

Curso Cuidados de personas mayores y dependientes

INDICE

1. Dispositivos de ayuda para la movilidad
 - 1.1 Andador
 - 1.2 Bastón
 - 1.3 Calcetines antideslizantes
2. Dispositivos de ayuda para el paciente encamado
 - 2.1 Cama articulada
 - 2.2 Colchones para una cama articulada
3. Úlceras por presión
 - 3.1 Prevención
 - 3.2 Valoración del riesgo del paciente de sufrir úlceras por presión
4. Higiene personal en el paciente dependiente y con ayuda
5. Alimentación en el anciano
 - 5.1 Necesidades energéticas
 - 5.2 Recomendaciones por nutrientes
 - 5.3 Suplementación de nutrientes en la tercera edad
6. Actividad en el anciano
 - 6.1 Actividad física activa
 - 6.2 Actividad lúdica y ejercicios mentales en el anciano
7. Patologías más comunes en el anciano
 - 7.1 Artritis y artrosis
 - 7.2 Osteoporosis
 - 7.3 Demencia
 - 7.4 Enfermedades cardíacas
 - 7.5 Diabetes
 - 7.6 Problemas auditivos y visuales
 - 7.7 Prevención de enfermedades crónicas

Bibliografía

1. DISPOSITIVOS DE AYUDA PARA LA MOVILIDAD

1.1 ANDADOR

Los problemas de movilidad se originan cuando la edad aumenta, las actividades que usualmente se realizan de manera rutinaria y sin esfuerzo, hoy cuestan mucho llevarlas a cabo. Asimismo, pueden producirse caídas y lesiones por esta falta de movilidad, pero hay maneras de facilitarnos la vida apoyándonos en productos, como: andadores para ancianos o andadores ortopédicos.

Los andadores para adultos mayores representan un alivio para aquellos que presentan problemas de movilidad, ya sean por condiciones, como: las artritis, la osteoporosis o simplemente por la degeneración de los tejidos conectivos causada por la edad avanzada.

Lo que muchos no saben de los andadores para ancianos es que, hay diferentes tipos y cada uno de esto presentan ventajas y desventajas. Ahondemos sin más en los tipos de andadores para adultos mayores y, también en los mejores tipos para acertar en la elección de este producto.



¿Qué es un andador para discapacidad?

Los andadores para discapacidad también son conocidos, como: andadores para ancianos o andadores para adultos mayores. Sin embargo, un andador no es sólo un elemento que se usa en personas de avanzada edad, también pueden usarlos niños y jóvenes con discapacidad motora de algún tipo. Los andadores son increíbles inventos que le facilitan la vida a muchos, además, son capaces de ayudar durante terapias físicas y recuperación de traumatismo.

Pese a lo anterior, muchos no conocen los diferentes tipos de andadores y, tampoco saben cómo comprar el más adecuado. No obstante, antes de adentrarnos en los diferentes tipos de andadores hablemos acerca de su definición y quienes deben usarlo.

Un andador para ancianos es un producto que ayuda a moverse con mayor facilidad, básicamente este utensilio está indicado para aquellas personas; que sin importar su edad tienen alguna discapacidad que no les permite moverse con soltura. Tal como se indicaba anteriormente hay andadores para adultos y niños. Este increíble instrumento puede facilitarnos la vida, sobre todo cuando hay problemas para caminar o para apoyar alguna de tus extremidades inferiores. Esencialmente el fin del andador es quitar un poco de peso de las piernas y, que las extremidades superiores te asistan para caminar mejor.

El andador permite apoyar nuestro peso sobre el mismo, es decir, el peso se distribuye mayormente en las extremidades superiores (antebrazos, muñecas, etc.); lo que a su vez nos ayuda a exigirle menos esfuerzo a las extremidades inferiores o piernas. Se podría considerar el andador como un ayudante similar a una muleta o bastón, pero este en realidad es capaz de ofrecernos mayor soporte. Además, dependiendo de sus características y bondades puede ayudarnos más profundamente con los problemas de movilidad; más que un bastón o una muleta. Asimismo, este instrumento es mucho más cómodo de usar que los anteriores.

¿Quiénes deben usar andadores?

Los andadores se usan por personas que tenga alguna incapacidad para movilizarse. Algunos casos específicos son:

- Los andadores son ideales en el caso de personas con poca estabilidad para caminar o andar.
- También los pueden usar aquellos individuos que tengan problemas para ponerse en pie, o mantenerse en pie.
- Personas con rigidez articular o problemas en tejidos conectivos pueden apoyarse en el uso de andadores.
- Funcionan también para individuos que se encuentren debilitados o sientan algún dolor al andar.
- Son ideales para personas que tenga poco equilibrio.
- Si se sufren caídas frecuentes y una edad avanzada
- El andador se utiliza para problemas de posturas.
- Se usa para asistir a personas que tomen medicamentos que reducen su movilidad, tales como: sedantes.
- En caso de plejías el andador es sumamente útil, básicamente este instrumento se utiliza cuando hay algún tipo de limitación de movimiento.

Es sumamente importante a la hora de utilizar el andador tener en cuenta ciertos aspectos, tales como:

- Espacio suficiente para manipular el andador con soltura, en espacios reducidos se puede dificultar su uso.
- Como todo instrumento de soporte o sostén se requiere habilidad para usarlo. Al principio puede que cueste un poco utilizarlo, pero con el tiempo y la practica el andador se volverá una extensión de tu cuerpo. Básicamente se sentirá a gusto con este
- El andador requiere entrenamiento y, también puede requerir de adaptaciones para ser usado más cómodamente. Cada persona tiene necesidades individuales, por lo que quizás el andador que usa un conocido no sea el más idóneo para otro paciente.
- Es importante pensar en el uso que tendrá el andador, ya que para exteriores e interiores deberá tener características específicas.
- Asimismo, es necesario dejarnos asesorar por nuestro medico, fisioterapeuta o el especialista que lleve cada caso, ya que él mismo puede valorar un andador de discapacidad en específico.
- También es necesario probar varios tipos de andador antes de comprar, para determinar cuál se adapta mejor a las necesidades del paciente.
- Es importante saber que un andador es un producto de uso individual, que en ocasiones sufre adaptaciones para adecuarse mejor a las necesidades del usuario. No se considera el andador de uso compartido, indiferentemente que las personas tengan la misma condición.

- Existen diferentes productos de soporte, no sólo el andador puede ayudar con los problemas de movilidad, también hay bastón, muletas y otros.

TIPOS DE ANDADORES

El andador para ancianos o para discapacidad se pueden clasificar según varios factores, como: donde será usado; pudiendo ser andadores para interiores o exteriores, también pueden clasificarse por el número de ruedas, por la ausencia de dichas ruedas, por la forma en la que funciona, si es articulado o no, entre otras.

Pese a lo anterior, la variedad de andadores para discapacidad se resume en: andadores anteriores y andadores posteriores. Lo anterior, hace referencia a la ubicación del andador con respecto al usuario.

Anteriores: Los andadores anteriores son los más comunes, tal como lo indica su nombre las personas que los usan caminan detrás del andador. Estos suelen empujarse mientras que el usuario se desplaza.



Entre los andadores anteriores destacan dos variedades, que son: los de apoyo lateral y los de apoyo horizontal. En los primeros el apoyo está en las barras laterales del andador. Por su parte, en los de apoyo horizontal la fuerza recae sobre una barra paralela al suelo.

Posteriores: Los andadores posteriores van específicamente detrás del usuario, durante su andar. Estos normalmente se utilizan para mantenerse erguidos y, sobre todo para tratar determinadas lesiones o traumatismos.



Beneficios de los andadores

Un andador para discapacidad es un instrumento que puede ayudar a recobrar la movilidad, asistir en acciones que causan molestia y devolver un poco de autonomía. El uso de andadores tiene muchos beneficios, tales como:

- Permite realizar actividades y mejora la condición física. Normalmente cuando las personas empiezan a usar andadores realizan más actividades físicas, que quizás no hacían antes por incapacidad, dolor o molestia. Se vuelve a caminar y esto permite estar en forma.
- Ofrecen un poco de libertad y autonomía. Cuando se empieza a perder movilidad las personas se sienten mal, dependen de otros para realizar labores tan habituales como ir de compras. Con la ayuda de un andador se tiene cierta autonomía, realizar paseos y hasta hacer compras sin ayuda.
- Tienen precios accesibles. Si por algo destacan los andadores para ancianos es por su costo. Asimismo, por 100€ o menos puedes conseguir andadores muy completos y con excelentes características.
- Los andadores son muy fáciles de usar. A pesar de que en un inicio puede ser engorrosos, en una o dos semanas se puede recuperar la actividad perdida.

Consejos para usar adecuadamente los andadores para discapacitados

Para sacar el mayor provecho del andador hay que seguir las instrucciones del fabricante, y además, seguir las indicaciones de un fisioterapeuta.

