



## **III curso para cuidadores familiares o no profesionales de enfermos de alzhéimer:**

**“Comunicación con el enfermo. Manejo de situaciones difíciles”**

**FRANCISCO MARTÍNEZ CANTO**  
**DUE, Experto en Geriátría y Gerontología.**

**Madrid, 27 de septiembre de 2012**

# CONTENIDOS

El manejo de las situaciones difíciles en las actividades de la vida diaria

La prevención de las escaras

La higiene, la alimentación y la nutrición del enfermo



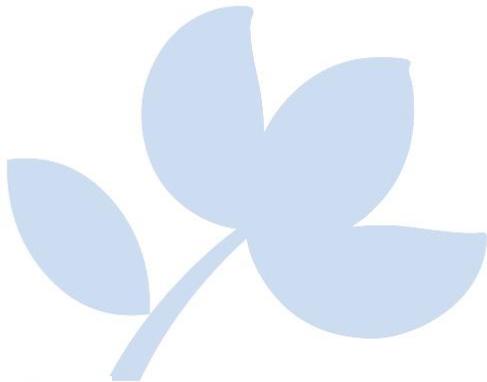
# **El manejo de las situaciones difíciles en las actividades de la vida diaria**

# El manejo de las situaciones difíciles en las actividades de la vida diaria

- ✓ La enfermedad de Alzheimer y las demencias relacionadas pueden hacer que una persona actúe de manera diferente e imprevisible.
- ✓ Algunos pacientes sufren inquietud o agresividad. Otros repiten preguntas o gestos.
- ✓ Es común que las personas con demencia interpreten mal lo que ellos ven u oyen.
- ✓ Todo es debido al avance de la enfermedad debido a la destrucción neuronal en el cerebro de la persona afectada.

# El manejo de las situaciones difíciles en las actividades de la vida diaria

- ✓ Los cambios en la conducta son resultado de la evolución de la propia enfermedad y pueden llevar a malentendidos, frustración, y tensión entre la persona y el cuidador.
- ✓ Es importante entender que la persona no actúa de manera impropia a propósito, sino que la única culpable de su actuación es la propia enfermedad que padece.



# 1.- Señales de bienestar y malestar en el enfermo de Alzheimer

Es muy importante para el cuidador detectar las señales que traducen el estado de ánimo del enfermo ¿cómo? observando sobre todo su comportamiento

# 1.- Señales de bienestar y malestar en el enfermo de Alzheimer

Se consideran **SEÑALES DE BIENESTAR**:

- UNA ACTITUD POSITIVA
- ACTITUD DE APOYO Y AFECTO.
- ACTITUD DE AYUDA.
- ACTITUD CREATIVA Y COMPENSATIVA.



# 1.- Señales de bienestar y malestar en el enfermo de Alzheimer

Se consideran SEÑALES DE MALESTAR a:

- COMPORTAMIENTOS ESPECÍFICOS: como llorar, gritar, huir, seguir al cuidador...
- ESTAR TENSO O NERVIOSO
- CAMINAR TODO EL DÍA (deambulación constante)
- HABLAR SIN PARAR
- MOSTRARSE TRISTE
- ESTÁR APÁTICO Y PASIVO
- MOSTRARSE IRRITABLE Y COLÉRICO

# 1.- Señales de bienestar y malestar en el enfermo de Alzheimer



Una reacción catastrófica requiere que se busque y encuentre la razón o las razones que explican este comportamiento, independientemente de la afectación neurológica subyacente. Cuando encuentres el motivo se acabó la reacción.

## 2.- Trastornos del comportamiento y reacciones catastróficas:

- 2.1.- ¿Qué son los trastornos?
- 2.2.- Trastornos más frecuentes.
- 2.3.- Repercusiones sobre el cuidador
- 2.4.- Papel y actitud del cuidador

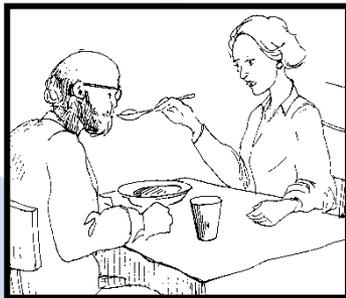


## 2.1.- ¿Qué son los trastornos?

### Trastornos del comportamiento



Expresa sus sentimientos



- Fuente de angustia
- Quizás necesite medicación
- Pueden conducir a la institucionalización

## 2.1.- ¿Qué son los trastornos?

### Trastornos del comportamiento

Se deben a las pérdidas neurológicas asociadas a la enfermedad de Alzheimer, (afectación de la Amígdala e Hipocampo)

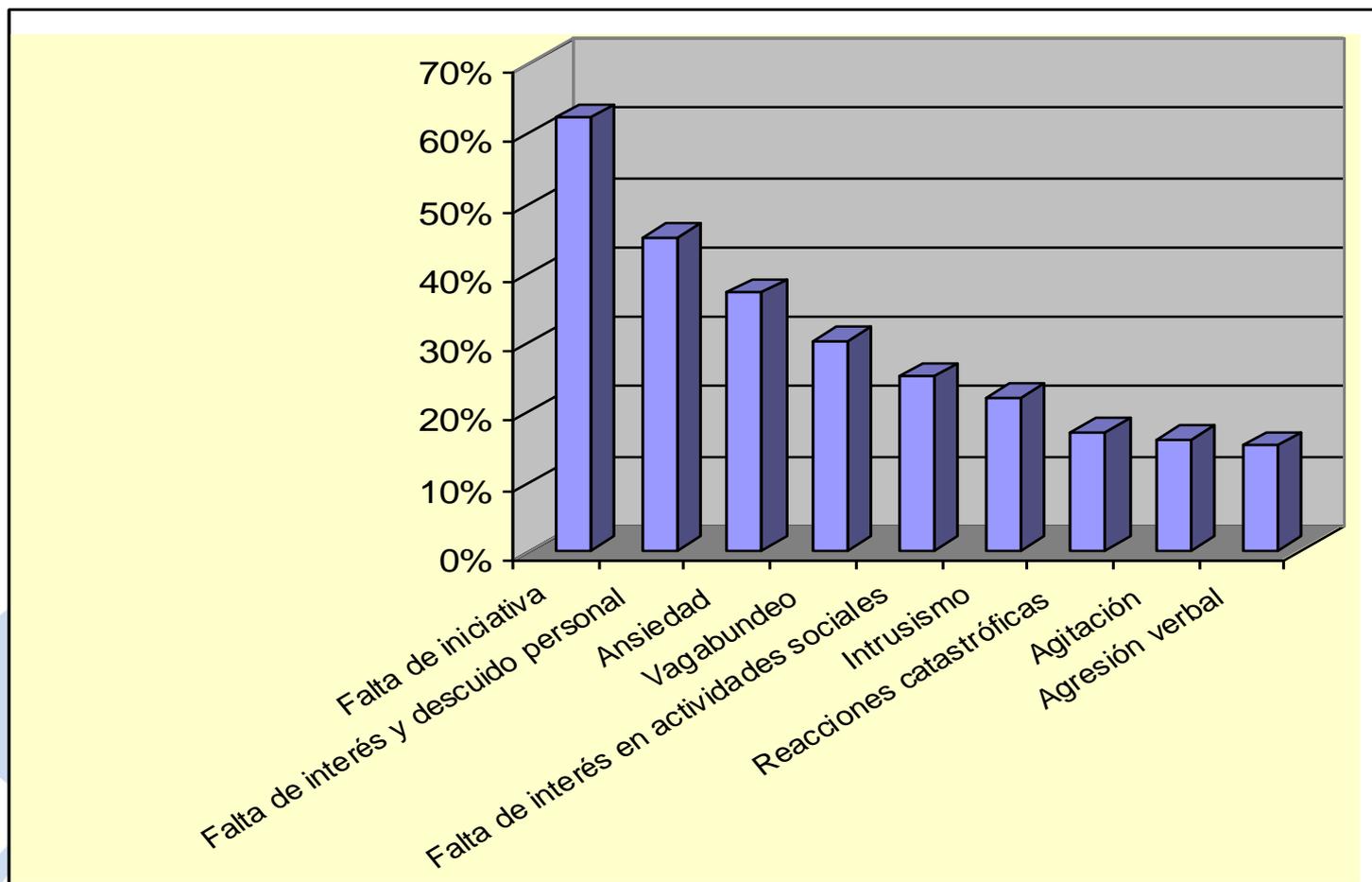


## 2.1.- ¿Qué son los trastornos?

Los trastornos del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer se suelen clasificar en:

- Ideas paranoicas.
- Alucinaciones
- Trastornos de la actividad
- Agresiones verbales o físicas.
- Trastornos del ritmo diurno
- Trastornos afectivos
- Ansiedad y fobias

## 2.2.- Trastornos más frecuentes



## 2.2.- Trastornos más frecuentes

Para el cuidador los más angustiosos suelen ser:

- Amenazas de dañar a otro
- Ideas de Suicidio
- Tristeza/depresión
- Falta de esperanza
- Pensamientos de muerte
- Comportamiento peligroso
- Discusiones y enfrentamientos.

## 2.3.- Repercusión sobre el cuidador

Las anteriores alteraciones del comportamiento producen sobre el cuidador: - Desestructuración familiar y

➤ Altos niveles de agotamiento psicosocial

ESPOSAS

>

MARIDOS

MUJERES

>

HOMBRES

CONYUGES

>

HIJOS



## 2.3.- Papel y actitud del cuidador



LA FORMACIÓN E  
INFORMACIÓN DEL CUIDADOR  
AYUDAN SIEMPRE A  
REDUCIR SU AGOTAMIENTO  
PSICOLÓGICO

## 3.- Actividades básicas de la vida diaria

3.1.- ¿Cómo tiene que actuar un cuidador?

3.2.- Criterios para una intervención correcta.

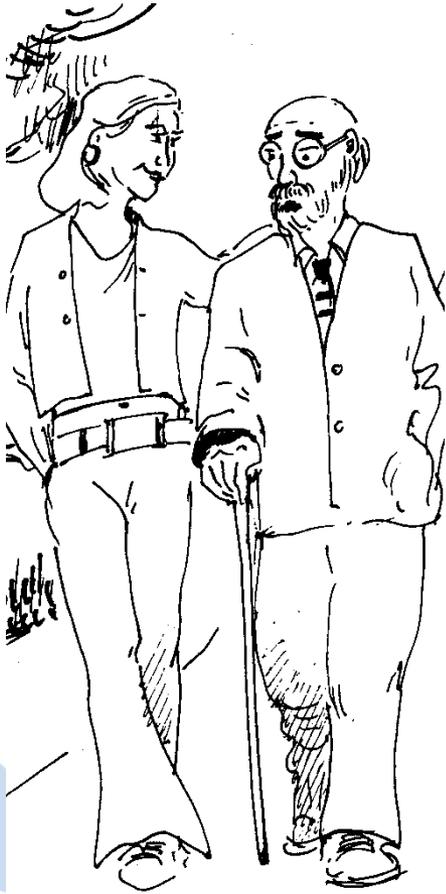
3.3.- Consejos prácticos básicos.

3.4.- Higiene personal y aseo.

3.5.- Vestirse y desvestirse.

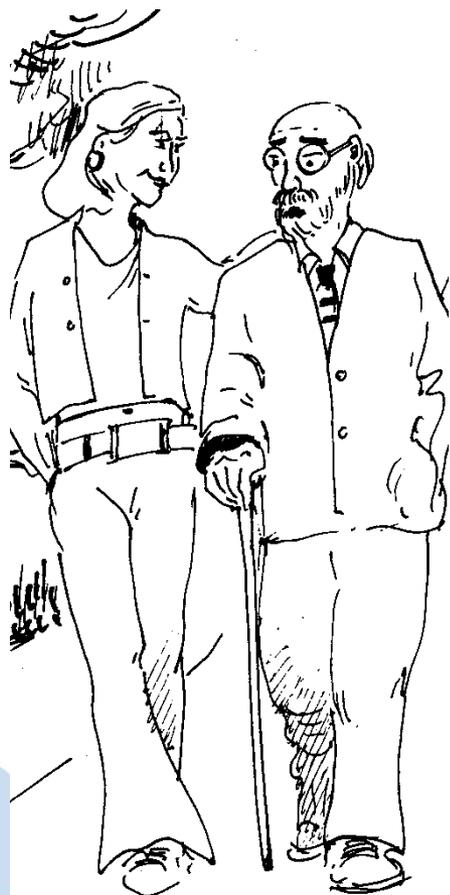
3.6.- Nutrición e hidratación...

# ACTIVIDADES BÁSICAS DIARIAS: asearse, comer, continencia... (Las necesarias para subsistir)



- Responde a una RUTINA
- Las alteraciones aparecen en la FASE INTERMEDIA de la enfermedad
- El enfermo requiere un ESTÍMULO CONSTANTE para realizarlas, felicítale siempre cuando las realice.

## 3.1.- ¿Cómo debe actuar un cuidador?

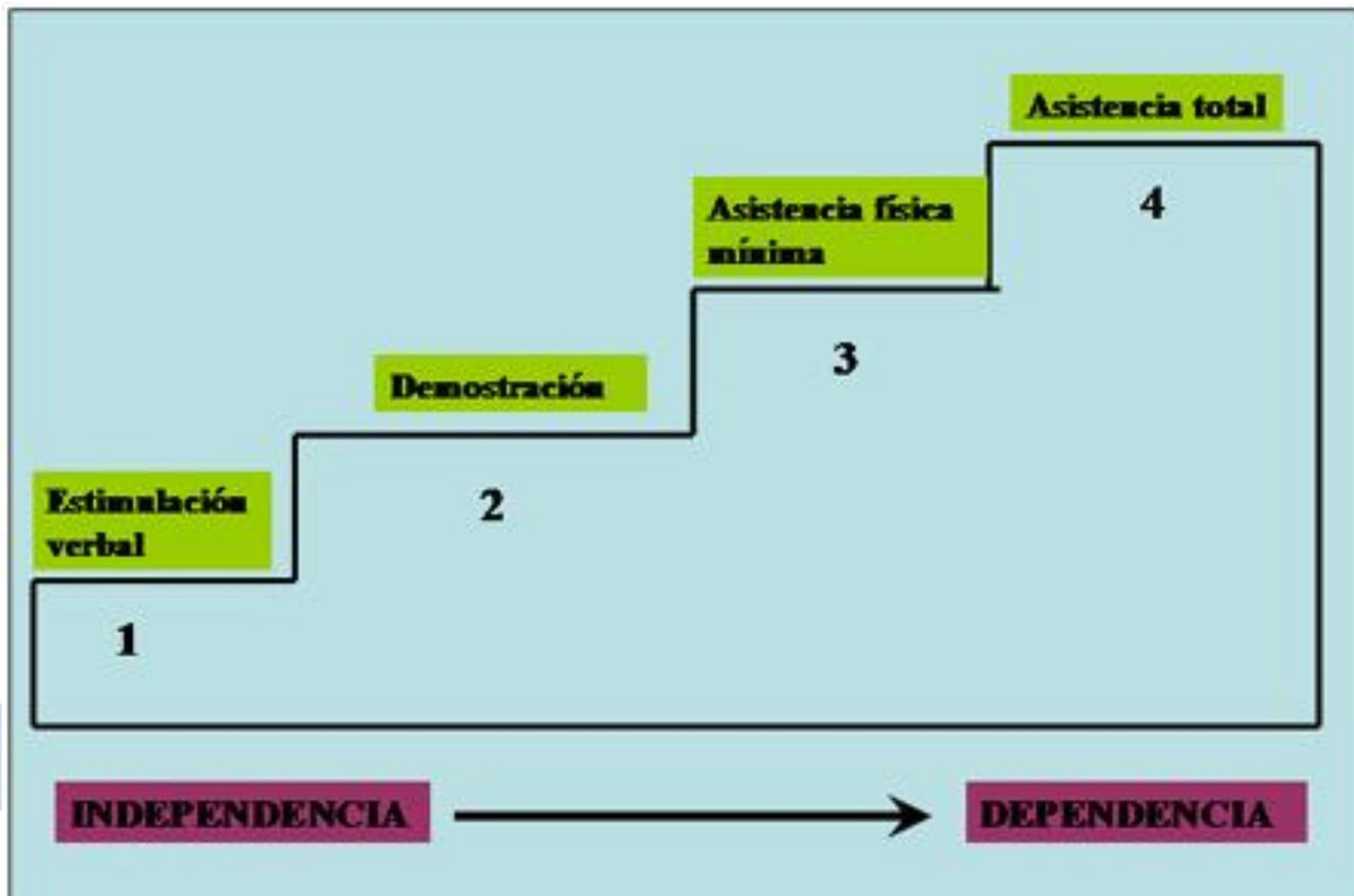


NUNCA LAS REALICES POR ÉL, SINO CON ÉL.

