



## ENVEJECIMIENTO CON CRONICIDAD:

### visión general y recursos

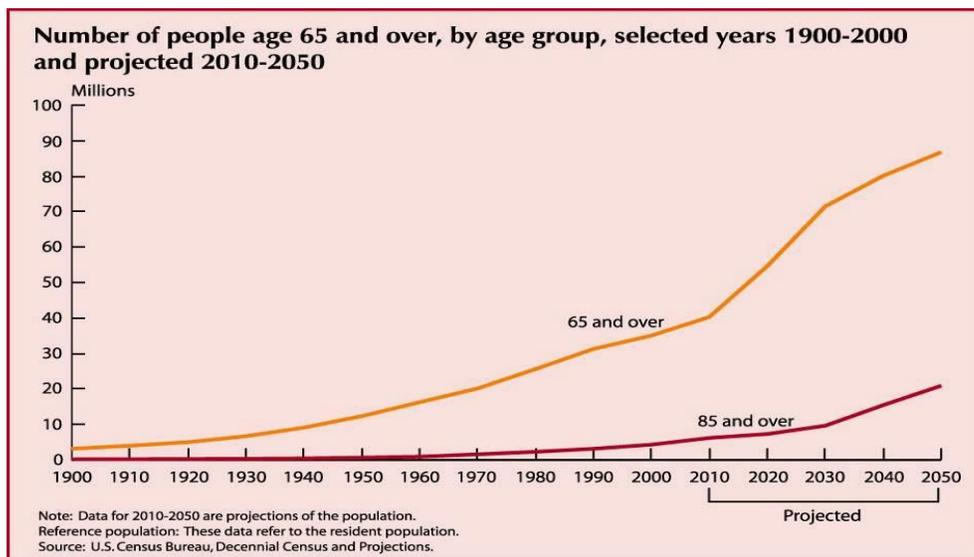
por CHARLOTTE ELIOPOULOS RN, MPH, ND, PhD y  
MARY SHELKEY RN, PhD, GNP



#### Envejecimiento demográfico

Es beneficioso que las enfermeras comprendan los rápidos cambios demográficos de la población que envejece para planificar y prestar servicios de forma competente a los adultos mayores.

La población estadounidense vive cada vez más años, y el número de personas de 65 años o más crece exponencialmente. La esperanza de vida ha aumentado tanto para hombres como para mujeres. Un niño nacido en 1900 tenía una esperanza de vida de 47 años; un niño nacido en 2013 puede esperar vivir 78,2 años. La mejora de la atención médica y las medidas preventivas han aumentado la esperanza de vida y han producido un cambio importante en las principales causas de muerte, de enfermedades infecciosas y enfermedades agudas a enfermedades crónicas y enfermedades degenerativas. En la actualidad, 34 millones de personas tienen más de 65 años, lo que representa aproximadamente el 13% de la población total. Desde 1900, el porcentaje de estadounidenses mayores de 65 años se ha triplicado. Los Baby Boomers (nacidos entre 1946 y 1964) han entrado en la tercera edad y provocarán un aumento espectacular de la población de edad avanzada hasta 2030. La proyección es que en el año 2030 los adultos mayores representarán casi el 20% de la población total de Estados Unidos.



El número de "mayores de 85 años" también está creciendo exponencialmente. Se prevé que la población mayor de 85 años se duplique para el año 2036 y se triplique para 2049, lo que la convierte en el segmento de población de más rápido crecimiento.

#### Envejecimiento de las minorías

La población de adultos mayores pertenecientes a minorías en EE.UU. también está aumentando drásticamente. Los blancos no hispanos representaban casi el 84% de la población estadounidense de adultos mayores en 2000, pero se prevé que disminuyan hasta el 64% en 2050. En la actualidad, los afroamericanos representan el 8,4% de la población de edad avanzada, los asiáticos el 4% y los hispanos (de cualquier raza) el 6,8%.

Las proyecciones indican que en 2050 la composición de los adultos mayores será de un 61% de blancos no hispanos, un 18% de blancos no hispanos y un 18% de blancos no hispanos. Hispanos, un 12% de negros y un 8% de asiáticos. Se prevé que la población hispana de más edad sea la que crezca más rápidamente. También se espera que la población asiática de más edad experimente un gran aumento hasta alcanzar los 7 millones en 2050.

## Estado civil

Los hombres mayores tienen más probabilidades de estar casados que las mujeres mayores y, después de los 75 años, la mayoría de las mujeres mayores no están casadas. Más del 72% de los hombres de entre 65 y 74 años están casados, frente al 42% de las mujeres del mismo grupo de edad. Según Incluso entre los más mayores, la mayoría de los hombres están casados.