Entre las pautas para conseguir el máximo rendimiento de los andadores para ancianos:

- Realizar el montaje del andador de manera adecuada

- Todos los modelos de andadores vienen con un instructivo para su montaje. El caminador debe ser desplegado correctamente para no tener problemas a futuro o accidentes.
- Se recomienda pedir asesoramiento experto para su montaje y adaptación al usuario. La mayoría de los andadores se adecuan a la altura de quien lo usa y, este paso lo idóneo es que lo lleve a cabo un fisioterapeuta o especialista.
- Asegurarse de saber frenar
- Es fundamental que informarse del del sistema de frenado del andador, ya que difieren según el modelo.
- Recuerda: leer las instrucciones y practicar en la seguridad del hogar antes de usarlo en exteriores.
- Respetar el peso permitido del andador, si el fabricante indica que puede soportar hasta 100 kg no exceder esa cantidad.
- Normalmente los andadores pueden soportar entre 160 kg a 280 kg, esto dependiendo de su material de fabricación. Los de acero son más robustos y resistente, pero como desventaja tiene mayor peso.
- Plegar a adecuadamente el andador. No forzar el andador al plegarlo, porque de hacerlo puede dañarse.

1.2 BASTON

Es importante empezar a caminar poco después de una cirugía de una lesión en la pierna, o como instrumento necesario de por vida. Se puede usar un bastón para apoyarse. Puede ser una buena opción si sólo necesita un poco de ayuda con el equilibrio y la estabilidad o si la pierna sólo está un poco débil o adolorida.

Los dos tipos principales de bastones son:

- ❖ Los bastones con una sola punta.
- ❖ Los bastones con cuatro puntas en la parte de abajo.

El cirujano o el fisioterapeuta ayudará a escoger el tipo de bastón que sea mejor para cada situación. El tipo de bastón que use dependerá de cuánto apoyo se necesite.

Si se está experimentando mucho dolor, debilidad o problemas de equilibrio. Unas muletas o un caminador pueden ser mejores opciones.



Lo básico del bastón

La pregunta más común acerca del uso de un bastón es: "¿En qué mano lo debo sostener?". La respuesta es la mano opuesta a la pierna que esté más débil.

La punta o todas las cuatro puntas necesitan estar en el suelo antes de se recueste el peso sobre el bastón.

- Mirar hacia adelante cuando se camine, no a los pies.
- Verificar que el bastón se haya ajustado a la estatura del paciente
- El mango debe estar al nivel de la muñeca.
- El codo debe doblarse ligeramente cuando se sostiene el mango.
- Escoger un bastón con un mango cómodo.
- Usar una silla con apoyabrazos cuando pueda para que sea más fácil sentarse y pararse.



Caminar y girar con un bastón

La mecánica de la marcha con bastón consiste en los siguientes pasos :

- Mantener con un agarre firme el bastón.
- Al mismo tiempo que se da un paso hacia adelante con la pierna más débil, balancear el bastón la misma distancia por delante. La punta del bastón y el pie delantero deben estar igualados.
- Quitar algo de la presión de la pierna más débil poniendo presión sobre el bastón.
- Dar el paso más allá del bastón con la pierna fuerte.
- Repetir los pasos 1 a 3.

- Voltear girando sobre la pierna fuerte, no la pierna más débil.
- Deambular lentamente. Puede llevar un tiempo acostumbrarse a caminar con un bastón.

Bajar o subir un peldaño.

Para subir un peldaño

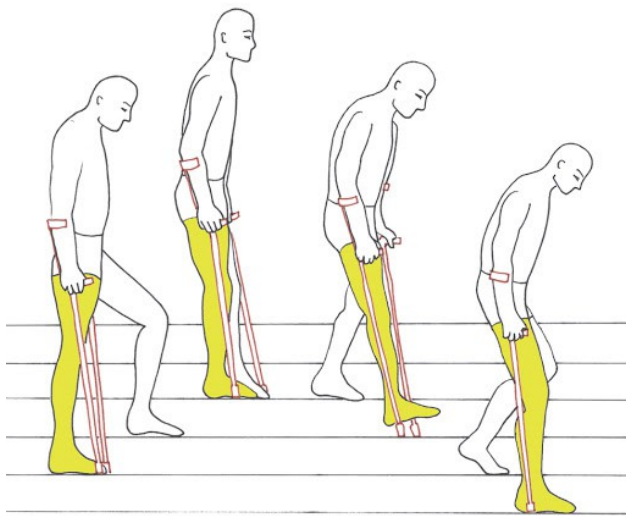
- Dar el paso primero con la pierna fuerte.
- Poner el peso sobre la pierna fuerte y subir el bastón y la pierna más débil para que se encuentren con la pierna fuerte.
- Usar el bastón para ayudarse con el equilibrio.

Para bajar un peldaño o andén:

- Ubicar el bastón en la parte de abajo del peldaño.
- Bajar la pierna débil. Usar el bastón para tener equilibrio y apoyo.
- Bajar la pierna más fuerte al lado de la pierna débil.

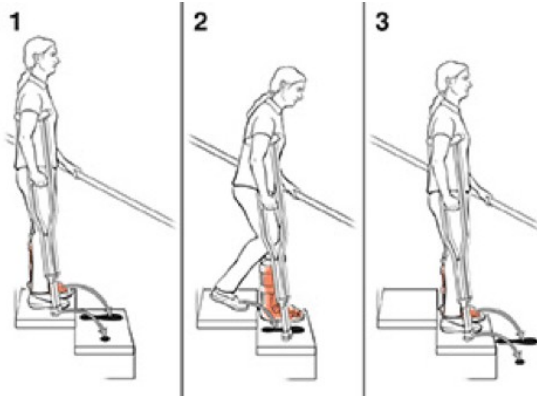
Bajar o subir una serie de escaleras

- Si hay una baranda, sostenerse de ésta y usar el bastón en la otra mano. Para una serie de escaleras, usar el mismo método que para peldaños solos.
- Subir las escaleras con la pierna más fuerte primero, luego la pierna más débil y luego el bastón.



- Si se está bajando escaleras, empezar usando el bastón, luego la pierna más débil y luego la pierna fuerte.
- Cuando se llegue a la cima, parar por un momento para recuperar el equilibrio y fuerza antes de seguir.

- Si se operaron ambas piernas, o existe debilidad, avanzar con la pierna más fuerte al subir y su pierna más débil al bajar.



Consejos de seguridad

- Realizar cambios entorno a su casa para prevenir caídas.
- Verificar que cualquier alfombra suelta, esquinas de las alfombras que se atranquen o cuerdas estén aseguradas al suelo, de manera que no se tropiece ni se enrede en ellas.
- Eliminar el desorden y mantener el suelo limpio y seco.
- Usar zapatos o chanclas con suelas de caucho u otro antideslizante. NO usar zapatos con tacones o suelas de cuero.
- Revisar la punta del bastón diariamente y reemplazar si están desgastada.

- Pueden conseguirse repuestos en la tienda de suministros médicos o en la farmacia local.
- A medida que se está aprendiendo a usar el bastón, procurar que alguien cercano brinde apoyo extra si es necesario.
- Usar una bolsa de cintura (canguro) o la bolsa de hombro para llevar artículos que se necesite (como el teléfono). Esto mantendrá sus manos libres mientras esté caminando.

1.3 CALCETINES ANTIDESLIZANTES

Como su propio nombre indica su función está limitada a evitar caídas a la hora de desplazarse en personas con poca capacidad de respuesta ante el deslizamiento propio de un calcetín normal.



2. DISPOSITIVOS DE AYUDA PARA EL PACIENTE ENCAMADO

2.1 CAMA ARTICULADA

La invención de las camas articuladas así como de sus diferentes géneros y variantes ha sido un desarrollo tecnológico producto del área de la medicina general, para el área de la ortopedia, entre otros. Todo fue generada como respuesta a la necesidad de brindar a los pacientes un mejor y más óptimo proceso de recuperación frente a enfermedades, accidentes, operaciones quirúrgicas o de cualquier otro tipo de incapacitación que necesite un reposo extremo y prolongado.



CAMA ARTICULADA ELECTRICA

La idea propia de añadir motores eléctricos independientes para movilizar el soporte ha sido una de las razones por las que este primer modelo ha resultado de gozar de gran aceptación en el mercado, ello reforzado por la facilidad con que estos sistemas pueden activarse. A la hora de la adquisición de este tipo de equipos, los fabricantes aconsejan poner atención a importantes detalles como el material del cual esta construido el bastidor, sean ya metálicos o de madera, albergando estas diferentes ventajas según sea el caso.

CAMA ELECTRICA HOSPITALARIA

Cuando se trata de ambientes de salud controlada, como clínicas y hospitales la cantidad de esfuerzo que se usa para la elaboración de este tipo de diseños suele resultar ser notablemente mayor. Las camas hospitalarias, en su mayoría cuentan con un denso armazón de hierro, contando con un sistema de autopropulsión hidráulica para funcionar. Entre otros rasgos que estas poseen se encuentra la movilización lateral del paciente, el uso de barandillas de seguridad, y una alta capacidad de transportabilidad que ayuda de forma notable al personal médico a ejercer sus labores.

En los últimos años cada vez un mayor y creciente número de ejemplares hospitalarios están siendo equipados con sirenas automáticas, que se activan en caso de que el paciente tome la decisión de escapar.