RECUERDA:

- En la 1ª fase, **SUPERVISAR**.
- En la 2ª fase, además de supervisar en ocasiones tendrás que **SUSTITUIR**.
- En la 3ª fase, **SUPLIR**.

## 3.2.- Criterios de una intervención correcta



## 3.3.- Consejos prácticos básicos

### CONSEJOS GENERALES:



- CONSERVA SIEMPRE LA CALMA= TEN PACIENCIA
- NO INTERVENGAS SISTEMÁTICAMENTE
- DÁLE TIEMPO
- ORGANIZA SU VIDA RUTINARIAMENTE
- NO LE OBLIGUES NI FUERZES NUNCA, ASÍ EVITARÁS 1 REACCIÓN CATASTRÓFICA

# RECUERDA

- ***Clasificar las actividades nos sirve para NO EXIGIR más de lo que la persona enferma puede dar y conseguir así el mayor nivel de actividad posible en todas y cada una de las actividades (básicas, instrumentales o avanzadas).***



## RESUMEN: IDEAS CLAVES

DEDICA TIEMPO para hablar con el enfermo, forma parte de tu trabajo como cuidadora/or.

Muchos enfermos funcionan por debajo de sus capacidades por no recibir el apoyo necesario a nivel de la comunicación

Los trastornos del comportamiento son la forma que elige el enfermo para decirte cómo se encuentra y que necesita tu apoyo y protección. SIEMPRE son un MENSAJE DIRIGIDO A TI, por favor : escúchalo.

## RESUMEN: IDEAS CLAVES

La prevención de los trastornos del comportamiento es la estrategia más adecuada

La RUTINA en las actividades instrumentales es fundamental. Hay que CREARLA cuando no existe. Hay que SEGUIRLA cuando ya existe.

Los trastornos del comportamiento crean situaciones muy estresantes para el cuidador principal y la familia y son decisivas en predecir el ingreso en una institución

# El manejo de la persona con demencia y los problemas de conducta

- Las alteraciones de conducta van a necesitar por 1 lado el tratamiento Psicofarmacológico y por otro el aprendizaje de técnicas de entrenamiento y habilidades para hacer 1 lectura positiva de cada situación.
- Nunca se entrará en discusión con la persona en pleno delirio o agitación. Si es así tenemos que esperar a que esté más tranquila.
- Conservemos la calma ya que enfadarnos no sirve para nada y el no es culpable de lo que hace, simplemente reacciona así debido a la enfermedad.
- Intentemos buscar la causa que ha provocado esa reacción ya que si la encontramos evitaremos que se repita.

# El manejo de la persona con demencia y los problemas de conducta

- Esperemos 5 minutos y de una forma sencilla, con órdenes claras, breves y simples de una manera asertiva obtengamos su participación:
  - “Sé que es difícil para ti, ¿lo hacemos entre los dos?”
  - Siempre nos servirá si lo acompañamos de refuerzos y situaciones positivas y felicitándola siempre: “lo has hecho muy bien, felicidades”.



# Consejos generales para enfrentarnos a los problemas de conducta

- Conserva la calma así evitarás las reacciones catastróficas (llanto, enfado o agitación desproporcionada).
- Deja que realice las AVD que no entrañen peligro para él: poner la mesa aunque equivoque los cubiertos...
- No le dejes conducir o abrir el gas o el fuego...
- Procura buscarle 1 actividad supletoria, por ej: pasear le ayudará a tranquilizarse; barrer; lavar la ropa a mano...

# Los problemas de comportamiento en las ABVD (es el enfermo quien nos habla de ellos en 1ª persona)

## 2ª ETAPA DE LA EA

- confusión y desorientación
- negarnos a realizar VD
- realizar deambulación constante, perseguir a la cuidadora, tener cambios en nuestro sueño, agitación, agresividad verbal o física...

## PRESENTAR

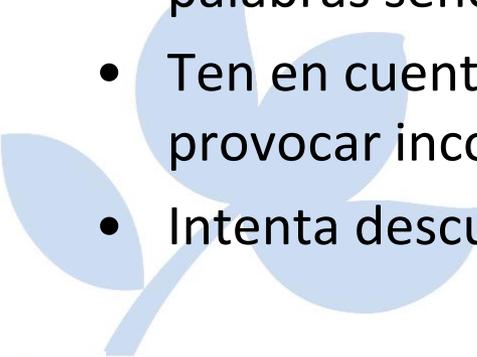
- delirios
- alucinaciones
- paranoias

## NO SABER QUE HACER

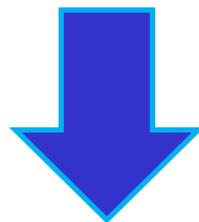
- Estos trastornos son los que más angustian a nuestros cuidadores y familiares

- La clave de tus cuidados está en que sea yo (el enfermo) quien realice las actividades de forma repetitiva, recordándome diariamente lo que debo hacer, con cariño y palabras empáticas y fáciles de entender.
- Evita discutir conmigo porque no tengo la culpa de hacer las cosas mal.

### Y SIEMPRE QUE APAREZCA 1 PROBLEMA DE COMPORTAMIENTO:

- Ten toda la paciencia del mundo, e intenta tranquilizarme con palabras sencillas, tono suave y relajado.
- Ten en cuenta que el avance de la enfermedad me va a provocar incomprensión, temor y confusión.
- Intenta descubrir la causa de mi comportamiento, ¿cómo?=  


Piensa → cuando ha aparecido el problema: ¿antes o después de tomar la medicación?, ¿cuándo ha venido alguien a verme?, ¿si me has obligado a realizar algo?...



Cuando hayas controlado la situación recuerda cómo has conseguido resolverla y estudia lo que ha estado acertado y lo que no, así aprenderás de tus experiencias y podrás compartirlas con el resto del equipo para que todos actúen de la misma forma.

*Ten en cuenta que el mejor tratamiento ha de combinar:*

- Información** sobre el problema detectado.
- Consejo** adecuado del profesional correspondiente.
- Apoyo** del equipo o de la familia (cuidador familiar).
- Cada enfermo somos distintos por lo que podemos comportarnos de **diferente** forma.

- Trátame siempre con dignidad y respeto porque estoy enfermo de demencia pero sigo siendo 1 ser humano.
- Evita las discusiones conmigo porque yo no soy culpable de lo que me ocurre.
- Facilita mi independencia y autonomía mientras las AVD no sean peligrosas para mí.
- Procura disminuir mi estrés por lo que te pido que uses conmigo el doble o triple de tiempo a la hora de realizar 1 actividad.
- Comprende y acepta mis limitaciones y ayúdame cuando aún sea capaz de realizar todo lo que puedo hacer.

# ¿Cómo debes actuar ante 1 problema en mi comportamiento?

Planteándote las preguntas siguientes ya que van a ayudarte siempre:

- ¿En qué **momento** aparece el problema?
- ¿**Dónde** se presenta el problema o en qué lugar?
- ¿Qué ocurre **antes** de aparecer el problema?
- ¿**Qué hago** cuando aparece el problema
- ¿**Cómo reaccionas** ante mi comportamiento?



# ¿Cuál ha de ser tu actuación?

- Recuerda que la mayoría de mis reacciones anómalas se deben al avance de la enfermedad en mi cerebro, nunca a mi cabezonería, por eso tu actitud hacia mi ha de ser de tolerancia, respeto y comunicación.
- \* Procura no discutir conmigo ni enfrentarte a mi, sabes que no soy culpable de lo que hago.
- \* Intenta reaccionar con calma siempre y procura alejarme de la situación por ejemplo llevándome a otra habitación o distrayéndome con otra actividad (ver fotos de mi infancia, escuchar música de mi tiempo, ofreciéndome un objeto, preguntándome por el trabajo que tanto me gustaba...).

# Derechos asertivos del cuidador:

Todas las personas que nos dedicamos a cuidar tenemos derecho a ser felices y defender nuestros objetivos:

- Derecho a mantener nuestra dignidad y respeto y a que nos traten así.
- Derecho a rechazar peticiones y decir NO sin sentirnos culpables o egoístas (para delegar funciones a otros miembros del equipo con el fin de no sobrecargarnos).
- Derecho a expresar nuestros sentimientos (desahogarnos y comunicar nuestras emociones en el instante adecuado).
- Derecho a pedir lo que necesitamos (Si lo pedimos tenemos más probabilidades de conseguirlo) teniendo en cuenta que nuestros derechos terminan donde empiezan los del otro.

# Derechos asertivos del cuidador:

- Derecho a pedir información y ser informado (si comunicamos a los demás cómo hemos actuado ante 1 problema detectado les ayudaremos a solucionarlo en el futuro).
- Derecho a ser escuchado y tomado en serio (a tener opinión y expresarla ya que callar en ocasiones es sumisión y esto es perjudicial para uno y para los demás).
- Derecho a cambiar (de ideas, opiniones e incluso a romper compromisos adquiridos cuando creemos que nos hacen daño).
- Derecho a cometer errores (a equivocarnos y no ser infalibles en nuestro trabajo y en nuestra vida).
- Derecho a juzgar nuestras necesidades, a establecer prioridades y tomar nuestras propias decisiones (a decidir qué es lo mejor para nosotros como personas y no sólo como cuidadores).

La relación de ayuda es un **ENCUENTRO**.

= **Entreveramiento de dos realidades que se confunden, mezclan, interrelacionan, enriquecen,...**

• **Objetivo**: Ser **MEJOR PERSONA**. Dignificar al Ser humano y humanizar la relación.

• **Condiciones**: **Comunicación, Apertura, Generosidad, Escucha, Empatía, Profundidad, Compasión,...**



Los Encuentros...  
**SIGNIFICATIVOS.**

**SIEMPRE**

**SON**

**MODIFICAN NUESTRA EXISTENCIA.**

# Objetivos de la Relación de Ayuda.

- Modificar los comportamientos y actitudes inadecuadas.
- Hacer Ver. Ayudar a estructurar pensamientos, creencias, ideas que eviten el daño de la irracionalidad.
- Co-construir Narraciones. Cuestionar los guiones preestablecidos y ofrecer alternativos.
- Configurar un Nuevo Sentido.

La Relación de Ayuda debe entender siempre que el Protagonismo del proceso lo tiene el paciente Y nuestr@s compañeras.

“Yo te ayudo a que te ayudes a ti mism@”

## EN CADA ENCUENTRO EXISTE UNA IMPLICACIÓN...

- ❖ ¿Hasta qué punto?
- ❖ ¿Qué me puede ocurrir? = Ansiedad de Expectativas
- ❖ ¿Lo haré bien, sabré ayudar?

LOS ENCUENTROS AL SER ÚNICOS E IRREPETIBLES SE  
CONVIERTEN EN IMPREVISIBLES, NO SABEMOS  
CÓMO VA A REACCIONAR LA PERSONA, NI COMO  
PODEMOS REACCIONAR NOSOTROS MISMOS.

# La prevención de las escaras

# En la medicina árabe...

- El arte de curar es...
- Primero, “muasá”. Nivelarse en el dolor. La compasión. Intentar ponernos en el lugar de la persona que sufre, del enfermo o del discapacitado.
- Después, “mudauá”. Tratar.

# CONCEPTOS

- **Llaga:** afta
- **Escara:** costra de color oscuro que resulta de la pérdida de vitalidad
- **Herida:** perforación o desgarramiento de los tejidos
- **Úlcera:** solución de continuidad con pérdida de sustancia debido a un proceso de escasa o nula cicatrización

# DEFINICIÓN DE ÚLCERA

- Son lesiones o trastornos de la integridad cutánea.
- Se manifiestan como zonas localizadas de necrosis isquémica en tejidos que cubren prominencias óseas en zonas de apoyo prolongado.



# A QUÉ SE DEBEN

- A la falta de **oxígeno**.
- Falta de **nutrientes** esenciales en un área de la piel como consecuencia de un insuficiente suministro de sangre a los tejidos fruto de una presión prolongada.



# QUE ES LO QUE OCURRE DESPUÉS

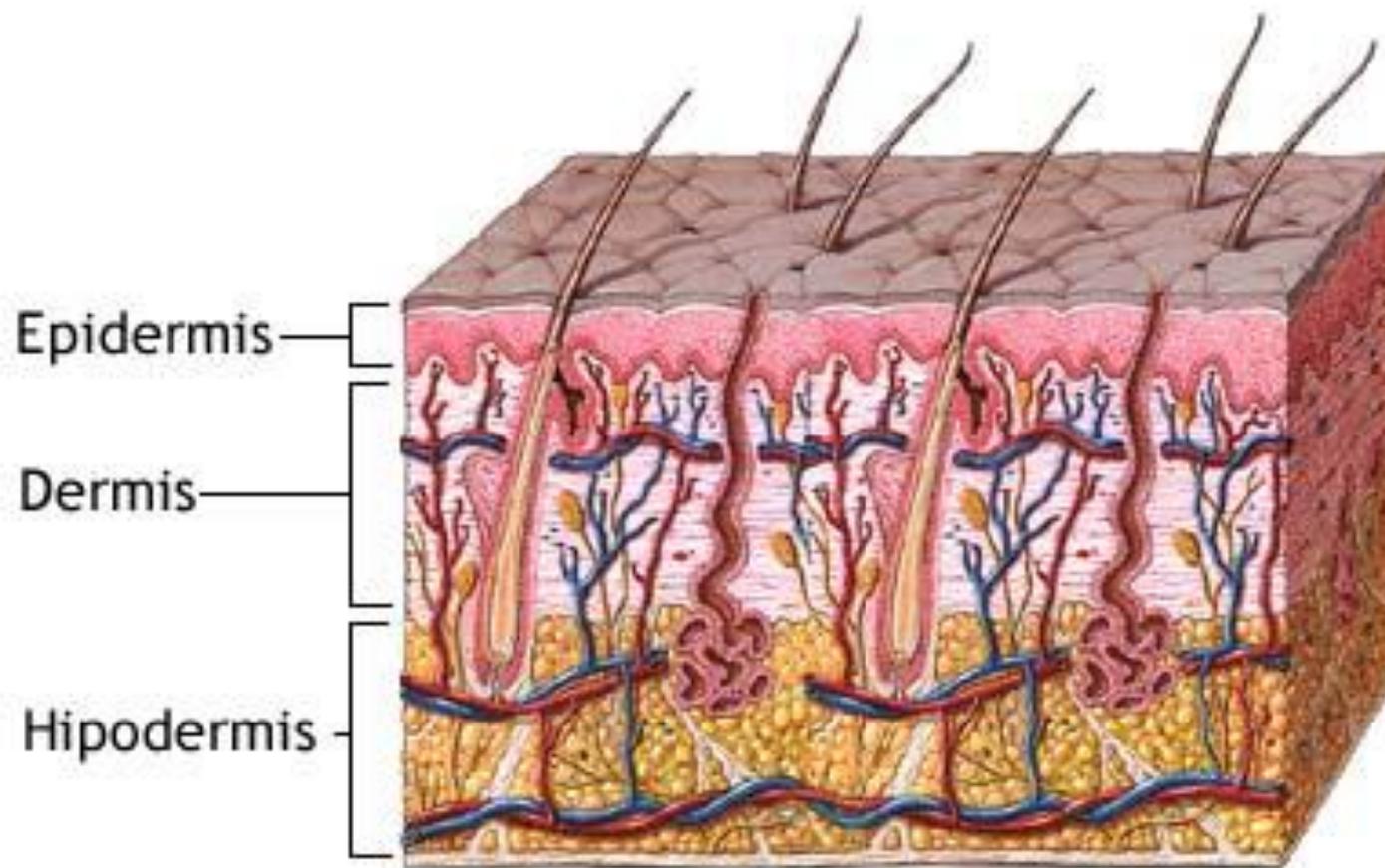
- Una vez rota la piel , se forma una úlcera que puede ser dolorosa y que cicatriza con gran lentitud.
- Estas circunstancias favorecen la invasión de microorganismos.
- Cuando se infecta la úlcera , también se puede llegar a afectar músculo y hueso.



