, fatiga	Alteración de la comunicación verbal
Cambios en la integridad corporal, separación de los seres queridos, afrontamiento ineficaz de la familia, impotencia y desesperanza	Afrontamiento ineficaz
Muerte inminente de un ser querido, falta de conocimiento y apoyo	Afrontamiento familiar ineficaz
Hospitalización, demandas del tratamiento, depresión	Intolerancia a la actividad
Pérdida de un miembro de la familia, cambios en los roles, coste de la atención	Deterioro de los procesos familiares
Tratamientos, dolor, muerte	Temor
Choque, fiebre, infección, anorexia, incapacidad para beber de forma independiente, depresión	Déficit del volumen hídrico
Cáncer, insuficiencia renal, tratamientos, inmovilidad, disminución de la resistencia, medicamentos (p. ej., antibióticos, esteroides), desnutrición	Potencial de infección
Capacidad alterada para la autoprotección, dolor, medicamentos, fatiga	Potencial de heridas
Pruebas de diagnóstico, tratamiento, medicamentos, control del dolor	Déficit de conocimiento
Debilidad, dolor, descanso en cama	Movilidad física deficiente
Negación, falta de conocimiento, capacidad funcional alterada	Falta de cumplimiento
Cáncer, infección, medicamentos, desnutrición, deshidratación, respiración bucal, mala higiene	Alteración de la mucosa bucal
Dependencia, discapacidad, limitaciones dentro del centro de atención, incapacidad para aliviar la enfermedad	Impotencia emocional
Secreciones espesas, dolor, ansiedad, medicamentos, inmovilidad, disminución de la elasticidad y la actividad pulmonares, respiración bucal	Patrón respiratorio ineficaz
Dolor, debilidad, discapacidad	Déficit en el autocuidado

	(baño, vestido, alimentación, excreción)
Pérdida de función o partes corporales, ingreso a centros de atención, dolor	Alteración de la imagen corporal
Separación de la pareja, dolor, fatiga, depresión, medicamentos, tratamientos, hospitalización	Disfunción sexual
Inmovilidad, infecciones, edema, deshidratación, emaciación	Deficiencia de la integridad cutánea
Inmovilidad, dolor, ansiedad, depresión, medicamentos, entorno nuevo	Alteración del patrón de sueño
Pérdida de función o partes corporales, depresión, ansiedad	Interacción social deteriorada
Hospitalización, discapacidad, deformidad, reacciones negativas de los demás	Aislamiento social
Pérdida de función o partes corporales, barreras impuestas por el tratamiento o la hospitalización, sentimientos frente al proceso de muerte	Angustia espiritual
Depresión, ansiedad, temor, aislamiento	Proceso de pensamiento alterado

Adaptada de los Diagnósticos de NANDA Internacional, Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Versión española Copyright ©2014 Elsevier España, S.L.U.

Aunque su máxima intensidad es inmediata, las personas pueden emplear la negación a lo largo de toda la enfermedad. Los pacientes pueden pasar de desear comentar su muerte a negar la realidad. A pesar de que esta contradicción resulta confusa, el personal de enfermería debe ser sensible a la necesidad de los pacientes de contar con defensas al mismo tiempo que se está preparado para comentar asuntos sobre la muerte cuando lo requiere. El personal de enfermería debe intentar aceptar las defensas del paciente en lugar de prestar atención al mensaje contradictorio. La filosofía individual de cada persona, sus mecanismos de defensa y el conocimiento acerca de su enfermedad determinan el momento en el que la negación se reemplaza con mecanismos de defensa menos radicales. Tal vez la acción de enfermería más importante en esta etapa es aceptar las reacciones de la persona y brindar una oportunidad abierta para el diálogo honesto.

Ira

La etapa de negación y el “no, no a mí” se reemplazan por el “¿por qué a mí?”. Esta segunda etapa, la ira, a menudo es sumamente difícil para las personas alrededor del individuo en proceso de muerte debido a que son víctimas frecuentes de la ira desplazada. Durante esta etapa, la persona en proceso de muerte expresa el sentimiento de que nada está bien. Por ejemplo, el personal de enfermería no responde a los llamados con suficiente rapidez, la comida sabe mal, los médicos no saben lo que hacen y las visitas permanecen demasiado tiempo o no lo suficiente. A través de los ojos del individuo, esta ira es comprensible. ¿Por qué alguien no estaría tan enfadado por no tener lo que desea en el momento en el que lo desea cuando tiene tan poco tiempo de vida? ¿Por qué no sentiría envidia hacia aquellos que lograrán disfrutar un futuro que ellos nunca lograrán ver? Los sueños sin cumplir y los asuntos sin resolver son origen de ira. Tal vez las demandas y las quejas se utilicen para

recordar a los demás que aún les queda algo de vida.

Durante este período, la familia siente culpa, vergüenza, pena o enojo como respuesta ante la ira de la persona en proceso de morir. En algunas ocasiones, la familia no comprende la razón por la que se malinterpretan o no se aprecian sus esfuerzos. No es infrecuente que se cuestionen si es están realizando las cosas de manera adecuada. El personal de enfermería debe ayudar a la familia a comprender el comportamiento de la persona enferma, lo cual alivia su preocupación y conduce a un entorno más beneficioso para la persona en proceso de morir. Si la familia logra comprender que la persona está reaccionando a la muerte y no hacia los familiares, es posible que surja una relación de mayor beneficio.

El personal de enfermería también debe estar alerta de no responder de manera personal al individuo en proceso de morir. Las mejores intenciones en la práctica reciben críticas de no ser suficientemente buenas; las expresiones enérgicas se reciben con desprecio; las luces de alerta se encienden en cuanto el personal sale de la habitación. Es importante que el personal valore este comportamiento y comprenda que es reflejo de la ira en la segunda etapa del proceso de muerte. En lugar de responder con ira, el personal debe mostrar una actitud de aceptación y comunicar al paciente que es correcto expresar estos sentimientos. Anticipar las necesidades, recordar las acciones favoritas y mantener una actitud positiva resultan útiles para contrarrestar las pérdidas que cada vez son más notorias para la persona en proceso de muerte. Es posible que sea de utilidad que el personal de enfermería comente estos sentimientos con un compañero objetivo para recibir retroalimentación y promover que la relación entre el profesional y el paciente sea terapéutica.

Negociación

Después de reconocer que ni la ira ni la negación cambian el hecho de morir, las personas en proceso de muerte suelen intentar negociar el retraso de lo inevitable. Es probable que los pacientes prometan ser mejores cristianos si Dios da suficiente vida como para llegar a Navidad; es posible que prometan cuidar mejor de sí en caso de que el médico implemente tratamiento intensivo para prolongar la vida y suelen prometer lo que sea a cambio de más vida. La mayoría de las negociaciones se realizan con un dios y se mantienen en secreto. En algunas ocasiones, estos arreglos se comparten con líderes religiosos. El personal de enfermería debe estar consciente de que la persona en proceso de morir puede sentirse decepcionada de no haber logrado negociar de manera exitosa o culpa por sí haber obtenido tiempo adicional y ahora solicitar más, aun cuando prometieron que sería su último deseo. Es importante que estos sentimientos que suelen estar ocultos se comenten con la persona en proceso de morir.

Depresión

Cuando un paciente es hospitalizado con cada vez mayor frecuencia y experimenta mayor deterioro funcional y más síntomas, la realidad de la muerte se hace evidente. El paciente ya ha experimentado gran cantidad de pérdidas y depresión. No sólo es probable que los ahorros de la vida, los pasatiempos y el estilo de vida normal ya no existan, sino que también pueden perderse funciones y partes corporales. Es de

comprenderse que todo ello conduce a la depresión. A diferencia de otras formas de depresión, la que experimenta una persona en proceso de morir no se beneficia de la motivación y tranquilización. Decir a la persona en proceso de morir que se alegre y mire el lado amable de las cosas implica que deben darle la espalda a su muerte inminente. No es realista esperar que una persona no esté sumamente triste ante la mayor de las pérdidas, la vida.

La depresión de una persona en proceso de morir suele ser silenciosa. Es importante que el personal de enfermería comprenda que las palabras de aliento son menos significativas para las personas que afrontan la muerte, en comparación con tomarlas de la mano y sentarse en silencio con ellas (fig. 36-2). Una intervención de valor en esta etapa es pasar tiempo con una persona que contempla el futuro de manera silenciosa o abierta. Suele presentarse interés en la oración y deseo de ser visitado por los líderes religiosos. El personal de enfermería debe ser especialmente sensible a las necesidades religiosas de la persona en proceso de morir y facilitar la relación entre líderes religiosos y pacientes lo más posible.

Los profesionales de enfermería deben ayudar a la familia a comprender este tipo de depresión y explicar que los esfuerzos por alegrar al paciente pueden entorpecer la preparación emocional. Es probable que la familia requiera tranquilización ante la impotencia durante este período. El personal de enfermería debe remarcar que este tipo de depresión es necesaria para que el individuo afronte la muerte con una perspectiva de paz y aceptación.



FIGURA 36-2 ● El tacto, la tranquilización y permanecer cerca de una persona en proceso de muerte son algunas de las prácticas de enfermería significativas.

Aceptación

Para gran cantidad de personas en proceso de morir, llega un momento en el que se presenta el alivio y las dificultades se terminan. Es como si se obtuviera una nueva fuerza para emprender un gran viaje. La aceptación no debe confundirse con alegría; significa que el individuo ha aceptado la muerte, por lo que ha obtenido un sentido de paz. Durante esta etapa, algunos pacientes se benefician en mayor medida de la comunicación no verbal. Es importante que el silencio y la soledad no resulten en aislamiento del contacto humano. El tacto, el confort y estar presente son algunas intervenciones de utilidad. En ocasiones, resulta de ayuda simplificar el entorno a

medida que los intereses del individuo disminuyen. No es infrecuente que la familia requiera de mayor ayuda para comprender y apoyar a su ser querido durante esta etapa.

Es importante que la esperanza suele estar presente en todas las etapas del proceso. La esperanza puede utilizarse como un método temporal pero necesario de negación, una estrategia de racionalización para superar tratamientos desagradables y una fuente de motivación. La esperanza puede brindar un sentimiento de tener una misión especial para ayudar a una persona durante sus últimos días. La confrontación realista de la muerte no significa que no pueda existir esperanza.



CONCEPTO CLAVE

Las cinco etapas del proceso de muerte incluyen negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Suicidio racional y suicidio asistido

Cada vez se acepta en mayor medida el **suicidio racional**, una situación en la que un adulto competente toma una decisión racional de morir mediante suicidio mientras aún no padece alteraciones cognitivas o dolor grave (Brauser, 2015). De igual manera, está el **suicidio asistido**, en el cual una persona que ha decidido terminar su vida lo hace con la ayuda de otra persona. En realidad, el suicidio asistido ya es legal en algunos estados de los Estados Unidos (p. ej., Nuevo México, Oregón, Vermont y Washington); en algunas ocasiones se realiza con la ayuda de un profesional médico, quien ayuda con la recomendación de dosis letales de fármacos o que brinda estos fármacos. Algunas personas plantean que prevenir que una persona racional que no percibe ningún significado de la vida o que se encuentra cerca del final de la vida realice suicidio es una forma de paternalismo legal indirecto (Schramme, 2013). A pesar de que una persona proponga el suicidio como una elección razonada, los planes para llevarlo a cabo no deben aceptarse sin valorar los factores que condujeron a esta decisión.



COMUNICACIÓN

Cuando una persona competente sin alteraciones psiquiátricas ha expresado sus planes para el suicidio, incluso en el final de la vida, deben hacerse algunas preguntas como:

- ¿Por qué ha tomado esta decisión?
- ¿Cuáles son las preocupaciones que tiene? ¿Tiene preocupaciones como la presencia de dolor que no podrá controlarse, el hecho de ser una carga para la familia o que el proceso de muerte no será atendido de acuerdo con sus preferencias?
- ¿Tiene planes para realizar esta acción? ¿Cuáles son?
- ¿Existe alguna persona que haya aceptado ayudarlo en este proceso?

Las preguntas y la conversación deben realizarse sin juicio acerca de la decisión del paciente.

Las respuestas deben registrarse y comentarse con el equipo interdisciplinario. El hecho de que una persona tenga una justificación razonable para el suicidio no significa que el asesoramiento, el apoyo y la atención no sirvan para mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida de manera suficiente como para cambiar la decisión de la persona.

Si existe la menor duda de que el individuo no piensa de manera racional o existen signos de depresión, alerte de manera inmediata al proveedor de atención y comente la necesidad de implementar medidas contra el suicidio. El suicidio no es la mejor opción sólo porque una persona se encuentre al final de la vida.

Retos de la atención física

Dolor

La preocupación acerca del grado de dolor que se experimentará y el tratamiento es una fuente de estrés considerable para las personas en proceso de muerte; el personal de enfermería puede disminuir esta preocupación ofreciendo información realista acerca de esta situación. Los pacientes con cáncer son más propensos a experimentar dolor grave en comparación con aquellos que mueren por otras causas; incluso entre pacientes terminales con cáncer, el dolor es susceptible de control eficaz.

El personal de enfermería geriátrica y gerontológica debe saber que los pacientes perciben y expresan el dolor de formas diferentes según su diagnóstico médico, estado emocional, función cognitiva, cultura, entre otros factores. El dolor, las molestias, las náuseas, la irritabilidad, la inquietud y la ansiedad son indicadores frecuentes de dolor; no obstante, la ausencia de estas expresiones no garantiza la ausencia de dolor. Algunos pacientes pueden no expresar su dolor; en estos individuos, los signos como la alteración en el sueño, la disminución de la actividad, la diaforesis, la palidez, la ausencia de apetito, los gestos y el retiro de partes corporales son indicadores de dolor. En ciertas circunstancias, la confusión se asocia con el dolor.

Los **cuidados paliativos** son la atención que alivia y previene el dolor con enfermedades incurables. A pesar de que estos cuidados pueden brindarse a las personas que no están en proceso de muerte, son un elemento vital en la atención de las personas que sí lo están. El personal de enfermería debe valorar de manera regular el dolor, pues puede incrementar o disminuir a lo largo del tiempo. Debe motivarse a los pacientes a informar su dolor de manera oportuna y comentar de forma abierta sus preocupaciones acerca del síntoma. Es útil cuando los pacientes califican el dolor en una escala de 0 a 10 (donde 0 es sin dolor y 10 es el dolor más intenso posible); el personal de enfermería documenta estas valoraciones junto con los demás factores en una hoja de registro.

En el caso de los pacientes en proceso de morir, el objetivo es *prevenir* el dolor en lugar de responder ante éste cuando ya está presente. La prevención del dolor no sólo ayuda a que los pacientes eviten las molestias, sino que disminuye la cantidad de analgésicos que consumen. Después de haber valorado el patrón del dolor, se determina un horario para la administración de analgésicos. El tipo de analgésico por emplear depende de la intensidad del dolor, pues se recurre a medicamentos que van desde ácido acetilsalicílico y paracetamol para el dolor leve y codeína y oxicodona para el dolor moderado, hasta morfina e hidromorfona para el dolor grave. La meperidina y la pentazocina están contraindicadas para el tratamiento del dolor en adultos mayores por su alta incidencia de efectos adversos, en especial psicosis, con dosis bajas. El personal de enfermería debe registrar e indicar a los pacientes que informen la ineficacia de los analgésicos o la dosis, la sobredosis y los efectos adversos ([cuadro 36-2](#)).

CUADRO 36-2 Control del dolor en el paciente en proceso de morir

El Sr. Lugio es un residente de un centro de atención y presenta una enfermedad terminal. Padece dolor debido a metástasis vertebrales por cáncer de pulmón. El dolor se ha controlado con antiinflamatorios no esteroideos que se administran cuando presenta el síntoma; no obstante, el personal considera que el fármaco es ineficaz, pues el Sr. Lugio gesticula a causa del dolor durante todo el día. Una revisión del registro de administración del medicamento revela que el paciente lo solicita en intervalos de 6-8 h; sin embargo, puede administrarse cada 4 h. El personal de enfermería observa que el Sr. Lugio manifiesta mayor cantidad de dolor durante la mitad de la semana en comparación con los fines de semana, cuando es visitado por su familia.