CANAPES ABATIBLES ARTICULADOS

Se tratan de dispositivos completamente acondicionados para destacarse sobre otros géneros de camas articuladas, en base a una alta funcionalidad y a los incorporados soportes que presenta para su función de almacén. En primera instancia presentan una estructura de gran similitud a las descritas anteriormente, por lo que el punto en el cual difieren es la incorporación de una base de almacenamiento que les da no solo un aspecto más estable sino que sirve como mueble indicado para el guardado de ropa, utensilios y demás implementos de importancia local.

Las puertas del canapé articulado, normalmente se abren mediante un cierre mecánico, el cual puede ser directo o a distancia.

CAMAS ARTICULADAS ELECTRICAS DOBLES

Estos modelos se preocupan en brindar un espacio acondicionado a parejas simultáneas de personas, haciéndoles capaces de gozar de una independencia motora entre sí. Incorporan un somier eléctrico doble e independiente, responsable de los movimientos de elevación, e inclinación habituales. Entre sus más importantes cualidades están sus reguladores de firmeza en la zona lumbar para dotar así al cuerpo de una mayor estabilidad al acondicionarse.

En su parte inferior, incorporan un soporte de caucho que permite una mayor adaptación a la forma corporal y libera la presión ocasionada por el movimiento corporal. Por último, estos modelos poseen también un total de 5 planos ejecutables independientes por lo que la libertad que obtendrá la pareja para la recuperación será notablemente mayor a comparación de otros diseños.

CAMA ARTICULADA MANUAL

Se trató de uno de los primeros modelos en ser incorporados al mercado y en determinado momento gozaron de una sorprendente popularidad, sin embargo, pese al auge de camas eléctricas este tipo de mecanismo aun goza de una excelente posición en la actualidad. Se destacan por carecer de elementos eléctricos y por fundamentar su movimiento en un conjunto de manivelas que operan en base a la rotación de sus partes y en la incorporación de un sistema de engranajes para transformar ese movimiento giratorio en unidireccional.

Para hacer funcionar este sistema es necesario que la persona se incorpore a mover la manivela o en su defecto un tercero se disponga a hacerlo por él, en cualquier caso, rara vez estos modelos poseen una movilidad superior a los 3 planos de acción en total.



2.2 COLCHONES PARA UNA CAMA ARTICULADA

De la misma forma como al momento de la adquisición de un equipo de cama articulada deben tenerse en cuenta múltiples factores de ergonomía y comodidad, lo mismo debe realizarse cuando se trata de seleccionar el colchón que sobre esta será usado. Entre los tipos de colchones que más eficiencia suelen albergar para su uso regular, están aquellos que se elaboran en base a una cobertura de espuma ligera, caracterizados por su facilidad para adaptarse al cuerpo y por su resistencia al paso del tiempo.

También es posible mencionar los colchones de látex y de visco elástica, materiales elegidos por ser propicios para su uso en camas articuladas gracias a su intrínseca flexibilidad, absorbiendo por tanto el peso corporal de una forma equilibrada y homogénea.

COLCHON ANTIESCARAS

Un colchón antiescaras es una superficie especial que reparte el peso del cuerpo, aliviando la presión y evitando así que aparezcan las temidas escaras, las heridas que salen en la piel debido a la inmovilidad.

Si tenemos un familiar con una discapacidad o enfermedad que pasa mucho tiempo en cama, queremos que esté lo más cómodo posible. Realizar cambios posturales a veces no es suficiente y nos damos cuenta de que la piel que está en contacto con el colchón cada vez está más sensible.

Pero, ¿cómo escoger un colchón antiescaras? Hay tantos tipos que andamos perdidos porque claro, no todos los usuarios son iguales y no sabemos qué colchón antiescaras es el correcto.

COLCHONES TERAPEUTICOS DE ESPUMA Y LATEX

- Los de espuma son muy confortables pero no los calificaríamos como antiescaras. Una de sus ventajas es que, económicamente, son asequibles.

- Los colchones de látex han estado muy de moda los últimos años, pero tampoco los recomendamos para personas con riesgo de escaras, ya que transpiran menos y la piel sufre.

COLCHONES TERAPEUTICOS DE POLIURETANO Y VISCOELASTICA

Los colchones sanitarios de poliuretano tienen una gran capacidad de adaptación al cuerpo, haciendo que el peso se distribuya correctamente y alivie la presión de manera uniforme.

Como propiedades del viscoelástico: son extremadamente confortables, favorece la inmersión del cuerpo, distribuye el peso y alivia la presión. La viscoelástica es un material que tiene “memoria”: el contorno del cuerpo se queda marcado cuando estamos acostados, pero luego vuelve a su posición habitual cuando deja de sentir el peso. Es decir, no se deforma.

Los colchones viscoelásticos están compuestos por una base semirrígida de poliuretano, con una capa de viscoelástica encima, que puede tener un grosor de entre tres y cinco centímetros.

COLCHONES ANTIESCARAS ESPECIALES

- Colchones con barreras: se trata de colchones que tienen un marco exterior de un material más duro que sirve para que el usuario esté más seguro en la cama, evitando caídas o que se pueda resbalar cuando está sentado.
- Colchones especiales para camas articuladas: tienen unas hendiduras en las zonas por donde se articula para que el colchón no se deforme. Seguro que ya sabes que la primera norma para poner un colchón en una cama eléctrica con somier articulado es que no tenga muelles.

- Colchón con zona de descarga de talones: presenta una hendidura en la zona de los talones porque son especialmente sensible a las úlceras por presión. Por lo tanto, el peso recae en los gemelos.

COLCHONES ANTIESCARAS DE AIRE

Los colchones antiescaras de aire son una superficie plástica hinchable y están considerados como uno de los productos más eficaces para la prevención de úlceras para las personas que pasan mucho tiempo en la cama. Y no sólo ayudan a la prevención, sino que contribuyen a la curación si ya tenemos alguna llaga en la piel.

¿Cómo inflar un colchón antiescaras? Funcionan con un compresor de aire, que lo infla y luego regula el flujo del aire, por lo que siempre tienen que estar conectados a la corriente.

¿Cuánto hay que inflarlos? Irá en función del peso que vaya a soportar. Los fabricantes siempre indican la presión adecuada y se puede regular muy fácilmente, ya sea girando una rueda en el compresor o tocando un botón. Algo importantes a tener en cuenta: siempre hay que hincharlos antes de que el paciente esté acostado.



COLCHON ANTIESCARA DE AIRE BASICO

Se utilizan sobre todo como prevención. Se trata de un sobrecolchón que se coloca encima de la cama y con la sábana sobre ellos, con el compresor se inflan las celdas o burbujas del colchón. Este tipo de colchón antiescaras es básico y se recomienda para personas con riesgo bajo de escaras. Estos colchones están indicados para usuarios de hasta 100 kg de peso, pero se recomienda que no se utilice para usuarios de más de 90 kg.

Una de sus ventajas es que su precio es muy económico. Como desventaja diremos que el compresor es silencioso, pero quizás no tanto como los de gama más alta. Se aconseja colocarlo a los pies de la cama, donde no emita vibraciones.

COLCHON ANTIESCARAS DE AIRE MEDIO-ALTO

El colchón antiescaras se compone de celdas de aire, unos 17 ó 18 cilindros paralelos, que también se hinchan mediante un compresor. Aquí es donde está su efectividad, porque el compresor infla y desinfla (parcialmente) las celdas pares e impares por ciclos. Esto contribuye a repartir la presión del cuerpo por zonas. No es lo mismo que un cambio postural pero ayuda. En algunos de ellos, las celdas de la cabeza son estáticas para evitar molestias.

Además, lo más interesante es que si se pincha una celda la podemos sustituir individualmente, no tenemos que comprar otro colchón. Recomendado para las personas con riesgo medio-alto de padecer úlceras por presión. Consulta al fabricante para saber el peso máximo soportado. Algunos de ellos cuentan también con un sistema CPR, que es un botón de desinflado rápido, para el caso de que haya que hacer una reanimación cardiopulmonar.

COLCHON ANTIESCARAS DE ALTA GAMA CON ROTACION

Este sistema de colchones combina dos terapias clínicamente efectivas: Rotación lateral y baja pérdida de aire en un sistema portátil. El colchón utiliza 18 celdas de aire profundo independientes para proporcionar una redistribución de la presión adecuada para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión en estadios I-IV. La terapia de rotación lateral reduce el riesgo de complicaciones pulmonares en pacientes inmóviles. Se ofrece un modo de giro completo, izquierdo o derecho con un giro pequeño de 25° o un giro grande de 40°. El reemplazo del colchón está diseñado para adaptarse a todas las camas de hospital estándar e incluye una base de espuma de alta densidad, una almohadilla de cabeza y una cuña de abducción para mayor seguridad del paciente. Soporta pacientes que pesan de 300 a 400kg,



3. ÚLCERAS POR PRESIÓN

Es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea. Se producen cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros, y tiene como consecuencia una degeneración rápida de los tejidos.