## Modalidades de vida

Las diferencias en la esperanza de vida contribuyen a que la mayoría de los hombres mayores vivan con su cónyuge, mientras que menos de la mitad de las mujeres mayores lo hacen. Es probable que las mujeres mayores afroamericanas, hispanas y asiáticas vivan con familiares distintos de su cónyuge. Las mujeres mayores blancas no hispanas y negras tienen más probabilidades de vivir solas.

Algo más del 4% (1,5 millones) de los adultos mayores residen en centros sanitarios. Sin embargo, la probabilidad de residir en una residencia de ancianos aumenta drásticamente con la edad, como consecuencia de la mayor necesidad de apoyo de estas personas para mantener las actividades de la vida diaria.

## Situación financiera

Aunque las cifras están disminuyendo, vivir en la pobreza es una preocupación real para los estadounidenses mayores. En 1959, el 35% de los mayores de 65 años vivía por debajo del umbral de la pobreza; hoy, el 10% de los mayores se encuentra en ese nivel. Las mujeres y las minorías son las más afectadas por la pobreza. La principal fuente de ingresos de los mayores es la Seguridad Social; aproximadamente la mitad de los mayores obtienen ingresos de sus bienes, algo más de una cuarta parte tienen pensiones privadas y aproximadamente una cuarta parte de los mayores obtienen ingresos de su empleo.

## Vivir con una enfermedad crónica

Como resultado de los avances en la atención sanitaria durante el siglo pasado, las enfermeras atienden cada vez menos a las personas que mueren por infecciones y accidentes, principales fuentes de mortalidad a principios de siglo. Hoy en día, las enfermeras atienden a personas mayores con enfermedades crónicas, que son una fuente importante de morbilidad y mortalidad. Más del 50% de los adultos mayores tienen tres o más enfermedades crónicas (American Geriatric Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2014) y estas pueden impactar significativamente la independencia y las actividades de la vida diaria. Las principales enfermedades crónicas en personas de 65 años o más, por orden de prevalencia, son:

- Artritis
- Hipertensión
- Deterioros auditivos
- Afecciones cardíacas
- Deficiencias visuales (incluidas cataratas)
- Deformidades o deficiencias ortopédicas
- Diabetes mellitus
- Sinusitis crónica
- Fiebre del heno y rinitis alérgica (sin asma)
- Varices

*Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud. Consultado el 16 de octubre de 2014 en <http://www.cdc.gov/chronicdisease/index.html>.*

Adoptar estilos de vida saludables -hacer ejercicio físico con regularidad, mantener una dieta sana, evitar el consumo de tabaco- y someterse a revisiones médicas periódicas (por ejemplo, de cáncer de mama, de cuello de útero y colorrectal, de diabetes y de depresión) puede reducir drásticamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas.

La adopción de mejores hábitos de vida, junto con muchas de las modalidades complementarias disponibles para los adultos mayores, ofrece un enorme potencial en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores, así como en la disminución de las comorbilidades (por ejemplo, inmovilidad, dolor) asociadas a las enfermedades crónicas (para una revisión en profundidad, véase el módulo de AHNA *Integración Segura de Complementos y Alternativas en la Atención Geriátrica*).

## Síndromes geriátricos

A medida que las personas mayores envejecen, su cuerpo experimenta numerosos cambios fisiológicos. Estos cambios fisiológicos no son idénticos en todos los individuos. (Para una revisión de los cambios fisiológicos comunes en el envejecimiento consulte los recursos del Instituto Hartford de Enfermería Geriátrica en: <https://hign.org/consultgeri-resources/elearning>. Estos cambios no sólo contribuyen y afectan al desarrollo de enfermedades crónicas, sino también a las manifestaciones e impacto de las enfermedades en los individuos afectados.

Los adultos mayores con un mayor número de enfermedades crónicas corren el riesgo de padecer uno o más de los siguientes síndromes geriátricos. Los cuidados de enfermería a los adultos mayores con estos síndromes tienen como objetivo minimizar la morbilidad y la mortalidad, manteniendo al mismo tiempo la dignidad y la calidad de vida. Los siguientes son síndromes geriátricos comunes en los adultos mayores:

### Delirio

El delirio es una confusión de aparición repentina acompañada de una alteración del nivel de conciencia. Los síntomas pueden fluctuar a lo largo del día. Las causas más frecuentes de delirio en las personas mayores son las infecciones, los trastornos metabólicos y las reacciones a la medicación. Para algunos ancianos, el delirio puede ser el primer signo de una enfermedad aguda.