Los miembros del equipo deben considerar lo siguiente para mejorar el control del dolor del Sr. Lugio:

- Valorar el patrón y la gravedad del dolor. Brindar una gráfica al Sr. Lugio para registrar el dolor. Indicar al paciente que gradúe el dolor en una escala del 0 al 10, en donde 0 es sin dolor y 10 indica dolor intenso. Analizar el patrón.
- Recomendar que el Sr. Lugio tome regularmente su medicamento en lugar de hacerlo de forma esporádica. Determinar si un horario regular puede aliviar el dolor en lugar de cambiar o incrementar la dosis. Con frecuencia, los esquemas de administración regular mantienen el nivel de analgesia que evita el dolor y proporciona mayor comodidad. Si los esquemas de administración regular no resultan eficaces, entonces se puede considerar el cambio de medicamento o el aumento de dosis.
- Valorar la comprensión del Sr. Lugio acerca del empleo de medicamentos. El paciente debe comprender que la adicción o el abuso de analgésicos no es la principal preocupación y debe estar motivado a informar al personal cuando requiera alivio del dolor.
- Considerar el efecto de los factores psicológicos sobre el dolor físico. El agravamiento del dolor cuando su familia no está presente puede estar relacionado con la ansiedad, el aburrimiento u otros factores psicosociales. El estrés psicosocial aumenta o intensifica el malestar físico. El Sr. Lugio se puede beneficiar de una persona que lo escuche, el asesoramiento, las actividades recreativas y las visitas frecuentes.
- Emplear medidas no farmacológicas para el control del dolor. Los masajes, el toque terapéutico, la imaginación guiada, los ejercicios de relajación y el asesoramiento son eficaces en el control del dolor. Los proveedores capacitados ofrecen acupresión, acupuntura e hipnosis. Estas medidas deben comentarse con el médico.



CONCEPTO CLAVE

Para la persona en proceso de muerte, el objetivo del control del dolor es la prevención, en lugar del tratamiento una vez que se presenta.

Deben incluirse alternativas a los medicamentos en el plan de control del dolor de los pacientes en proceso de muerte. Este tipo de medidas incluyen la imaginación guiada, la hipnosis, los ejercicios de relajación, el toque terapéutico, la acupresión, la acupuntura, la distracción y la aplicación de calor y frío. Incluso si estas alternativas no sustituyen los medicamentos, suelen disminuir la cantidad de medicamentos o incrementar sus efectos.

Dificultad respiratoria

La dificultad respiratoria es un problema frecuente en las personas en proceso de morir. Además de la incomodidad física que resulta de la disnea, los pacientes perciben una increíble cantidad de estrés asociado con el temor, la ansiedad y la impotencia que resulta de la posibilidad de sofocarse. Las causas de dificultad respiratoria pueden ir desde el derrame pleural hasta el deterioro de los gases en sangre. Las intervenciones como elevar la cabecera, realizar actividades de manera lenta, instruir al paciente en ejercicios de relajación y administrar oxígeno resultan de beneficio. La atropina y la furosemida se administran con el propósito de disminuir

las secreciones bronquiales; los opiáceos se implementan por su capacidad de controlar los síntomas respiratorios mediante la inhibición de la respuesta medular.

Estreñimiento

La reducción de la ingesta de alimentos y líquidos, la inactividad y los efectos de los medicamentos provocan estreñimiento problemático en los pacientes en proceso de muerte, situación que puede incomodar aún más a estas personas. Estar al tanto de que esta es una situación frecuente exige que el personal de enfermería tome medidas para promover la eliminación intestinal regular en los pacientes con enfermedades terminales. Es positivo contar con actividad cada vez mayor y aumentar la ingesta de líquidos y fibra. Los laxantes suelen administrarse en períodos definidos y el patrón de la defecación se registra y se valora. Debe recordarse que la filtración de líquido alrededor de un bolo fecal puede confundirse con diarrea.

Ingesta nutricional deficiente

Gran cantidad de pacientes en proceso de muerte experimentan anorexia, náuseas y vómitos que impiden la ingesta de los nutrientes básicos. Además, la fatiga y la debilidad hacen que comer sea una tarea complicada. Servir pequeñas porciones con aspecto y aroma atractivos estimula el apetito, de igual forma que lo hacen los alimentos favoritos del paciente. Las bebidas alcohólicas antes de los alimentos promueven el apetito en algunos individuos. Las náuseas y los vómitos se controlan con el empleo de antieméticos y antihistamínicos; el jengibre ha demostrado ser eficaz en diversas personas como antiemético natural. También son útiles las medidas de enfermería básicas, como la ayuda con la higiene bucal, la preparación de un espacio limpio para la comida, la compañía agradable durante los alimentos y la ayuda con la alimentación cuando se requiera.



CONCEPTO CLAVE

El jengibre ha sido eficaz en el control de las náuseas en algunas personas sin los efectos adversos de los medicamentos antieméticos.

Necesidades de atención espiritual

Los estadounidenses tienen gran diversidad de creencias religiosas. Cada una de las religiones cuenta con sus prácticas relacionadas con la muerte; el personal de enfermería debe respetarlas y promover el cumplimiento de las necesidades espirituales de los pacientes. La [tabla 36-2](#) menciona algunas de las diferencias básicas entre prácticas y creencias religiosas acerca de la muerte. El personal de enfermería debe estar al tanto de estas diferencias y verificar que no se falte al respeto a las creencias religiosas de los pacientes y los familiares.

Debido a que es probable que la importancia de la religión durante el proceso de morir sea un reflejo del papel de la religión a lo largo de la vida, es importante que se valore no sólo la afiliación religiosa, sino las prácticas que se llevan a cabo. Además, el personal de enfermería debe reconocer que la religión y la espiritualidad no son sinónimos (*véase* el [cap. 15](#)). La religión es sólo uno de los aspectos de la

espiritualidad; los pacientes pueden ser altamente espirituales sin ser religiosos. Para determinar la importancia de la espiritualidad y las necesidades espirituales de los pacientes, el personal de enfermería debe realizar algunas preguntas como las que se muestran a continuación:

- ¿Qué proporciona la fuerza para afrontar los retos de la vida?
- ¿Considera que tiene una conexión con un ser o espíritu superior?
- ¿Qué da significado a su vida?

Es importante invitar a los líderes religiosos o un grupo de miembros de la fe del paciente a que convivan con el paciente y la familia, de acuerdo con sus preferencias. Si el personal de enfermería lo considera adecuado, puede ofrecer la oración junto con los pacientes y leer los textos religiosos; por supuesto, es importante asegurarse de que la oración que se ofrezca sea congruente con las preferencias del paciente.

TABLA 36-2 Creencias y prácticas religiosas relacionadas con la muerte

Afiliación religiosa	Creencias y prácticas relacionadas con la muerte
Adventistas del séptimo día	Bautismo, comunión
Bautistas	Oración y comunión
Budistas	Últimos ritos por monje budista
Católicos	Oración, últimos ritos por sacerdote
Cienciólogos	Confesión, visita de un consejero espiritual
Científicos cristianos	Visita de un líder religioso
Cuáqueros (amigos)	El individuo se comunica directamente con Dios; no creen en la vida después de la muerte
Episcopales	Oración, comunión, confesión, últimos ritos
Hinduistas	Visita de un líder religioso para realizar rituales y atar una hebra alrededor del cuello o la muñeca, colocar agua en la boca; la familia limpia el cuerpo después de la muerte; se acepta la cremación
Judíos	Creen en la vida después de la muerte; el cuerpo es lavado por personas que pertenecen a la religión
Luteranos	Oración, últimos ritos
Mormones	Bautismo y oración por el difunto
Musulmanes	Confesión, oraciones del Corán, la familia prepara el cuerpo después de la muerte, el difunto debe mirar hacia la Meca
Ortodoxos griegos	Oración, comunión últimos ritos
Ortodoxos rusos	Oración, comunión, últimos ritos
Pentecostales	Oración y comunión
Presbiterianos	Oración, últimos ritos
Unitaristas	Oración; se acepta la cremación

Signos de muerte inminente

Cuando la muerte se aproxima, disminuyen las funciones corporales y se presentan ciertos signos y síntomas, como:

- Disminución de la presión arterial
- Pulso rápido y débil
- Disnea y períodos de apnea
- Respuesta pupilar más lenta o ausencia de ésta
- Sudoración intensa
- Extremidades frías
- Incontinencia vesical e intestinal
- Palidez y moteado de la piel
- Pérdida de la visión y la audición

Identificar la muerte inminente permite que el personal de enfermería notifique a la familia y ésta cuente con la oportunidad de compartir los últimos momentos de la vida del paciente. Si la familia no está disponible, un miembro del personal debe permanecer con el paciente. De acuerdo con los deseos del paciente y la familia, se debe llamar a los líderes religiosos para que visiten al paciente en esta etapa. Es importante que el paciente no permanezca solo; incluso si no responde, deben tocarlo y dirigirle algunas palabras.

Voluntad anticipada

Un paciente puede expresar sus deseos acerca de la atención terminal y las medidas de soporte vital mediante un documento de voluntad anticipada. Todos los centros de atención de la salud y las agencias que reciben fondos de Medicaid o Medicare deben brindar información a los pacientes acerca de la Patient Self-Determination Act, ley que permite que los individuos expresen sus decisiones acerca de la atención médica y quirúrgica y que éstas se respeten en el futuro si no son capaces de comunicarlas. El personal de enfermería debe comentar este tema con los pacientes en el momento en que ingresan al hospital o a la residencia para adultos mayores y hablar acerca de la importancia de que se asienten de manera legal los deseos del paciente. Para gran parte de los adultos mayores y las familias, comentar los temas acerca de la muerte es incómodo; al iniciar y guiar la conversación con sensibilidad, el personal de enfermería ayuda a que los pacientes mayores afronten estos temas de importancia; debe garantizarse que los deseos sean comunicados. Si se cuenta con voluntad anticipada, el personal de enfermería debe revisar el documento con el paciente para verificar que aún refleje sus deseos y colocar una copia en el expediente clínico para comunicar a todos los miembros del equipo de salud acerca de este documento (véase el [cap. 8](#) para mayor información acerca de los temas legales referentes a la muerte y el morir).



CONCEPTO CLAVE

La voluntad anticipada protege los derechos del paciente para tomar decisiones acerca de su atención terminal y quita la carga de los familiares durante este tiempo complicado.

APOYAR A LA FAMILIA Y LOS AMIGOS

Las palabras de Thomas Mann “la muerte de un hombre es un asunto de los supervivientes, más que de éste” son un recordatorio de que debe tomarse en cuenta a la familia y los amigos durante la atención de enfermería de una persona en proceso de morir. Estas personas también tienen necesidades que requieren intervención durante el proceso de muerte de su ser querido. Brindar apoyo adecuado a lo largo del proceso previene el estrés innecesario y brinda gran cantidad de confort a aquellos relacionados con la persona en proceso de morir.

Apoyar a través de las etapas del proceso de muerte

Al igual que las personas experimentan diferentes reacciones durante la confrontación de la muerte inminente, la familia y los amigos atraviesan por las etapas de negación, ira, negación y depresión antes de aceptar que aquella persona especial en sus vidas va a morir.

En la etapa de negación, la familia y los amigos desalientan que los pacientes hablen o piensen en la muerte, hacen visitas con menor frecuencia y mencionan que los pacientes mejorarán una vez que regresen a casa, comiencen a comer y se les retire la vía intravenosa. También van de médico en médico para encontrar la cura para la enfermedad terminal.

Las reacciones durante la etapa de ira incluyen criticar al personal por la atención que brindan, reclamar a un miembro de la familia por no prestar atención al problema antes y cuestionar las razones por las que alguien tan bueno en la vida debe atravesar por esta situación.

Los familiares y los amigos intentan negociar para evitar o retrasar la muerte de su ser querido. Estas personas aseguran al personal que si fuera posible llevar al paciente a su casa, éste mejoraría sin duda. Aseguran mediante oración o de manera abierta que cuidarán mejor al paciente si se les permite. Aceptan medidas especiales (p. ej., visitar la iglesia de manera regular, ser voluntario para causas nobles o dejar el consumo de alcohol) a cambio de que el paciente mejore.

Al entrar en la etapa de depresión, la familia y los amigos se hacen más dependientes del personal de salud. Los seres queridos del paciente lloran y evitan el contacto con el paciente.

Durante la etapa de aceptación, las personas reaccionan con el deseo de pasar cada vez mayor cantidad de tiempo con la persona en proceso de morir y mencionan al personal de enfermería las buenas experiencias que han compartido y lo mucho que extrañarán a su familiar. El personal es requerido para realizar ciertas acciones especiales para el paciente, como conseguir sus alimentos favoritos, evitar ciertos procedimientos y brindar medidas adicionales de confort. Los allegados del paciente solicitan al personal que los llamen cuando haya llegado “el momento”. También, estas personas comienzan a realizar ajustes a sus propias vidas en ausencia del paciente (p. ej., cambio de hogar, planes para la propiedad y fortalecimiento de sus demás relaciones para obtener apoyo).

Por supuesto, el tipo de apoyo de enfermería es diverso de acuerdo con la etapa en la que se encuentre el familiar o el amigo específico. A pesar de que las acciones de

enfermería descritas para la persona en proceso de morir durante cada una de las etapas son aplicables para la familia y los amigos, estas etapas pueden no coincidir en temporalidad con las del paciente. Por ejemplo, el paciente se encuentra en un momento en el que ya ha experimentado todas las etapas y ha aceptado la realidad de su muerte y está listo para comentar de manera abierta el efecto de ésta y hacer planes para sus supervivientes. Sin embargo, la familia y los amigos se encuentran en otras etapas y no son capaces de lidiar con la aceptación del paciente. El personal de enfermería debe estar al tanto de estas discrepancias en las etapas y brindar intervenciones terapéuticas individualizadas. Al proporcionar el apoyo adecuado a la familia y los amigos durante el proceso de duelo, el personal de enfermería ofrece las oportunidades para que las personas en proceso de muerte comenten de manera abierta su estado con alguien receptivo.

CASO A CONSIDERAR



El Sr. Angelos, de 70 años de edad, tiene una forma rara de cáncer de hígado. Es viudo y vive con su hija y su familia. La quimioterapia que ha recibido hasta ahora lo deja tan débil y molesto que pasa la mayor parte del tiempo en sedación intensa sobre el sofá o durmiendo en la cama.

Durante la visita de hoy con el oncólogo, éste informa al Sr. Angelos y su hija que la quimioterapia no ha controlado el cáncer, por lo que se esparce rápidamente. El oncólogo recomienda iniciar la atención paliativa. Antes de que el Sr. Angelos tenga la oportunidad de responder, la hija interrumpe de manera súbita la visita y

menciona: “no tenemos por qué comentar eso ahora; debemos pensarlo”. A continuación indica a su padre que salga con ella.

Mientras está en la recepción con la enfermera, la hija exclama: “no puedo comprender qué quiere ese doctor, básicamente se está rindiendo en el tratamiento de mi padre”. El Sr. Angelos deja claro que el médico se encuentra en lo correcto, pero su hija interrumpe y dice: “papá, vas a superar esta enfermedad. Es sólo cuestión de tiempo para que funcione la quimioterapia. Además, todavía hay numerosos tratamientos que podemos intentar”.

PENSAMIENTO CRÍTICO

- ¿Cuáles son las reacciones que muestran el Sr. Angelos y su hija? ¿Por qué?
- ¿Cuál es la respuesta que debe ofrecer el personal de enfermería?
- ¿Cuáles son las posibles consecuencias de esta situación?

Ayudar a la familia y los amigos después de una muerte

Cuando mueren los pacientes, es útil que el personal de enfermería esté disponible para brindar cualquier apoyo requerido por la familia o los amigos. Algunas personas desean tener algunos minutos en privado con la persona fallecida para mirarlos y tocarlos. Otros más desearán que el personal los acompañe durante la visita. Ciertas personas no desearán entrar por ningún motivo a la habitación. El personal de enfermería debe respetar los deseos de la familia y los amigos y evitar hacer juicios acerca de las reacciones con base en actitudes y creencias propias. Es de utilidad que se motive la expresión abierta de la pena. Llorar y gritar ayuda a algunas personas a afrontar y lidiar con sus sentimientos acerca de la muerte en mayor medida que suprimirlos para lograr un semblante calmo.