La mayoría de las lesiones se producen por la acción combinada de tres factores:

- **PRESION**, La presión directa sobre la piel y sobre todo sobre las prominencias óseas, es el determinante primario para la formación de las úlceras por presión.
- **FUERZA DE FRICCION**, se genera cuando una superficie roza con otra, dañando la unión dermo-epidérmica. •
- **FUERZA DE TRACCION**, lesiona los tejidos profundos y se produce cuando el esqueleto y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie, mientras la piel y la fascia superficial se mantiene fijas.

La localización de las úlceras por presión puede variar según sean las posiciones que el paciente mantenga durante un tiempo no superior a dos horas. Las zonas más susceptibles de desarrollar úlceras por presión son el sacro, los glúteos, los talones, el pliegue ínter glúteo, el trocánter y los maléolos.

3.1 PREVENCIÓN

PIEL

Es importante mantener la piel del paciente intacta para prevenir posibles lesiones. Para ello tendremos en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Se debe realizar el aseo general cada 24 horas y parcial cuando sea preciso. Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso con pequeños toques sobre la piel con una toalla suave, y nunca con fricción.
- Utilizar siempre jabones o sustancias limpiadoras que no sean irritantes para la piel.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca. Para ello es importante vigilar especialmente a los pacientes que sufren incontinencia, sudoración excesiva o lo que por alguna lesión tengan exudados que puedan provocar humedad.
- Examinar el estado de la piel a diario, (durante el aseo, cambios posturales, etc.) buscando sobre todo en los puntos de apoyo, áreas enrojecidas o induraciones.

- Mantener un registro del estado de la piel (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones), para ver su evolución.
- No utilizaremos sobre la piel ningún tipo de alcohol (de romero, colonias, etc.), ya que resecan la piel y no contribuyen a mantener la piel hidratada.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol, Linovera o Mepentol) o emulsión cutánea suavizante (Epaderm), realizando un masaje hasta conseguir su completa absorción.
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismo capilar.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama., ya que esas arrugas pueden provocar presión sobre áreas vulnerables y como consecuencia favorecer la aparición de lesiones en la piel.
- Podemos utilizar los apósitos hidrocoloides o espumas de poliuretano en las zonas más susceptibles de ulceración como por ejemplo el sacro, talones, codos y trocánteres. De esta manera estaremos protegiendo las prominencias óseas y así evitaremos lesiones por presión y/o fricción. Para los talones podemos utilizar las taloneras.

TIPOS DE APOSITOS Y PROTECCIONES

Apósitos hidrocoloides



Espuma de poliuretano



Talonerias



HUMEDAD

Debemos también prestar atención al exceso de humedad en la piel. Para ello controlaremos los signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas.

Realizaremos los siguientes cuidados:

- Se realizará un sondaje vesical cuando sea necesario, colocar pañales absorbentes y colectores.
En el caso de utilizar dispositivos absorbentes, es importante que estos sean transpirables, para que ayuden a mantener un microclima de la piel adecuado y para prevenir el deterioro de la misma. Y que la capa que esté en contacto con la piel esté siempre seca.
- Asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar maceraciones de la piel. Siempre después de asear al paciente secar bien la zona e hidratarla
- En las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada, aplicar productos barrera.

MOVILIZACION

Se deben realizar cambios posturales a todos los pacientes que tengan riesgo de padecer lesiones en la piel. Esto se hará sobre todo para aliviar la presión sobre las áreas de riesgo.

Los cambios posturales se realizarán siempre que no haya una contraindicación por alguna patología de base del paciente.

El periodo de tiempo entre cada cambio no debe exceder generalmente de dos-tres horas y deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente y registrado debidamente.

En la medida que sea posible se debe intentar educar a los pacientes para que sean ellos mismos los que cambien de posición.

- Los cambios posturales se realizarán cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada que

incluya siempre que se pueda el decúbito supino, la sedestación, el decúbito lateral izquierdo y el decúbito lateral derecho.

Se debe registrar la posición en la que se deja al paciente para dar continuidad a los cuidados.

- Evitar en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones
- En pacientes en sedestación los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí usando almohadas.
- Evitar el arrastre durante la movilización del paciente. Para ello se pueden utilizar dispositivos de ayuda a la movilidad como tablas o telas deslizantes.



- En posición decúbito lateral, no sobrepasar los 30 grados.
- Si fuera necesario, elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.
- Usar dispositivos que reduzcan al máximo la presión: colchones de aire (pacientes de peso inferior a 75 kg.), cojines, almohadas, protecciones locales, etc.

Es importantes recordar que tanto los parches de protección, como los colchones de aire, almohadas, etc, son solamente elementos de ayuda, en ningún caso sustituyen a la movilización del paciente.

CAMBIOS POSTURALES

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal de la persona encamada.

Para realizar el cambio de posición debemos variar la postura cada 2 o 3h, alternado ambos laterales (izquierda-derecha) la postura boca arriba (supino) y la posición de semi-sentado (Fowler).

También es importante aprovechar cada vez que se cambia de posición a la persona para revisar las zonas del cuerpo más vulnerables y así verificar la integridad. Podemos aprovechar para aplicar productos que ayuden a mantener la piel hidratada y cambiar parches de protección.



POSICIÓN 1, FOWLER

- Es la posición en la que la persona se coloca sobre su cama en una posición semi-sentada de aproximadamente 45-60 grados, con las rodillas extendidas o flexionadas. Utilizaremos una almohada colocada debajo de las rodillas.
- Colocamos almohadas debajo de los brazos y protecciones en los talones
- Usaremos una almohada detrás del cuello para mayor confort

POSICIÓN 2, SUPINO (BOCA ARRIBA)

- Colocaremos una almohada para que quede apoyada la cabeza (No es conveniente poner muchas almohadas, porque puede producirse una contractura por excesiva flexión del cuello)
- Poner una almohada blanda y delgada debajo de las pantorrillas para que el peso de las piernas no descansen sobre un punto en concreto y para que las rodillas queden ligeramente flexionadas. Las piernas deben quedar ligeramente separadas.
- Podemos colocar almohadas debajo de los brazos para que conserven su posición funcional
- A modo de «tope» se puede colocar una almohada que evite la extensión excesiva de los pies. Debemos asegurarnos que los pies conservan una posición funcional.

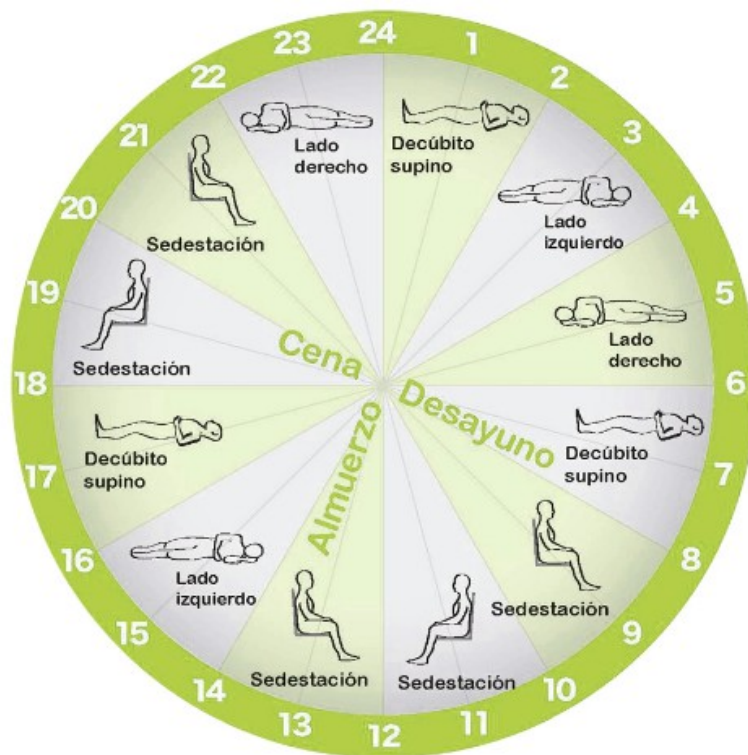
POSICIÓN 3, LATERAL

- Lateralizar al paciente y colocar una almohada bajo la cabeza para que la cabeza y el tronco queden alineados.
- Separar un poco del tronco el brazo que queda debajo para evitar que el peso del cuerpo recaiga sobre este brazo.
- El brazo que queda encima debe estar algo flexionado y descansando sobre una almohada para que la zona del pecho quede liberada de presión.
- Colocar una almohada entre las dos piernas para evitar el roce y flexionar ligeramente la pierna que queda encima. Puede ser necesario colocar una almohada en la espalda para que el tronco no caiga hacia atrás.

POSICIÓN SENTADO

- Debemos tener las mismas precauciones y cuidados con el paciente en posición sentada tanto como en el paciente encamado.
- Podemos colocar las almohadas en la zona cervical y en la lumbo-sacra
- Colocar también debajo de los brazos y debajo de los glúteos
- Es importante que estén sentados correctamente manteniendo el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.
- Evitar la hiperflexión cervical, la cifosis lumbar, la compresión de los huecos poplíteos que impide un correcto retorno venoso, el pie equino y el estrangulamiento de la sonda urinaria bajo la piel.