Las personas con demencia (deterioro crónico de la cognición) pueden desarrollar un delirio cuando experimentan un problema de salud física. El delirio en estas personas puede manifestarse por un empeoramiento o confusión, agitación y aumento de los problemas de conducta.

### Demencia

La demencia es un síndrome clínico de déficit cognitivo que implica tanto alteraciones de la memoria como una alteración en al menos otra área de la cognición. Estos déficits cognitivos suelen ser progresivos e irreversibles.

- La demencia afecta a cerca del 5% de las personas mayores de 65 años
- Entre 4 y 5 millones de estadounidenses padecen la enfermedad de Alzheimer (EA)
- Se calcula que 13,5 millones de personas padecerán EA en 2050.
- La prevalencia mundial de la demencia es de unos 24,3 millones, con 6 millones de nuevos casos cada año
- Además de alteraciones cognitivas, la demencia suele asociarse a cambios funcionales y de comportamiento.

Existen varios tipos de demencia, y varían en cuanto a la aparición y el ritmo de progresión de los síntomas.

Es importante llevar a cabo una evaluación exhaustiva para identificar otras posibles causas de demencia, en lugar de dar por sentado que se trata de una enfermedad degenerativa.

enfermedad de Alzheimer. Además, es importante educar a los cuidadores y consumidores en que el deterioro cognitivo no es un resultado normal del envejecimiento.

### Depresión

La depresión no es una parte normal del envejecimiento, sino una enfermedad médica tratable que afecta a muchos estadounidenses mayores de 65 años. La depresión se manifiesta con varios síntomas, como ánimo triste durante 14 días o más, ánimo deprimido o irritable, llanto frecuente, pérdida de interés y placer (en la familia, los amigos, las aficiones, el sexo), pérdida o aumento de peso (sobre todo pérdida), trastornos del sueño (sobre todo insomnio), fatiga/pérdida de energía, lentitud/agitación psicomotora, disminución de la concentración, sentimientos de inutilidad/culpa, pensamientos o intentos de suicidio, desesperanza y psicosis (es decir, pensamientos delirantes/paranoides, alucinaciones).

- La depresión, tanto los trastornos depresivos graves como la depresión leve, es muy prevalente en los adultos mayores que viven en la comunidad, los enfermos médicos y los institucionalizados.

- La depresión no es una parte natural del envejecimiento ni una reacción normal a la hospitalización por enfermedad aguda.
- Las consecuencias de la depresión incluyen la amplificación del dolor y la discapacidad, el retraso en la recuperación de enfermedades y operaciones, el empeoramiento de los efectos secundarios de los medicamentos, el uso excesivo de los servicios sanitarios, el deterioro cognitivo, la desnutrición y el aumento de las muertes relacionadas o no con el suicidio.
- La depresión tiende a ser duradera y recurrente. Por lo tanto, no es aconsejable esperar y ver, sino que es necesaria una atención clínica inmediata. Si se reconoce, la respuesta al tratamiento es buena.
- Los síntomas somáticos pueden ser más prominentes que el estado de ánimo depresivo en la depresión tardía.
- Muchos ancianos pueden presentar rasgos mixtos de depresión y ansiedad.
- El reconocimiento de la depresión se ve dificultado por la coexistencia de enfermedades físicas y problemas sociales y económicos comunes en las últimas etapas de la vida. El reconocimiento, la intervención y la derivación precoces por parte del personal de enfermería pueden reducir los efectos negativos de la depresión.

## Cataratas

Una caída es un suceso inesperado en el que la persona cae al suelo, al piso o a un nivel inferior. Las caídas entre los adultos mayores no son una consecuencia normal del envejecimiento; más bien, se consideran un síndrome geriátrico que suele deberse a muchos factores intrínsecos y extrínsecos que interactúan. Casi un tercio de los adultos mayores que viven en la comunidad se caen cada año en su casa. La mayor incidencia de caídas se produce en el entorno institucional de cuidados a largo plazo (es decir, en residencias de ancianos).

El mayor riesgo de caídas en los adultos mayores puede deberse a una serie de cambios relacionados con la edad, como la alteración de la agudeza visual, la disminución del tiempo de reacción, la disminución del equilibrio y la fuerza muscular, la desmineralización ósea y el aumento de la incidencia de hipotensión ortostática.