Los preparativos para el funeral y el entierro requieren la ayuda de un profesional. Los supervivientes de una persona fallecida experimentan pena, culpa u otras

reacciones que los colocan en una posición vulnerable. En este momento, son especialmente susceptibles a discursos que equiparan su amor por el difunto con el coste de un funeral. La familia debe analizar los planes extravagantes presentados por el maestro de funerales frente a las consecuencias realistas del efecto financiero de una ceremonia de tal magnitud. Ya sea el personal de enfermería, un miembro de la comunidad religiosa o un vecino, es importante identificar a una persona que pueda defender los intereses de la familia durante un proceso tan complicado y evitar que se aprovechen de ellos. Debe motivarse a las personas a aprender acerca de la industria funeraria y planificar con antelación los funerales. Además de las publicaciones al respecto, diversas sociedades funerarias están disponibles para ayudar a las personas durante la planificación.

Después de haber disminuido la turbulencia causada por el funeral y se presenten menor cantidad de visitas, es posible que se perciba el efecto total de la muerte. En el momento en el que se percibe la mayor intensidad de pena, se cuenta con la menor cantidad de apoyo. El personal de enfermería geriátrica y gerontológica está en posición de agendar la visita de personal, miembros de la iglesia o trabajadores sociales o alguna otra persona para verificar el estado de la familia algunas semanas después de la muerte y garantizar que no sufren alguna crisis. Los grupos como “De viuda a viuda” o similares son de utilidad para apoyar a las personas en el proceso de duelo. También es de ayuda que se ofrezca el número telefónico de una persona a la que la familia pueda contactar en caso de que requiera ayuda.

Hace décadas, Edwin Schneidman, quien realizó estudios acerca de la ayuda a familiares y amigos después de un episodio de suicidio (*postvention*), ofreció la siguiente guía concisa acerca del trabajo con estas personas después del suceso. Su guía aún es relevante (Schneidman, 1994):

- La atención total de la persona en proceso de morir debe incluir el contacto y la conversación con las personas que aún tendrán vida después de la muerte del paciente.
- Al trabajar con supervivientes de familiares que han muerto, es importante comenzar a actuar tan pronto como se pueda; si es posible, dentro de las primeras 72 h.
- Es sorprendente la poca renuencia que muestran los supervivientes; la mayoría de ellos están dispuestos a conversar con un profesional, en especial si éste no tiene intereses personales ni críticas.
- El papel de las emociones negativas frente al difunto, la ira, el enojo, la envidia y la culpa deben valorarse, pero no al comienzo de la interacción.
- El profesional tiene el papel importante de traer a la luz la realidad, no de servir como consciencia que intenta razonar los hechos.
- La valoración médica de los supervivientes es un paso importante. Se debe estar alerta al deterioro de la salud mental y física.

APOYAR AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería que trabaja con las personas en proceso de muerte tiene sus

propios sentimientos acerca de esta experiencia tan significativa. Es posible que sea extremadamente complicado para el personal no sólo aceptar la muerte de un paciente en particular, sino aceptar todo lo que implica la muerte. Algunos de los profesionales de enfermería también tienen la misma dificultad que las demás personas para reconocer su propia mortalidad. Las experiencias con la muerte en ocasiones son limitadas, así como la exposición al tema a través de la educación formal. En una de las profesiones de la salud en las que se promueve el alivio de la enfermedad, la muerte se percibe como un fracaso. El personal de enfermería se siente impotente a medida que se percata de que sus mejores prácticas son de poca utilidad para superar la realidad de la muerte inevitable. No es infrecuente que un proveedor de atención que convive con el paciente en proceso de muerte también experimente las etapas que describe Elisabeth Kübler-Ross. Con frecuencia, se observa que los miembros del personal evitan hacer contacto con las personas en proceso de muerte, mencionar al paciente que debe alegrarse y no pensar en la muerte, continuar con las medidas heroicas a pesar de la muerte inminente y atravesar el duelo por la muerte de un paciente. El personal de enfermería puede estar limitado en su capacidad de ayudar a las familias y los pacientes si se encuentra en una etapa diferente de duelo.

El personal que trabaja con pacientes en proceso de muerte requiere grandes cantidades de apoyo. Los colegas deben ayudar a los compañeros a identificar sus reacciones ante la muerte de los pacientes y reconocer cuando éstas impiden una relación paciente-proveedor terapéutica. La actitud de los colegas y el entorno debe permitir que el personal se aleje cuando una situación no sea terapéutica para ellos o el paciente. Es beneficioso alentar al personal a que lllore o muestre emociones de cualquier otra forma. El empleo de tanatólogos, especialistas en **atención paliativa** y otros recursos también es de ayuda para brindar apoyo al personal de enfermería mientras atiende a los pacientes en proceso de muerte.



CONCEPTO CLAVE

El personal de enfermería debe estar motivado a compartir sus propios sentimientos acerca de la muerte de los pacientes.

Resumen del capítulo

Debido a la realidad de que la mayoría de las muertes se presentan en la edad avanzada, el personal de enfermería geriátrica y gerontológica requiere competencia en la atención de las personas en proceso de muerte. Es de vital importancia un abordaje integral en el que el personal verifique que los pacientes y sus seres queridos reciban apoyo físico, emocional y espiritual. Las experiencias previas de los pacientes ante la muerte, las creencias espirituales y religiosas, la filosofía de la vida, la edad y el estado de salud son algunos de los factores complejos que deben considerarse al brindar atención y apoyo.

Kübler-Ross ofreció una estructura conceptual para la comprensión de los mecanismos de afrontamiento durante el proceso de muerte. No todas las personas experimentan cada una de las etapas ni lo hacen en el orden definido. El personal de enfermería debe conocer las intervenciones que son adecuadas en cada una de estas

etapas.

En años recientes se ha presentado una mayor aceptación acerca del suicidio racional, en el cual una persona competente toma la decisión racional de morir mediante suicidio en una etapa en la que aún conserva su función cognitiva y no padece dolor; de igual forma, se acepta cada vez más el suicidio asistido. A pesar de la mayor aceptación y frecuencia, la decisión de un paciente de terminar con su vida exige la valoración y el análisis. Existe la posibilidad de que el asesoramiento, el apoyo y la atención mejoren el bienestar emocional y la calidad de vida en suficiente medida como para cambiar la decisión del individuo.

A medida que la muerte se aproxima, deben atenderse las necesidades físicas, incluyendo el control del dolor, la prevención y el alivio de la dificultad respiratoria, la provisión de una ingesta adecuada y la prevención y el control del estreñimiento. Las necesidades espirituales también deben considerarse y apoyarse, reconociendo que la religión es un aspecto de la espiritualidad, pues los practicantes de una religión cuentan con costumbres diferentes y los pacientes pueden ser altamente espirituales sin ser religiosos.

Al acercarse la muerte, las funciones corporales disminuyen y se presentan ciertos signos y síntomas, incluyendo disminución de la presión arterial, pulso rápido y débil, disnea, períodos de apnea, reacción pupilar lenta o ausente a la luz, miembros fríos, incontinencia, palidez y moteado de la piel y pérdida de la visión y la audición. Debe informarse a la familia con la intención de que compartan los últimos minutos de vida con el paciente; si no se encuentran disponibles, un miembro del equipo de salud debe permanecer con éste.

La familia y los amigos de la persona en proceso de muerte, quienes experimentan un estrés considerable, se benefician del apoyo y la derivación a grupos de ayuda. De la misma manera, el personal de enfermería que ha atendido a los pacientes en proceso de muerte también sufre pena y se beneficia del apoyo.

LLEVAR LA INVESTIGACIÓN A LA PRÁCTICA

Percepción del personal de enfermería acerca de los cuidados paliativos para los adultos mayores hospitalizados

Fuente: O'Shea, M. F. (2014). *American Journal of Nursing* 114(11):26–34.

La *atención paliativa* se refiere a las medidas de apoyo a los pacientes y las familias durante el proceso de muerte, mientras que los cuidados paliativos son las medidas que previenen y alivian los síntomas de personas con enfermedades incurables que no necesariamente están en proceso de morir. La falta de claridad acerca de los límites de cada una de estas intervenciones es una barrera para implementar los cuidados paliativos. Este estudio cualitativo y descriptivo se realizó para determinar la percepción de los cuidados paliativos en los pacientes mayores hospitalizados.

Participaron 18 miembros del personal de enfermería en reuniones de un grupo de discusión, las cuales fueron grabadas y analizadas. Se identificaron cinco categorías de temas que revelaron las percepciones del personal: ambigüedad acerca del término

cuidados paliativos, retos en la comunicación, sentido de responsabilidad en la divulgación de información veraz, incongruencia emocional y cognitiva al atender a esta población de pacientes y limitaciones del sistema de salud.

El personal de enfermería debe comprender las diferencias entre atención paliativa y los cuidados paliativos para asegurarse de que se cumpla con las necesidades de manera eficaz. La identificación adecuada de las necesidades, el alivio del dolor y el sufrimiento, el tratamiento respetuoso, la recepción de retroalimentación y las derivaciones a servicios útiles son necesidades universales de todos los pacientes y no se limitan a la atención paliativa.

REALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

El Sr. Harod, de 78 años de edad, ha vivido durante un largo tiempo en una comunidad de retiro. A pesar de contar con agudeza mental, su estado físico se ha deteriorado en los meses anteriores y ha sido diagnosticado con cáncer de páncreas. Rechazó el tratamiento y asegura que comprende su mal pronóstico y prefiere pasar lo que sea que le reste de vida sin la molestia del estrés y los efectos adversos del tratamiento.

Durante el mes anterior, el Sr. Harod fue transferido a la sección de residencia para adultos mayores dentro de la comunidad de retiro. Usted se percató de que diversas personas visitan con regularidad al Sr. Harod y otro miembro del equipo comenta que son parte de un grupo que apoya el suicidio asistido.

Algunos días después, al entrar a la habitación del Sr. Harod para la visita diaria, lo encuentra sin vida. Junto a su cama se encuentran diversos documentos que describen a quién contactar y qué planes realizar. Usted está al tanto de las visitas que el Sr. Harod recibió el día anterior y que éstas tuvieron una conversación prolongada con él.

Uno de los residentes comenta que el Sr. Harod “se fue bajo sus propios términos”. Es evidente que varios de los residentes apoyan su elección y confirman que sí se trata de suicidio.

¿Qué debe hacerse en esta situación?

EJERCICIOS DE PENSAMIENTO CRÍTICO

1. Comente los factores que causan que las personas tengan dificultades para comentar y planificar la muerte.
2. Al interactuar con un grupo de adultos mayores en un centro de atención, ¿cuáles son los ejemplos que puede ofrecer para apoyar los beneficios de establecer la voluntad anticipada?
3. Mencione algunos ejemplos de comportamientos que reflejan las reacciones del personal de enfermería frente a la muerte de un paciente del que se ha cuidado durante largo tiempo.

Recursos en línea

Advance Directives (por estado de los Estados Unidos)

<http://www.caringinfo.org>

American Hospice Foundation

<http://www.americanhospice.org>

End of Life/Palliative Education Resource Center

www.aacn.nche.edu/el nec/curriculum.htm

Family Hospice & Palliative Care

<http://www.familyhospice.com>

Hospice

<http://www.hospicenet.org>

Hospice Foundation of America

<http://www.hospicefoundation.org>

International Association for Hospice & Palliative Care

<http://www.hospicecare.com>

National Hospice and Palliative Care Organization

<http://www.nhpco.org>

Referencias

Brauser, D. (2015). 'Rational suicide' talk increasing among 'healthy' elderly. *Medscape Nurses*. Acceso el 20 de julio de 2015 en: http://www.medscape.com/viewarticle/842819?nlid=79427_2822&src=wnl_edit_medp_nurs&uac=95177PN&spon=24#vp_3.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Macmillan.

Kübler-Ross, E., & Byock, I. (2014). *On death and dying: What the dying have to teach doctors, nurses, clergy, & their own families*. New York, NY: Scribner.

Schneidman, E. S. (1994). Postvention and the survivor-victim. In E. S. Schneidman (Ed.), *Death: Current perspectives* (4th ed.). New York, NY: Aronson Jason.

Schramme, T. (2013). Rational suicide, assisted suicide, and indirect legal paternalism. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5), 477–484.

Lecturas recomendadas thePoint®

Las lecturas recomendadas asociadas con este capítulo pueden encontrarse en el sitio web que acompaña a este libro. Visite <http://thepoint.lww.com/espanol-Eliopoulos9e> para acceder a la lista de lecturas recomendadas y otros recursos vinculados con este capítulo.



Nota: los números seguidos de *f* y *t* indican figuras y tablas, respectivamente.

A

AARP. *Véase* American Association of Retired Persons (AARP)

Absceso pulmonar, 262

Absolutismo, 118

Abuelos, 39-41, 40f

Abuso,

de alcohol, 419-420

del adulto mayor, 114

disfunción familiar y, 507-508

Abuso de autoridad, 107

Acarbosa, 383

Accidente isquémico transitorio (AIT), 357-358

Aceite de pescado, 270

Ácido fólico, 270

ACTH. *Véase* Hormona adrenocorticotrópica (ACTH)

Actitud y rol sexual, 209-210, 329-331

apoyo social y, 129-130

creatividad, 336

edad y riesgos, 330

efectos de la inactividad, 336

entrenamiento de fuerza, 330-331

flexibilidad, 330

frecuencia cardíaca durante, 331

movilidad física deficiente, 337

prevención de la inactividad, 336-338

rendimiento cardiovascular, 329-330

Actividad, teorías, 16-17

Actividades de la vida cotidiana (AVC), 456, 459, 460t

Acupresión, 171, 172, 450

Acupuntura, 171, 265, 450

Administración de casos, 126, 134

Adulto mayor, 2-10

antitrombóticos, 248-249

atención continua, 127-136, 127f
 atención hospitalaria, 135-136
 características, 3-6
 cirugía de próstata, 325-326
 con artrosis, 343-344
 con cáncer, 406-407
 con EPOC, 259-260
 con glaucoma de ángulo abierto, 371-372
 con hernia hiatal, 300
 con ictus, 361
 con incontinencia urinaria, 314-315
 con insuficiencia cardíaca, 278-279
 defensa, 89
 descanso y sueño,
 discapacidad y atención, 138
 docencia, 82
 dolor en (*véase* Dolor)
 educación para, 9
 en la toma de decisiones, 123
 enfermedades crónicas y, 7, 443
 esperanza de vida, 2, 4-5, 5t
 estado civil y vivienda, 5
 hospitalización, 474-475
 ingresos económicos y empleo, 5-6
 medicamentos no aptos en, 231, 232t
 necesidades hídricas, 146-147
 necesidades nutricionales, 142-146
 planificación del alta hospitalaria, 483-485, 484f
 prácticas de salud bucal para, 294
 principales causas de muerte, 8t
 programas de actividad física, 332
 seguro de salud, 6-7
 sexo en, 209-210
 vivienda, 5
 Afroamericanos, 27-28
 AINE. *Véase* Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)
 Ajo, efectos adversos, 228t
 Alcance y estándares de la enfermería gerontológica, 106
 Alcohol, abuso, 419-420
 Alcoholismo, alteración de la cognición y, 429
 Aldosterona, 65
 Alergia, medicamentos, 231
 Alimentos, 129
 a domicilio, 131
 Alivio, 442, 443
 personal de enfermería como fuente de, 81-82
 Alojamiento, 129
 American Association of Retired Persons (AARP), 32, 130, 193
American Journal of Nursing, 75
 American Nurses Association (ANA), 75, 76, 118
 Amor, espiritualidad y, 198