Podemos utilizar la siguiente rueda a modo de ayuda para distribuir los cambios posturales a lo largo de un día, y saber cómo combinarlos entre sí para obtener mejores resultados.



3.2 VALORACIÓN DEL RIESGO DEL PACIENTE DE SUFRIR ÚLCERAS POR PRESIÓN

La utilización de la escala de Norton predice cuales son los pacientes con mayor probabilidad de desarrollar úlceras por presión: inmovilización, mala nutrición, incontinencia fecal y urinaria y disminución del grado de conciencia.

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	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 DEL RIESGO

Puntuación de 5 a 9	RIESGO MUY ALTO
Puntuación de 10 a 12	RIESGO ALTO
Puntuación de 13 a 14	RIESGO MEDIO
Puntuación mayor de 14	MINIMO/NO RIESGO

4. HIGIENE PERSONAL EN EL PACIENTE DEPENDIENTE Y CON AYUDA

Es de gran importancia mantener una correcta higiene personal en ancianos, dependientes o no, puesto que esto ayudará a prevenir posibles infecciones. Debemos asegurarnos de que tanto la persona mayor como el entorno en el que se encuentra están limpios.

De esta manera conseguimos una sensación de bienestar en la persona mayor, se estimula la circulación sanguínea, eliminamos células muertas y el exceso de grasa en la piel, y mantenemos el estado de su piel en condiciones óptimas.

Según cual sea el nivel de autonomía del anciano, podrá realizar más o menos tareas por sí mismo, pero no debemos descuidar que sea de la forma que sea, se mantenga un nivel adecuado en el cuidado de la piel, cabello, uñas y genitales.

PREPARACIÓN DEL ENTORNO

Para realizar una higiene corporal diaria y correcta, debemos contar con un lugar en el que dispongamos del espacio y los dispositivos de ayuda necesarios.

También es importante que el lugar mantenga una temperatura óptima para la higiene.

Deberemos contar con productos de higiene personal indicados para las necesidades del anciano, como jabones que no irriten la piel, crema hidratante, etc.

Antes de comenzar con la higiene debemos asegurarnos que contamos en la habitación con todo el material que necesitamos, de manera que no sea preciso dejar al anciano solo en ningún momento. Por ejemplo toallas, esponja, jabón, champú, etc.

En la medida de lo posible, realizaremos la higiene en una ducha y no en una bañera, ya que el acceso es más fácil en una ducha para la persona mayor.

El suelo de la ducha o la bañera debe ser siempre antideslizante para evitar caídas.

DURANTE LA HIGIENE

Es recomendable tener a la persona sentada y utilizar una ducha con chorro de baja presión.

Mientras se realiza la higiene, es recomendable decirle al anciano lo que se está haciendo en cada momento, e implicarlo para que haga algunas cosas por sí mismo, de esta forma reforzaremos su autonomía.

Para que la persona pueda estar sentada existen algunos elementos que nos pueden facilitar la tarea.

Silla para ducha con ruedas y sin ruedas



Banqueta para ducha



Barrera de sujeción para baño



DESPUÉS DEL BAÑO

Una vez terminado el lavado, es importante hacer un buen aclarado del jabón para que no queden restos. Debemos asegurarnos que la temperatura del agua es adecuada al gusto y las necesidades del anciano.

Después, es importante secar la piel de manera minuciosa, de forma que no queden pliegues de piel húmedos, o agua entre los dedos de los pies, ya que podría macerar la piel y provocar lesiones.

el secado debe realizarse con una toalla suave y con suaves toques sobre la piel, sin poner fricción sobre la piel.

Hay que ser minuciosos en el secado de la parte genital. En la mujer, la zona vaginal debe limpiarse desde la zona anterior a la zona posterior, para evitar la transmisión de gérmenes hacia la vagina y la uretra.

En los hombres, se debe lavar la zona genital después de cada micción, para eliminar secreciones.

Cuando la piel esté seca, tendremos que aplicar loción hidratante prestando especial atención en las zonas más secas y vulnerables a sufrir lesiones.

Durante el baño también es buen momento para revisar la piel y verificar que está íntegra y no hay lesiones.

HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO

Como en el apartado anterior, debemos preparar el entorno en el que vamos a llevar a cabo la higiene.

Debemos asegurarnos de que no hay corrientes de aire que puedan molestar al anciano y disponer de todo el material que vamos a necesitar (jabón, esponja, toallas, ropa limpia, sábanas limpias etc).

Sobre todo tenemos que informar al anciano de lo que vamos a hacer. Es importante comunicarnos bien con la persona en todo momento, tanto para hacerle partícipe del procedimiento como para intentar que no perciba el baño como algo invasivo y vergonzoso, sino hacer que se sienta lo más cómodo posible, y evitar miedos a la hora de movilizarlo, haciéndole sentir seguro en todo momento.

Es importante también tener en cuenta la intimidad del paciente si el aseo se va a realizar por ejemplo, en una habitación con otro paciente. En este caso colocaremos mamparas a los lados para preservar la intimidad de la persona.

LAVADO DEL CUERPO

Empezaremos colocando a la persona en posición decúbito supino (boca arriba). Nosotros tenemos que tener las manos limpias y con guantes.

Mojaremos las esponjas en el agua (debe estar a temperatura adecuada), y comenzaremos lavándole la cara, boca y nariz, evitando que el jabón pueda entrar en los ojos.

Si es posible, dejaremos que el anciano lo haga por sí mismo.

Cuando acabemos, secaremos bien con una toalla limpia.

A continuación quitamos el camisón o la parte de arriba del pijama y procedemos a lavar el cuello, torso, axilas, brazos, manos y abdomen. Hay que

tener especial cuidado en las axilas y las zonas de pliegues, como debajo de las mamas. En esta zona también dejaremos que lo haga él mismo si las circunstancias lo permiten; o dejar que ayude para nosotros reforzar el lavado después.

Secamos cuando acabemos y dejamos cubierta la zona para evitar que tenga frío y preservar la intimidad de la persona.

Continuamos quitando la parte baja del camisón o los pantalones, y lavamos las piernas, zona genital y pies. Hay que tener especial cuidado en los espacios interdigitales, tanto en el lavado como en el secado.

Con respecto al lavado de los genitales:

- En mujeres, se lavará la zona con la esponja jabonosa, de arriba hacia abajo, limpiando cuidadosamente labios y meato urinario. Después, aclararemos, eliminando completamente los restos de jabón y secaremos.
- En hombres, lavaremos los genitales con esponja jabonosa, retirando el prepucio para un lavado minucioso del glande. Después, aclararemos hasta eliminar todo resto de jabón, secaremos y colocaremos el prepucio, para evitar edema de glande.
- En ambos casos, tras el lavado de los genitales, se desechará la esponja.

A continuación ponemos al paciente en decúbito lateral. Para esto es recomendable que se haga entre dos personas. De no disponer de una segunda persona para el aseo, nos aseguraremos de que la cama cuente con barreras laterales debidamente elevadas, de manera que el paciente pueda sujetarse a la barrera y mantenerse en la posición de decúbito lateral.

Si el paciente, por su estado físico, mental, etc, no es colaborador, necesitaremos la ayuda de una segunda persona

Con una esponja nueva, lavamos la zona posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y la región anal. Secamos bien y aprovecharemos para aplicar crema hidratante masajeando hasta su total absorción.

Al terminar, enrollamos la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama y la iremos sustituyendo progresivamente por una limpia.

Pondremos al paciente de nuevo en decúbito supino, y lo giraremos hacia el lado contrario ligeramente para retirar las sábanas viejas y colocar la nueva que acabamos de poner debajo de su espalda.

Debemos asegurarnos de que las sábanas están correctamente estiradas y sin ninguna arruga debajo de la piel, ya que esto podría provocar lesiones en la piel.

Colocaremos al anciano ropa limpia y peinamos. Terminaremos de hacer la cama con ropa limpia.

Prestaremos atención a las zonas del cuerpo más prominentes o en riesgo de lesión para colocar parches de protección, almohadas para que el apoyo de diferentes partes del cuerpo sea más suave, y taloneras para proteger los talones.

En los pacientes que tengan vía venosa periférica, al quitar el pijama o camisón, sacaremos primero la manga en que no tiene la vía y, al ponerlo, haremos al contrario: comenzaremos por la manga en que esté la vía.

En el momento del baño aprovecharemos para la vigilancia de la piel y asegurarnos de que se mantiene totalmente intacta o para detectar posibles lesiones que puedan aparecer. También para realizar curas de heridas si fuera necesario.

LAVADO DE LA CABEZA

Con el anciano en postura decúbito supino, adecuaremos la altura de la cama y retiraremos el cabecero y la almohada. Colocaremos la cabeza ligeramente hiperextendida hacia el cabecero de la cama.

Colocaremos una toalla bajo cuello y espalda para evitar que se moje, echaremos sobre la cabeza del paciente agua con una jarra y aplicaremos el champú, friccionando con las yemas de los dedos el cuero cabelludo.