## Dolor

*El dolor* se define como "una experiencia sensorial y emocional desagradable" y también como "lo que la persona que lo experimenta dice que es, que existe siempre que él lo dice". Estas definiciones ponen de relieve la naturaleza multidimensional y altamente subjetiva del dolor. El dolor suele caracterizarse según la duración del dolor (por ejemplo, agudo frente a persistente) y la causa del dolor (por ejemplo, nociceptivo frente a neuropático). Estas definiciones tienen implicaciones para las estrategias de tratamiento del dolor. La evaluación del dolor debe ser periódica, sistemática y documentada para poder evaluar con precisión la eficacia del tratamiento, y debe tener mucho peso el autoinforme del cliente.

- Aproximadamente el 50% de los ancianos que viven en la comunidad tienen dolor
- Aproximadamente el 85% de los residentes en residencias de ancianos experimentan dolor
- La prevalencia del dolor es dos veces mayor entre los adultos mayores (mayores de 60 años) que entre los jóvenes.
- Más del 80% de las personas mayores padecen enfermedades crónicas asociadas al dolor, como la artrosis y la enfermedad vascular periférica.  
Las personas mayores suelen padecer múltiples enfermedades, crónicas o agudas, y pueden sufrir varios tipos y fuentes de dolor.
- El dolor tiene importantes repercusiones en la salud, el funcionamiento y la calidad de vida de las personas mayores.

## Cambios sensoriales

La mayoría de las personas mayores experimentan algunos cambios en su capacidad sensorial (visión, audición, olfato, gusto y sensibilidad periférica) como parte normal del envejecimiento. Algunos cambios sensoriales, por ejemplo los cambios en la audición, pueden afectar gravemente a la capacidad de comunicación de una persona mayor.

El 30% de los mayores de 65 años padece algún tipo de discapacidad visual. Las cataratas son la quinta enfermedad crónica más frecuente en los adultos mayores de 75 años y provocan visión nublada. Otras enfermedades de los adultos mayores que alteran la visión son la degeneración macular, el glaucoma, la retinopatía diabética, la retinopatía hipertensiva, la arteritis temporal y el desprendimiento de retina.

La pérdida de audición es la tercera enfermedad crónica que afecta a los adultos mayores de 75 años. Las causas más comunes de pérdida auditiva en los adultos mayores son la presbiacusia (pérdida auditiva neurosensorial), la pérdida auditiva conductiva, el trastorno del procesamiento auditivo central, el tinnitus y la enfermedad de Meniere.

El sentido del olfato y la capacidad para identificar olores disminuyen debido a los cambios normales del envejecimiento. Los cambios habituales en el gusto incluyen una disminución de la capacidad para detectar alimentos dulces. Se cree que la mayoría de los cambios en el gusto se producen debido a la disminución del sentido del olfato, los medicamentos, las enfermedades y el consumo de tabaco.

Entre las enfermedades que alteran el olfato y el gusto que se observan con más frecuencia a medida que las personas envejecen se encuentran las afecciones que causan el síndrome de boca ardiente (por ejemplo, deficiencias de vitamina B12, alergias, disfunción salival y diabetes), la pérdida de sensibilidad periférica (por ejemplo, neuropatía periférica, neuropatía diabética) y la pérdida sensorial aguda (por ejemplo, ictus, atrapamiento nervioso).

La reducción de las sensaciones táctiles hace que los adultos mayores sean menos conscientes de la presión, lo que contribuye al mayor riesgo de ruptura de la piel en esta población.

## Incontinencia urinaria (IU)

La incontinencia urinaria no es una consecuencia normal del envejecimiento. La IU es la pérdida involuntaria de orina suficiente para constituir un problema. La IU afecta aproximadamente a 17 millones de estadounidenses. Más del 35% de los adultos mayores ingresados en el hospital presentan IU. Además de la medicación, el estreñimiento/impactación fecal, la escasa ingesta de líquidos, las barreras ambientales, la diabetes mellitus y los accidentes cerebrovasculares, la inmovilidad, el deterioro cognitivo, la desnutrición y la depresión son factores específicos para identificar a los ancianos con riesgo de IU en el entorno hospitalario. Las complicaciones de la IU incluyen caídas, irritación de la piel que provoca úlceras por presión, aislamiento social y depresión. Las enfermeras desempeñan un papel clave en la evaluación y el tratamiento de la IU. Las complicaciones de la IU incluyen irritación de la piel que provoca úlceras por presión, aislamiento social, caídas y depresión.