La incidencia de UPP es un  
indicador muy vinculado a  
**la calidad de nuestros  
cuidados.**



# CAPAS DE LA PIEL

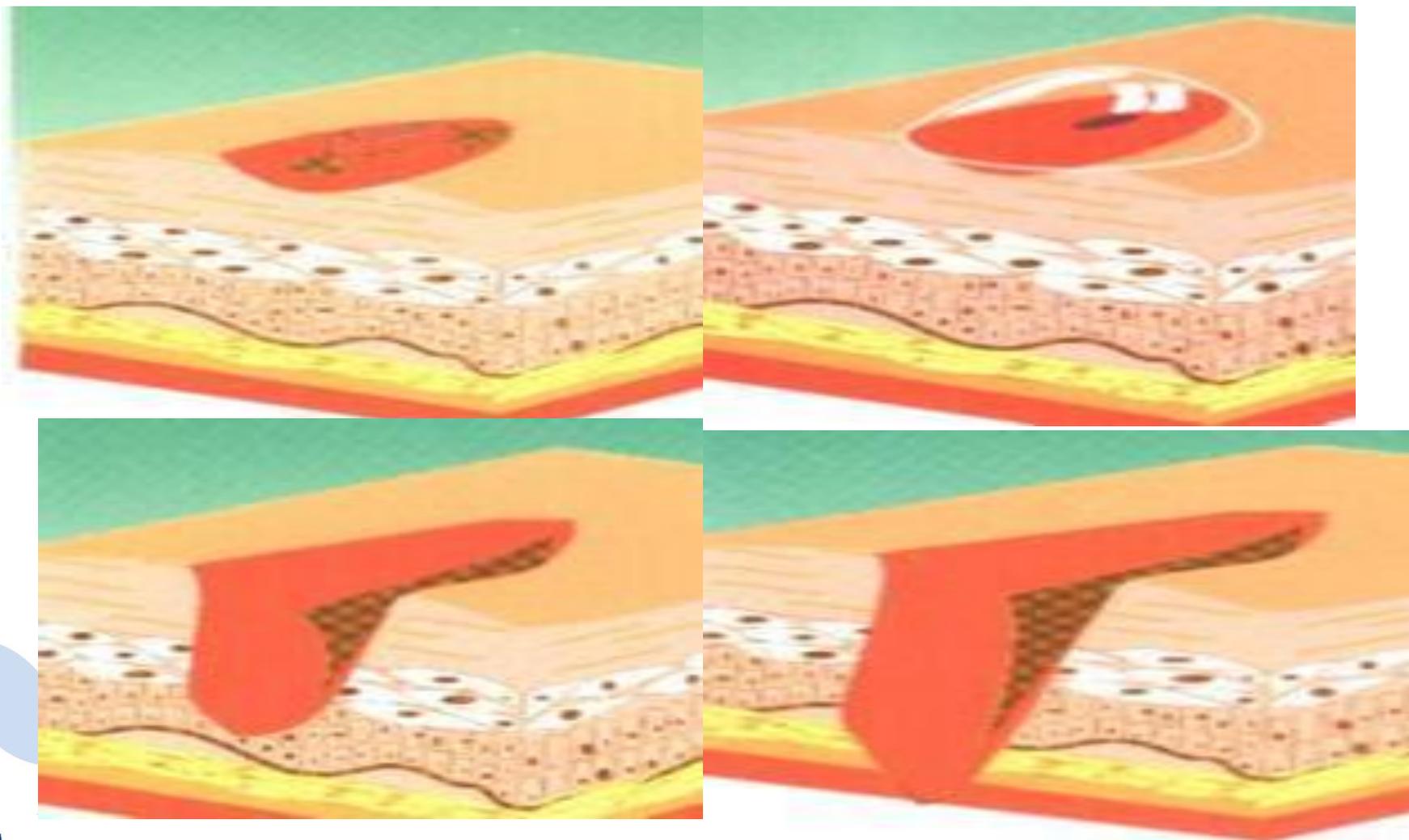


# FUNCIONES DE LA PIEL

- **Aislamiento.**
- **Protección.**
- Regulación de la **temperatura.**
- Creación de **anticuerpos.**
- Participa en el metabolismo de determinadas sustancias ( **Vit. D**).
- **Eliminación sudoral y sebácea** que mantiene elástica y húmeda la superficie cutánea.



# Afectación de la piel por capas en el proceso de formación de UPP:



# Tejidos presentes en el lecho de la lesión

- Tejido necrótico
  - Tejidos de color negro o marrón oscuro
- Tejido esfacelado
  - Restos de material fibrinoso de color amarillo-verdoso o blanco- grisáceo de consistencia blanda
- Tejido de granulación
- Epitelización

# Tejido desvitalizado: necrótico, esfacelado

- Contiene **células muertas** como consecuencia de la destrucción de los tejidos.
- Constituye un **obstáculo** para que se desarrolle el proceso de cicatrización.
- **Medio de cultivo ideal** para la flora bacteriana aumentando el riesgo e infección.
- **No se puede hacer un valoración real** de la herida para situar su estadio en presencia e esta tejido.

# Tejido de granulación

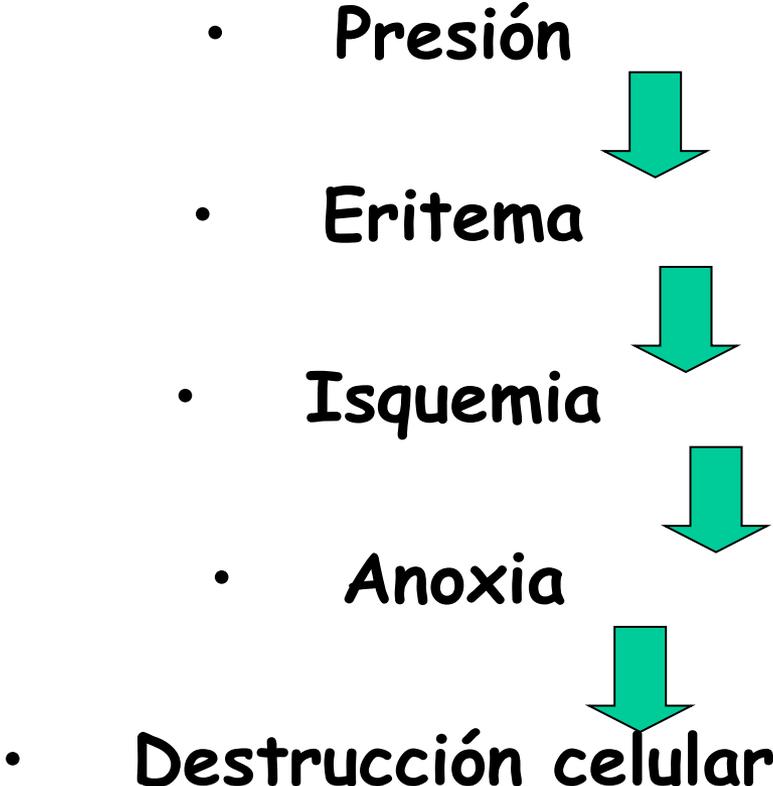
- El tejido granular por lo general crece desde la base de la herida y tiene la capacidad de rellenar heridas sin importar su tamaño.
- De color rojo claro o rosado oscuro, perfundido con nuevos circuitos capilares.
- Suave al tacto.
- Húmedo.
- De apariencia irregular (granular).
- **Crea la base para la epitelización .**

# Epitelización

- Es el proceso de **curación**.
- Las células epiteliales se dividen y migran desde los bordes de la úlcera y cierran la misma.
- Después de la renovación, la costra se desprende y el tejido epitelial recién formado y de color rosa llega a ser visible.



# Proceso de formación

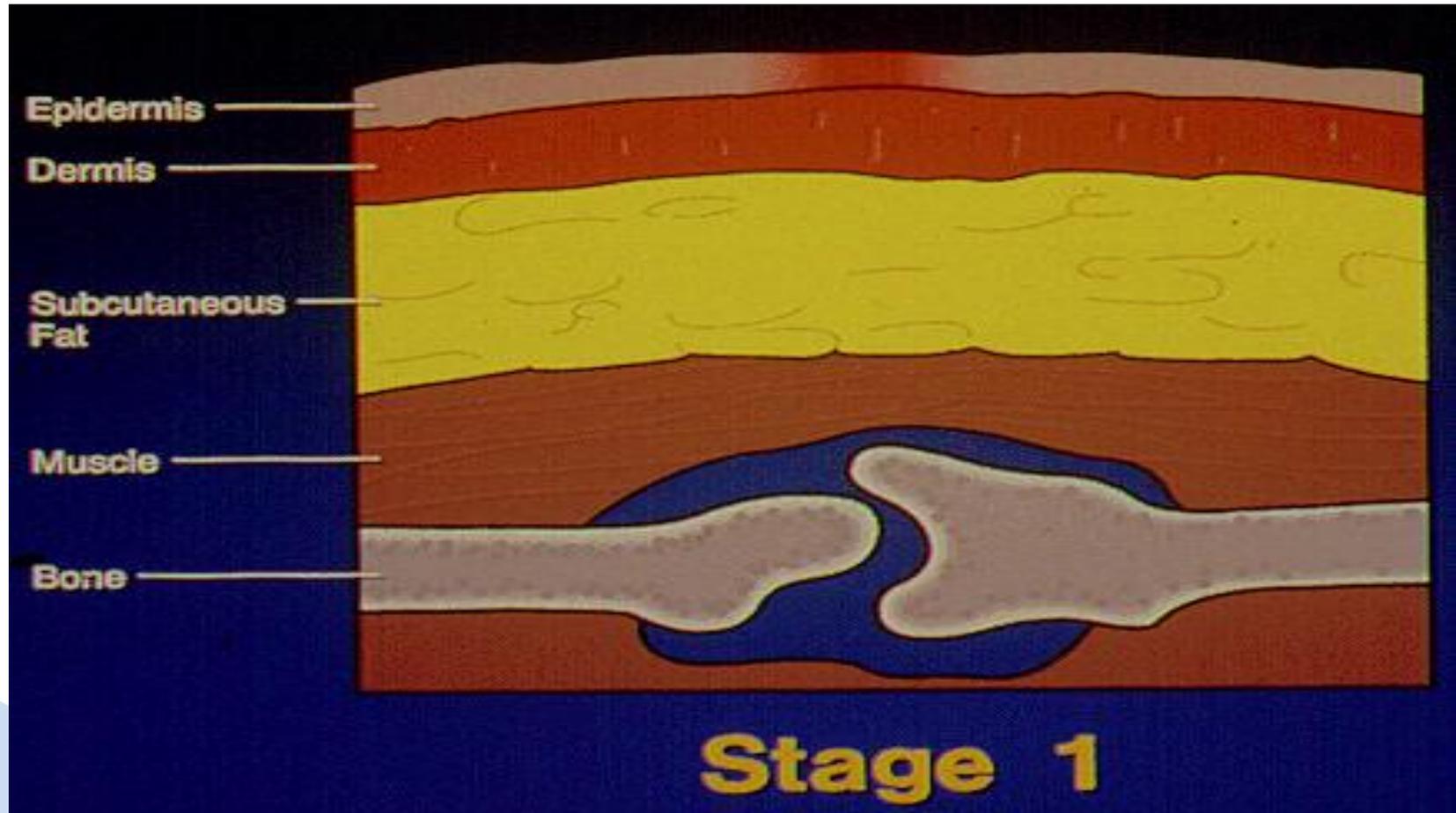
- Presión
  - Eritema
  - Isquemia
  - Anoxia
  - Destrucción celular
- 
- ```
graph TD; A[Presión] --> B[Eritema]; B --> C[Isquemia]; C --> D[Anoxia]; D --> E[Destrucción celular];
```



# Estadio I

- Eritema que no desaparece al cesar la presión (**piel rosada o enrojecida**)
- En pieles oscuras puede presentar tonos rojos, azules o morados
- **No cede en 30 seg.** al desaparecer la presión
- Epidermis y dermis afectadas pero **no destruidas**
- La zona de la lesión puede presentar además:
  - Cambios de temperatura ( frío, calor)
  - Cambio de consistencia (edema o induración)
  - Sensación de dolor o escozor al compararla con otra zona no alterada

# Estadio I

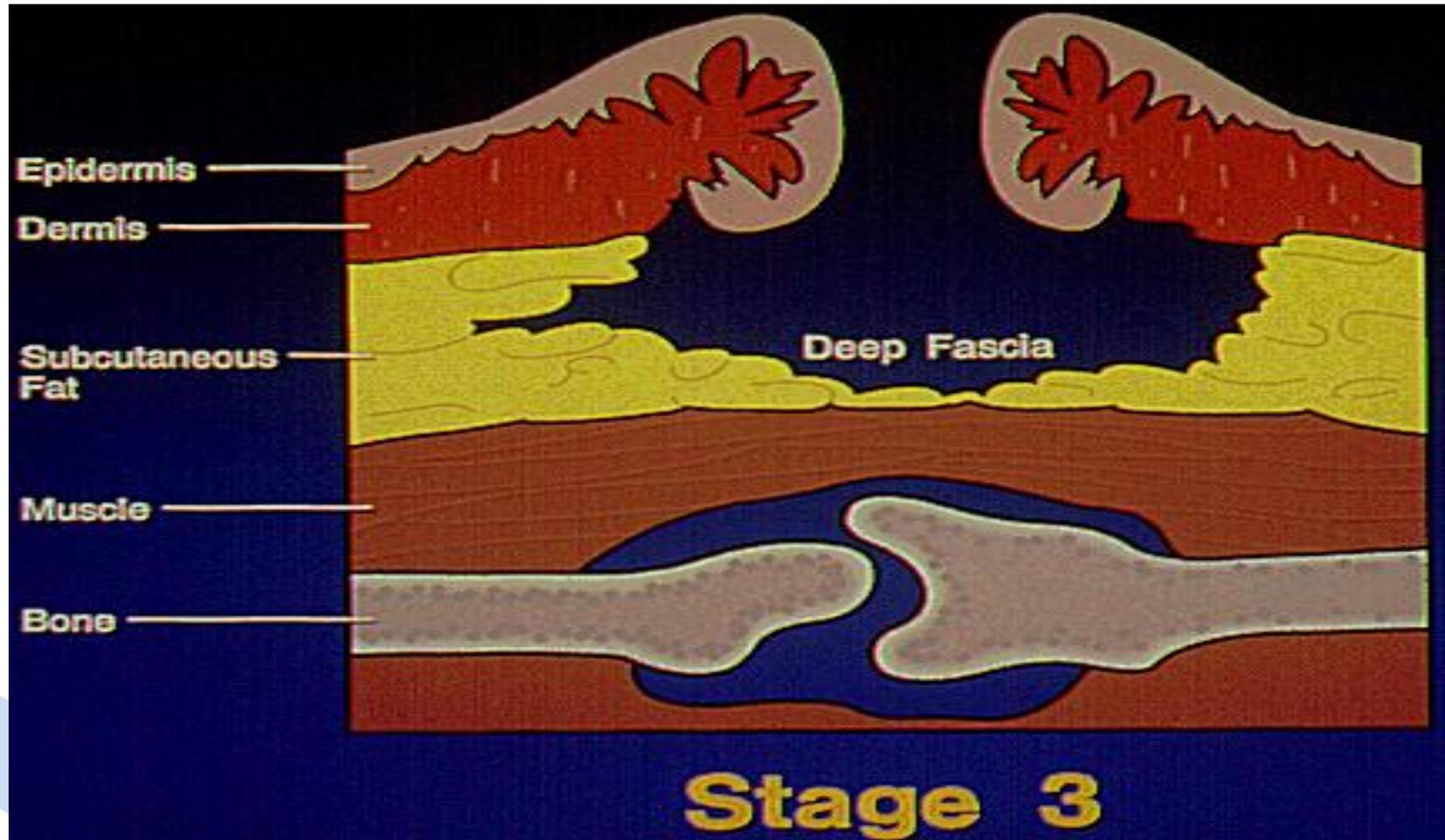


## Estadio II

- Piel agrietada.
- **Vesículas, flictenas.**
- **Ampollas con desprendimiento** de la piel
- Pérdida de continuidad de epidermis y dermis.
- Su aspecto es de una abrasión.