Analgésicos, 236-237

Andadores (para discapacidad), 467-468

Andropausia, 207, 214

Anemia,
deterioro cognitivo y, 429
relacionada con medicamentos, 149

Aneurisma aórtico abdominal, 284

Aneurismas, 284

Angina, 280

Anorexia, 141, 148-149, 292, 298
relacionada con medicamentos, 148-149

Ansiedad, 418-419

Ansiolíticos, 245-246
interacciones farmacológicas con, 226t

Antiácidos, 237-238
interacciones farmacológicas y de alimentos con, 226t-227t

Antibióticos, 238

Anticoagulantes, 238-239
interacciones farmacológicas con, 226t

Anticonvulsivos, 239-240

Antidepresivos, 246
interacciones farmacológicas con, 226t

Antidepresivos tricíclicos,
interacciones farmacológicas con, 226t

Antidiabéticos (hipoglucemiantes), 240
interacciones farmacológicas con, 226t

Antihipertensivo, tratamiento intensivo, 276

Antihipertensivos, 240-241
interacciones farmacológicas con, 226t

Antihistamínicos,
interacciones farmacológicas y de alimentos con, 226t

Antiinflamatorios,
interacciones farmacológicas con, 226t

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE), 173, 241-242

Antipsicóticos, 246-247
interacciones farmacológicas con, 226t

Aparato digestivo,
apendicitis aguda, 305
boca seca (xerostomía), 297
bolo fecal, 304
cambios relacionados con la edad, 58-59, 58f
cáncer de colon, 301-302
cáncer de esófago, 299
cáncer de estómago, 300
cáncer de páncreas, 305
colecistitis, 305
disfagia, 292, 298-299
efectos del envejecimiento sobre, 293
enfermedad diverticular, 301
enfermedades de los conductos biliares, 305
enfermedades específicas, 297-305

- ERGE, 298
- estreñimiento, 302
- estreñimiento crónico, 302-303
- flatulencias, 303
- funciones, 295-296
- hernia hiatal, 299
- incontinencia fecal, 304
- obstrucción intestinal, 303-304
- prácticas de salud bucal en el adulto mayor, 294
- problemas dentales, 297-298
- promoción de la salud en, 293-295
- úlceras pépticas, 294
- Aparato reproductor,
 - cambios relacionados con la edad, 60-61, 61f-62f
 - de la mujer, 320-324
 - cáncer de endometrio, 323
 - cáncer de mama, 324
 - cáncer de ovario, 323
 - cáncer de vagina, 322
 - cuello uterino, alteraciones, 322
 - dispareunia, 323
 - hernia perineal, 323
 - problemas de, 320-324
 - vaginitis, 322
 - vulva, infecciones y tumores, 320-322
 - del hombre, 324-326
 - cáncer de próstata, 324-326
 - disfunción eréctil, 324
 - hiperplasia prostática benigna, 324
 - problemas en, 324-326
 - recuperación de cirugía prostática, 325-326
 - tumores de pene, 326
 - tumores de testículo y escroto, 326
 - detección precoz de cáncer de próstata, 326-327
 - efectos del envejecimiento, 320
 - promoción de la salud en, 320
- Aparato respiratorio, 254-255
 - absceso de pulmón, 262
 - administración segura de oxígeno, 263-266, 263f
 - autocuidado, 265-266
 - drenaje postural, 263-264
 - motivación, 266
 - tos productiva, 264
 - tratamientos complementarios, 264-265
 - cambios relacionados con la edad, 56-57, 56f
 - cáncer de pulmón, 261-262
 - consideraciones de enfermería, 262
 - prevención de complicaciones, 262
 - reconocimiento de síntomas, 262
 - deterioro cognitivo y, 429
 - edad y riesgos, 254t

- efectos del envejecimiento sobre, [253](#)
 - disminución de los líquidos corporales, [253](#)
 - vías respiratorias superiores, [253](#)
- EPOC, [257-258](#)
- patrón respiratorio ineficaz, [257](#)
- promoción de la salud en, [253](#), [255-257](#)
- ejercicios de respiración, [255f](#)
- factores ambientales, [256](#)
- hábito tabáquico, [256](#)
- inmovilidad, [256](#)
- Aparato urinario, cambios relacionados con la edad, [59-60](#), [60f](#)
- Apendicitis, [305](#)
- Apetito, función digestiva y, [295](#)
- Apio, efectos adversos, [227t](#)
- Apoyo y actividades sociales, [129-130](#)
- Aprendizaje, cambios relacionados con la edad, [67-68](#)
- Aromas,
 - ambientales, [183](#)
 - en aromaterapia, [183](#)
- Aromaterapia, [171](#), [450](#)
- Arritmias, [268](#), [282](#)
 - cardíacas, [257-258](#)
- Articulación, rigidez, [480t](#)
- Artritis reumatoide, [344-345](#)
- Artrosis, crepitación, [342-344](#)
- Asesoramiento, [130](#)
- Asiáticos americanos, [28-30](#)
- Asistencia, tecnología, [456](#)
- Asma, [257-258](#)
- Aspecto físico, cambios relacionados con la edad, [55-56](#), [55f](#)
- Ataque, [107](#)
- Atelectasia, [479t](#)
- Atención al final de la vida, [511-524](#)
 - apoyo a la familia y los amigos, [521-522](#)
 - apoyo a la persona en proceso de muerte, [513-520](#)
 - apoyo al personal de enfermería, [522-523](#)
 - cambios en la tasa de natalidad y mortalidad, [513f](#)
 - definiciones de muerte, [512](#)
 - experiencia de la familia durante el proceso de morir, [512-513](#)
 - paliación, [514](#)
- Atención continua, [126-139](#)
 - correspondencia de los servicios y las necesidades en, [137](#)
 - para adultos mayores, [127f](#)
 - servicio de apoyo y prevención, [128-131](#)
 - servicios complementarios y alternativos, [136](#)
 - servicios de atención integral y continua, [135-136](#)
 - servicios de atención parcial e intermitente, [131-135](#)
- Atención crónica, tutor, [447-448](#)
- Atención de calidad, enfermería geriátrica y gerontológica y, [88-89](#)
- Atención de la salud, [129](#)
 - costes de la enfermería geriátrica y gerontológica en, [88-89](#)

domiciliaria, 130-131
Atención de relevo, 127, 133-134
Atención de urgencias, 478-482, 479t-480t
Atención hospitalaria, 135-136
Atención integral, 91, 92
 atención geriátrica y gerontológica, 91
 ejemplos de casos, 95
 necesidades relacionadas con la promoción en la salud, 93-94, 93f
 necesidades relacionadas con los desafíos en la salud, 94-95, 96f
 plan de atención de enfermería, 97t-102t
 valoración de las necesidades, 92-95
Atención quirúrgica, 475-478
 consideraciones de la atención postoperatoria, 477-478
 consideraciones de la atención preoperatoria, 475-477
 consideraciones de la atención quirúrgica, 477-478
 diagnósticos de enfermería, 476, 476t
 riesgos en, 475
Atención subaguda, 487
Atención, cambios relacionados con la edad, 68-69
Ateroesclerosis, 268
Audición, cambios asociados con la edad en, 64-65
Audioterapia, 450
AUDIT. Véase Prueba para la identificación de trastornos del
 consumo de alcohol
Autoaceptación, 213
Autocuidado y aprendizaje, 83-85
Autonomía, 117, 119
Auxiliares auditivos, 375, 375f
 intraauriculares, 375f
 retroauriculares, 375f
Ayuno, 476
Ayurveda, 450

B

Baby boomers,
 generación, 211
 influencia, 8
Bastones, 466
Baterías, 107
Bautistas, creencias y prácticas, 201
Beers, criterios de, 224, 230
Beneficencia, 117, 119
Biogerontología, 14
Biorretroalimentación, 171, 450
Bisexual, 24, 25
Boca seca (xerostomía), 297
Bocio, 388
Bolo fecal, 304
Botox[®], inyecciones de, 12
Bradicinesia, 356

Broncodilatadores, 265
Bronquitis crónica, 258
Budismo, creencias y prácticas con respecto a la muerte, 519
Buerger-Allen, ejercicios, 282-283

C

Cabello,
 en las extremidades, 273
 valoración nutricional y, 150
Cadera,
 amplitud de movimiento,
 ejercicios para, 465f
 valoración, 466t
 exploración física, 340
Calcio, 270
 fuentes, 338t
 recomendaciones de la ingesta, 144t
 suplementos, interacciones farmacológicas y con alimentos, 228t
Cálculos renales, 316
Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), 9
Callos, 346-347
Callosidades, 347
Calor y frío, tratamiento con, 171
Calorías, necesidades, calidad y cantidad, 142-144
Cambios relacionados con la edad,
 en el aparato digestivo, 58-59, 58f
 en el aparato genital, 60-61, 61f
 en el aparato respiratorio, 56-57, 56f
 en el aparato urinario, 59-60, 60f
 en el aprendizaje, 67-68
 en el aspecto físico, 55-56, 55f
 en el gusto y el olfato, 65
 en el sistema cardiovascular, 57-58, 57f
 en el sistema endocrino, 65
 en el sistema inmunitario, 66
 en el sistema musculoesquelético, 61-62, 61f
 en el sistema nervioso, 62-63, 63f
 en el sueño, 157-158
 en la atención, 68
 en la audición, 64-65
 en la inteligencia, 67
 en la memoria, 67
 en la personalidad, 67
 en la respuesta sexual, 210
 en la termorregulación, 66
 en la visión, 63-64
 en las células, 55
 en las implicaciones de enfermería, 68-70, 69t-70t
 en los órganos sensoriales, 63-65, 64f
 hatha yoga, intervención mediante, 70

Cáncer,
 adultos mayores y, 406-407
 de colon, 301-302, 403, 404
 de endometrio, 323
 de esófago, 299
 de estómago, 300
 de mama, 324
 de ovario, 323
 de páncreas, 305
 de piel, 391
 de próstata, 324-326
 de pulmón, 261-262
 de vagina, 322
 detección precoz, 404
 envejecimiento y, 402
 factores de riesgo, prevención y detección precoz, 402-404
 medicina complementaria y alternativa, 405
 tratamiento complementario y alternativo, 405
 tratamiento convencional, 404-405
Capacidad pulmonar total, 252
Capacidad vital, 252
Capacitación del adulto, 130
Cartas, redacción, 50
Cáscara sagrada, efectos adversos, 227t
Cataratas, 368-369
Cavidad bucal,
 cambios relacionados con la edad, 69t
 exploración física, 295-296
 valoración, 151
Celecoxib, 242
Células, cambios relacionados con la edad, 55
Centros de atención para adultos mayores, 487
Centros de acogida para adultos mayores, 132
Centros de cuidados a largo plazo para adultos mayores, comunidades de cuidados tutelados, 495
 desarrollo, 488-490
 Eden Alternative, 497
 higiene, 496
 hogares de residentes, 490-495
 holismo y sanación, 496
 movimiento de cambio cultural, 497
 residencia para adultos mayores,
 admisión, 492-493
 estándares, 490
 residentes, 490-493, 496f
 selección, 493-495
 roles y responsabilidades de enfermería, 493-495
Centros de día para adultos mayores, 126, 132-133, 133f
Centros de servicios tutelados, 126, 133
Chinos americanos, 28-29
Ciclooxigenasa II (COX-II), 241
Ciclos circadianos de sueño y vigilia, 157

Cifosis, [252](#), [253](#)
Cifras de laboratorio, vigilancia, [235](#)
Cimetidina,
 interacciones farmacológicas y con alimentos, [226t](#)
Cinc, [144t](#), [366](#)
Circulación. *Véase* Sistema cardiovascular
Circunferencia media del brazo, [152](#)
Clonidina,
 interacciones farmacológicas y con alimentos, [226t](#)
Codo
 amplitud de movimiento,
 ejercicios para, [465f](#)
 valoración, [466t](#)
 exploración física, [340](#)
Cognición, fármacos que mejoran, [243](#)
Colchicina, interacciones farmacológicas y con alimentos, [227t](#)
Colelitiasis, [292](#), [305](#)
Colorrectal, cáncer, [301-302](#), [403](#), [404](#)
Comer. *Véanse* también Dieta; Nutrición,
 con disfagia, [148](#)
 valoración de las actividades de la vida cotidiana y, [460t](#)
Comorbilidad, [2](#), [7](#)
Competencia del paciente, [110-111](#)
Competencias, [75](#), [77-78](#)
 enfermería geriátrica y gerontológica, [75-77](#)
 paciente, [110-111](#)
 superviviente, [50](#)
Compras desde el hogar, [130-131](#)
Comprensión de la morbilidad, [2](#), [5](#)
Comunidades de atención continua durante la jubilación (CACDJ), [129](#)
Conductos biliares, enfermedades, [305](#)
Conexiones, estrategias en el adulto mayor, [221](#)
Confidencialidad, [109](#), [117](#), [119](#)
Confort, [167](#)
 acupresión, [172](#)
 masaje, [172](#)
 tiempo de calidad con el paciente, [174-175](#)
 tratamientos mediante contacto, [172](#)
Confusión, estados agudos, [480t](#)
Consentimiento, [105](#), [106](#)
 del paciente, [109-110](#)
 informado, [109](#), [109f](#)
Consueña, efectos adversos, [228t](#)
Consumidor, protección de, [130](#)
Contracturas, [480t](#)
Cónyuge, pérdida, [41-42](#), [41f](#)
Corazón, disminución de la función y alteraciones cognitivas, [429](#)
Coronariopatía, [280-281](#)
 angina, [280](#)
 infarto de miocardio, [280-281](#)
 programas de actividad física, [281](#)

Creencias y prácticas religiosas,
 budismo, 203
 catolicismo romano, 202
 hinduismo, 203
 islam, 203
 judaísmo, 202-203
 mormones, 202
 ortodoxos orientales, 202
 protestantismo, 201-202
 testigos de Jehová, 202
 unitarismo, 202

Cromo, 270

Cuáqueros (amigos), creencias y prácticas, 202

Cuello,
 amplitud de movimiento,
 ejercicios para, 465f
 valoración, 466t
 exploración física, 340

Cuello uterino, problemas, 322

Cuidado, 503-504
 deterioro de los procesos familiares, 506
 dinámica familiar y relaciones, 502-503
 disfunción familiar y maltrato, 507-508
 estrategias de enfermería, 507
 familia del adulto mayor, 503f
 miembros de la familia,
 identificación, 501
 roles, 501-502
 protección de la salud, 505-507
 recompensas, 508

Cuidado infantil por los abuelos, 503f

Cuidador, carga, 500

Cuidadores, capacitación, 78, 85, 87-88

Cuidados de acogida, 132

Cuidados institucionales, 451

Cuidados paliativos, 127, 134-135, 512
 personal de enfermería, 523

Cultura, 24-25

Cumulative Index to Nursing Literature, 75

Custodia, 110-111

D

Deber, 105, 107

Decisiones éticas, toma de, 123-124

Decúbito lateral, 461f

Dedo en martillo, 347

Dedos (pie),
 amplitud de movimiento,
 ejercicios para, 465f
 valoración, 466t

- exploración física, 340
- Dedos, exploración física, 340
- Defecación. *Véase* Aparato digestivo
- Defensor, personal de enfermería como, 83
- Degeneración macular, 372, 373f
- Delirium, 427-431, 480t
 - demencia y, 428t
- Demencia, 427
 - atención de personas con, 435-437, 438t-439t
 - atención física, 436
 - delirium, 428t
 - encefalopatía de Wernicke, 434
 - enfermedad de Alzheimer, 430-434
 - enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, 437
 - familia del paciente, 436-437
 - frontotemporal, 433-434
 - por cuerpos de Lewy, 434
 - relacionada con el VIH, 209
 - respeto del individuo, 436
 - seguridad del paciente, 435
 - sida, 434
 - síndrome crepuscular, 427, 435
 - técnicas de comunicación, 436
 - tratamiento y actividad, 435-436
 - tratamientos complementarios y alternativos, 436
 - traumatismo y toxinas, 434
 - vascular, 434
- Depresión, 412-418, 516-517
 - antidepresivos, 417
 - atención de los pacientes con depresión, 418
 - escala de depresión geriátrica, 416
 - medicamentos que pueden provocar depresión, 416
 - riesgo de suicidio, 417-418
 - signos y síntomas, 415-417
 - tratamiento, 417
- Derecho,
 - privado, 106
 - público, 106
- Desacondicionamiento físico, 268
- Descanso, 156-164
- Deshidratación, deterioro cognitivo y, 429
- Desprendimiento de retina, 372-373
- Deterioro, 457
 - cognitivo, 427, 428, 435
- Diabetes mellitus (DM), 219t, 379-386
 - autocuidado y vigilancia, 384
 - muestra capilar, 384
 - vigilancia de triglicéridos, 384
 - complicaciones, 385-386
 - de tipo 2, 388
 - diagnóstico, 379-380