Existen varios tipos de IU:

- IU de esfuerzo: asociada a actividades que aumentan la presión intraabdominal, por ejemplo, toser, estornudar
- IU de urgencia: asociada a un fuerte deseo de micción-urgencia
- IU por rebosamiento: debida a una distensión excesiva de la vejiga, y puede estar causada por un músculo detrusor poco activo o por una obstrucción de la salida que provoca una distensión excesiva y rebosamiento.
- IU funcional: causada por factores no genitourinarios, como deficiencias cognitivas o físicas que impiden que la persona sea independiente a la hora de ir al baño.
- IU transitoria: caracterizada por la aparición repentina de síntomas urinarios potencialmente reversibles (por ejemplo, infección urinaria).

Una evaluación exhaustiva de la causa de la IU es esencial para determinar el mejor enfoque para revertir esta afección y/o las estrategias de ayuda (por ejemplo, reentrenamiento vesical, vaciado provocado, uso de calzoncillos para adultos). La IU no debe aceptarse como una consecuencia normal del envejecimiento.

## Medicamentos

La población de edad avanzada consume un gran número de medicamentos:

- Entre el 25 y el 40% de todos los medicamentos de EE.UU. están destinados a personas mayores
- Entre el 40 y el 50% de todos los medicamentos sin receta los consumen personas mayores
- Las personas mayores que viven en la comunidad consumen una media de 6 medicamentos al día. Se trata de una situación grave, ya que cuanto mayor es el número de medicamentos utilizados, mayor es el riesgo de reacciones adversas y complicaciones. Además, otros factores contribuyen al riesgo de reacciones adversas, entre ellos:
  - cambios fisiológicos relacionados con la edad que afectan a la absorción, distribución, metabolismo y excreción de los medicamentos
  - polifarmacia

- problemas de adherencia a la medicación relacionados con la falta de fondos para surtir las recetas, regímenes complicados, efectos secundarios, deterioro cognitivo, deficiencias funcionales, etc.
- prescripción inadecuada (por ejemplo, no ajustar la dosis en función de la edad, prescribir un medicamento que interactúa con otro ya utilizado)
- enseñanza inadecuada al paciente
- automedicación para los síntomas relacionados con la edad
- incapacidad del paciente o del cuidador para reconocer los signos de reacciones adversas

## Vivir con enfermedades crónicas

La naturaleza de las enfermedades crónicas, la forma única en que pueden presentarse en diversas personas y los efectos de la edad avanzada requieren que los cuidados y los objetivos sean altamente individualizados. A diferencia de los cuidados de enfermedades agudas, en los que la mayoría de las acciones de enfermería implican actividades de diagnóstico, tratamiento y curación, las acciones de enfermería de cuidados crónicos implican ayudar al individuo con los objetivos de (Eliopoulos, 2014):

- mantener o mejorar la capacidad de autocuidado
- atender eficazmente la afección
- potenciar las capacidades curativas del organismo
- prevención de complicaciones
- retrasar el deterioro y el declive
- alcanzar la máxima calidad de vida posible
- morir con paz, comodidad y dignidad

El enfoque diferente de los cuidados crónicos significa que los progresos pueden evaluarse de forma distinta a como se haría con los cuidados agudos.

Además de los enfoques médicos occidentales convencionales (por ejemplo, medicamentos alopáticos y cirugías), abundan otras modalidades de tratamiento. El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (National Center for Complementary and Alternative Medicine), una división del Instituto Nacional de la Salud (National Institute of Health), lleva a cabo investigaciones que prueban la seguridad y eficacia de los tratamientos complementarios (utilizados junto con la medicina convencional) y de los tratamientos alternativos (utilizados en lugar de la medicina convencional). Muchos de ellos ya han demostrado su eficacia y son muy prometedores para el tratamiento de enfermedades crónicas en personas mayores. Los tipos de modalidades complementarias y alternativas incluyen:

- Acupuntura
- Aromaterapia
- Ayurveda
- Biorretroalimentación
- Quiropráctica
- Suplementos dietéticos
- Campos electromagnéticos
- Homeopatía
- Masaje
- Naturopatía
- Osteopatía
- Reiki
- Toque terapéutico
- Medicina tradicional china
- Yoga

Las enfermeras interesadas en los resultados más recientes de la investigación, como el estudio sobre la artrosis y la acupuntura, pueden consultarlos en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/complementaryandalternativemedicine.html>. (Para más información sobre el uso de la medicina *complementaria* y alternativa en personas mayores, consulte el módulo de la AHNA *Integración segura de la medicina complementaria y alternativa en los cuidados geriátricos*).