Aclaremos y efectuaremos un segundo lavado.

A continuación, secaremos muy bien con una toalla y, si procediese, usaríamos el secador. Para finalizar, peinaremos y aplicaremos un poco de colonia.

5. ALIMENTACION EN EL ANCIANO

Las patologías de mayor incidencia en la edad avanzada son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades del sistema respiratorio acompañadas de otras como la osteoporosis, la depresión o las enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer. En la actualidad se dispone de datos epidemiológicos que ponen de manifiesto la relación entre la dieta y otros factores del estilo de vida con la aparición de dichas enfermedades crónicas. La mejora en la atención sanitaria y también la adecuación de estos factores de riesgo vinculados a la dieta, pueden contribuir a incrementar la esperanza de vida, con menor incapacidad y a disminuir la mortalidad prematura.



La reducción de la masa magra se acompaña de un incremento de la grasa corporal que puede aumentar el riesgo de diabetes. La distribución de la grasa

también cambia, el tejido adiposo tiende a acumularse en la región abdominal y se reduce la grasa subcutánea. Los huesos también se ven afectados. Con los años, se produce una disminución de la densidad ósea, en mayor medida en las mujeres, aumentando el riesgo de fracturas.

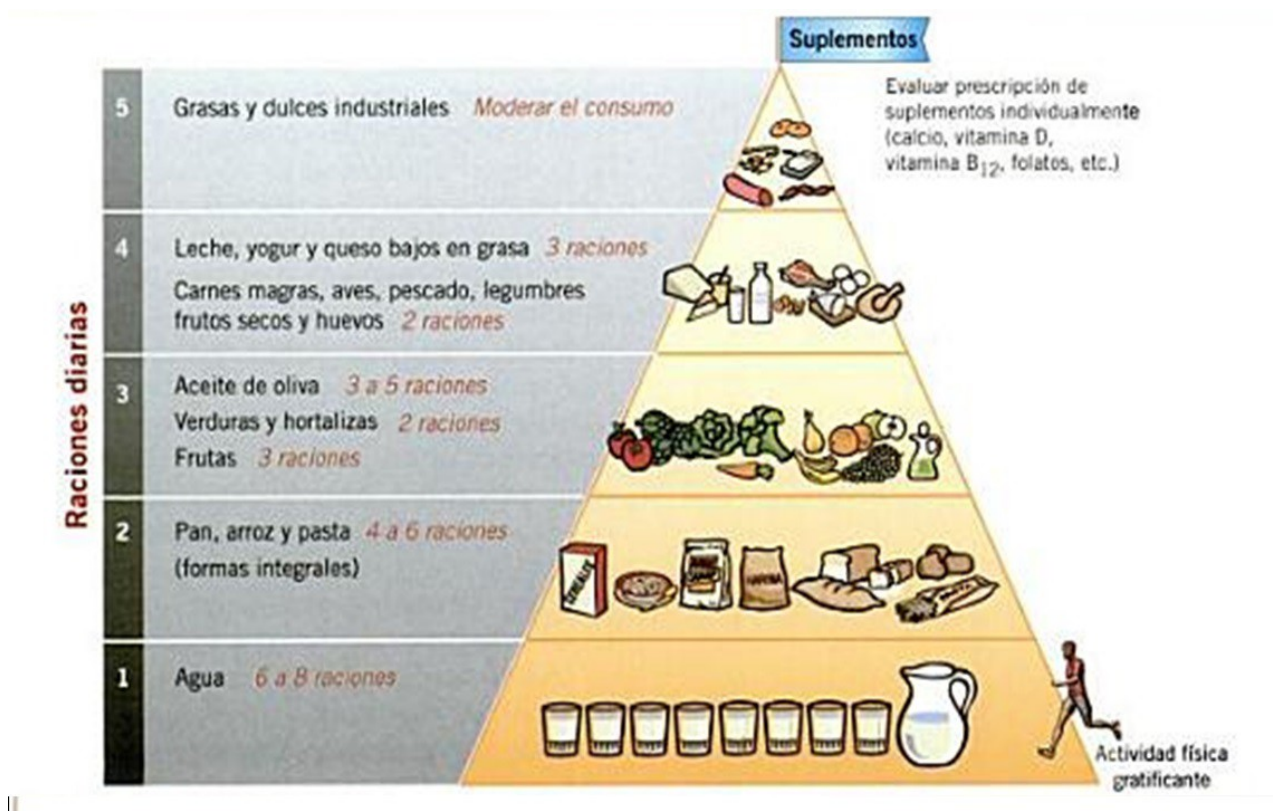
Las implicaciones nutricionales relacionadas con la modificación de la composición corporal en el anciano pueden agruparse en dos:

- Las recomendaciones deben ir dirigidas a un control sobre el consumo excesivo de energía que, unido al menor gasto energético debido a la disminución de la tasa metabólica basal y de la actividad física, podrían conducir a situaciones de sobrepeso y obesidad.
- La insistencia sobre el consumo adecuado de calcio y la realización de deporte como únicas medidas de prevención de la pérdida de masa ósea desde la juventud.

La actividad física modula los requerimientos nutricionales, principalmente energéticos. Por ello, paralelamente a la disminución de actividad y gasto energético que caracterizan el envejecimiento, se ha observado un descenso gradual en la ingesta energética. No obstante, las necesidades nutricionales de los ancianos se asociarían más a su nivel de actividad diaria que a su edad cronológica. De hecho, generalmente, los más dinámicos presentan un buen estado nutricional, frente a los que están aislados o postrados en cama, que acusan deficiencias nutricionales.

5.1 NECESIDADES ENERGÉTICAS

Las necesidades de energía disminuyen con la edad, un 5% por década (unas 300-600 kcal). Dos tercios son atribuibles a la menor actividad física; el resto consecuencia de los cambios en la composición corporal, principalmente por la disminución de la masa libre de grasa. Este menor gasto y la consecuente menor ingesta de energía son los factores más importantes que influyen en el estado nutricional. La adaptación a requerimientos de energía menores, manteniendo un adecuado aporte de nutrientes con una ingesta calórica baja, puede ser el mayor desafío en este colectivo, por lo que es importante incluir alimentos con alta densidad de nutrientes.



El ajuste de la ingesta energética al menor gasto de energía favorece el mantenimiento del balance energético y previene la obesidad. Sin embargo, al disminuir la ingesta de energía con frecuencia también lo hace la de

micronutrientes. Para que esto no genere un detrimento nutricional, la densidad de nutrientes de la dieta ingerida debe aumentar, ya que los requerimientos de la mayoría de los nutrientes no disminuyen con el envejecimiento. Desarrollar una mayor actividad física a lo largo de la vida podría ayudar a salvar las situaciones descritas. Un mayor gasto energético permite incrementar la ingesta, sin ganar peso, y facilita la presencia en la dieta de cantidades adecuadas de los micronutrientes requeridos, sin necesidad de aumentar su densidad.

Nutriente	Información	Cantidad	Alimentos
Líquidos	Los cambios corporales de las personas mayores predisponen a una mayor deshidratación. Además tienen menor sensación de sed.	8 vasos al día	Agua, caldos (aportan minerales y vitaminas), zumos (vigilando el contenido en azúcar), etc.
Hidratos de carbono	En las personas mayores disminuye la tolerancia a la glucosa por lo que se aconseja que su alimentación tenga un contenido alto en carbohidratos complejos y fibra.	50-55% de la energía total diaria, principalmente de hidratos de carbono complejos.	Cereales, harina, pasta, cuscús, pan, patatas, legumbres, yuca, etc. Evitar: azúcar, miel, chocolate, pasteles, refrescos...

Nutriente	Información	Cantidad	Alimentos
Proteínas	Con la edad, la síntesis de proteínas disminuye por lo que hay que mantener e incluso aumentar su aporte si la persona sufre infecciones, inflamación, etc. Muchas personas mayores consumen menos proteínas de las que deberían por problemas de masticación, motivos económicos, etc. Su carencia puede provocar trastornos graves como alteraciones cutáneas, edemas, fatiga, etc.	15% del total de la ingesta diaria. El 60% deberían ser de alto valor biológico	Huevos, leche y derivados, carnes y derivados, pescado y derivados, soja, etc.
Minerales	Se trata de un nutriente al que hay que prestar especial atención porque la capacidad de absorción de los minerales disminuye a causa de cambios biológicos, enfermedades, interacción con algunos medicamentos, etc. Es necesario asegurar su ingestión y en especial la de hierro, cinc y calcio.	Consumo diario	Al igual que las vitaminas, se encuentran en una gran cantidad de alimentos. Más adelante trataremos el tema en profundidad en un artículo monográfico.
Vitaminas	Se trata de otro nutriente esencial. Los mayores pueden sufrir un déficit de vitaminas por	Consumo diario	Al igual que los minerales, se encuentran en una