- diagnósticos de enfermería, 381
- Dupuytren, contractura de, 388
- ejercicio y nutrición, 384-385, 384f
- guías generales para la capacitación del paciente, 382-383
- HbA, 384
- material para la capacitación del paciente con diabetes, 380
- obesidad y sobrepeso, 159
- objetivos del plan de atención, 386
- síndrome metabólico, 384
- tratamiento de la enfermedad, 380-381
- tratamiento farmacológico, 381-382
- Diagnósticos de enfermería
 - de cirugía, 476t
 - de descanso y sueño, 157t, 160
 - de deterioro de la movilidad física, 337
 - de disfunción sexual, 215, 215t
 - de dolor crónico, 171
 - de estreñimiento, 302
 - de lesión, 189
 - de muerte y proceso de muerte, 515t, 520t
 - de patrón de respiración ineficaz, 257
 - de problemas crónicos, 444t
 - de problemas cutáneos, 394
 - de problemas gastrointestinales, 297t
 - de problemas musculoesqueléticos, 338, 339t
 - de sufrimiento espiritual, 200
 - de volumen hídrico deficiente, 147
 - del estado nutricional, 142
- Diario de enfermería, 50, 75
- Diarrea relacionada con medicamentos, 149
- Diente de león, efectos adversos, 228t
- Dieta. *Véase también* Nutrición,
 - cuidados bucales después del ictus, 362
 - de Ornish, 271
 - durante la menopausia, 213
 - Kosher, 30
 - recuperación, 270
- Difamación del carácter, 107
- Digestión y defecación. *Véase* Aparato digestivo
- Digitálicos,
 - interacciones farmacológicas y con alimentos, 226t, 227t
- Dignidad, espiritualidad y, 198
- Digoxina, 243-244
- Dilemas éticos, 120-124
- Discapacidad, 456-457
- Discapacidad intelectual o del desarrollo, dolor y, 168-170
- Disfagia, 141, 149, 292, 298-299
 - bucofaríngea, 293
 - esofágica, 298
- Disfunción eréctil, 207, 324
- Disfunción sexual, 217-220

- barreras psicológicas, 215-218
- ciclo de respuesta sexual, 211t
- compañero sexual no disponible, 215
- deterioro cognitivo, 220
- disfunción eréctil, 218, 220
- edad y riesgos, 215
- efectos adversos de fármacos, 219t, 220
- enfermedades y, 218
- factores contribuyentes y causales, 217
- salud sexual, 216
- Dispareunia, 207, 323
- Disparidades de salud, 33-34
- Diuréticos, 244
- Diversidad, 24-35
 - aumento, 25
 - consideraciones de enfermería para la atención sensible a la cultura, 32-33
 - en los Estados Unidos, 25-31
 - LGBT, 32-35
 - medicina china, 28
- Diverticulitis, 292, 312
- Dolor, 166-176
 - agudo, 166, 168
 - brindar tranquilidad en, 174-175
 - ciclo para, 175f
 - cambios en la dieta, 173
 - control, 163-164
 - deterioro cognitivo y, 429
 - en los adultos mayores, 167-168
 - en personas con deterioro cognitivo, 169
 - esquema de tratamiento, 170-175
 - medicamentos, 173-174
 - neuropático, 166-168
 - nociceptivo, 166, 167
 - percepción, 168
 - persistente o crónico, 166, 168, 171
 - resistente, 168
 - somático, 167
 - tratamientos complementarios, 170-173
 - valoración, 168-170
 - escala analógica visual, 170
 - escala numérica, 170
 - McGill, cuestionario para el dolor de, 170
 - visceral, 167
- Dolor crónico, 166, 168, 170-171
- Dolor resistente al tratamiento, 168
- Dorsal del pie, pulso, 274
- Dupuytren, contractura, 388

E

E-mails (correo electrónico), 50

- Educador, personal de enfermería como, 82
- Efedra, efectos adversos, 228t
- Egoísmo, 118
- Ejercicios, 171, 213, 329-331
 - al estar acostado en la cama, 334
 - amplitud de movimiento, 461-462, 466t
 - ejercicios para, 465f
 - valoración, 466t
 - cálculo de la frecuencia cardíaca, 331
 - de Kegel, 313
 - edad y riesgos, 330
 - en cualquier momento, 334, 334f-335f
 - entrenamiento de fuerza, 330-331
 - flexibilidad, 330
 - programas para los adultos mayores, 331-333
 - rendimiento cardiovascular, 329-330
- Ejercicios de Kegel, 313
- Elasticidad torácica, 252, 253
- Elastosis solar, 391
- Embarazo, 40
- Embolia,
 - pulmonar, 278-280
 - venosa, 284-285
- Empleo, 5-6, 129
- Encefalopatía de Wernicke, 434, 437
- Endometrio, cáncer de, 323
- Enfermedad crónica,
 - atención continua por la familia, 451
 - aumento del conocimiento, 448
 - cuidados en centros de atención, 451
 - decisiones inteligentes sobre el estilo de vida, 448
 - elección del médico, 447
 - factores psicosociales, 450-451
 - factores que afectan, 450-451
 - grupos de apoyo para, 448
 - mecanismos de defensa e implicaciones, 450
 - objetivos, 443-446
 - tratamientos complementarios y alternativos, 448-450
 - tutor de atención crónica, 447, 448f
 - valoración, 446-447
- Enfermedad de Alzheimer (EA), 209, 430-434
 - adulto mayor con, 438-439
 - causas posibles, 432
 - deterioro cognitivo leve, 432
 - etapas, 433f
 - síntomas, 432-433
 - tratamiento, 433-434
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, 434, 437
- Enfermedad de Parkinson, 356-357, 357f
 - ejercicios de movilidad, 357
 - tensión y frustración, 357

Enfermedad diverticular, 301

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), 298

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 252, 257-258, 449, 452

- adulto mayor con, 259-260
- asma, 257-258
- bronquitis crónica, 258
- cáncer de pulmón, 261-262
- enfisema, 258

Enfermedad vascular periférica

- aneurismas, 283-284
- arterioesclerosis, 282
- problemas específicos relacionados con la diabetes, 282-283
- tromboembolia venosa, 284-285
- venas varicosas, 284

Enfermedades cardíacas

- dieta y, 144
- en mujeres, 146

Enfermedades pediátricas, 346-348

Enfermera mayor, 75

Enfermería geriátrica y gerontológica, 75

- ámbito de trabajo, 80
- atención integral, 87
- autocuidado y aprendizaje,
- calidad de la atención, 88-89
- centros de atención a largo plazo y aguda, 89
- como cuidador, 82
- como defensor, 83
- como educador, 82
- como innovador, 83
- como sanador, 81-82
- competencias, 77-78
- costes de la atención de la salud, 88-89
- creencias y prácticas religiosas, 201-203
- desarrollo, 75-77
- dilemas éticos, 120-124
- enseñanza de cuidadores, 87-88
- estándares, 77
- estándares de la ANA para la práctica, 77
- ética en, 118-120
- funciones de, 138
- futuro de, 85-89
- garantías jurídicas, 114-115
- hitos en el desarrollo, 76
- instalaciones y roles, 137-138
- integral, 92
- leyes que rigen, 106
- necesidades, 80
- nuevos roles, desarrollo de, 88
- plan de atención de enfermería, 97t-102t
- práctica avanzada e investigación, 83-85
- práctica basada en la evidencia, 74, 77, 86

- principios, 78-80
- procesos, 95
- Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), 103-104
- responsabilidad legal, 107
- riesgos legales, 106-114
- roles, 81-83, 81f
- salud óptima y plenitud, 81
- sistemas de información, 79f
- voluntad anticipada, 113f

Enfermería, cambios relacionados con la edad e implicaciones de, 68-70, 69t-70t

Enfisema, 258

Entorno,

- aromas, 183
- colores, 183
- consideraciones psicosociales, 186-187
- control del ruido, 184-185
- cubiertas del suelo, 183-184
- efecto potencial del entorno, 180t-181t
- estimulación sensorial, 184
- iluminación, 182
- jerarquía de Maslow, 180t
- lista de control de la valoración, 181
- muebles, 184
- para el bienestar y la salud, 178-180
- peligros en la habitación de baño, 185
- riesgo de incendio, 185-186
- temperatura, 182-183

Envejecimiento programado, teoría de, 14

Envejecimiento, teorías de estadificación, 17

Envejecimiento. *Véase también* Cambios relacionados con la edad, 16-17

- Baby boomers*, efecto de, 8
- competencias del superviviente, 50
- desafíos psicosociales, 20
- efecto de, 225-230, 225f
- factores que influyen en el, 80
- prestación y pago de servicios, 9
- procesos naturales, 80
- reminiscencia, 47
- teoría(s), 11-22
 - acumulación de mutaciones, 13
 - ambiental, 16
 - biológica, 12-16, 12f
 - construcción, 21
 - continuidad, 17
 - deconstrucción, 21
 - del soma desechable, 14
 - desvinculación, 16
 - estadificación de la edad, 17
 - estocástica, 11-14
 - evolutiva, 13-14
 - genética, 14-15

- neuroendocrina y neuroquímica, 15
- no estocástica, 14-16
- nutrición, 16
- pielotropia antagónica, 13
- práctica de la enfermería, 19-21
- psicológica, 18
- radiación, 15
- radicales libres y lipofuscina, 13
- reconstrucción, 21
- reticulación, 13
- sociológica, 16-17
- subcultura, 17
- tareas del desarrollo, 18
- trascendencia genética, 18-19
- vida prolongada y saludable, 20
- Epidermis, 394
- Episcopales, creencias y prácticas, 201
 - relacionadas con la muerte, 520t
- Escala analógica visual, 170
- Escala de calificación numérica, 170
- Escroto, tumores de, 326
- Esfuerzo, incontinencia de, 312
- Esófago, cáncer de, 299
- Esperanza de vida, 2, 4-5, 5t
- Esperanza, espiritualidad y, 198
- Espiritualidad, 197-206
 - atención de una necesidad espiritual, 200-205
 - esperanza, 203-204
 - importancia de la atención espiritual, 205
 - necesidades espirituales, 198-199
 - valoración, 199
- Estándar, 77
 - de atención, 106
- Estándares para la práctica de la enfermería geriátrica, 75
- Estatura, medición, 152
- Estimulación eléctrica, 171
- Estreñimiento, 149, 302
 - crónico, 302-303
 - en la persona en proceso de muerte, 519
 - relacionado con medicamentos, 149
- Estrés,
 - emocional, deterioro cognitivo y, 429
 - espiritual, 197, 200
 - prácticas de afrontamiento, 213
- Estrógenos,
 - interacciones farmacológicas y con alimentos, 228t
- Ética, 117
 - ampliación del rol de enfermería, 122
 - código, 118
 - conflicto de intereses, 122
 - definición, 118

- en aumento en el adulto mayor, 122
- en la enfermería geriátrica y gerontológica, 118-120
- estándares internos y externos, 118-119
- principios, 119, 120f
- restricciones fiscales, 122
- suicidio asistido, 122
- tecnología médica, 122

Etnocentrismo, 24

F

Factores psicosociales, 450-451

Factor de protección solar (FPS), 402, 403

Familia y amigos, 38-41, 521-522

- abuelos, 39-41
- apoyo después de la muerte, 522
- etapas del proceso de muerte, 521-522
- orientación concisa, 522
- paternidad, 39
- Schneidman, guías de, 522

Fárfara, efectos adversos, 228t

Farmacocinética, 224, 225, 228-230

- absorción, 228
- distribución, 228-229
- metabolismo/destoxificación/excreción, 229

Farmacodinámica, 224

Fármacos, 224-249

- absorción, 228
- administración segura y eficaz, 233-234
- alternativas a los, 235-236
- capacitación del paciente, 234-235
- criterios de Beers, 230
- distribución, 228-229
- efectos del envejecimiento, 225-230, 225f
- factores de riesgo para los errores en la medicación, 235
- farmacocinética, 228-230
- farmacodinámica, 230
- grupos de medicamentos de uso frecuente, 225, 226t
- hierbas específicas, 227t-228t
- interacciones farmacológicas y con alimentos, 226t-227t
- metabolismo, destoxificación y excreción, 229-230
- necesidad y eficacia, 230-233
- polifarmacia e interacciones, 225, 226t
- revisión de fármacos específicos, 236-248
- riesgo de efectos adversos, 230
- tipos, 236
- vigilancia de los valores de laboratorio, 235

Fascitis plantar, 329-331

Fase, avance de, 157

Fe, espiritualidad y, 199

Federal Old Age Insurance Law, 3, 75

Femoral, pulso, [274](#)
Fidelidad, [117](#), [119](#)
Flatos. *Véase* Flatulencias
Flatulencias, [292](#), [303](#)
Flavonoide, [366](#)
Fluoroquinolonas, efectos adversos de las, [238](#)
Folatos, ingesta recomendada, [144t](#)
Fotoenvejecimiento (elastosis solar), [391](#)
Fototerapia, [450](#)
Fracturas, [338-341](#)
Fragilidad, [457](#)
Fraude, [107](#)
Fuego, lesión por, [185-186](#)
Función renal, cognición deficiente y, [429](#)

G

Gasto de energía en reposo. *Véase* Harris-Benedict, ecuación de, Gay, [24](#), [25](#)
Gays, lesbianas, bisexuales y transgéneros (LGBT), adultos mayores, [32](#)
Generación sándwich, [501](#)
Genética, teoría, [14-15](#)
Gingivitis, [292](#), [298](#)
Ginkgo biloba, [147t](#), [228t](#), [288](#)
Glaucoma, [369-371](#)
 agudo, [370](#)
 atención y prevención de las complicaciones, [370-371](#)
 crónico, [370-371](#)
 de ángulo abierto, [371-372](#)
 presión intraocular, determinación, [370f](#)
Glibenclamida, [381](#)
Glomerulonefritis, [316](#)
Gota, [346](#)
Gratitud, espiritualidad y, [198-199](#)
Grupos étnicos, [25](#)
Gusto, cambios relacionados con la edad, [65](#)

H

Hábito tabáquico, [256](#)
 salud cardiovascular y, [271](#)
Hallux valgus. *Véase* Juanetes,
Harris-Benedict, ecuación de, [143](#)
Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), [105](#), [109](#)
Hemiplejía, [358](#)
Hemoglobina A, [384](#)
Herida,
 dehiscencia, [479t](#)
 evisceración, [479t](#)
Hernia hiatal, [292](#), [299](#), [300](#)
Hernia perineal, [299](#), [323](#)
Herramienta para la valoración de las úlceras por presión (PUSH), [398](#)

Hidratación. *Véase* Nutrición
Hidratos de carbono, ingesta recomendada, 144t
Hidroterapia, 450
Hierro, ingesta recomendada, 144t
Hill-Burton Hospital Survey and Construction Act, 489
Hipercalcemia, deterioro cognitivo e, 429
Hiperemia, 398
Hiperglucemia, 380
 deterioro cognitivo e, 429
Hiperlipidemia, 281-282
Hiperplasia prostática benigna, 319
Hipertensión, 27, 27f, 268, 272, 276-277
Hipertermia, deterioro cognitivo e, 429
Hipertiroidismo, 387-388
 bocio, 388
 síntomas, 387
 tratamiento, 388
Hipnosis, 171
Hipnoterapia, 450
Hipnóticos, 248
Hipocalcemia, deterioro cognitivo e, 429
Hipocondría, 411, 419
Hipoglucemia, deterioro cognitivo e, 429
Hipolipemiantes, 242-243
Hipotensión, 277
 deterioro cognitivo y, 429
Hipotensión postural, 277
Hipotermia, deterioro cognitivo e, 429
Hipotermia accidental, 480t
Hipotiroidismo, 387
 deterioro cognitivo e, 429
 síntomas, 387
 tirotropina (TSH), 387
 tratamiento, 387
Hipoxia, deterioro cognitivo e, 429
Hispanos americanos, 26-27
Hogares con salto generacional, 501
Homans, signo de, 268
Hombres, 324-326
 adulto mayor en recuperación de cirugía prostática, 325-326
 cáncer de próstata, 324-326
 disfunción eréctil, 324
 hiperplasia prostática benigna, 324
 tumores de pene, 326
 tumores de testículo y escroto, 326
Hombro
 amplitud de movimiento,
 ejercicios para, 465f
 valoración, 466t
 exploración física, 339
Homeopatía, 171, 213, 450