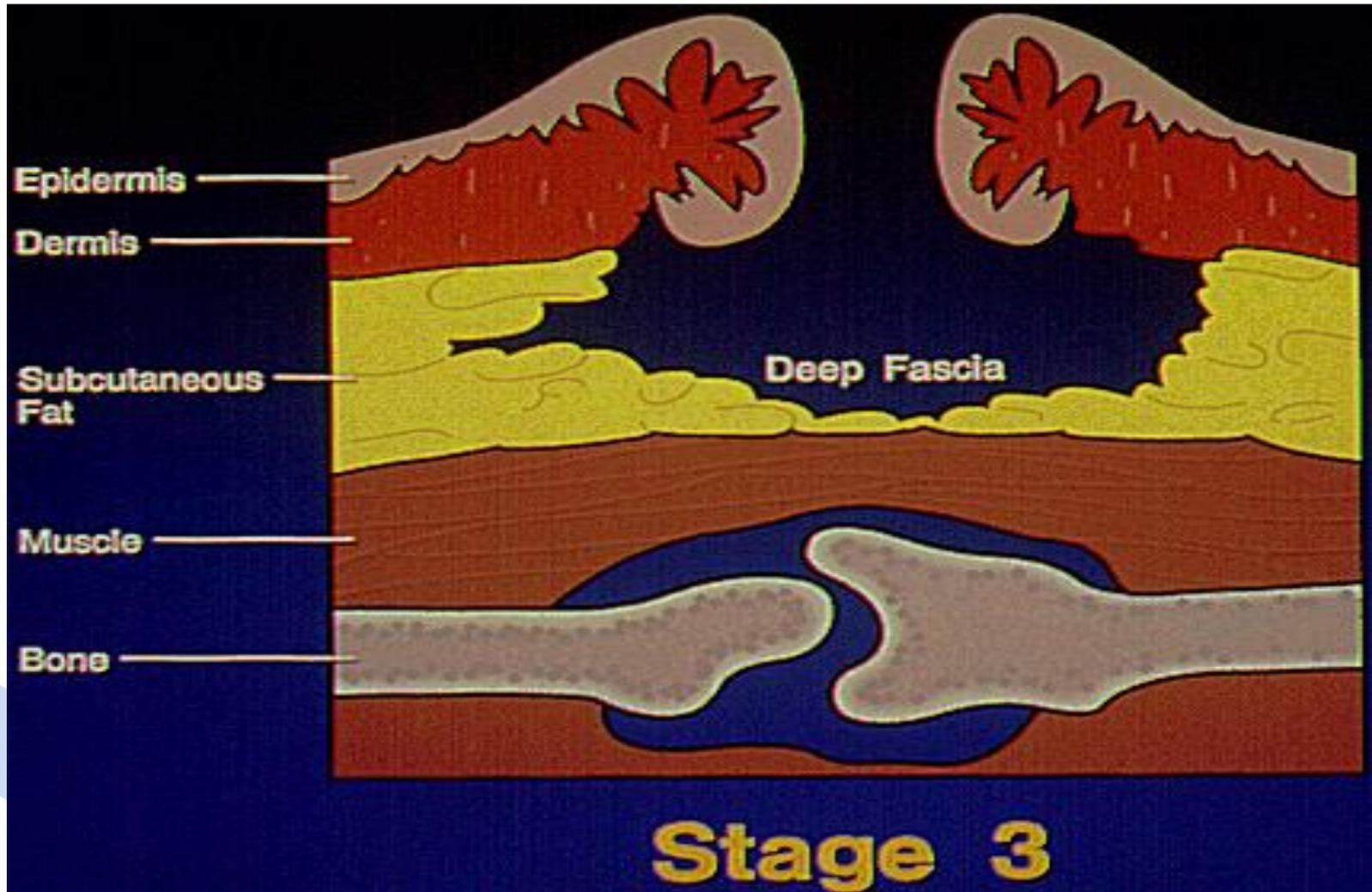
# Estadio II



## Estadio III

- Úlcera **ligeramente mas profunda** que presenta bordes mas evidentes de destrucción de la capa subcutánea.
- Llega a hipodermis.
- Afectación del tejido muscular.
- Necrosis y / o exudación.

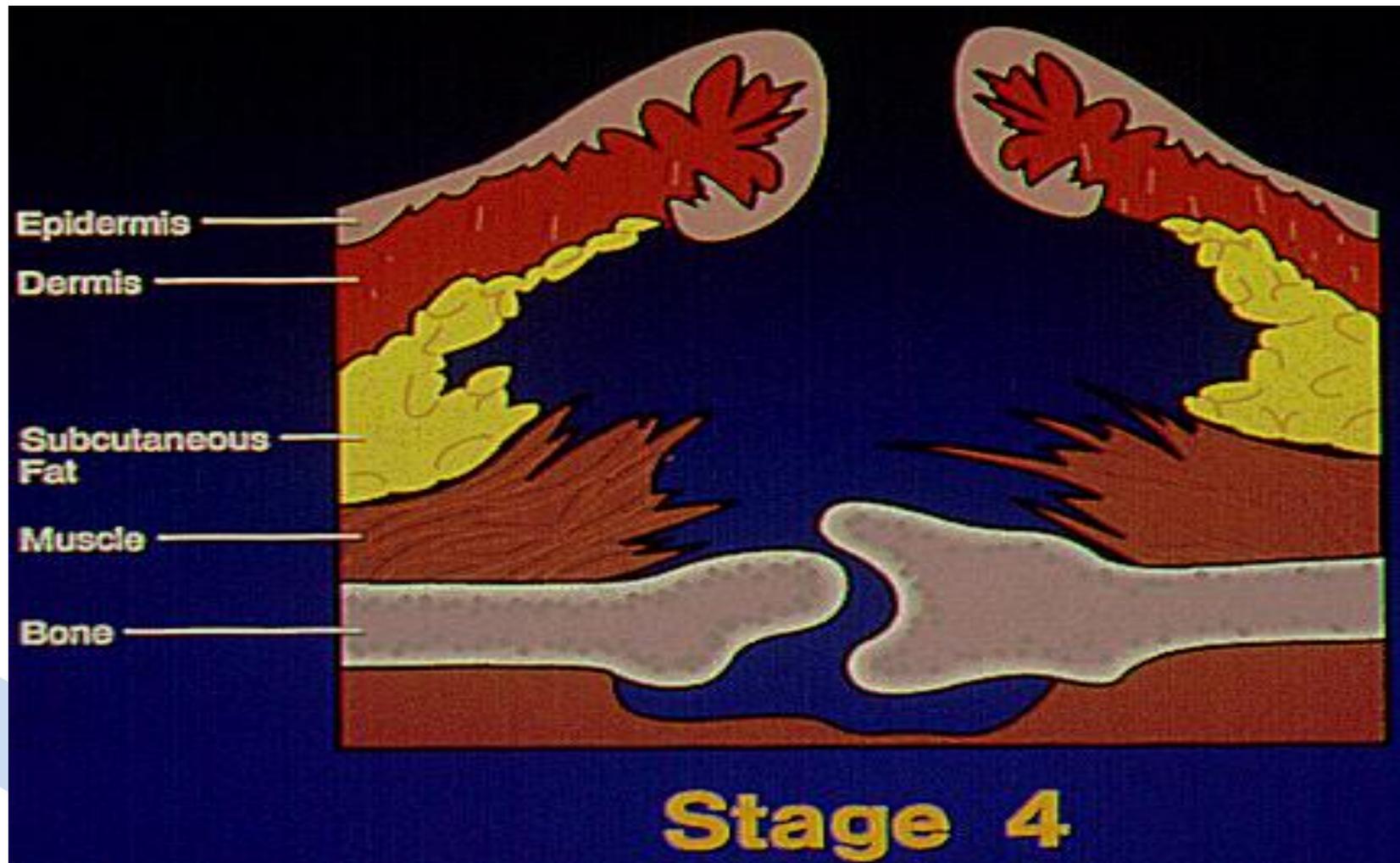
# Estadio III



## Estadio IV

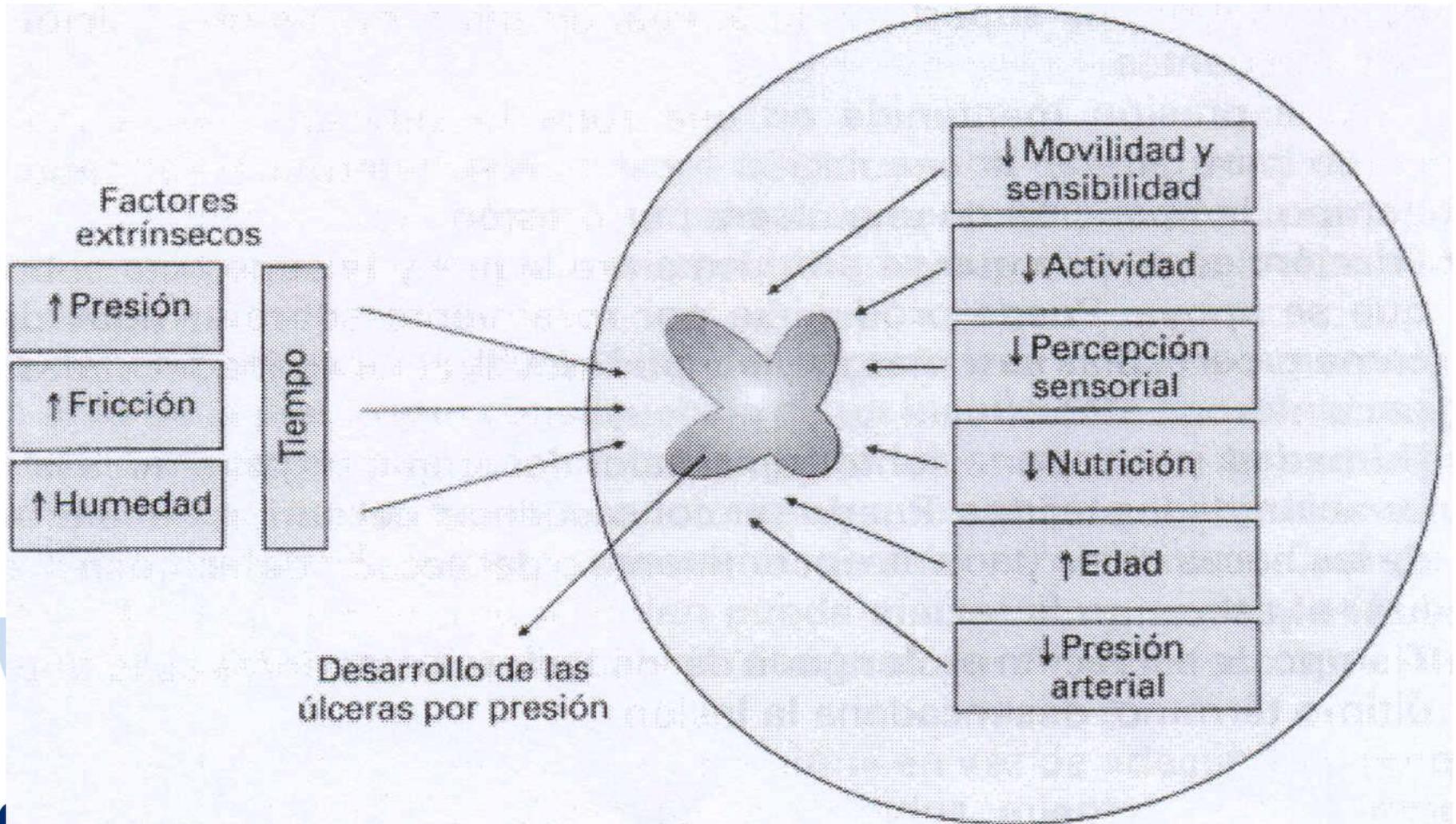
- Aumento de la extensión y profundidad.
- Úlcera en forma de **cráter profundo**.
- Hasta el músculo y hueso.
- Antes de determinar el grado conviene **retirar el tejido necrótico para valorar correctamente el grado de afectación** de los tejidos mas profundos

# Estadio IV



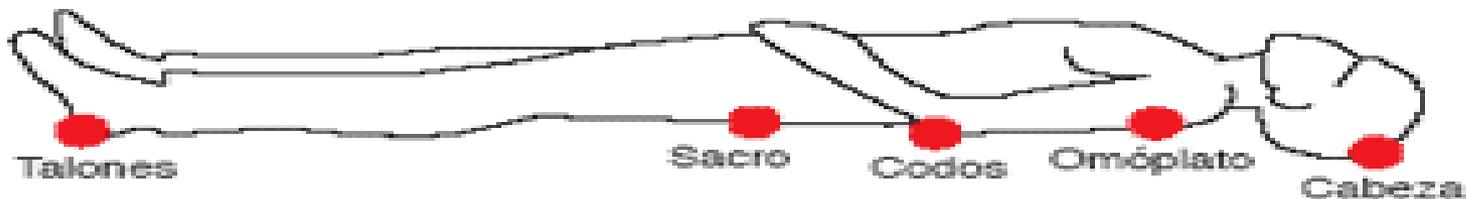
# Factores de riesgo

## Factores Intrínsecos

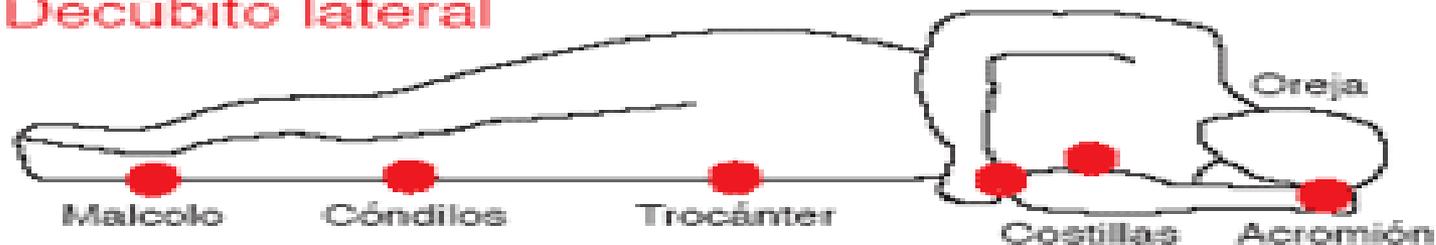


# Localizaciones mas frecuentes

## Decúbito dorsal



## Decúbito lateral



## Decúbito prono



# Plan de actuación:

- Se inicia con la **valoración del riesgo** de padecer esta lesión y continúa con la aplicación de los **procedimientos preventivos** a todos los pacientes de riesgo ya todos los que ya presenten una úlcera por presión.
- Los **procedimientos curativos** se aplican cuando la lesión ya se manifiesta según diferentes protocolos.

# Escala de Norton

- La escala mas empleada para la medición de escaras es la de Norton
- Se aplica según menor puntuación- mayor riesgo
- Comprende la observación de **5 aspectos** valorados al paciente:
  - **Estado físico general**
  - **Estado mental**
  - **Incontinencia**
  - **Actividad**
  - **Movilidad**

# Escala de Norton modificada

| ESTADO FÍSICO GENERAL | ESTADO MENTAL       | ACTIVIDAD    | MOVILIDAD        | INCONTINENCIA    | PUNTOS |
|-----------------------|---------------------|--------------|------------------|------------------|--------|
| BUENO                 | ALERTA              | AMBULANTE    | TOTAL            | NINGUNA          | 4      |
| MEDIANO               | APÁTICO             | DISMINUIDA   | CAMINA CON AYUDA | OCASIONAL        | 3      |
| REGULAR               | CONFUSO             | MUY LIMITADA | SENTADO          | URINARIA O FECAL | 2      |
| MUY MALO              | ESTUPOROSO COMATOSO | INMOVIL      | ENCAMADO         | URINARIA Y FECAL | 1      |

# Clasificación de riesgo:

## Riesgo UPP

De 5 a 11 puntos= Muy alto riesgo

De 12 a 14 puntos =Riesgo evidente

Mayor de 14= Riesgo mínimo o no riesgo

# Reevaluación del riesgo de UPP escala Norton

- Cada 7 días.
- Los cambios pueden dar lugar a una nueva valoración:
  - Isquemia
  - Pérdida de movilidad o sensibilidad
  - hTA prolongada
  - Estados de postración o agitación



# Procedimientos preventivos:

- La prevención comprende una serie de actividades que se deben llevar a cabo sistemáticamente, con rigurosidad, **tanto en pacientes de riesgo como en los que ya se ha producido la lesión**. Para valorar el riesgo del paciente se puede emplear la escala de Norton.
- **El mejor tratamiento es la prevención**, y conseguirla depende sobre todo de la calidad de los cuidados que preste el equipo de enfermería.