Los adultos mayores, mediante la adopción de cambios saludables en su estilo de vida (por ejemplo, actividad física, buena alimentación, mantenimiento de un peso saludable y evitación del consumo de tabaco), pueden contribuir a reducir los efectos adversos de las enfermedades crónicas y el envejecimiento.

## Voluntades anticipadas

La muerte es una realidad para todas las personas y, sin embargo, muy pocas han promulgado un documento de voluntades anticipadas. Estos documentos sobre las preferencias de una persona resultan fundamentales en las enfermedades agudas y crónicas, y aún más en la planificación de los cuidados al final de la vida. La ausencia de estos documentos al final de la vida suele ser una fuente de angustia para las familias y el personal de enfermería. Entre los tipos de voluntades anticipadas se incluyen los testamentos y fideicomisos, las directrices anticipadas y varios tipos de poderes. Estos documentos deben discutirse y completarse siempre que sea posible mucho antes de una crisis al final de la vida. Para más información sobre los distintos tipos de voluntades anticipadas y su finalidad, los enfermeros pueden consultar *Getting Your Affairs in Order* (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento) en <http://www.nia.nih.gov/health/publication/getting-your-affairs-order>.

## Maltrato de ancianos

Muchas personas mayores son víctimas de malos tratos (maltrato físico, sexual, emocional o económico y abandono). Es posible que los ancianos no denuncien los malos tratos por vergüenza, preocupación por los cambios que puedan producirse en sus condiciones de vida o miedo a las represalias de sus agresores. El personal de enfermería suele ser el que entra en contacto con las víctimas de malos tratos. Reconocer los signos y síntomas del maltrato de ancianos es el primer paso para conseguir ayuda y seguridad para la víctima. Se puede encontrar un resumen de los signos y síntomas, así como de los pasos a seguir para denunciar el maltrato de ancianos, en el National Center on Elder Abuse, [http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main\\_Site/index.aspx](http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/index.aspx).

## Cuidados familiares

Muchas enfermedades agudas y crónicas convierten a los adultos mayores en dependientes, lo que requiere que familiares y amigos cuiden de ellos. Un número cada vez mayor de estas personas son atendidas por familiares y amigos, y estos cuidadores corren el riesgo de que la carga de los cuidados repercuta en su bienestar físico, emocional y social. Las enfermeras pueden proporcionar apoyo continuo a los cuidadores de diversas maneras. Algunas familias necesitan apoyo emocional, material educativo o referencias. Muchos organismos ofrecen asesoramiento y asistencia a los cuidadores, como la National Family Caregivers Association <http://www.nfcacares.org/> y la Administration of Aging <http://www.aoa.gov/>.

## Vacunas

La neumonía y la gripe siguen figurando entre las diez principales causas de muerte entre los adultos mayores. Las vacunas que protegen a los adultos mayores de estas dos enfermedades infecciosas siguen siendo la modalidad preventiva número uno. Para consultar el calendario completo de vacunaciones recomendado para adultos por el Centro de Control de Enfermedades de EE.UU., visite <http://www.cdc.gov/vaccines/>.

## Salud bucodental

La salud bucodental es un área importante y a menudo descuidada de la atención sanitaria. Beber agua fluorada, utilizar pasta dentífrica con flúor y recibir atención dental rutinaria son formas de prevenir los problemas de salud bucodental. Los problemas de salud bucodental causan dolor y dificultad para hablar, y dificultan la masticación, la deglución y el mantenimiento de una nutrición óptima. Una mala salud bucodental provoca gingivitis, enfermedad periodontal, caries dental y la consiguiente pérdida ósea. Consulte las recomendaciones de la Academia Americana de Periodoncia sobre cuidados en <http://www.perio.org/consumer/smileforlife.htm>.

## Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son un sistema emergente de atención sanitaria cuyo objetivo es satisfacer la creciente necesidad de servicios basada en el crecimiento exponencial de los adultos mayores. Entre las organizaciones de cuidados paliativos se encuentran la National Hospice and Palliative Care Organization en <http://www.nhpco.org/templates/1/homepage.cfm>, y el Center for the Advancement of Palliative Care (CAPC) en <http://www.capc.org/>.