Homeostasis emocional, [411](#)
Hormona adrenocorticotrópica (ACTH), [65](#)
Hospitalización,
 calidad en la atención durante la, [135](#)
 riesgos, [474-475](#), [474t](#), [475f](#)
Hurto, [107](#)

I

Iatrogenia, complicaciones, [473](#)
Ibuprofeno, [173](#), [242](#), [244](#)
Ictus, [358-361](#)
Ideas falsas, [209](#)
IECA. *Véase* Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA),
Iglesia Adventista del Séptimo Día, creencias y prácticas, [202](#)
Iglesia de los Hermanos, creencias y prácticas, [201](#)
Iglesia del Nazareno, creencias y prácticas, [201](#)
Iglesia ortodoxa rusa, creencias y prácticas relacionadas con la muerte, [520t](#)
Imaginación guiada, [171](#), [213](#), [450](#)
Impericia, [105-108](#)
 reducción del riesgo, [108](#)
Incontinencia, [312-315](#)
 adulto mayor con, [314](#)
 de esfuerzo, [312](#)
 de urgencia, [312](#)
 ejercicios de Kegel, [313](#)
 establecida, [307](#), [312](#)
 fecal, [292](#), [304](#)
 funcional, [307](#), [312](#)
 mixta, [312](#)
 neurógena (refleja), [308](#), [312](#)
 por rebosamiento, [312](#)
 temporal, [312](#)
 valoración de los factores, [313](#)
Indigestión e intolerancia alimentaria, [148](#)
Indios americanos, [30-31](#)
Infarto de miocardio, [280-281](#)
Infecciones, [482-483](#)
 alto riesgo, [483](#)
 de vías urinarias, [483](#)
 deterioro cognitivo e, [429](#)
 neumonía bacteriana, [482-483](#)
Ingresos económicos, [5-6](#)
 adicionales de Seguridad Social, [6](#)
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), [216](#), [241](#), [276](#)
Inmunosenescencia, [54](#), [66](#)
Innovador, personal de enfermería como, [83](#)
Insomnio, [156-159](#)
Insuficiencia cardíaca, [480t](#)
 congestiva, [278](#)
 deterioro cognitivo y, [429](#)

Integración estructural (método de Rolf), 265
Inteligencia, cambios relacionados con la edad, 67
Inteligencia cristalizada, 54, 67
Intimidad, 210
Inyección intramuscular, 233
Inyecciones, 348

- de Botox[®], 12
- de tejido embrionario, 12
- intramusculares, 233

Isoniazida, efectos adversos, 238, 240
Isquemia, 398

J

Japoneses americanos, 29
Juanetes, 347
Jubilación, 37-38, 42-44

- ingresos económicos reducidos, 43-44
- pérdida del rol laboral, 42-43

Judíos, creencias y prácticas relacionadas con la muerte y, 520t
Judíos americanos, 30
Justicia, 117, 119

K

Kosher, dieta, 30

L

Latencia, 156
Laxantes, 244-245

- interacciones de alimentos con, 228t
- interacciones farmacológicas con, 227t, 228t

Lesbianas, 25
Lesión, 105, 108, 178, 179
Lesiones vasculares, 395
úlceras por estasis, 395
Lewy, demencia por cuerpos de, 434
Líquido corporal, 253
Líquido(s),

- corporal, 253
- inteligencia, 54, 67
- y desequilibrio electrolítico, 479t
 - deterioro cognitivo y, 429
 - relacionado con medicamentos, 148

Luteranos,

- creencias y prácticas, 201
- relacionadas con la muerte, 520t

M

Ma huang, efectos adversos, 228t

Macroentorno, 178

Magnesio, 270
 ingesta recomendada, 144t

Maleficencia, 107

Malestar gastrointestinal, relacionado con fármacos, 149

Malignidad, deterioro cognitivo y, 429

Malnutrición, 149-150, 479t
 deterioro cognitivo y, 429

Maltrato geriátrico, 500

Mama, cáncer de, 324, 401, 403

Mancha mongólica, 393

Marcha, alteraciones, 340

Masaje, 171
 confort, 172
 tratamiento con, 450

MCA. *Véase* Medicina complementaria y alternativa

McGill, cuestionario para el dolor, 170

Mecanismos de defensa, 442, 450, 452

Medicamentos, 171

Medicina china, 28

Medicina complementaria y alternativa (MCA), 401-402, 405
 apoyo, 405
 atención centrada en la relación, 405
 confort, 405
 esperanza, 405
 tratamientos de sanación, 405

Medicina herbolaria, 171, 450

Medicina naturista, 450

Meditación, 213, 450
 anticonceptivos, 203
 consciencia plena, 203
 trascendental, 203

Melanocitos, 391

Melanoma, 395
 diseminación superficial, 395
 lentigo maligno, 395
 nodular, 395

Memoria, cambios relacionados con la edad, 67

Menonitas, creencias y prácticas, 201

Menopausia, 208, 210-214
 actitud y rol sexual, 209-210
 andropausia, 214
 autoaceptación, 213
 cambios relacionados con la edad en la función sexual, 210
 capacitación, programa de, 214
 capacitación del paciente, 212-213
 intimidad, 210
 tratamiento de síntomas, 209-213
 tratamientos complementarios y alternativos, 213

Metodismo, creencias y prácticas, 202

Micción,

- adulto mayor, 314-315
- cáncer de vejiga, 316
- cálculos renales, 316
- catéteres en el adulto mayor, 317
- efectos del envejecimiento, 308-309
- en el envejecimiento y problemas urinarios, 310, 310t
- función, 309-310
- glomerulonefritis, 316
- incontinencia, 312-315
- promoción de la salud en, 309
- Microentorno, 178
- Mioclono nocturno, 156, 159
- Mixta, incontinencia, 312
- Monitorización en el hogar, 131-132
- Mortalidad, consciencia, 46-47
- Movement Advancement Project (MAP), 32
- Movimiento ocular rápido (MOR), etapas del sueño, 157
- Muerte cerebral, 512
- Muerte somática, 512
- Muerte y proceso de muerte, 112-114, 513-520
 - apoyo de amigos, 521-522
 - apoyo después de la muerte, 522
 - apoyo familiar, 521-522
 - cuidados paliativos, 513-514
 - diagnósticos de enfermería, 515t
 - etapas,
 - aceptación, 517
 - depresión, 516-517
 - ira, 516
 - negación, 514-516
 - negociación, 516
 - necesidades de atención espiritual, 519-520, 520t
 - orientación concisa, 522
 - retos de la atención física,
 - dificultad respiratoria, 519
 - dolor, 518
 - estreñimiento, 519
 - ingesta nutricional deficiente, 519
 - Schneidman, guías de, 522
 - signos, 520
 - tratamiento del dolor, 518
 - voluntad anticipada, 520
- Muestra capilar, 384
- Mujeres, 320-324
 - cáncer de endometrio, 323
 - cáncer de mama, 324
 - cáncer de ovario, 323
 - cáncer de vagina, 322
 - cuello uterino, problemas de, 322
 - dispareunia, 323
 - hernia perineal, 323

infecciones y tumores, 320-322
vaginitis, 322
Muñeca,
 amplitud de movimiento,
 ejercicios para, 465f
 valoración, 466t
 exploración física, 340
Musulmanes, creencias y prácticas relacionadas con la muerte, 520t
Mutaciones, teorías de acumulación, 13

N

Nacionalidad, 24
Naturismo, 171
Náuseas y vómitos relacionados con fármacos, 149
Necesidades espirituales, 198-200
 amor, 198
 cercanía y confianza, 200
 dignidad, 198
 esperanza, 198
 expresión de fé, 199
 gratitud, 198-199
 homenaje de creencias y prácticas, 200
 perdón, 198
 significado y propósito, 198
 soledad, 200
 trascendencia, 199
Necesidades relacionadas con los desafíos en la salud, 94-95, 96f
Necrosis, 398
Negligencia, 106-107
Negligencia criminal, 107
Neumonía, 479t
Niacina, 242
 ingesta recomendada, 144t
Nicturia, 308
Nightingale, Florence, 81
Niños, 40
No maleficencia, 117, 119
No reanimar, instrucción, 112, 511
Nutrición, 141-153
 amenazas a la buena nutrición, 148-150
 anorexia, 148-149
 disfagia, 149
 edad y riesgos, 142
 en los adultos mayores, 142-146, 143f, 150-151
 estreñimiento, 149
 exceso de ingesta, 145t
 indigestión e intolerancia alimentaria, 148
 ingesta diaria recomendada, 142t
 interacciones entre hierbas y fármacos, 146t
 malnutrición, 149-150

necesidades especiales de mujeres, [146](#)
para la salud cardiovascular, [270](#)
promoción de la salud bucal, [147-148](#)
riesgos asociados con, [150t](#)
suplementos, [145-146](#), [450](#)
teorías, [16](#)
volumen hídrico deficiente, [147](#)

O

Obstrucción intestinal, [303-304](#)
Ojos,
 en la valoración nutricional, [151](#)
 función sensitiva, [367](#)
Older Americans Act, [3](#)
Olfato, cambios relacionados con la edad, [65](#)
Omisión, [107](#)
Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA), [111](#)
Oración (religión), [172](#)
Órdenes telefónicas, [112](#)
Órganos sensoriales, cambios relacionados con la edad, [63-65](#), [64f](#)
Orientación en la realidad, [469-470](#)
Ornish, dieta de, [271](#)
Osteopatía, [171](#), [450](#)
Osteoporosis, [345](#)
 factores de riesgo, [345](#)
Ovario, cáncer, [323](#)
Oxifenbutazona, [238](#)

P

Paranoia, [420-421](#)
Parkinsoniana, marcha, [340t](#)
Parkinsonismo, [219t](#)
Paternidad, [39](#)
Pene, tumores de, [326](#)
Pentazocina, [173](#)
Pentecostales,
 creencias y prácticas, [201](#)
 relacionadas con la muerte, [520t](#)
Perdón, espiritualidad y, [198](#)
Perimenopausia, [208](#)
Perineo, hernia en, [323](#)
Periodontitis, [293](#)
Personalidad, cambios relacionados con la edad, [67](#)
Peso corporal, medición, [152](#)
Piel, cáncer, [394-395](#), [395f](#)
 melanoma, [395](#)
 con diseminación superficial, [395](#)
 lentigo maligno, [395](#)
 nodular, [395](#)
Piel, estado,

- mancha mongólica, 393
- turgencia cutánea, 393
- Pierna, movimientos súbitos. *Véase* Síndrome de piernas inquietas
- Pioglitazona, 383
- Plan de atención de enfermería, 97t-102t
- Planificación del alta hospitalaria, 483-485
- Poder notarial, 110
- Polifarmacia, 224-225, 226t
- Posmenopausia, 208
- Potasio, 270
 - interacciones farmacológicas y con alimentos, 228t
- Práctica basada en la evidencia, 74, 77
- Práctica de la enfermería, teorías, 19-21
- Presbiacusia, 54, 64, 65, 70t
- Presbicia, 55, 63, 365
- Presbiterianos,
 - creencias y prácticas, 202
 - relacionadas con la muerte, 520t
- Presión arterial,
 - disminución, 275-276, 280
 - elevación, 58, 234, 262, 276
 - vigilancia en afroamericanos, 27, 27f
- Presión, lesión por, 396-398, 397f
 - etapas, 396
 - hiperemia, 398
 - isquemia, 398
 - lesión de tejidos profundos, 398
 - necrosis, 398
 - PUSH, 398
- Privacidad, invasión de, 107
- Probenecid,
 - interacciones farmacológicas y con alimentos, 227t
- Problemas dentales, 297-298
- Problemas económicos, 138
- Problemas legales, 106-114
 - agresión, 107
 - competencia del paciente, 110-111
 - confidencialidad, 109
 - consentimiento del paciente, 109-111
 - difamación del carácter, 107
 - en la muerte y el proceso de muerte, 112-114
 - estudios seriados, 107
 - fraude, 107
 - hurto, 107
 - impericia, 107-108
 - indicación de no reanimar, 112
 - invasión de la privacidad, 107
 - maltrato entre residentes geriátricos, 115
 - maltrato geriátrico, 114
 - medicamentos, 111
 - negligencia, 107

- órdenes telefónicas, 112
- restricción de la movilidad, 111-112
- secuestro, 107
- supervisión del personal, 111-112
- voluntad anticipada, 112-114, 113f
- Programas de actividad física, 281
- Programas de atención ambulatoria, 133
- Programas de enfermería ministeriales y parroquiales, 134
- Prostatectomía abierta, 219t
- Proteína C reactiva, detección precoz, 272
- Prueba para la identificación de trastornos del consumo de alcohol (AUDIT), 419
- Prurito, 392-393
- Psicoactivos, 245-246
- Pulgar, amplitud de movimiento,
 - ejercicios para, 465f
 - valoración, 466t
- Pulmón,
 - absceso de, 262
 - cáncer de, 261-262
- Pulso braquial, 274
- Pulso cubital, 274
- Pulso poplíteo, 274
- Pulso radial, 274
- Pulso temporal, 274

Q

- Qigong*, 450
- Queratosis, 393, 394f
- Queratosis seborreica, 394, 394f
- Quiropatía, 450 Quiropráctica, 171

R

- Racismo, 24
- Radiación, teoría, 15
- Radicales libres y lipofuscina, teoría, 13
- Raza, 25, 32
- Rebosamiento, incontinencia por, 312
- Reglamentos, 487
- Rehabilitación,
 - actividades de la vida cotidiana, 460t
 - ejercicios de amplitud de movimiento, 461-462, 461f, 463f-465f, 466t
 - entrenamiento intestinal y vesical, 466-469
 - mantenimiento y promoción de la función mental, 469-470
 - posición, 461
 - principios, 459
 - recursos, 470
 - tecnología y capacitación para la asistencia de la movilidad, 462-466
 - valoración de la función y, 459-461
 - vivir con discapacidad, 458-459
- Relajación progresiva, 450

Relativismo, [118](#)
Religión, [197](#)
Reloj biológico, [14](#)
Reminiscencia, [47](#), [469](#)
Residencia para adultos mayores, [127](#), [136](#)
Residencias grupales, [132](#)
Respiración. *Véase también* Aparato respiratorio,
alteraciones del sueño, [277](#)
función cardiovascular, [273](#)
función respiratoria, [254-255](#)
patrón ineficaz, [257](#)
síntomas de insomnio, [164](#)
Respiración profunda, ejercicios, [341](#)
Respuesta sexual,
cambios relacionados con la edad, [210](#)
ciclo, [211t](#)
Restricción de la movilidad, [111-112](#), [177](#), [188-190](#)
Revisión de vida, [37](#), [47-48](#)
Riboflavina, [385](#)
ingesta recomendada, [144t](#)
Ritmos circadianos, [157](#), [162](#)
Rodilla,
amplitud de movimiento
ejercicios para, [465f](#)
valoración, [466t](#)
exploración física, [340](#)
Rosiglitazona, [383](#)
Ruibarbo, efectos adversos, [228t](#)

S

SAGE (Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Elders), [32](#)
Salud bucal, [147-148](#)
Salud cutánea,
cáncer de piel, [394-395](#), [395f](#)
efectos del envejecimiento, [391](#)
lesión por presión, [396-398](#)
lesiones vasculares, úlceras por estasis, [395](#)
melanocitos, [391](#)
promoción de la normalidad, [398-399](#)
promoción de la salud, [391-392](#)
cáncer de piel, [391](#)
diagnóstico de enfermería, [394](#)
estado de la piel, [393](#)
prurito, [392-393](#)
queratosis, [393](#), [394f](#)
queratosis seborreica, [394](#), [394f](#)
riesgo de úlceras por presión, [399](#)
tratamientos alternativos, [399](#)
Salud mental, enfermedades,
abuso de alcohol, [419-420](#)