Nutriente	Información	Cantidad	Alimentos
	comer poco o con poca variación, por enfermedades y/o medicamentos que requieran más vitaminas o dificulten su absorción, por los propios cambios biológicos del organismo, etc. Habitualmente, se observan carencias de las vitaminas: B1 (tiamina), B2 (riboflavina), B6 (piridoxina), B9 (ácido fólico), B12 (cianocobalamina), C (ácido ascórbico), D (calciferol), E (tocoferol).		gran cantidad de alimentos. Más adelante trataremos el tema en profundidad en un artículo monográfico.
Fibra	La fibra tiene muchas bondades ya que garantiza una buena movilidad intestinal, previene y mejora el estreñimiento, disminuye el riesgo de cáncer de colon, ayuda a controlar el peso y regula la glucemia y la colesterolemia. Sin embargo, comer demasiada fibra puede ser malo porque puede entorpecer la absorción de vitaminas y minerales.	20-30 g/día	Legumbres, avena, cebada, pan integral, galletas integrales, cereales integrales, coco, frutos secos, fruta desecada
Grasas	Las grasas son esenciales para la salud pero es muy importante que las que se consumen sean	• 30-35% del valor energético total de la dieta repartidos	• Grasas saturadas: mantequilla, panceta,

Nutriente	Información	Cantidad	Alimentos
	sanas. Son la principal reserva de energía del organismo y tienen otras funciones como ayudar en la absorción de las vitaminas liposolubles o hacer más sabrosos los alimentos.	en: • Ácidos grasos saturados: 7-10% del total • Ácidos grasos poliinsaturados: inferiores al 10% • Ácidos grasos monoinsaturados: 10-15%, potenciando los omega3, que se encuentran en el pescado azul y que tienen efectos antiinflamatorios y antitrombóticos.	margarina, nata, algunos tipos de queso, embutidos, leche entera, etc. • Grasas poliinsaturadas: aceites de girasol, soja, maíz, frutos secos, sésamo, margarina 100% vegetal • Grasas monoinsaturadas: pescado azul, aceite de oliva, de girasol y frutos secos (almendras, avellanas).

5.2 RECOMENDACIONES POR NUTRIENTES

PROTEINAS

Las Ingestas recomendadas se han estimado en unos 0,8 g de proteína/kg de peso corporal y día. Algunos estudios indican que ingestas de 1 g/kg podrían favorecer un mejor balance nitrogenado, estimulando la formación de masa muscular. Esta mayor síntesis proteica en respuesta a un mayor suministro de

aminoácidos indicaría que la pérdida de músculo no es el resultado de una menor capacidad para usar eficazmente los aminoácidos, sino la consecuencia de una menor ingesta de proteína, de aminoácidos y de energía. La deficiencia de proteína puede dar lugar a pérdida de masa muscular, alteraciones en la función inmune y a mala cicatrización de las heridas.

Las recomendaciones actuales indican que la proteína no debe aportar más del 10-15% de la energía total consumida. Sin embargo, en los ancianos, como la ingesta energética suele ser baja, el aporte calórico de la proteína, teniendo en cuenta las ingestas recomendadas en términos absolutos, puede ser mayor (12-17%). En el caso de pérdida de peso o estados hipercatabólicos, las IR (ingestas recomendadas) pueden llegar a 1,5 g/kg de peso. Las IR de proteína pueden ser menores en caso de alteraciones hepáticas o renales. La calidad de la proteína deberá tenerse en cuenta sobre todo en las personas con poco apetito.

HIDRATOS DE CARBONO

Se recomienda como en otros grupos de edad que éstos aporten entre 55-75% de la energía total consumida principalmente a partir de hidratos de carbono complejos, presentes en cereales, algunas verduras y hortalizas, frutas y leguminosas.

Se recomienda también moderar el uso de mono y disacáridos, ya que pueden desplazar de la dieta a otros alimentos con mayor densidad de nutrientes. Dentro de este 10% no se incluyen los azúcares sencillos de frutas, verduras y lácteos, por ser vehículo de minerales y vitaminas. Los hidratos de carbono sencillos pueden ser una fuente de energía muy útil en personas con poco apetito.

FIBRA DIETETICA

Un aporte adecuado de fibra (soluble e insoluble) favorece la motilidad y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previniendo y mejorando el estreñimiento, tan frecuente en ancianos. Disminuye también el riesgo de diverticulosis y de cáncer de colon en personas con poliposis⁶³, ayuda a controlar el peso y a regular la colesterolemia y glucemia. Se recomienda un consumo de unos 20-30 g/día, a partes iguales entre fibra soluble [leguminosas, frutas (peras, manzanas, cítricos...), algunas verduras, frutos secos, avena...] e insoluble [cereales integrales, pan, verduras, piel de las frutas...]. Mayor aporte puede ocasionar malestar digestivo y comprometer la absorción de micronutrientes.



LIPIDOS

La grasa de la dieta tiene un importante papel suministrando ácidos grasos esenciales y vitaminas liposolubles. Es una fuente concentrada de energía por excelencia. Su cantidad y calidad (el grado de saturación y la posición de sus dobles enlaces) es importante; interviene en la regulación de los lípidos sanguíneos y puede ser un factor de riesgo en algunas enfermedades crónicas.

La mayor parte de los programas nutricionales hacen especial énfasis en la disminución de la ingesta de lípidos, especialmente de grasa saturada. El balance entre los pros y contras de la restricción de grasa debe ser considerado individualmente. En general, las recomendaciones de grasa de las personas de edad son similares a las del resto de la población. Se recomienda cuidar el aporte de ácidos grasos poliinsaturados de la familia n-3, abundantes en los pescados por su efecto antiinflamatorio, antitrombótico, antiarrítmico, hipolipemiante y vasodilatador.

MINERALES Y VITAMINAS

En las personas de edad, la biodisponibilidad de micronutrientes puede estar comprometida por los cambios fisiológicos, enfermedades (por ejemplo, la frecuente gastritis atrófica que da lugar a una menor absorción intestinal), consumo de fármacos, alcohol, tabaquismo, etc. Este grupo es muy heterogéneo respecto a las IR de micronutrientes y en muchos casos éstas se ven aumentadas.

VITAMINA E

Los tocoferoles son potentes antioxidantes que protegen a los lípidos y otros componentes de las células del daño oxidativo, mantienen la estructura de las membranas celulares y protegen frente al envejecimiento. La vitamina E evita la oxidación de AGP, por lo que debe haber una adecuada relación vitamina E (mg) / AGP (g) = 0,4-0,6 en la dieta. Muchos estudios han relacionado el estado nutricional de vitamina E con alteraciones de la función inmune. Un mayor estrés oxidativo puede condicionar mayores necesidades de vitamina E.

VITAMINA A

Los almacenes de retinol en el hígado son normales incluso en ancianos con ingestas bajas. En los alimentos se presenta en dos formas: a) como retinol (vitamina A ya preformada) en los de origen animal y b) carotenos que pueden ser convertidos en retinol en el organismo, esta capacidad suele estar disminuida en el anciano. La actividad vitamínica A se expresa en forma de equivalentes de retinol, incluyendo el retinol y los carotenos.

CAROTENOS

También actúan como antioxidantes y anticancerígenos en el organismo, desempeñando un importante papel preventivo en algunas enfermedades crónicas. El licopeno, un pigmento de color rojo muy abundante en tomates, sandías y cerezas, se ha relacionado con una menor incidencia de enfermedad cardiovascular y de cáncer de próstata y gastrointestinal. Otro carotenoide, la luteína (acelgas, espinacas, apio verde, brécol...)64, es un antioxidante mucho más potente que el betacaroteno y parece actuar como factor de protección en la degeneración macular, muy frecuente en las personas mayores.

VITAMINA D

Con la edad, el estado nutricional en vitamina D es más precario como consecuencia de una menor eficacia en la síntesis cutánea de la vitamina (que sólo se mantiene en un 25% de los ancianos), menor capacidad de los riñones para activarla, baja exposición al sol y bajas ingestas. Dado que la vitamina D se encuentra en pocos alimentos (pescados y alimentos fortificados, principalmente), no es sorprendente que un alto porcentaje de los ancianos tengan ingestas muy bajas, que se asocian con una menor absorción y bajos niveles sanguíneos de calcio y una mayor resorción ósea. Las IR se han aumentado hasta 10-15 µg/día en adultos de 65 años. Para las personas con una limitada exposición al sol y baja ingesta de la vitamina, se recomienda consumir suplementos.