## Seguridad

Muchos ancianos se enfrentan a numerosos riesgos de seguridad en sus hogares, lo que les expone a un mayor riesgo de lesiones. El personal de enfermería a domicilio puede realizar una revisión exhaustiva del entorno doméstico, identificando los peligros para la seguridad (por ejemplo, alfombras del suelo sin asegurar o barandillas sueltas) y rectificando los peligros (por ejemplo, sustituyendo los cables deshilachados y comprobando los detectores de incendios), lo que reducirá significativamente las lesiones y muertes relacionadas con los peligros para la seguridad en el hogar. Si desea información completa, así como una lista de comprobación de la seguridad en el hogar, consulte la *Lista de comprobación de la seguridad en el hogar para consumidores de edad avanzada* de la Comisión de Seguridad de los Productos de Consumo en <http://www.cpsc.gov/>.

## Sexualidad

Numerosos cambios físicos, así como los efectos de enfermedades crónicas y medicamentos, afectan a la capacidad del adulto mayor para disfrutar del sexo. A pesar de ello, muchos adultos mayores siguen deseando la satisfacción sexual a una edad avanzada. Además, la intimidad con otra persona puede incluir o no el sexo. La satisfacción y las preocupaciones sexuales deben formar parte de la evaluación integral de los adultos mayores. Es posible que las enfermeras deban proporcionar educación y asesoramiento sobre los efectos de las enfermedades y los medicamentos en la libido y la función sexual y ayudar a los adultos mayores a corregir o manejar los problemas que interfieren con la actividad sexual. Consulte *Sexuality in Later Life* del Instituto Nacional sobre el Envejecimiento en <http://www.niapublications.org/agepages/sexuality.asp>.

## Conclusiones: Vivir en armonía con las enfermedades crónicas

Además de gestionar eficazmente la enfermedad, un aspecto importante de los cuidados crónicos es lograr la curación. En el caso de las enfermedades crónicas, la curación no significa curar, sino desarrollar un estilo de vida en el que se viva en armonía con la enfermedad. Un verdadero enfoque holístico es esencial, ya que deben tenerse en cuenta las necesidades del cuerpo, la mente y el espíritu.

### Sitios web con información para adoptar estilos de vida saludables

- *Guía de bolsillo para mantenerse sano a partir de los 50* (Agency for Healthcare Research and Quality): <http://www.ahrq.gov/patients-consumers/prevention/lifestyle/index.html>
- *Adopting Good Health Habits at 60 and Beyond* (Academia Americana de Médicos de Familia): <http://familydoctor.org/familydoctor/en/seniors/staying-healthy/good-health-habits-at-age-60-and-beyond.html>

### Información para mayores y familias

- *Eldercare Locator: A Way to Find Community Assistance for Seniors* (Administración sobre el Envejecimiento): [www.eldercare.gov](http://www.eldercare.gov)

## Organizaciones

- *Administración de la Tercera Edad*: <http://www.aoa.gov>
- *Alianza para la Investigación sobre el Envejecimiento*: <http://www.agingresearch.org>
- *Asociación de Alzheimer*: <http://www.alz.org>
- *Enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados*: <http://www.alzheimers.org>
- *Asociación Americana de Jubilados*: <http://aarp.org>
- *Sociedad Americana contra el Cáncer*: <http://www.cancer.org>
- *Sociedad Americana de Geriátrica*: <http://www.americangeriatrics.org>
- *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*: <http://www.cdc.gov/aging>
- *Fifty-Plus Lifelong Fitness*: <http://www.50plus.org>
- *Consejo Nacional sobre el Envejecimiento*: <http://www.ncoa.org/index.cfm?bType=ie4>
- *Instituto Nacional sobre el Envejecimiento*: <http://www.nia.nih.gov>
- *Instituto Nacional de la Tercera Edad (Senior Health)*: <http://www.nihseniorhealth.gov>
- *Centro de Información del Instituto Nacional de Salud*: <http://www.nia.nih.gov>

## Referencias

Panel de expertos de la Sociedad Americana de Geriátrica sobre la atención de adultos mayores con multimorbilidad (2014). Principios rectores para la atención de adultos mayores con multimorbilidad: Una aproximación para clínicos. *Revista de la Sociedad Americana de Geriátrica* (Número especial): 1-2, [http://www.americangeriatrics.org/health\\_care\\_professionals/clinical\\_practice/multimorbidity](http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/multimorbidity), consultado el 16/10/14.