- atención de los problemas de conducta, [421-424](#), [423t-424t](#)
- autoconcepto positivo, [421](#)
- consideraciones de enfermería en caso de, [421-424](#)
- depresión, [412-418](#)
 - riesgo de suicidio, [417-418](#)
 - signos y síntomas, [415-417](#)
 - tratamiento, [417](#)
- drogas y conducta, [422t](#)
- en los adultos mayores, [411-412](#)
- envejecimiento y salud mental, [411](#)
- paranoia, [420-421](#)
- problemas de conducta, [421-424](#), [423t-424t](#)
- trastornos de ansiedad, [418-419](#)
- vigilancia de los medicamentos, [421](#), [422t](#)
- Salvation Army, creencias y prácticas, [202](#)
- Sarcopenia, [329](#), [457](#)
- Satisfacción, [80](#)
- Secuestro, [107](#)
- Sedantes, [248](#)
 - interacciones farmacológicas con, [226t](#)
- Seguridad, [177-195](#)
 - aromas, [183](#)
 - caídas y, [187-192](#)
 - colores, [183](#)
 - consideraciones psicosociales, [186-187](#)
 - control del ruido, [184-185](#)
 - cubiertas del suelo, [183-184](#)
 - deficiencias sensitivas y, [191](#)
 - deterioro funcional, [194](#)
 - disminución de riesgos, [190-191](#)
 - edad y riesgos de, [178](#), [179t](#)
 - efectos sobre el entorno, [180t-181t](#)
 - estimulación sensorial, [184](#)
 - evitación del crimen y, [193](#)
 - iluminación, [182](#)
 - infección, prevención de, [192](#)
 - limitaciones de la movilidad, [188-190](#), [191-192](#)
 - físicas, [180t-181t](#)
 - medicamentos, [192-193](#)
 - muebles, [184](#)
 - peligro de incendio, [185-186](#)
 - peligros en la habitación de baño, [185](#)
 - problemas, detección precoz de, [193-194](#)
 - promoción de la conducción segura, [193](#)
 - temperatura, [182-183](#)
 - vestimenta, [192](#)
 - vigilancia de la temperatura corporal, [192](#)
- Seguridad social, [3](#), [6](#)
- Seguro de salud, [6-8](#)
- Selenio, [270](#), [366](#)
- Senósidos, efectos adversos, [228t](#)

Sepultura, [522](#)

Servicios financieros, [128](#)

Servicios legales y de contaduría, [130](#)

Seudodemencia, [411](#), [416](#)

Sexualidad e intimidad, [207-222](#)

- barreras para la actividad sexual, [217-220](#)
- menopausia, [208](#), [210-214](#)
- promoción de la función sexual saludable, [220-222](#)

Sida, [434](#)

- en afroamericanos, [27-28](#)

Sildenafil, [218](#)

Sillas de ruedas, [468](#)

Síndrome crepuscular, [435](#)

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), [209](#)

Síndrome de piernas inquietas, [156](#), [159](#)

Síndrome metabólico, [384](#)

Sistema cardiovascular,

- aneurismas, [283-284](#)
- angina, [280](#)
- arritmias, [268](#)
- ateroesclerosis, [268](#)
- cambios relacionados con la edad, [57-58](#), [58f](#)
- capacitación del paciente, [285](#)
- coronariopatía, [280-281](#)
- cuidado pedio, [287](#)
- desacondicionamiento físico, [268](#)
- efectos del envejecimiento, [269](#)
- embolias pulmonares, [278-280](#)
- enfermedad vascular periférica, [287-288](#)
- enfermedad y la mujer, [272](#)
- enfermedades específicas, [272-290](#)
- hiperlipidemia, [281-282](#)
- hipertensión, [268](#)
- hipotensión, [268](#)
- infarto de miocardio, [280-281](#)
- insuficiencia cardíaca congestiva, [277-278](#)
- prevención de las complicaciones en, [268](#)
- promoción de la circulación, [286-287](#)
- promoción de la normalidad, [288](#)
- promoción de la salud, [269-272](#)
- afrontamiento del estrés, [271](#)
- ejercicio apropiado, [271](#)
- evitar fumar, [271](#)
- intervenciones proactivas, [271-272](#)
- nutrición adecuada, [270-271](#)

Ornish, dieta de, [271](#)

- recuperación de la dieta, [270](#)
- proteína C reactiva, detección precoz, [272](#)
- riesgos para la circulación adecuada y, [269t](#)
- salud del tejido sano, [269](#)
- tratamientos complementarios para, [288](#)

Sistema endocrino,
 cambios relacionados con la edad, 65
 diabetes mellitus, 379-386
 efectos del envejecimiento, 379
 hipertiroidismo, 387-388
 hipotiroidismo, 387
 realidades de la práctica, 388-389

Sistema inmunitario, cambios relacionados con la edad, 66

Sistema musculoesquelético, 338-348
 alteraciones de la marcha, 340
 artritis reumatoide, 344-345
 artrosis, 342-344
 callos, 347
 callosidades, 346-347
 cambios relacionados con la edad, 61, 61f-62f
 conexión mente y cuerpo, 324-326, 333-336
 dedo en martillo, 347
 diagnósticos de enfermería, 339
 dispositivos de autocuidado, 349f
 efectos de la inactividad, 336
 ejercicio físico, 329-331
 fascitis plantar, 347
 fracturas, 338-341
 función musculoesquelética, 339-340
 gota, 346
 infecciones, 347-348
 juanetes (*hallux valgus*), 347
 movilidad física deficiente, 337
 nutrición, 338
 osteoporosis, 345-346
 prevención de la inactividad, 336-337
 prevención de lesiones, 348-349

programas de actividad física, 331-334, 334f-335f
 promoción de la independencia, 349-350
 tratamiento del dolor, 348
 uñas encarnadas (onicocriptosis), 348
 videojuegos activos y la cognición del adulto mayor, 348-350

Sistema nervioso, 354-355
 accidente isquémico transitorio (AIT), 357-358
 cambios relacionados con la edad, 62-63, 63f
 cuidados bucales después del ictus, 362
 desempeño intelectual, 353
 diagnósticos de enfermería, 355t-356t
 efectos del envejecimiento, 353
 enfermedad de Parkinson, 356-357
 ictus, 358-361
 indicaciones, 354
 prevención de lesiones, 361-362
 promoción de la independencia, 361
 promoción de la salud neurológica, 353

Sistema nervioso central, alteraciones y deterioro cognitivo, 429

Sistema tegumentario, 391, 393
 cambios relacionados con la edad, 66
Soledad, espiritualidad y, 200
Sueño,
 alteraciones, 158-160
 apnea, 156, 159
 cambios relacionados con la edad, 157-158
 ciclos circadianos, 157
 control del dolor, 163-164
 eficacia y calidad, 157-158
 en los adultos mayores, 160-164
 enfermedades que afectan, 159-160
 etapas, 157, 158t
 factores que afectan, 160
 fármacos que afectan, 160
 insomnio, 158-159
 latencia, 156
 medidas farmacológicas, 160-161
 medidas no farmacológicas, 161-163
 mioclono nocturno, 159
 síndrome de piernas inquietas, 159
Supervisión del personal, 111
Sustancias tóxicas, deterioro cognitivo y, 429

T

Tadalafilo, 220
Tai chi, 213, 333, 450
Tareas del desarrollo según Erikson, 18t
Tejido embrionario, inyección de, 12
Tejidos profundos, lesión en, 398
Temperatura corporal,
 cambios relacionados con la edad, 66, 182-183, 192
 en la enfermedad cardiovascular, 286
Teoría del error, 14, 14f
Teoría biológica, 12-16, 12f
Teoría de desvinculación, 16
Teoría de la continuidad, 17
Teoría de la reticulación, 13
Teoría de las tareas del desarrollo, 18
Teoría de trascendencia gerontológica, 18-19
Teoría del entorno, 16
Teoría del soma desechable, 14
Teoría estocástica, 11-14
Teoría evolucionista, 13-14
Teoría no estocástica, 11, 14-16
Teoría pleiotrópica antagonista, 13
Teoría psicológica, 18
Teoría sociológica, 16-17
Teoría subcultural, 17
Terciarismo esofágico, 55, 59, 293

Termorregulación, cambios relacionados con la edad, 66

Tiamina, ingesta recomendada, 144

Tiazidas,
interacciones de alimentos con, 228t
interacciones farmacológicas con, 227t, 228t

Tibial posterior, pulso, 274

Tiña del pie, 348

Tioridazina,
interacciones farmacológicas y con alimentos, 227t

Tirotropina (TSH), 387

Tobillo,
amplitud de movimiento,
ejercicios para, 465f
exploración física, 340
valoración, 466t

Toque terapéutico, 450

Tos productiva, 264

Tranquilización vía telefónica, 132

Transgénero, 25

Transiciones de vida, 47-48
cumplimiento ineficaz del rol, 44
disminución del entorno social, 45-46
jubilación, 42-44
mortalidad, consciencia, 46-47
pérdida del cónyuge, 41-42
recuerdo de las historias de vida, 48
respuesta a las, 47-51
autorreflexión, 48-49
fortalecimiento de los recursos internos, 50-51
roles de familia, cambios en los, 38-41
salud y el funcionamiento, cambios en la, 44-45
vejismo, 37-38

Transporte, 130

Trascendencia, 51-52
esperanza y, 199

Tratamiento ambulatorio, 133

Tratamiento de reemplazo hormonal (TRH), 207

Tratamientos alternativos y complementarios,
atención continua, 136
cáncer, tratamiento de, 405
demencia, 436
enfermedad crónica, 448-450
menopausia, 213
salud cutánea, 399

Tratamientos complementarios. *Véase* Tratamientos alternativos y complementarios,

Tratamientos mediante contacto,
confort, 172
yoga, 171

Traumatismo,
deterioro cognitivo y, 429
toxinas y, 437

Trébol, efectos adversos, 228t
Triglicéridos, vigilancia, 384
Tumores de testículo, 326
Turgencia, 393
Tutela. *Véase* Custodia

U

Úlcera péptica, 299-300
Úlceras por presión, 479t
 cambios relacionados con la edad, 70t
 PUSH, 398
 ulceración, 396, 398
Uñas encarnadas (onicocriptosis), 348
Urgencia, incontinencia de, 312
Utilitarismo, 118

V

Vagina, cáncer de, 322
Vaginitis, 322
Vardenafilo, 220
Vejiga, cáncer de, 316
Veracidad, 117, 119
Vida, historia de, 47-48
Vida, tiempo de, 2, 4
Vida media biológica, 224
Viejismo, 37-38
VIH, infecciones por, en afroamericanos, 28
Visión,
 cambios relacionados con la edad, 63-64
 normal, 373f
Visión y audición,
 consideraciones de enfermería, 376
 deficiencias de la audición, 374-376
 atención del paciente, 374-375
 auxiliares auditivos, 375-376, 376f
 problemas que deterioran la audición, 374f
 deficiencias visuales, 368-373
 cataratas, 368-369
 degeneración macular, 372-373
 desprendimiento de retina, 372-373
 glaucoma, 369-371, 373f
 úlceras corneales, 373
 efectos del envejecimiento, 365
 promoción de la salud, 365-368
 nutrientes favorables para la visión, 366
 promoción de la audición, 366
 promoción de la visión, 365-366
 valoración de los problemas, 366-368
Vitaminas, 270, 366
Viudez, 41-42

Voluntad anticipada, [112-114](#)
Voluntariado, [130](#)
Vulva, infecciones y tumores, [320-322](#)

Y

Yodo, ingesta recomendada, [144t](#)
Yoga, [171](#), [213](#), [333](#), [450](#)
 adulto mayor, [136f](#)
 en el tratamiento del dolor, [171](#)

Índice

Title Page	2
Copyright	3
Dedication	5
Prefacio	6
Revisores	12
Reconocimientos	17
Estructura del libro	18
Contenido	20
UNIDAD 1 LA EXPERIENCIA DEL ENVEJECIMIENTO	35
1 La población de edad avanzada	36
Perspectivas del adulto mayor a través de la historia	37
Características de la población de edad avanzada	38
Crecimiento de la población y aumento de la esperanza de vida	40
Estado civil y vivienda	41
Ingresos económicos y empleo	42
Seguro de gastos médicos	43
Estado de salud	44
Implicaciones del envejecimiento de la población	46
Impacto de los baby boomers	46
Prestaciones y pago de servicios	47
2 Teorías del envejecimiento	51
Teorías biológicas del envejecimiento	52
Teorías estocásticas	53
Teorías no estocásticas	56
Teorías sociológicas del envejecimiento	59
Teoría de la desvinculación	59
Teoría de la actividad	60
Teoría de la continuidad	61
Teoría de la subcultura	62
Teoría de la estratificación de la edad	62
Teorías psicológicas del envejecimiento	62
Tareas del desarrollo	62
Trascendencia genética	64
Teorías de enfermería en el envejecimiento	64

Teoría de las consecuencias funcionales	64
Teoría del desarrollo	64
Teoría del envejecimiento exitoso	65
Aplicación de las teorías del envejecimiento a la práctica de la enfermería	65
3 Diversidad	72
Aumento de la diversidad de la población de adultos mayores	73
Panorama general de los diversos grupos de adultos mayores en los Estados Unidos	74
Hispanos americanos	74
Afroamericanos	76
Asiáticos americanos	78
Judíos americanos	81
Nativos americanos	82
Musulmanes	84
Adultos mayores gays, lesbianas, bisexuales y transgénero	85
Consideraciones de enfermería para la atención sensible a la cultura de los adultos mayores	86
4 Transiciones e historia de vida	93
Viejismo	94
Cambios en los roles y las relaciones familiares	96
Paternidad	96
Abuelos	97
Pérdida del cónyuge	100
Jubilación	102
Pérdida del rol laboral	102
Ingresos económicos reducidos	105
Cambios en la salud y el funcionamiento	106
Efectos acumulados de las transiciones de vida	108
Disminución del entorno social	108
Consciencia de la mortalidad	109
Respuesta a las transiciones de vida	110
Revisión e historia de vida	111
Autorreflexión	113
Fortalecimiento de los recursos internos	117
5 Cambios frecuentes en el envejecimiento	123
Cambios corporales	124
Células	124
Aspecto físico	125

Aparato respiratorio	126
Sistema cardiovascular	127
Aparato digestivo	130
Aparato urinario	132
Aparato reproductor	133
Sistema musculoesquelético	134
Sistema nervioso	136
Órganos sensoriales	138
Sistema endocrino	141
Sistema tegumentario	142
Sistema inmunitario	142
Termorregulación	143
Cambios psicológicos	144
Personalidad	144
Memoria	144
Inteligencia	145
Aprendizaje	145
Capacidad de concentración	146
Implicaciones de los cambios relacionados con la edad en la enfermería	146
UNIDAD 2 FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA	152
6 La especialidad de enfermería geriátrica y gerontológica	153
Desarrollo de la enfermería geriátrica y gerontológica	154
Elementos básicos de la práctica de enfermería geriátrica y gerontológica	158
Práctica basada en la evidencia	158
Estándares	158
Competencias	159
Principios	160
Papel de la enfermería geriátrica y gerontológica	165
Sanador	165
Cuidador	166
Educador	166
Defensor	168
Innovador	168
Funciones de enfermería de práctica avanzada	168
Autocuidado y aprendizaje	169
Seguir prácticas de salud positivas	169

Fortalecimiento y construcción de conexiones	169
Comprometerse con un proceso dinámico	173
El futuro de la enfermería geriátrica y gerontológica	173
Usar las prácticas basadas en evidencias	174
Avanzar la investigación	175
Promover la atención integral	175
Instruir a los cuidadores	176
Desarrollar nuevos roles	177
Equilibrar la calidad de la atención y los costes de atención de la salud	178
7 Valoración integral y planificación de la atención	183
Atención geriátrica y gerontológica integral	184
Necesidades de la atención integral	185
Necesidades relacionadas con la promoción de la salud	186
Necesidades relacionadas con los desafíos en la salud	187
Requisitos para cumplir con las demandas	188
Procesos de enfermería geriátrica y gerontológica	190
Ejemplos de aplicación	190
Aplicación del modelo integral. El caso de la Sra. D	192
El personal de enfermería como sanador	199
Características de la sanación	200
8 Aspectos legales de la enfermería geriátrica y gerontológica	204
Leyes que rigen la práctica de la enfermería geriátrica y gerontológica	205
Riesgos legales de la enfermería geriátrica y gerontológica	206
Impericia	206
Confidencialidad	210
Consentimiento del paciente	211
Competencia del paciente	212
Supervisión del personal	214
Medicamentos	214
Restricción de la movilidad	215
Órdenes telefónicas	216
Indicaciones de no reanimar	216
Voluntad anticipada y temas relacionados con la muerte y el morir	217
Maltrato geriátrico	219
Protección legal para el personal de enfermería	220
9 Aspectos éticos de la enfermería geriátrica y gerontológica	224