# Procedimientos preventivos

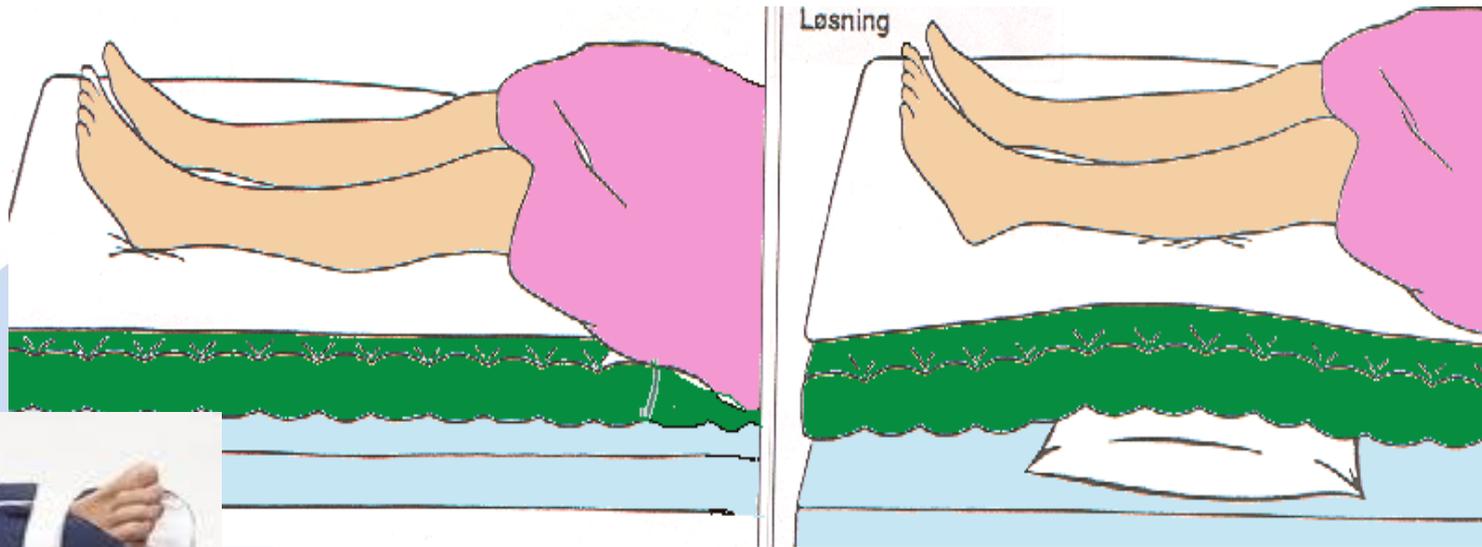
- Podemos necesitar **almohadas, cojines, colchones o camas especiales**, ropa de cama limpia, ropa para el paciente, equipo de higiene, loción para masajes, utensilios para alimentación y otros enseres.
- Además será preciso **consultar previamente el plan de cuidados establecido en el equipo para el paciente**.
- El protocolo de medidas preventivas incluye la **realización continua, organizada y sistemática** de las actividades recogidas en los siguientes grupos de cuidados según su objetivo.

# Prevención: eliminación o disminución de la presión y el tiempo

- Cambios posturales  cada 2-3 horas.
- Salvo que haya contraindicaciones, se utilizarán los cuatro decúbitos (dorsales, supinos, ventrales o pronos y laterales).
- Se realizarán movilizaciones pasivas o activas según su programa establecido.

# Recomendaciones para el alivio de pies en los talones

Los talones son el punto del cuerpo que esta expuesto a la presión más alta debido a la zona pequeña y el gran peso



## En silla de ruedas /En silla :

- Si tiene una silla de ruedas cómoda donde puede cambiar la posición en el asiento y en el respaldo , cambie la posición cada 2.
- Un paciente en silla de ruedas no debe estar sentado durante más de 4 a 5 horas.
- Para cada paciente en silla utilice una almohada a un lado y muévalo cada hora .
- Siempre utilice el cojín para el correcto alivio de la presión si tiene a una persona con o sin úlceras de presión o en cualquier fase .

# Eliminación de la fricción:

- Se consigue no arrastrando al paciente sobre la cama o la silla, sino levantando su cuerpo y separándolo de la superficie de apoyo, siempre que sea posible.
- Es necesario procurar que la sábana bajera esté lisa, sin arrugas y limpia de migas u otras partículas

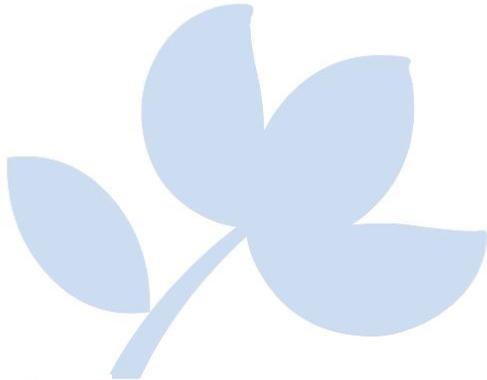


# Eliminación de la humedad y mantenimiento de la piel

- Hay que hacer una valoración frecuente de su estado, para descubrir las posibles lesiones en estadios precoces.
- Hay que evitar el efecto de maceración producido por la humedad. El cuidado de la piel debe ser exquisito. Para ello hay que limpiarla y secarla meticulosamente, siempre que se precise (aseo diario, sudoración excesiva, incontinencia, etc.). Se realizará la higiene diaria con un secado a fondo, sobre todo en los pliegues cutáneos.

# Eliminación de la humedad y mantenimiento de la piel

- ❑ Se dará un masaje en las áreas en las que no haya lesiones, utilizando una crema hidratante. No emplear alcohol ni colonia.
- ❑ Las zonas cutáneas secas se protegerán con una loción emoliente para evitar erosiones y grietas. En ocasiones, se emplearán también apósitos hidrocoloides .



# Vigilancia del estado nutricional:

- ❑ Vigilaremos que el paciente ingiera la dieta prescrita (que suele ser rica en proteínas, vitaminas, etc.) y que tenga el adecuado aporte de líquidos.



# Fuerza de Cizallamiento :

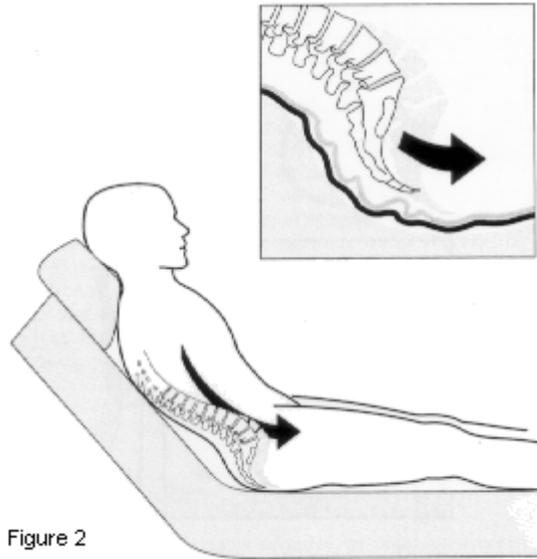
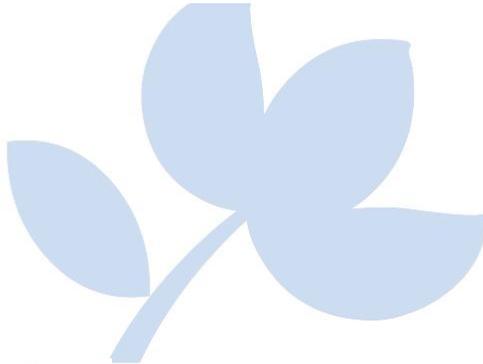
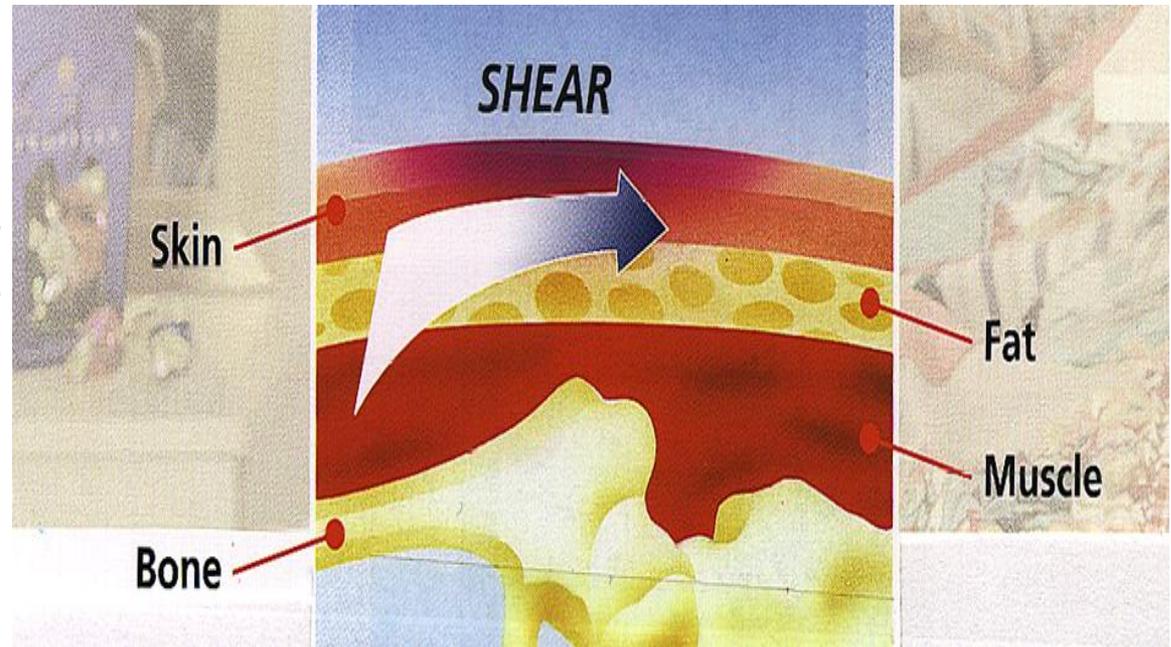


Figure 2

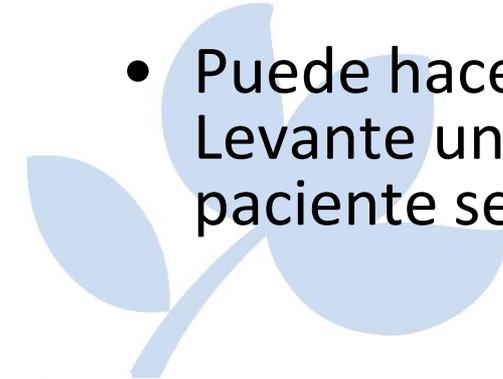


# Fuerza de cizallamiento en la cama:

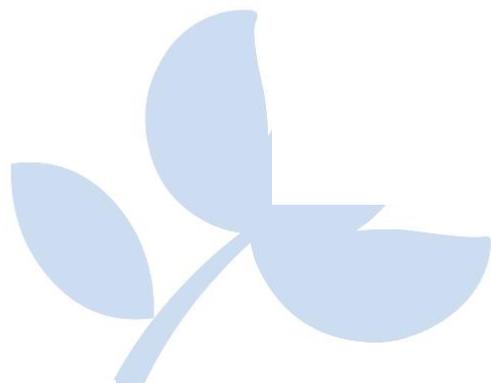


# Problema de la fuerza de cizallamiento cuando utiliza grúas /elevación y sling:

- Nunca levante a un paciente en el sling. Si lo hace le provocará un grave problema de cizallamiento. Puede estropear varias semanas y meses de trabajo de prevención y trabajo de tratamiento con una elevación incorrecta
- Deje caer el marco de la cama de forma que el paciente se mueva hacia el sling sin provocar úlceras.
- Puede hacer lo mismo con una silla de ruedas/silla. Levante un poco, luego saque la silla para que el paciente se mueva hacia el sling.



# Cama antiescaras



# Colchón antiescaras

- Permite disminuir la zona de contacto, evitando así la formación de escaras, o reduciendo su aumento si es que ya están presentes.
- 120 puntos de apoyo.
- Durabilidad: componentes del motor permiten uso continuo las 24 hrs.
- Fácil de instalar : sólo basta colocar sobre el colchón, conectar y encender.

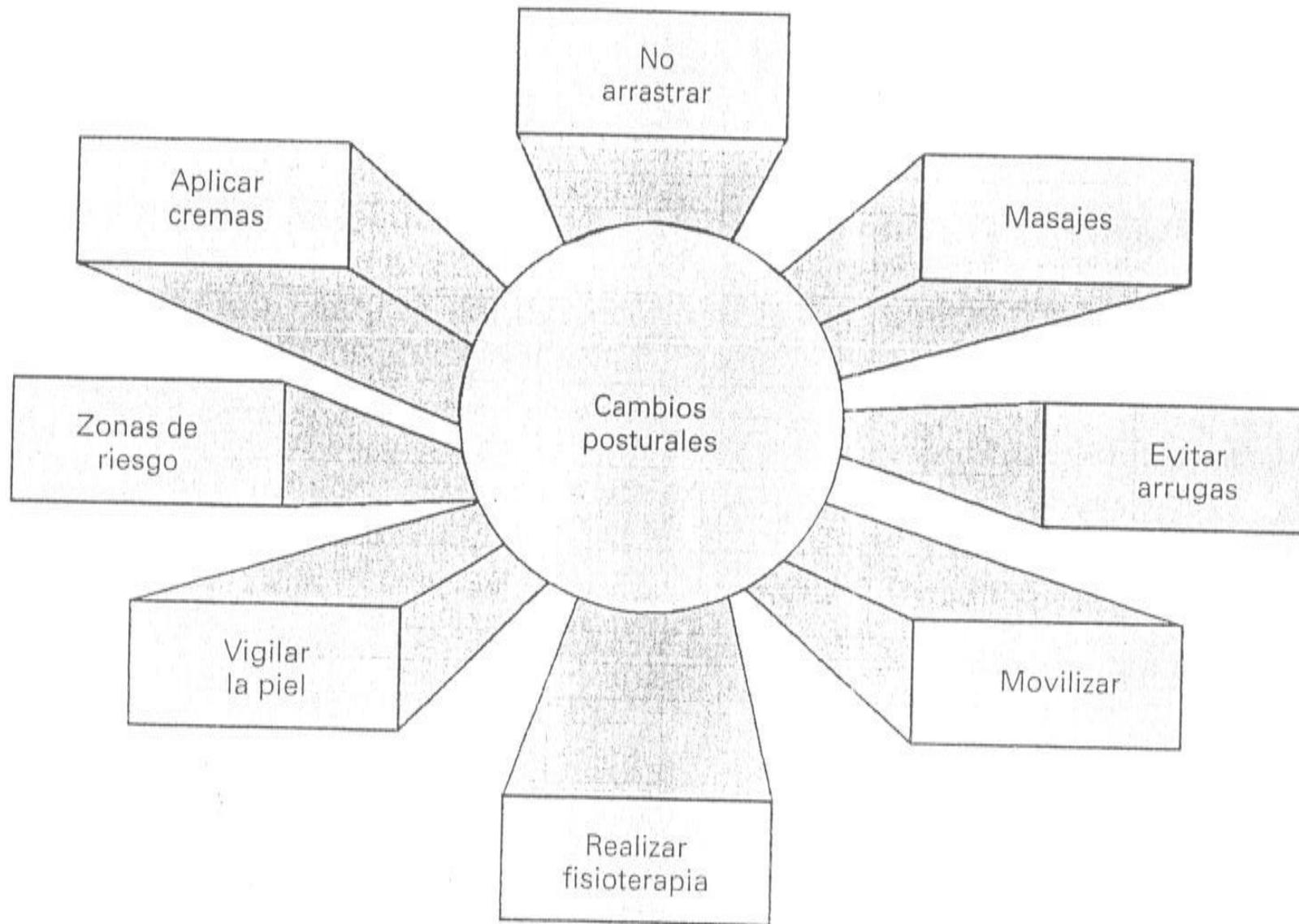
# Contraindicaciones

- **Osteoporosis**
  - Tienen un grado de fragilidad muy alto
  - El inflado de la Burbuja del Colchón Neumático, y su movimiento alternante resulta insoportable para este tipo de pacientes.
- **Lesiones de columna:**
  - El movimiento de vaivén de las burbujas pueden movilizar inadecuadamente la médula espinal, y seccionarla produciendo daño neurológico irreversible.
- **Obesidad: Más de 90 kg**
  - Las burbujas no están preparadas para soportar ese peso.
  - Estas colapsarán

# Flotadores, dispositivos tipo anillos

- **Contraindicado** por producir isquemia y evitar la llegada de nutrientes a la zona afectada





## Medidas preventivas : En general

- Actúe primero, comunique después.
- Actúe siempre inmediatamente cuando observe la piel roja (fase 1).
- Utilice una evaluación Norton/Braden.
- Nunca masajee la piel enrojecida (fase 1), utilice crema hidratante .

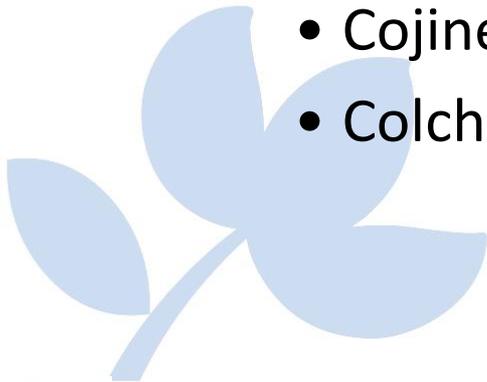
# Prevención: Riesgo moderado

- Aporte nutricional.
- Cuidados de la piel.
- Control del exceso de la humedad.
- Cambios posturales.