Eliopoulos, C. (2014). *Enfermería gerontológica*, 8ª ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

## Bibliografía

- Sociedad Americana de Geriátría, (2014). Anales de cuidados a largo plazo: Cuidados Clínicos y Envejecimiento. 2014;22(4):31-32
- Bayliss EA, Bonds DE, Boyd CM, Davis MM, Finke B, et al (2014). La comprensión del contexto de la salud para las personas con múltiples enfermedades crónicas: pasar de lo que es la materia a lo que importa. *Anales de Medicina Familiar*, 12(3):260-9
- Bryant, R. y Gasper, P, (2014). Implementación de un programa de autocuidado de la insuficiencia cardíaca entre clientes domiciliarios. *Enfermería Geriátrica*, 35(3):188-193.
- Burfield, A.H. y Cooper, J.W. (2014). Evaluación del dolor y el riesgo de caídas en residentes con deterioro cognitivo: problemas asociados con evaluaciones pasadas por alto. . *Anales de cuidados a largo plazo*, 22(5):36-40
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2014). Salud de la población negra o afroamericana no hispana. FastStats. Obtenido el 3 de septiembre de 2014, del sitio web: [http://www.cdc.gov/nchs/fastats/black\\_health.htm](http://www.cdc.gov/nchs/fastats/black_health.htm)
- Chan, M.F., M.F., Leong, S.P., Heng, B.L., Mathew, B.K., Khan, S.B., et al. (2014). Reducing depression among adultos mayores que viven en la comunidad mediante la revisión de historias de vida: Un estudio piloto. *Geriatric Nursing*, 35(2):105-110.
- Gordon, M. (2013). Demandas de cuidados por parte de familiares y apoderados sanitarios familiares: Un dilema para el personal de cuidados paliativos y cuidados paliativos. *Annals of Long-Term Care*, 21(5):42-46.
- Gray-Miceli, D. y Quigley, P.A. (2012). Prevención de caídas: Evaluación, diagnósticos y estrategias de intervención. Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., & Zwicker, D. (eds), *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*, 4ª ed., Nueva York. Nueva York: Springer Publishing Co.
- HealthReform.gov. (2014). Disparidades en salud: Un caso para cerrar la brecha. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Recuperado el 5 de septiembre de 2014, de <http://www.healthreform.gov/reports/healthdisparities>.
- Ho TF, Rowland-Seymour A, Frankel ES, Li SQ, Mao JJ. (2014). Diferencias generacionales en el uso de la medicina complementaria y alternativa (CAM) en el contexto de las enfermedades crónicas y el dolor: Baby boomers versus la generación silenciosa. *Revista de la Junta Americana de Medicina Familiar*, 27(4):465- 73.
- Lee, H., Lee, J.A., Brar, J.S., Rush, E.B., y Jolley, C.J. (2014).
- Parekh, A.K., Kronicik, R., y Tavernner, M. (2014). Optimización de las condiciones de salud para las personas con múltiples enfermedades crónicas. *JAMA*, 312(12):1199.
- Patz, S. (2014). Evaluación holística en la atención centrada en la persona. *AHNA Beginnings*, 34(1)10-11, 22.
- Pickering, C.E.Z. y Rempusheski, V.F. (2014). Examinar las barreras a la auto-reporte de abuso de ancianos en adultos mayores que viven en la comunidad. *Enfermería Geriátrica*, 35(2):120-125.
- Shields, W.C., Perry, E.C., Szanton, S.L., Andrews, M.R., Stepnitz, E.M. et al. (2013). Conocimientos y prácticas de prevención de lesiones en hogares de adultos mayores. *Enfermería Geriátrica*, 34(1):19-24.
- Tan, J.Y., Chen, J.X., Liu, X.L., Zhang, Q., Mei, L.J., y Lin, R. (2012). Un meta-análisis sobre el impacto de los programas de educación específicos de la enfermedad en los resultados de salud para los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Enfermería Geriátrica*, 33(4):280-296.
- van Kessel, G. (2013). La capacidad de las personas mayores para superar la adversidad: Una revisión del concepto de resiliencia. *Enfermería Geriátrica*, 34(2):122-127.
- Wang, C.J., Fetzer, S.J., Yang, Y.C., y Wang, J.J. (2013). Los impactos de la utilización de voluntarios de salud de la comunidad para entrenar a los comportamientos de seguridad de la medicación entre los ancianos rurales con enfermedades crónicas. *Enfermería geriátrica*, 34(2):138-145.
- Woo, N. y Kim, S.H. (2014). La sarcopenia influye en las lesiones relacionadas con caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. *Enfermería Geriátrica*, 35(4):279-282.
- Xu, D. y Kane, R.L. (2013). La incontinencia urinaria y la calidad de vida de los residentes de hogares de ancianos. *Revista de la Sociedad Americana de Geriátría*, 61(9):1473-1481.