Filosofías que rigen el pensamiento ético	225
Ética en la enfermería	226
Estándares éticos internos y externos	226
Principios éticos	227
Consideraciones culturales	228
Dilemas éticos que enfrenta el personal de enfermería geriátrica y gerontológica	230
Cambios que aumentan los dilemas éticos para el personal de enfermería	231
Medidas para ayudar al personal de enfermería a tomar decisiones éticas	233
10 Continuo de atención en enfermería geriátrica y gerontológica	239
Servicios en el continuo de la atención de adultos mayores	241
Servicios de apoyo y prevención	241
Servicios de atención parcial e intermitente	247
Servicios de atención integral y continua	254
Servicios complementarios y alternativos	255
Servicios de acuerdo con las necesidades	257
Escenarios y funciones de la enfermería geriátrica y gerontológica	257
UNIDAD 3 PROMOCIÓN DE LA SALUD	264
11 Nutrición e hidratación	265
Requerimientos nutricionales de los adultos mayores	266
Requerimientos calóricos cualitativos y cuantitativos	266
Suplementos alimenticios	271
Necesidades especiales de las mujeres	273
Requerimientos de hidratación de los adultos mayores	273
Promoción de la salud bucal	275
Amenazas a la buena nutrición	277
Indigestión e intolerancia alimentaria	277
Anorexia	277
Disfagia	278
Estreñimiento	278
Desnutrición	279
Atención de los estados nutricional e hídrico de los adultos mayores	281
12 Sueño y descanso	288
Cambios en el sueño relacionados con la edad	289
Ciclos circadianos de sueño y vigilia	289
Etapas del sueño	290

Eficacia y calidad del sueño	290
Alteraciones del sueño	291
Insomnio	292
Mioclonía nocturna y síndrome de piernas inquietas	292
Apnea del sueño	293
Enfermedades que afectan el sueño	293
Medicamentos que afectan el sueño	294
Otros factores que afectan el sueño	294
Promoción del descanso y el sueño en los adultos mayores	295
Medidas farmacológicas para promover el sueño	295
Medidas no farmacológicas para promover el sueño	296
Control del dolor	299
13 Confort y atención del dolor	303
Confort	304
Dolor. Un fenómeno complejo	304
Prevalencia de dolor en los adultos mayores	304
Tipos de dolor	305
Percepción del dolor	306
Efectos del dolor no aliviado	306
Valoración del dolor	306
Abordaje integral en la atención del dolor	311
Tratamientos complementarios	311
Cambios en la dieta	315
Medicamentos	315
Brindar tranquilidad	317
14 Seguridad	323
Envejecimiento y los riesgos para la seguridad	324
Importancia del entorno para la salud y el bienestar	325
Influencia del envejecimiento sobre la seguridad del entorno y la función	328
Iluminación	330
Temperatura	331
Colores	332
Aromas	333
Cubiertas del piso	333
Muebles	334
Estimulación sensorial	335
Control del ruido	335

Peligros en el cuarto de baño	336
Peligro de incendio	337
Consideraciones psicosociales	338
El problema de las caídas	340
Riesgos y prevención	340
Riesgos asociados con la restricción de la movilidad	343
Intervenciones para disminuir los riesgos intrínsecos para la seguridad	346
Disminuir los riesgos para la hidratación y la nutrición	346
Atender los riesgos asociados con las deficiencias sensoriales	347
Atender los riesgos asociados con las limitaciones de la movilidad	348
Vigilar la temperatura corporal	348
Prevenir la infección	349
Recomendar vestimenta adecuada	350
Emplear cuidadosamente los medicamentos	350
Evitar el crimen	350
Promover la conducción segura	351
Promover la detección precoz de los problemas	351
Atender los riesgos asociados con las deficiencias funcionales	352
15 Espiritualidad	357
Necesidades espirituales	358
Amor	358
Significado y propósito	359
Esperanza	359
Dignidad	359
Perdón	359
Gratitud	359
Trascendencia	360
Expresión de fe	360
Valoración de las necesidades espirituales	361
Atención de las necesidades espirituales	362
Estar disponible	362
Respetar las creencias y las prácticas	363
Brindar oportunidades para estar solo	363
Promover la esperanza	368
Ayudar en el descubrimiento del significado y el afrontamiento de las situaciones difíciles	369
Facilitar las prácticas religiosas	369
Orar con y por el paciente	369

16 Sexualidad e intimidad	374
Adultos mayores y actitudes frente al sexo	375
Realidades del sexo en los adultos mayores	377
Actitud y rol sexual	378
Intimidad	378
Cambios relacionados con la edad en la función sexual	379
La menopausia como camino hacia la conexión interior	380
Control de los síntomas y educación de la paciente	382
Autoaceptación	384
Andropausia	386
Identificar barreras para la actividad sexual	386
Compañero sexual no disponible	387
Barreras psicológicas	387
Enfermedades	392
Disfunción eréctil	392
Efectos adversos de los fármacos	394
Deterioro cognitivo	395
Promoción de la función sexual saludable	395
17 Empleo seguro de medicamentos	401
Efectos del envejecimiento sobre el empleo de medicamentos	402
Polifarmacia e interacciones	403
Alteración de la farmacocinética	407
Alteración de la farmacodinámica	410
Aumento del riesgo de reacciones adversas	411
Promover el uso seguro de medicamentos	411
Evitar los medicamentos potencialmente inapropiados. Criterios de Beers	411
Revisar la necesidad y la eficacia de los medicamentos prescritos	412
Promover la administración segura y eficaz	415
Brindar asesoramiento para el paciente	417
Vigilar los valores de laboratorio	418
Alternativas a los medicamentos	419
Revisión de fármacos específicos	420
Analgésicos	420
Antiácidos	423
Antibióticos	424
Anticoagulantes	425
Anticonvulsivos	426

Antidiabéticos (hipoglucemiantes)	427
Antihipertensivos	429
Antiinflamatorios no esteroideos	431
Hipolipemiantes	432
Fármacos que mejoran la cognición	433
Digoxina	434
Diuréticos	435
Laxantes	436
Psicoactivos	437
UNIDAD 4 ATENCIÓN GERIÁTRICA	446
18 Respiración	448
Efectos del envejecimiento sobre la salud respiratoria	449
Promoción de la salud respiratoria	450
Afecciones respiratorias seleccionadas	456
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	456
Neumonía	460
Influenza	462
Cáncer pulmonar	463
Absceso pulmonar	464
Consideraciones generales de enfermería para las afecciones respiratorias	464
Identificar los síntomas	464
Prevenir las complicaciones	464
Garantizar la administración segura de oxígeno	465
Drenaje postural	467
Promover la tos productiva	468
Usar tratamientos complementarios	468
Promover el autocuidado	469
Dar ánimo	470
19 Circulación	474
Efectos del envejecimiento sobre la salud cardiovascular	475
Promoción de la salud cardiovascular	476
Nutrición adecuada	477
Ejercicio adecuado	479
Evitar el humo del tabaco	480
Tratar el estrés	480
Intervenciones proactivas	480
Enfermedades cardiovasculares y las mujeres	481

Afecciones cardiovasculares seleccionadas	482
Hipertensión	482
Hipotensión	488
Insuficiencia cardíaca congestiva	488
Embolia pulmonar	490
Coronariopatías	493
Hiperlipidemia	495
Arritmias	497
Enfermedad vascular periférica	498
Consideraciones generales de enfermería para las afecciones cardiovasculares	502
Prevención	502
Mantener al paciente informado	502
Prevenir las complicaciones	503
Promover la circulación	505
Proveer cuidados de los pies	506
Tratar los problemas asociados con la enfermedad vascular periférica	507
Promover la normalidad	507
Integrar tratamientos complementarios	508
20 Digestión y eliminación intestinal	514
Efectos del envejecimiento sobre la salud gastrointestinal	515
Promoción de la salud gastrointestinal	516
Afecciones gastrointestinales seleccionadas y consideraciones de enfermería relacionadas	521
Boca seca (xerostomía)	521
Problemas dentales	522
Disfagia	523
Hernia hiatal	524
Cáncer de esófago	525
Úlcera péptica	525
Cáncer de estómago	527
Enfermedad diverticular	527
Cáncer de colon	528
Estreñimiento crónico	529
Flatulencias	531
Obstrucción intestinal	532
Bolo fecal	533
Incontinencia fecal	533

Apendicitis aguda	534
Cáncer de páncreas	534
Enfermedades de las vías biliares	535
21 Micción	538
Efectos del envejecimiento sobre la eliminación urinaria	539
Promoción de la salud del aparato urinario	540
Afecciones urinarias seleccionadas	543
Infección de vías urinarias	543
Incontinencia urinaria	545
Cáncer de vejiga	551
Cálculos renales	551
Glomerulonefritis	551
Consideraciones generales de enfermería para las afecciones urinarias	552
22 Salud del aparato reproductor	556
Efectos del envejecimiento sobre el aparato reproductor	557
Promoción de la salud del aparato reproductor	558
Afecciones del aparato reproductor seleccionadas	558
Problemas del aparato reproductor femenino	558
Problemas del aparato reproductor masculino	564
23 Movilidad	570
Efectos del envejecimiento sobre la función musculoesquelética	571
Promoción de la salud musculoesquelética	572
Promoción del ejercicio físico en todos los grupos de edad	572
Programas de ejercicios diseñados para los adultos mayores	574
La conexión mente-cuerpo	579
Prevención de la inactividad	583
Nutrición	587
Afecciones musculoesqueléticas seleccionadas	588
Fracturas	588
Artrosis	593
Artritis reumatoide	596
Osteoporosis	598
Gota	600
Afecciones de podología	600
Consideraciones generales de enfermería para las afecciones musculoesqueléticas	603
Tratar el dolor	603
Prevenir las lesiones	604

Promover la independencia	606
24 Función neurológica	611
Efectos del envejecimiento sobre el sistema nervioso	612
Promoción de la salud neurológica	613
Afecciones neurológicas seleccionadas	617
Enfermedad de Parkinson	617
Accidente isquémico transitorio	619
Ictus	620
Consideraciones generales de enfermería para las enfermedades neurológicas	624
Promover la independencia	624
Prevenir las lesiones	625
25 Visión y audición	629
Efectos del envejecimiento sobre la visión y la audición	630
Promoción de la salud sensorial	631
Promover la visión	631
Promover la audición	632
Valoración de los problemas	633
Enfermedades visuales y auditivas específicas e intervenciones de enfermería relacionadas	635
Deficiencias visuales	635
Deficiencias auditivas	644
Consideraciones generales de enfermería para las deficiencias visuales y auditivas	648
26 Función endocrina	652
Efectos del envejecimiento sobre la función endocrina	653
Enfermedades endocrinas específicas y consideraciones de enfermería relacionadas	653
Diabetes mellitus	653
Hipotiroidismo	666
Hipertiroidismo	667
27 Salud cutánea	672
Efectos del envejecimiento sobre la piel	673
Promoción de la salud cutánea	673
Enfermedades cutáneas específicas	675
Prurito	676
Queratosis	678
Queratosis seborreica	679
Cáncer de piel	679

Lesiones vasculares	681
Úlceras por presión	682
Consideraciones generales de enfermería para las enfermedades cutáneas	686
Promover la normalidad	686
Uso de tratamientos alternativos	687
28 Cáncer	691
Envejecimiento y cáncer	692
Desafíos específicos para los adultos mayores con cáncer	692
Explicaciones de la mayor incidencia en la edad avanzada	693
Factores de riesgo, prevención y detección	693
Tratamiento	696
Tratamiento convencional	696
Medicina complementaria y alternativa	697
Consideraciones de enfermería para los adultos mayores con cáncer	699
Instrucción del paciente	699
Promoción de la atención óptima	699
Apoyo a pacientes y familiares	700
29 Trastornos de salud mental	705
Envejecimiento y salud mental	706
Promoción de la salud mental en los adultos mayores	707
Enfermedades específicas de salud mental	709
Depresión	709
Ansiedad	719
Abuso de sustancias	720
Paranoia	723
Consideraciones de enfermería para los trastornos de salud mental	724
Vigilar los medicamentos	724
Promover un autoconcepto positivo	724
Atender los problemas de conducta	725
30 Delirium y demencia	732
Delirium	733
Demencia	739
Enfermedad de Alzheimer	739
Otras demencias	743
Atender a personas con demencia	744
31 Vivir en armonía con las enfermedades crónicas	757
Enfermedades crónicas en los adultos mayores	758

Objetivos de la atención crónica	759
Valoración de las necesidades de la atención crónica	763
Maximizar los beneficios de la atención crónica	765
Elegir a un médico adecuado	765
Emplear a un asesor de atención crónica	766
Aumentar el conocimiento	767
Ubicar un grupo de apoyo	767
Decidir inteligentemente sobre el estilo de vida	767
Utilizar tratamientos complementarios y alternativos	767
Factores que afectan la atención crónica	770
Mecanismos de defensa e implicaciones	771
Factores psicosociales	771
Efectos de la atención continua sobre la familia	772
Necesidad de ingreso a un centro de atención	772
Atención crónica. Un desafío de enfermería	773
UNIDAD 5 ESCENARIOS Y PROBLEMAS ESPECIALES EN LA ATENCIÓN GERIÁTRICA	776
32 Atención de rehabilitación y restauradora	777
Atención de rehabilitación y restauradora	778
Vivir con discapacidad	780
Importancia de la actitud y la capacidad de afrontamiento	781
Pérdidas que acompañan la discapacidad	781
Principios de enfermería de rehabilitación	782
Valoración funcional	783
Intervenciones para facilitar y mejorar el funcionamiento	785
Facilitar la posición adecuada	785
Ayudar con los ejercicios de amplitud de movimiento	785
Asistir con los dispositivos de ayuda para la movilidad y la tecnología de asistencia	787
Instruir acerca del entrenamiento intestinal y vesical	792
Mantener y promover la función mental	796
Utilizar los recursos de la comunidad	797
33 Atención de urgencias	803
Riesgos asociados con la hospitalización en los adultos mayores	804
Atención quirúrgica	806
Riesgos especiales para los adultos mayores	806
Consideraciones para la atención preoperatoria	807
Consideraciones para la atención operatoria y postoperatoria	810

Atención de urgencia	812
Infecciones	816
Planificación del alta de los adultos mayores	818
34 Atención a largo plazo	823
Desarrollo de la atención a largo plazo	824
Antes del siglo XX	824
Durante el siglo XX	825
Lecciones de la historia	827
Residencias para adultos mayores en la actualidad	828
Estándares de las residencias para adultos mayores	828
Habitantes de las residencias para adultos mayores	829
Roles y responsabilidades de enfermería	833
Otros escenarios de atención a largo plazo	836
Comunidades de cuidados asistenciales	836
Atención con base en la comunidad y domiciliaria	836
Una mirada hacia el futuro. Un nuevo modelo de atención a largo plazo	837
35 Cuidadores familiares	844
La familia del adulto mayor	845
Identificación de los miembros de la familia	846
Roles de los miembros de la familia	846
Dinámica familiar y relaciones	847
Alcance de los cuidados familiares	850
Cuidados a larga distancia	851
Protección de la salud del cuidador del adulto mayor	853
Disfunción familiar y maltrato	856
Beneficios de los cuidados familiares	857
36 Atención al final de la vida	863
Definiciones de muerte	864
Experiencia familiar con el proceso de muerte	865
Apoyar al individuo en proceso de muerte	867
Etapas del proceso de muerte e intervenciones de enfermería asociadas	868
Suicidio racional y suicidio asistido	873
Retos de la atención física	874
Necesidades de atención espiritual	876
Signos de muerte inminente	877
Voluntad anticipada	878
Apoyar a la familia y los amigos	879

Apoyar a través de las etapas del proceso de muerte	879
Ayudar a la familia y los amigos después de una muerte	880
Apoyar al personal de enfermería	881
Índice alfabético de materias	886