# Prevención: Riesgo bajo

- Además:
  - Protección local :
    - Ácidos grasos hiperoxigenados
    - Apósitos en zonas de roce
    - Taloneras
  - Control de la presión: dispositivos locales
    - Cojines de fibras especiales
    - Colchonetas



# Prevención: Alto riesgo

- Además:
  - Control de la presión: dispositivos generales
    - Colchones alternantes de aire



| <b>PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN</b>               | <b>Puntuación de riesgo ESCALA NORTON 14-16</b>    | <b>Puntuación de riesgo ESCALA NORTON 12-13</b> | <b>Puntuación de riesgo ESCALA NORTON 5-11</b>   | <b>PROCEDIMIENTO GENERAL</b>                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HIGIENE CORPORAL</b>                                    | DIARIO/DEMANDA                                     | DIARIO/DEMANDA                                  | DIARIO/DEMANDA                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar y tratar incontinencia.</li> <li>• No masajear prominencias óseas.</li> <li>• Corregir déficit de nutrición.</li> </ul> |
| <b>VIGILANCIA PUNTOS DE PRESIÓN. PROTECCIÓN DE LA PIEL</b> | ÁC. GRASOS HIPEROXIGENADOS C/24H.                  | ÁC. GRASOS HIPEROXIGENAD. C/12H.                | ÁC. GRASOS HIPEROXIGENAD. C/8-12H.               |                                                                                                                                                                          |
| <b>SUPERFICIES PARA EL ALIVIO DE LA PRESIÓN</b>            | SISTEMAS ESTÁTICOS O COLCHONETA DE AIRE ALTERNANTE | COLCHÓN DE AIRE ALTERNANTE DE CELDAS GRANDES    | COLCHÓN DE AIRE ALTERNANTE DE ALTAS PRESTACIONES |                                                                                                                                                                          |
| <b>PROTECCIÓN DE TALONES Y CODOS</b>                       | SI PROCEDE, AP. HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN  | APÓSITO HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN       | APÓSITO HIDROCELULAR NO ADHESIVO DE TALÓN        |                                                                                                                                                                          |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                      |                                                |                                      |                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SEDESTACIÓN:<br/>SI LO PERMITE<br/>PATOLOGÍA</b> | 4H. MÁXIMO + COJÍN<br>ESTÁTICO                                                                                                                                                                       | 4 H. MÁXIMO +<br>COJÍN ESTÁTICO-<br>ALTERNANTE | 2 H. MÁXIMO +<br>COJÍN<br>ALTERNANTE | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar colocar al paciente directamente sobre el trocánter femoral, cuando se encuentre en decúbito lateral.</li> <li>• Registrar actividades.</li> </ul> |
| <b>CONTROL<br/>ALIMENTACIÓN</b>                     | C/24 H.                                                                                                                                                                                              | C/TOMA PERFIL<br>NUTRICIONAL                   | C/TOMA PERFIL<br>NUTRICIONAL         |                                                                                                                                                                                                    |
| <b>CAMBIOS<br/>POSTURALES</b>                       | C/TURNO                                                                                                                                                                                              | C/ 4 H. 9-12-17-21-1-<br>5 ROTATORIO           | C/ 4 H. 9-13-17-21-1-<br>5 ROTATORIO |                                                                                                                                                                                                    |
| <b>MEDICIÓN DE<br/>RIESGO</b>                       | C/ 3 DIAS                                                                                                                                                                                            | DIARIO                                         | DIARIO                               |                                                                                                                                                                                                    |
| <b>VIGILANCIA<br/>ESPECIAL</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ZONA DE INSERCIÓN S.N.G.</li> <li>• POSICIÓN S. VESICAL</li> <li>• MASCARILLA Y GAFAS OXÍGENO: PUNTOS DE PRESIÓN</li> <li>• SUJECIONES MECÁNICAS</li> </ul> |                                                |                                      |                                                                                                                                                                                                    |

**La prevención es más efectiva con  
el tiempo que el tratamiento**



# La cicatrización de las heridas: origen

- Hace ya más de 5000 años en Mesopotamia (el Irak de hoy) los médicos aconsejaban cubrir las heridas para que se curasen antes y mejor (con hojas, grasa, cuero, nieve, barro)...
- Hipócrates (460-433) vio que las heridas con pus curaban mejor que las secas.



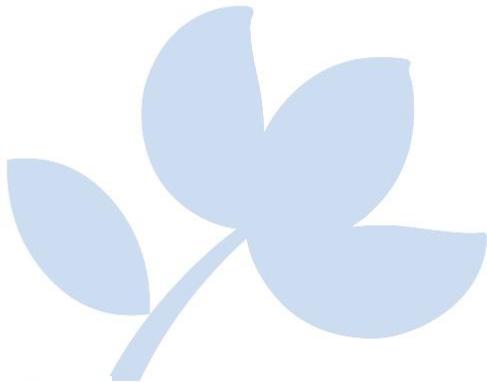
# La cicatrización de las heridas: origen

- Galeno en la Edad Media decía que las heridas tenían que supurar para su completa curación.
- En 1981 se observó que los liposomas de los leucocitos (células de la pus), reparaban mejor las heridas y de ahí surgió la cura húmeda o cura oclusiva, con apósitos oclusivos.



- **FUNDAMENTOS DE LA CURA OCLUSIVA:**

Su acción se debe a que la impermeabilidad del O<sub>2</sub> crea nuevos capilares que a su vez aportan O<sub>2</sub> y nutrientes, lo que acelera la cicatrización.



# Fases de curación de UPP

- 1. Fase catabólica o desasimilativa**
- 2. Fase anabólica o asimilativa:** formación de colágeno, fibroblastos y sustancias fundamentales para el crecimiento tisular
- 3. Fase de contracción y reparación epidérmica:** aproximación de bordes y epitelización

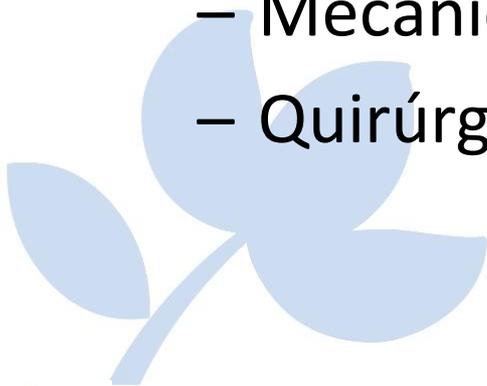


# Un plan básico de cuidados locales de la úlcera debe de contemplar:

- 1º **Desbridamiento** del tejido necrótico
- 2º **Limpieza** de la herida
- 3º Prevención y abordaje de la **infección** bacteriana
- 4º Elección de un **producto** que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

# Tratamiento local

- Limpiar con suero salino estéril
- Antiséptico
- Desbridamiento :
  - Químico o enzimático
  - Autolítico
  - Mecánico
  - Quirúrgico



# Tratamiento úlceras grado I

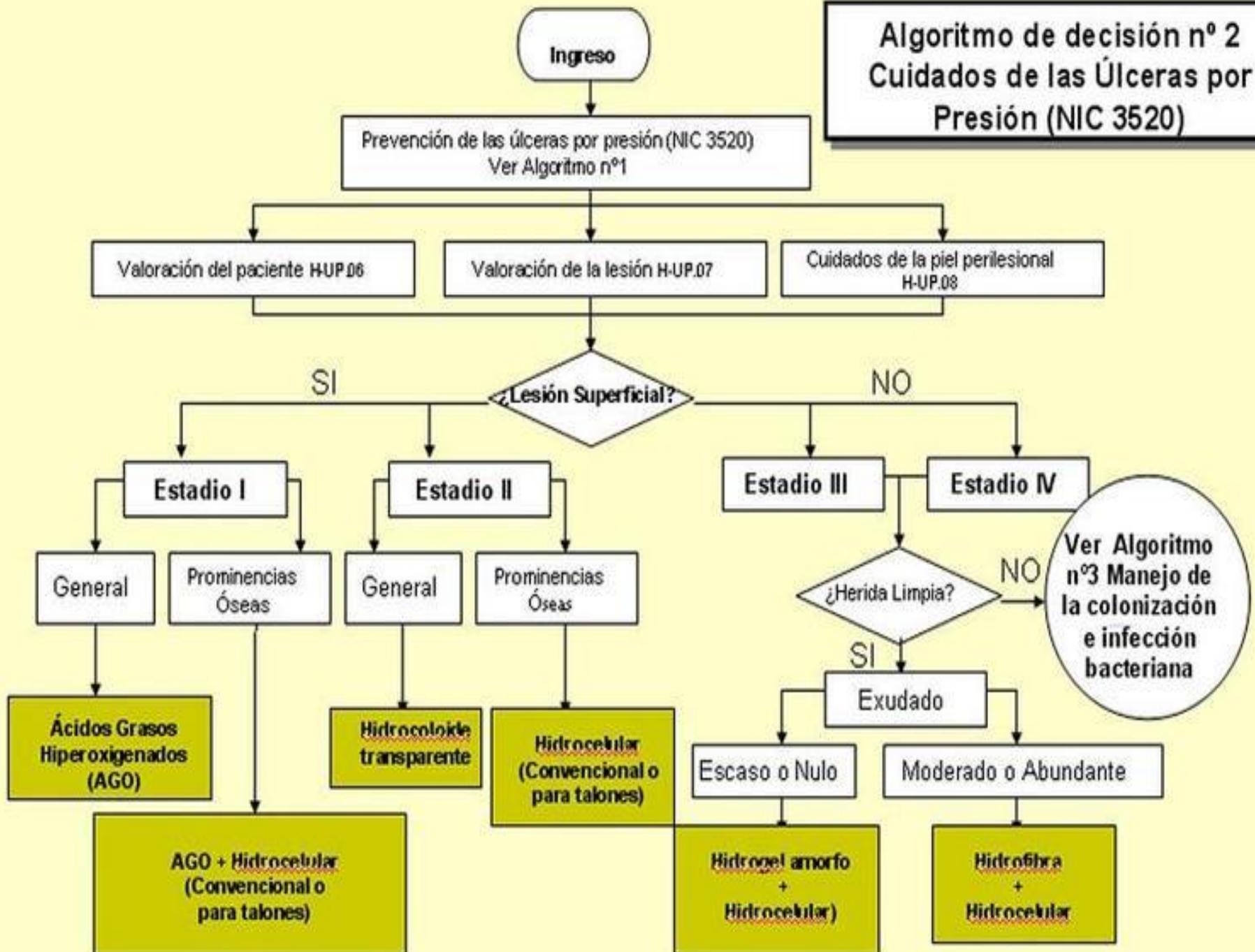
- **Aliviar la presión en la zona afectada**
- **Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados:**
  - Mejoran la resistencia de la piel
  - Minimizan el efecto de la anoxia
  - Neutralizan los radicales libres que se liberan como efecto de la hiperemia al liberar la presión
  - 1 aplicación 3 veces/ día
- **Uso de medidas locales**
  - Apósitos que permitan visualización de la zona y reduzcan fricción
  - Apósito hidrocoloide extrafino si fricción o roce
  - Apósito hidrocélular si presión
  - En talones: apósito hidracelular para talón + ac. Grasos hiperoxigenados (Mepentol, Corpitol)

# Tratamiento úlceras grado II, III, IV

- **Desbridamiento** del tejido necrótico
- **Limpieza** de la herida.
- Prevención y abordaje de la **infección bacteriana**.
- Elección de un **producto** que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

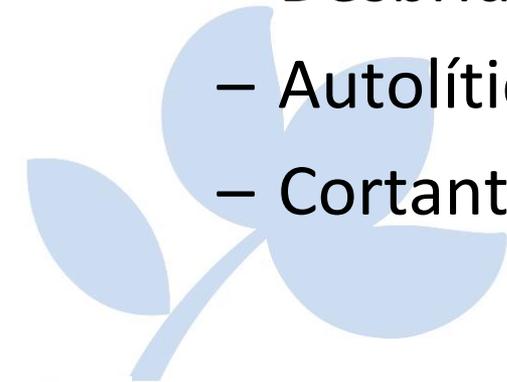


# Algoritmo de decisión nº 2 Cuidados de las Úlceras por Presión (NIC 3520)



# Desbridamiento

- **Definición:** resección de los tejidos desvitalizados que impiden la regeneración y favorece la proliferación bacteriana en la úlcera
- **Tipos :**
  - Desbridamiento enzimático
  - Autolítico
  - Cortante



# Desbridamiento autolítico

- Se basa en el principio de la **cura húmeda**.
- Los productos favorecen la humedad en la úlcera y autodigestión del tejido desvitalizado por las enzimas propias del organismo.
- Los hidrogeles con estructura amorfa (geles) y apósitos que favorecen la cura húmeda tienen capacidad de desbridamiento autolítico.
- Se recomienda también en casos de pequeña zona esfacelada (1/3 de la herida) pudiendo mantener la cura (apósito) sin levantar 3- 4 días.

# Desbridamiento enzimático:

- Lesión esfacelada grande.
- La colagenasa favorece el desbridamiento enzimático y el crecimiento el tejido de granulación.
- Recomendable proteger la piel periulceral mediante una película barrera al igual que aumentar el nivel de humedad de la herida para potenciar su acción.
- No puede asociarse con alcohol, yodo, jabones, ya que inhiben su actividad.
- En caso e escaras muy duras mejora su acción hacer unas incisiones en el centro de la necrosis.



# Desbridamiento enzimático



# Desbridamiento cortante

- Parcial : eliminando sólo el tejido no viable.
- Completo, eliminando tanto tejido viable como no viables (quirófano).
- Requiere de conocimientos, destreza, técnica y material estéril.
- Complicación frecuente: **hemorragia.**

# Cómo se hace un desbridamiento en países anglosajones

- Se utilizan larvas estériles de *Lucilia Sericata* (mosca verde botella).
- Las larvas producen enzimas que permiten la licuación del tejido desvitalizado para su posterior ingestión y eliminación.
- Respetan el tejido no dañado.
- No disponible en España.



# Lucilia Sericata



# Limpieza de la herida

- Utilizar suero salino fisiológico para limpiar las úlceras
- Se limpiará y se secará con mínima fuerza mecánica
- Solo secar la zona periulceral para evitar dañar el tejido nuevo que se está formando
- Usar presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre de bacterias, curas anteriores... sin llegar a producir traumatismos en el tejido sano
- Cuando tenga grandes exudados lavar con el suero en el interior de la herida en espiral hacia los bordes
- Evitar el uso de antisépticos locales, se ha demostrado que son citotóxicos para el nuevo tejido



# Apósitos : beneficios

- Espaciar la curas.
- Disminuir manipulaciones.
- Uso de la cura en ambiente húmedo tiene ventajas respecto al tradicional.
- Aumento del aporte de oxígeno y nutrientes
- Control del exudado.
- Disminución del dolor.
- Protección de las heridas de la contaminación.
- Disminución del tiempo y número de curas.
- Acidificación del PH de la zona, creando un ambiente bacteriostático que disminuye el riesgo de infección.

# Selección de un apósito de cura en ambiente húmedo

- Localización de la lesión Estadio.
- Severidad de la úlcera.
- Cantidad de exudado.
- Presencia de tunelizaciones.
- Estado de la piel perilesional.
- Signos de infección.
- Estado general del paciente.
- Nivel asistencial y disponibilidad de recursos.
- Coste-efectividad.
- Facilidad de aplicación en contextos de autocuidado.

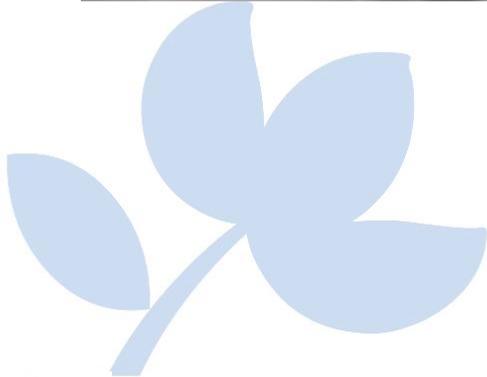
# Técnica de la cura húmeda

- Se basa en combinar la gestión adecuada del exudado con el aislamiento de la herida
- Se usarán apósitos hidrocélulares / hidropoliméricos combinados con hidrogeles o alginatos según la cantidad e exudado
- Para evitar que la lesión se cierre en falso, será necesario rellenar las cavidades parcialmente con productos basados en cura húmeda
- El apósito cubrirá 3 cm del borde de la lesión para proteger la piel perilesional
- Los apósitos se cambiarán por deterioro, cuando el exudado llegue a 1 cm del borde, como máximo cada 3 días
- Se retirará el apósito con la mínima fuerza posible desde los bordes hacia el centro para evitar lesionar tejidos de nueva creación

# Apósitos basados en cura húmeda:

- **Alginatos:** en placa, en cinta.
- **Hidrocoloides:** en placa, en gránulos, en pasta (combinados con alginato cálcico, en fibra.
- **Hidrogeles:** en placa, en estructura amorfa (geles).
- **Poliuretanos:** en film/película, hidrofílicos (Foam), hidrocélulares en placa, hidrocélulares para cavidad, espumas de polímero, gel de espuma de poliuretano.

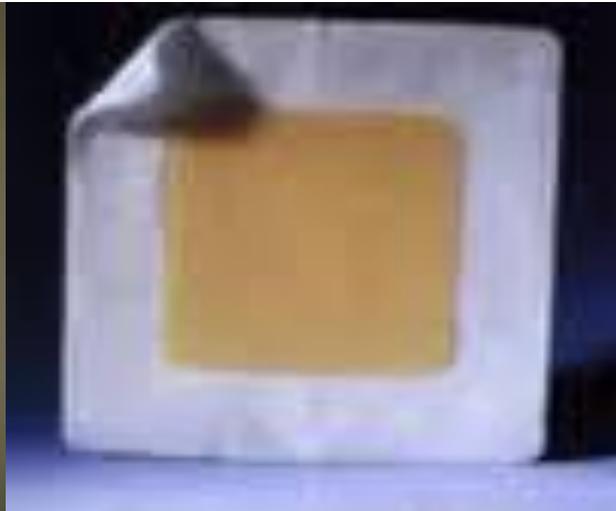
# Apósitos Algínicos



# Apósitos Alginatos



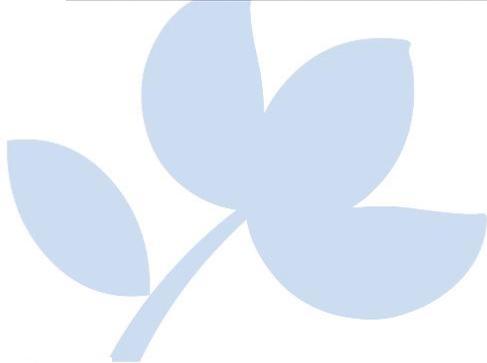
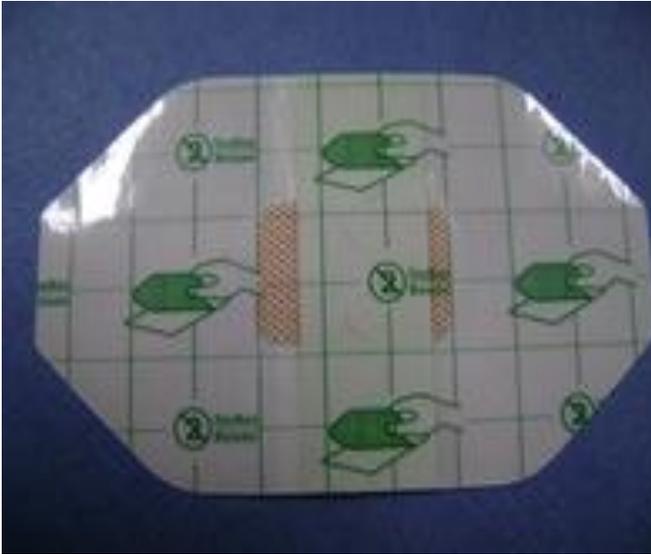
# Apósitos Hidrocoloides



# Apósitos de poliuretano



# Apósitos de poliuretano



# Riesgos y complicaciones

- **Complicaciones locales**
  - Infección
  - Abscesos
  - Dolor
  - Osteomielitis
- **Complicaciones sistémicas:**
  - Bacteriemia
  - Sepsis
  - Muerte
- **Otras:**
  - Afectación de la autoestima

# Signos locales de la infección

- Los síntomas clásicos de infección local de la úlcera cutánea son:
- Inflamación (eritema, edema, tumor, calor)
- Dolor
- Olor
- Exudado purulento



# Apósito para la escara con infección



# CONCLUSIÓN: Problemas de las úlceras

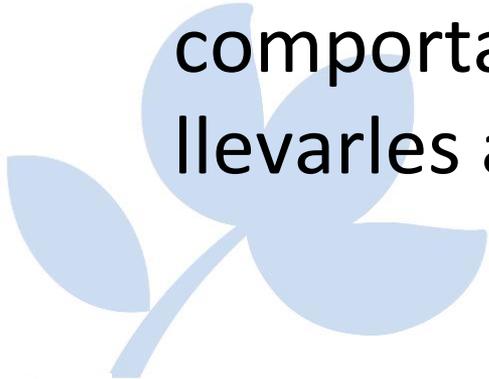
- Mayor cantidad de personal sanitario para atender a estos pacientes.
- Mayor cantidad de tiempo.
- Incremento del gasto.
- Aumentan las estancias hospitalarias.
- Incremento del número de demandas judiciales por parte e los familiares.

# LA HIGIENE, LA ALIMENTACIÓN Y LA NUTRICIÓN DEL ENFERMO



# NECESIDAD DE HIGIENE

- Esta necesidad va a verse alterada frecuentemente desde el inicio de la enfermedad. El propio enfermo siente cómo va perdiendo su independencia y a la vez disminuye su autoestima, la familia se da cuenta de que su familiar presenta un comportamiento extraño, lo que suele llevarles a buscar ayuda e información.



- El paciente comienza a cambiar sus hábitos higiénicos presentando un aspecto desaliñado, posteriormente empiezan los olvidos y la pérdida de destrezas a la hora de completar su higiene y vestido, pasando a ser semi dependiente para, finalmente, tener una incapacidad absoluta a la hora de realizar las actividades básicas de la vida diaria mencionadas.

- Si el cuidador al inicio de la alteración le hace todo lo que el enfermo puede aún hacer por sí mismo, va a conseguir, además de aumentar su frustración y sentimiento de inutilidad, incrementar su dependencia y que la pérdida de habilidades sea más rápida y mayor.

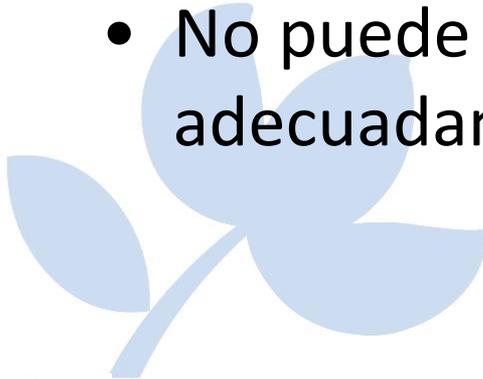


# Problemas más habituales

- Se niega a asearse.
- Se niega a arreglarse.
- Se pone ropa de una estación distinta.
- Se pone la misma ropa durante varios días.
- Se coloca una prenda encima de otra igual, incluso varias.
- No es capaz de distinguir la ropa de casa; por ejemplo, un camisón de un traje.

# ¿Cuáles son las causas de la incapacidad para asearse, vestirse y protegerse adecuadamente?:

- No recuerda cómo hay que vestirse, ni entiende lo que se le dice.
- Se siente deprimido al darse cuenta de que olvida lo más básico.
- No puede coordinar los movimientos adecuadamente.



# ¿Qué puede hacerse para conservar al máximo su independencia?:

En la negativa al aseo e higiene:

- Averiguar la causa y buscar una alternativa, evitando discutir con él u obligarle.
- Llevar una rutina diaria: misma hora, mismo sitio, mismos útiles, etc.
- Mimarle cuando aparece bañado y bien vestido.
- Si se ha olvidado de las maniobras para aseo o vestido, el cuidador las ejecutará sobre sí mismo para que el enfermo las realice por imitación.

- Preparar todo el material preciso manteniendo en el cuarto de baño una temperatura adecuada para que no sienta frío o calor excesivo, y así el momento de la higiene le resulte agradable.
- Darle un masaje con crema hidratante, perfumándole con una colonia que le guste.
- Realizarle la higiene de cabello y uñas de pies y manos periódicamente.

- A la hora de vestirse:
  - Quitar del armario los complementos innecesarios.
  - Colocarle la ropa en el orden que debe ponérsela.
  - Poner veleros en vez de cremalleras o botones para facilitarle las operaciones de vestido.
  - Comprar varias prendas iguales si desea ponerse siempre lo mismo, respetando sus gustos.

# Nutrición y dietética en la persona de edad avanzada

- Las necesidades energéticas declinan con la edad, debido entre otros factores a: La falta de actividad, lo que va asociado a pérdida de masa magra y produce un aumento de la incapacidad física de la persona anciana.



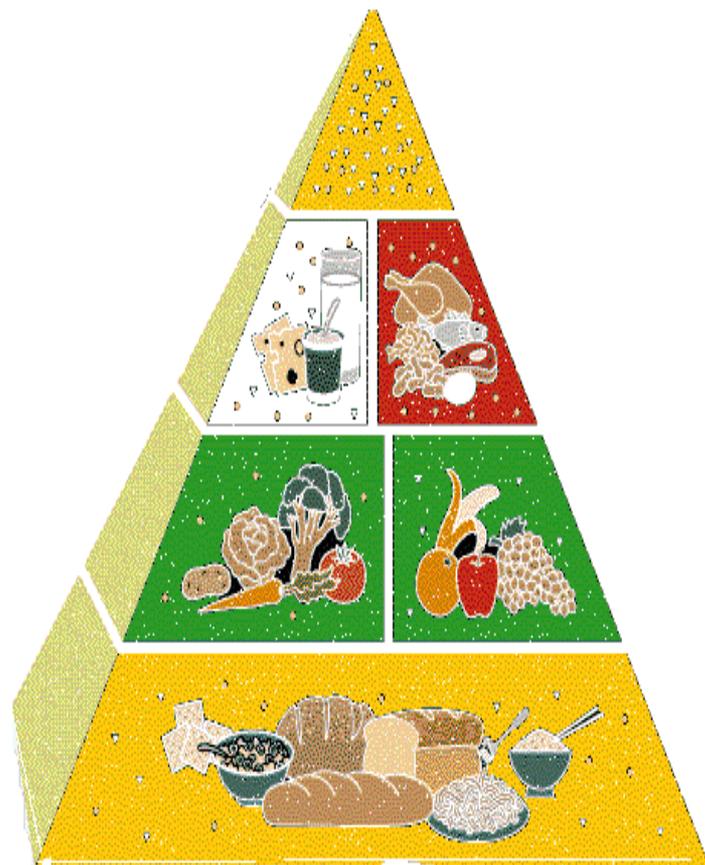
- Además de los alimentos, el agua es 1 también es un nutriente esencial, porque:
- Regula nuestro volumen celular.
- Transporta los nutrientes.
- Elimina los desechos
- Regula nuestra Tª corporal, en todos y aún más en las personas de edad avanzada.



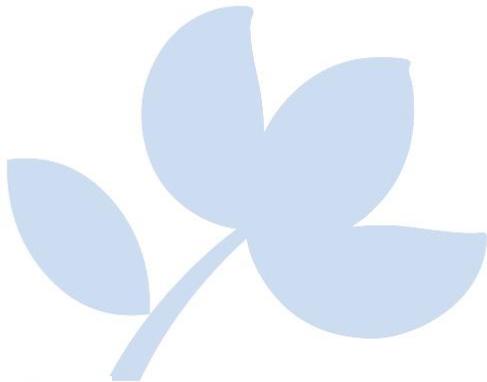
- Igualmente la falta de frutas y verduras en la dieta, hace que en numerosas ocasiones las personas a ancianas padezcan hipovitaminosis
- (< vit. B6, B12 y ácido fólico), por lo que estos aportes han de ser vigilados cuidadosamente por el médico de cabecera).



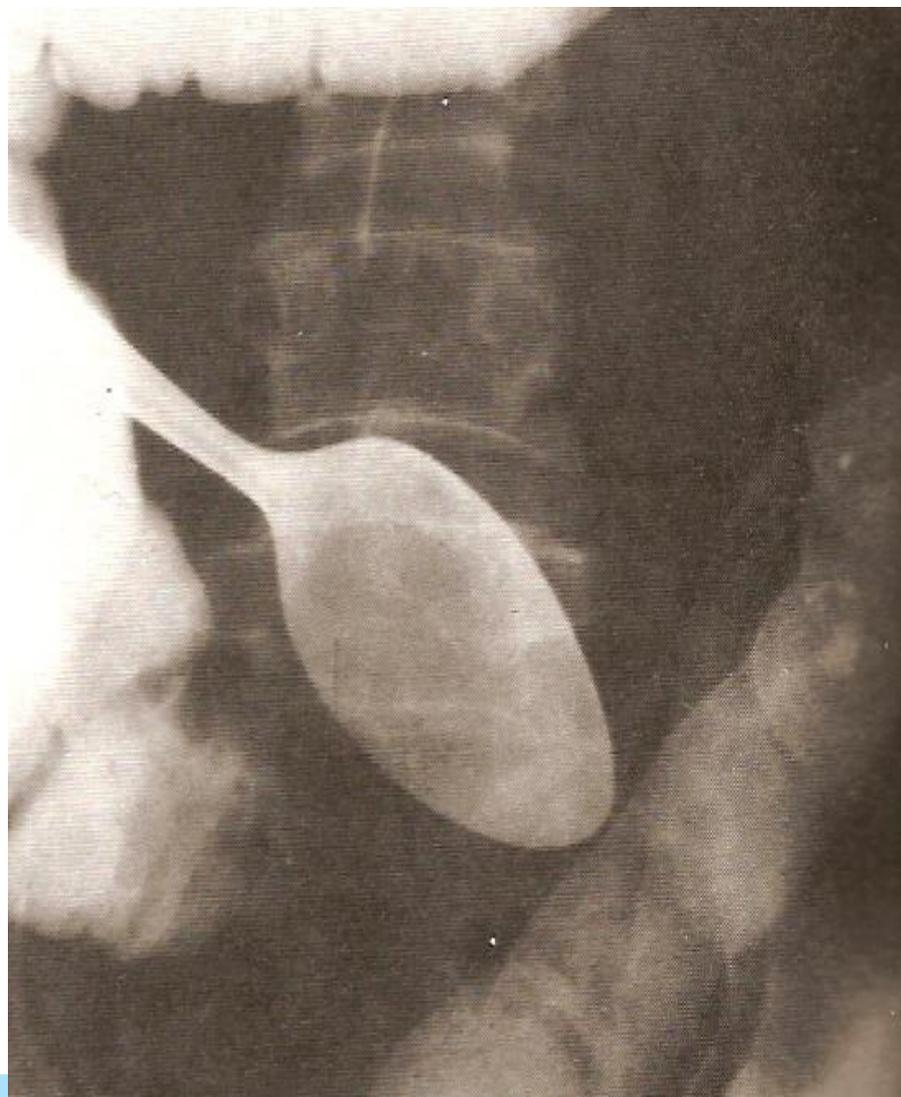
- La nutrición juega 1 papel importante en las enfermedades crónicas (diabetes, obesidad, etc).
- 1 reducción de peso va a mejorar dichas patologías y hará disminuir el nº de medicamentos que ha de tomar el paciente.



- La evaluación del estado nutricional por parte del médico, incluye preguntas sobre la actividad física, alimentación, y otros parámetros bioquímicos: hemoglobina, hematocrito, albúmina; así como el estudio de los líquidos y niveles plasmáticos.



- Una vez identificados los problemas nutricionales del mayor, es necesario realizar programas de intervención para combatirlos eficazmente mediante una buena salud nutricional, física (incluyendo la salud bucodental) y mental.



- El uso de fármacos puede afectar a las necesidades nutricionales e interactuar con otros nutrientes.
- El cambio hacia dietas y estilos de vida sanos son fundamentales.
- (En España la dieta mediterránea ayuda a mantener 1 buen estudio nutricional).



# Cuidados básicos en la Necesidad de Nutrición:

- Mantener 1 dieta rica y variada utilizando todos los nutrientes; preparar y conservar los alimentos con la máxima higiene para evitar enfermedades; realizar algún tipo de actividad física diariamente (salir al parque acompañándole para que pasee, siempre con calzado adecuado); y mantener una buena relación social, ayudaran a mantener una adecuada calidad de vida.

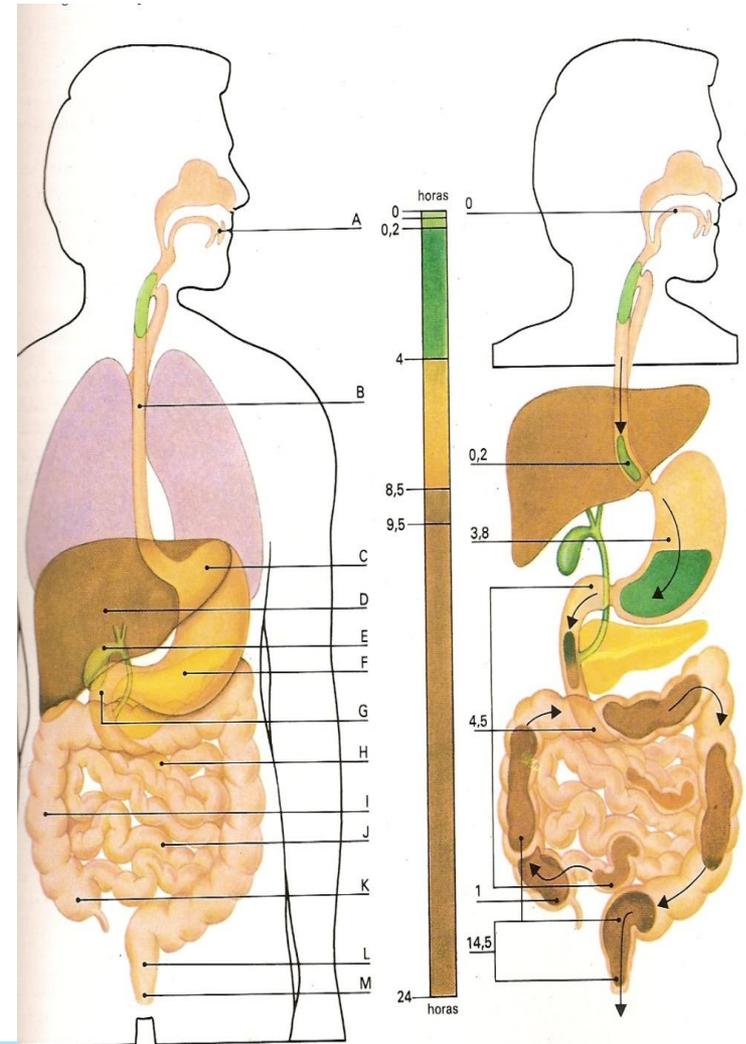


# Cuidados básicos en la Necesidad de Nutrición:

- En la persona con deterioro neurodegenerativo

La dificultad para tragar líquidos es muy habitual ya que pierden el REFLEJO DE DEGLUCIÓN debido a la enfermedad.

En este caso es conveniente conocer los siguientes aspectos:



# Cuidados básicos en la Necesidad de Nutrición:

- Si damos una dieta pastosa tipo puré, generalmente tragarán sin problemas debido a la consistencia.
- Podemos hacer un
- 2 x 1: mezclamos el 1er plato por ejemplo: sopa, judías verdes, etc, con el segundo, carne, pescado o huevos y se lo pasamos por el Túrmix, le estamos alimentando adecuadamente y disminuirémos el riesgo de aspiración o atragantamiento.



# Cuidados básicos en la Necesidad de Nutrición:

- Además de esto, nuestro familiar se encontrará bien alimentado y si añadimos fibra (por ejemplo Ciruelas pasas), le ayudará a favorecer la eliminación intestinal, y evitará el estreñimiento.
- La ingesta de líquidos es otro problema habitual que trataremos en el sondaje nasogástrico más adelante.



# Alzheimer, ¿qué puede conseguir una dieta?

- En esta enfermedad puede haber una disminución de las reservas proteicas y energéticas, aparte del aporte alimentario de alrededor de **5 Kg / año**. Por lo que se requerirá un control de peso del paciente.



# Alzheimer, ¿qué puede conseguir una dieta?

- En la fase inicial puede aparecer depresión que conduzca a la “anorexia”.
- O confusión que puede conducir a la “bulimia”.
- En la fase intermedia puede haber una gran agitación y disminuir las horas de sueño por lo que aumentan las necesidades energéticas.
- En la fase final, el enfermo ya no va a poder comer solo: suplencia.

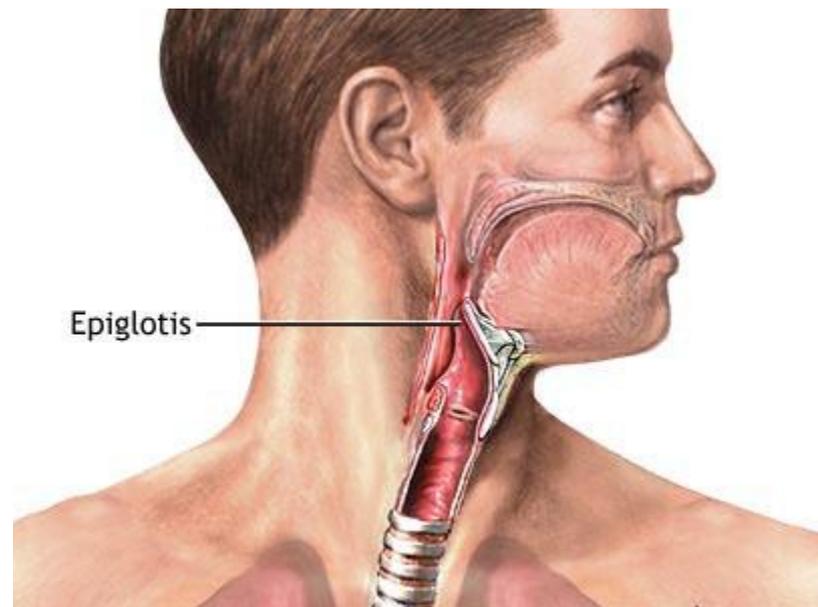
# Alzheimer, ¿qué puede conseguir una dieta?

- Igualmente, la aparición de **DISFAGIA**, es muy habitual (diapositiva siguiente).
- Las personas enfermas pueden tener dificultades para reconocer la comida o sujetar los cubiertos.
- También pueden tener dificultades para llevarse la comida a la boca, masticar y tragar.



# Disfagia

- Consiste en la dificultad para tragar los líquidos.
- Puede aparecer conforme va avanzando la enfermedad debido al no funcionamiento de la Epíglotis (órgano que cierra el paso a la Tráquea y que une esta con los pulmones).



# Recomendaciones dietéticas para el enfermo de Alzheimer

- Crear una rutina alimentaria.
- Valorar si el enfermo come mejor solo o en grupo
- Crear un ambiente sin obstáculos donde siempre esté todo igual.
- Facilitar que el enfermo coma en una posición adecuada para facilitar la deglución.
- Hacer pequeñas comidas fáciles de comer
- Buscar cubiertos adecuados a cada caso.
- Servir alimentos que se puedan comer con las manos.

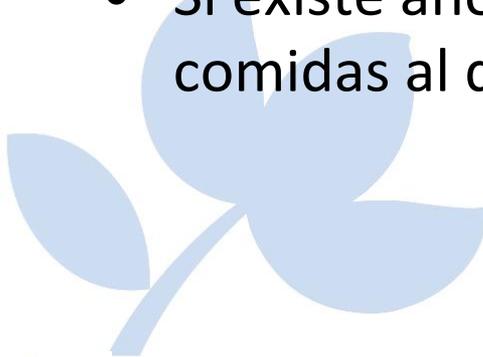
# Recomendaciones dietéticas para el enfermo de Alzheimer

- Cuidar la temperatura de los alimentos para evitar quemaduras y para que sea apetecible al paladar
- Adaptar la consistencia de los alimentos a la fuerza de los maxilares y a la capacidad de deglución
- Verificar si la comida se acumula en la boca
- Si el enfermo olvida masticar o tragar, debe estimularsele
- Controlar el estado de las encías de forma periódica
- Evitar que objetos no comestibles puedan ser tragados
- Utilizar suplementos nutricionales si hace falta y bajo control médico



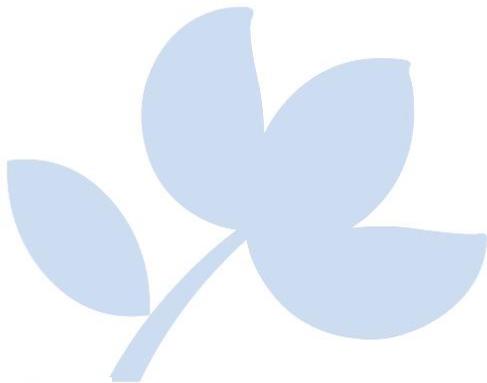
# Recomendaciones dietéticas para el enfermo de Alzheimer

- Ofrecer una dieta equilibrada, muchas veces blanda, asegurando un buen aporte proteico (asegurar 1 g de proteínas / Kg / día).
- Cuidar el aporte de líquidos para conseguir una correcta hidratación.
- Si existe anorexia será útil una dieta fraccionada (6 o más comidas al día)



# Cuidados básicos al paciente que se alimenta con jeringa de 60 mls

- En ocasiones y por causa de una enfermedad neurodegenerativa puede llegar 1 momento en que la persona no sea capaz de masticar los alimentos, pero aún es capaz de tragar sin problemas.
- En ese caso se la puede alimentar con 1 biberon (reflejo de succión) e incluso con 1 jeringa de 50/60 mlts.



# Cuidados básicos al paciente que se alimenta con jeringa de 60 mls

- El material a preparar será:
  - Jeringa de 50 / 60 mls.
  - 1 bol o tazón con la comida, podemos mezclar el 1º y el 2º (2 x 1) y mezclarlo con caldo para que no quede espeso.
- 1 vaso con zumo o yogurt de postre.
- 1 vaso de agua limpia.
- 1 delantal para evitar que se manche.

# Cuidados básicos al paciente que se alimenta con jeringa de 60 mls

- Una vez puesto el delantal, se comprueba la temperatura del alimento y comenzamos a aspirar con la jeringa el mismo; cuando hayamos llenado  $\frac{3}{4}$  partes de la jeringa la introduciremos por la comisura bucal teniendo cuidado de no hacerle daño en el paladar ni en los labios.
- Tenga en cuenta que la mucosa bucal es muy frágil y se lesiona con facilidad.
- Podemos pasar cada vez unos 15 mls de comida a la vez que comprobamos que va tragando.
- Debemos tener toda la paciencia del mundo.

# Cuidados básicos al paciente portador de Sonda Nasogástrica

- Cuando la persona no es capaz de tragar alimentos ni agua, el médico puede decidir la colocación de una sonda nasogástrica, o incluso en el hospital de realizarle 1 gastrostomía. Siempre con el consentimiento de la familia.



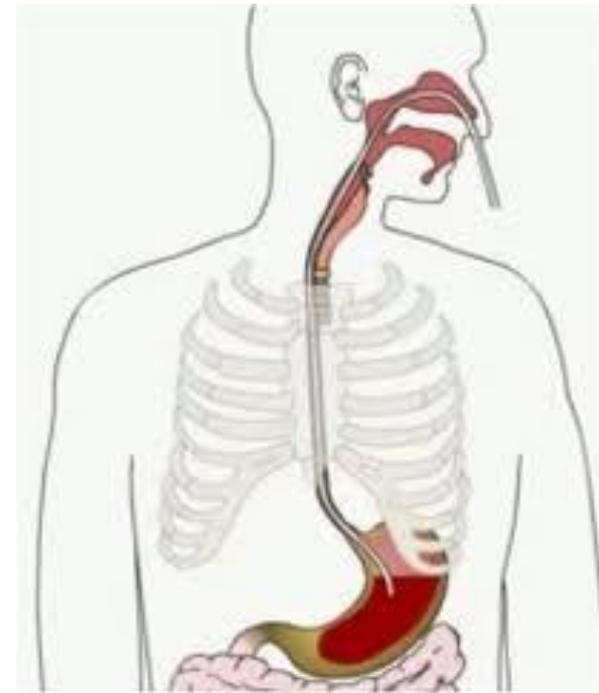
# Cuidados básicos al paciente portador de Sonda Nasogástrica

- El SNG consiste en la introducción de 1 sonda de silicona a través de la nariz y llegar con ella hasta el estómago o intestino con fines terapéuticos.
- La colocación y retirada aunque no es dolorosa, si es incómoda para el paciente y corresponde realizarlo a la enfermera.



# Cuidados básicos al paciente portador de Sonda Nasogástrica

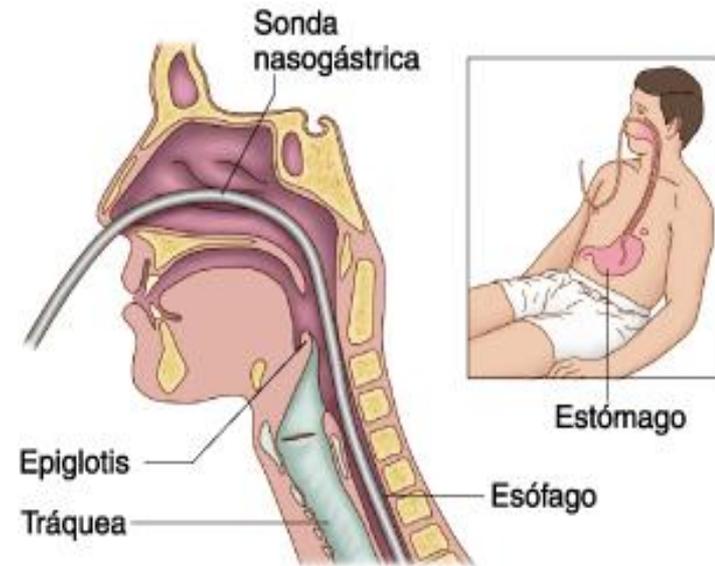
- La SNG va fijada por medio de esparadrapo o Steri-Strep a la nariz y de esa manera se evita que pueda salirsele.



# PRECAUCIONES Y CUIDADOS

Antes de dar el alimento hay que colocar al paciente en posición semi sentado

- Para evitar aspiraciones bronquiales. De igual forma al terminar de darle los alimentos debemos dejarle en 45° durante  $\frac{3}{4}$  de hora para evitar que pueda vomitar y atragantarse.
- Es muy importante mantener permeable la SNG, para lo cual



# PRECAUCIONES Y CUIDADOS

- Hay que pasar antes y después de cada comida unos 30 mls de agua limpia para evitar que fermenten los alimentos ya que podría obstruirse la sonda.
- Es conveniente limpiar c/24 h, por medio de unas gasas los orificios de la nariz.
- Igualmente ha de realizársele la higiene bucal después de cada toma.
- Lubricaremos diariamente los labios con vaselina para evitarle sequedad.
- La sonda no ha de impedir ni su movilización ni su visibilidad.

# PRECAUCIONES Y CUIDADOS

- Una vez finalizado el tazón o tazones, le daremos el yogurt o el zumo (si podemos disolver el yogurt con un poquito de leche nos irá de maravilla para evitar los grumos).

Cuando hayamos terminado de darle los alimentos, pasaremos unos 20 o 30 mls de agua para limpiar la boca del paciente y posteriormente le realizaremos la higiene bucal.

# PRECAUCIONES Y CUIDADOS

- Si la sonda se obstruye avisaremos a la enfermera para que lo valore.

## COMPLICACIONES:

- Extracción o retirada voluntaria de la SNG por parte del paciente.
- Obstrucción por falta de limpieza de la misma.
- Infecciones de la cavidad bucal

- Úlceras por presión en el orificio nasal donde va colocada la sonda.

- Es importante disponer de varias jeringas ya que se ponen duras con el uso (hay que lavarlas con agua y jabón aplicando aceite en el émbolo de goma)

# A tod@s vosotr@s por haber estado hoy aquí

Simplemente quiero daros las gracias y deciros que ha sido un verdadero placer haberos hablado de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Sé que cuidar a una persona enferma no es nada fácil y más aún cuando esa persona tiene una patología neurodegenerativa, por eso también quiero felicitaros en su nombre ya que muchas de ellas no pueden ya hacerlo.

Gracias de corazón, por vuestro cariño, por vuestros sentimientos, por vuestras emociones, por vuestra imaginación, por vuestra ternura, por vuestra dedicación, en definitiva por dedicaros a cuidar.

Muchas gracias de todo corazón.

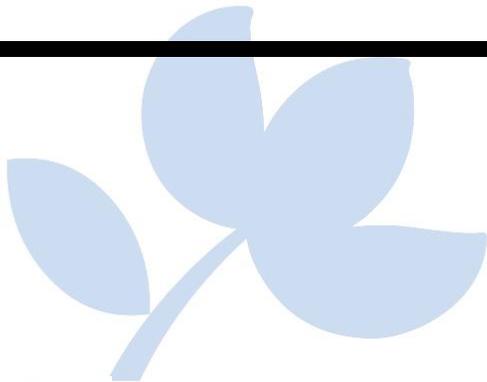


**Quando puedes  
Curar: cura**

**Quando no puedes  
curar, alivia.**

**Quando no puedes  
aliviar, consuela.**

**Pero en tu trabajo  
diario, da cariño  
Y ternura siempre.**



**Estoy convencido que el encontrarnos ha servido para aprender todos: Yo, de vuestra atención, sonrisas y afecto.**

**Vosotr@s, de mis palabras, emociones y sentimientos.**

**Por todo ello muchas gracias y que la salud, ánimo, fuerza y felicidad sean cada día de vuestra vida la puerta de vuestra esperanza.**

**Un fuerte abrazo a todos y cada uno de vosotr@s y estaré encantado de contestar todas las preguntas.**





[www.afalcontigo.es](http://www.afalcontigo.es)

**Francisco Martínez Cantó**

[DUE, Experto en Geriátría y Gerontología.](#)

Asociación Nacional del Alzheimer, AFALcontigo  
C/ General Díaz Porlier, 36 – local  
Tlf. 91 309 16 60