5.3 SUPLEMENTACION DE NUTRIENTES EN LA TERCERA EDAD

El efecto del envejecimiento sobre el aparato digestivo condiciona tanto la elección de alimentos como el aprovechamiento de sus nutrientes. De hecho, el deterioro de la dentadura y las modificaciones del gusto pueden inducir a las personas mayores a elegir alimentos blandos y dulces, en detrimento de otros más ricos en nutrientes. Asimismo, afecciones localizadas en diferentes partes del aparato digestivo, como reflujo gastroesofágico, úlceras, dispepsias, gastritis, estreñimiento, diarreas, etc., suelen invitar a una dieta monótona, limitada a aquellos alimentos que en teoría no causan discomfort después de su ingesta. Algunas de estas afecciones limitan la absorción de nutrientes por parte del organismo como por ejemplo, la gastritis atrófica, que impide la absorción de la vitamina B12. Otras modificaciones fisiológicas asociadas al envejecimiento afectan al metabolismo óseo, al aumento del estrés oxidativo o a la pérdida de agudeza visual, con clara implicación de diversos nutrientes. Además, hay que considerar otros aspectos, como la reducción de la actividad física o las interacciones nutriente-fármaco. Recordemos que las personas mayores de 65 años toman una media de 3 medicaciones al día. Los sistemas de alimentación colectiva, en residencias de ancianos o centros de día, requieren un recalentamiento y mantenimiento en caliente durante largos períodos de tiempo de los alimentos, lo que reduce considerable su valor nutricional. Todos estos factores contribuyen a la desnutrición, incluso a nivel subclínico, en las personas de edad avanzada. De hecho, al menos un tercio de la población mayor de 60 años presenta deficiencia de uno o más nutrientes, tanto en el medio rural como en el urbano.



La suplementación con fórmulas líquidas o barritas ricas en energía y/o proteínas y/o micronutrientes puede ser una solución para llegar a cubrir las necesidades de las personas mayores como medida complementaria a la dieta normal. Hay profesionales que han mostrado su preocupación con relación a que la ingesta de estos suplementos disminuya el consumo de alimentos convencionales. Se ha demostrado que si se administran de forma apropiada, estudiando su composición y adaptándolos a la alimentación y actividad diaria del individuo, lejos de afectar a la ingesta normal de alimentos, aumentan el consumo total de nutrientes.

6. ACTIVIDAD EN EL ANCIANO

De ningún modo ha de significar que el envejecimiento deba ser entendido como un sinónimo de enfermedad, sino como un proceso vital con características similares tales como la aparición de canas, arrugas, disminución de la elasticidad e hidratación de la piel, etc. Y con manifestaciones diferentes para cada ser humano, que dependen no sólo de la estructura genética, pues también está condicionado por el estilo de vida y por los hábitos como la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el estrés, tabaquismo, alcoholismo, etc. adquiridos con el paso del tiempo y que pueden desencadenar un proceso acelerado de envejecimiento, favoreciendo la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes, artrosis, demencias, y enfermedades que pueden provocar dependencia funcional, disminución en la calidad de vida y finalmente terminar en la muerte.

6.1 ACTIVIDAD FISICA ACTIVA

La actividad física constituye uno de los pilares básicos para conseguir con éxito un envejecimiento saludable, si se practica de forma regular, constante y moderada, sin querer batir récords y sin poner a prueba a nuestro organismo. Entendemos por actividad física una programación previamente reflexionada, planificada, estructurada y repetida.

Son muchos los beneficios que nos aportará la práctica de una actividad física para nuestro organismo: Mejorará nuestra capacidad física, mental e intelectual, contribuirá de forma clara y determinante a reducir muchas enfermedades; se podrán prevenir diversas disminuciones funcionales asociadas y aumentar nuestro rendimiento personal en todas las áreas: laboral, familiar y social.

PROGRAMA:

Se llevará a cabo tomando en cuenta las contraindicaciones de la actividad física para no arriesgar al paciente, así como previamente se deberán realizar todas las valoraciones médicas, psicológicas, funcionales, y las que se crean necesarias para cada participante en el programa.

Una vez hecho lo anterior se iniciará el trabajo físico 3 veces por semana sin exceder los 30 min. diarios, mismos que se incrementarán conforme la condición física de los ancianos se incremente.

El horario preferente será de 8:00 a 10:00 a.m. ó de 6:00 a 8:00 p.m.

El lugar de trabajo puede ser de dos formas: un área abierta (al aire libre) o cerrada, y esta última se considera mejor ya que se puede tener un mejor control de la temperatura, la que debe oscilar entre los 20 y 22° C, debe contar con excelente iluminación y ventilación, así como también se deben considerar que preferentemente tenga piso antiderrapante, que esté libre de obstáculos y que no inclinaciones y si es posible que cuente con espejos grandes donde los ancianos puedan ver constantemente su postura y los movimientos que realizan para retroalimentarse visualmente.

Los ancianos deberán usar ropa cómoda preferentemente de algodón para transpirar adecuadamente, debe ser sin ligaduras y hligada pero que a su vez permita los movimientos a realizar. Es necesario que cuente con una toma de agua cerca, o garrafrones, ya que es importante que los ancianos se mantengan hidratados.

El programa incluirá 3 fases en la actividad física que se harán de la siguiente manera:

- Fase Inicial o de Calentamiento: que deberá ser de 10 min. Con trabajo por grupos musculares en flexibilidad y luego un poco de velocidad.
- Fase de Fortalecimiento: que al inicio será de 15 min. y se incrementará conforme a la condición física del anciano.

- Fase de Relajación: que será de 5 min. y que incluye ejercicios de flexibilidad y equilibrio.

Los ejercicios de resistencia se recomiendan en casos de competencia y de querer romper récords personales en el caso de personas que han entrenado buena parte de su vida, es por eso que no se incluyen en este programa pero se pueden tomar en cuenta en caso necesario.

Fase Inicial o Calentamiento

Se recomienda realizarla en un tiempo promedio de 10' a 15' con movimientos lentos y continuos.

Beneficios del calentamiento:

- Incrementa la temperatura corporal
- Aumenta el ritmo cardiaco
- Aumenta el volumen de sangre que llega a los tejidos
- Incrementa el nivel metabólico
- Incrementa el intercambio gaseoso
- Incrementa la velocidad de transmisión del impulso nervioso
- Facilita la recuperación muscular tras la contracción
- Disminuye la tensión muscular
- Mejora la función articular y la lubricación de las mismas.

- Prepara psicológicamente al anciano para la práctica de alguna actividad física.

Ejercicios recomendados en el calentamiento

- Caminata a paso lento con respiraciones suaves y pausadas al ritmo de la caminata, incluyendo balanceo de los brazos.
- Partiendo de la posición neutra se harán flexión y extensión del cuello, de manera suave y pausada, respetando el rango de movimiento de cada paciente.
- Partiendo desde la posición neutra se realizarán rotaciones de cabeza y cuello hacia ambos lados de manera alternada.
- Realizar elevaciones de los hombros de forma alternada, partiendo desde una postura relajada de los brazos pegados al tórax.
- Con los brazos pegados al tórax y los hombros relajados, llevarlos hacia el frente, abajo, atrás y arriba simulando hacer un círculo, primero hacia el frente y luego del total de las repeticiones, se hará la misma cantidad pero hacia atrás.
- Realizar flexión total de los brazos partiendo desde la posición neutra de hombro, pudiéndose hacer de modo bilateral o alternada.

- Partiendo de la flexión total de hombro, se realiza una flexión de codo de un brazo combinado con una flexión de columna del lado contra lateral y viceversa. (como tratando de tocar el techo con una mano).
- Realizar flexión y extensión de codo partiendo desde la posición neutra de hombro y codo y manteniendo los brazos pegados al tórax de manera relajada.
- Partiendo de una extensión de hombro con flexión de codo, se realiza una extensión de codo manteniendo la extensión de hombro y se regresa a la posición inicial.
- Desde una flexión de hombro a 90° y extensión de codo, con el antebrazo en posición prona y las muñecas en posición neutra, se realizarán flexión y extensión palmar.
- Con posición neutra de hombro, flexión de codo antebrazos en posición supina y muñecas en posición neutra, se hace flexión y extensión de dedos. (cerrando las manos)
- Con posición neutra de hombro, flexión de codo antebrazos en posición supina y muñecas en posición neutra, se realiza la oposición de cada dedo contra el pulgar.
- Partiendo de la posición neutra de la columna y con los brazos pegados al tórax se realiza una flexión de la columna y se flexionan los brazos dejándolos relajados al frente y luego se regresa a la posición inicial.

- Con los brazos en flexión a 90°, codos en extensión, antebrazos y muñecas en posición neutra, se realiza una aducción o flexión horizontal sobrepasando la línea media (tijeras).
- De pie en una postura erguida y con los brazos pegados a los costados se realizarán flexión y extensión plantar (pararse de puntas y talones) cuidando de no perder el equilibrio, esto se puede realizar primero sólo flexión y luego extensión o de manera alternada.
- Partiendo desde la postura de pie, se realizará flexión de cadera y rodilla de una pierna, regresando a la postura inicial y entonces se hace lo mismo con la pierna contraria (como simulando marchar).
- De pie se llevará de manera alternada la flexión de rodilla a 90° y se regresa a la posición inicial.
- Realizar círculos con los tobillos manteniendo el equilibrio y partiendo desde la posición de pie y realizando una flexión de cadera a unos 30 a 40°, y una vez finalizada la circunducción de un tobillo se regresa a la postura de partida y se realiza el movimiento con el pie contrario.

Fase de Fortalecimiento

Al inicio será de 15 min. y se incrementará conforme mejora la condición física del anciano. Hay que recordar que un parámetro sencillo, pero efectivo a considerar en esta actividad es que una liga si se levanta menos de 8 veces es demasiado pesada para iniciar y si se levanta más de 15 veces es demasiado liviana y hay que buscar una liga que levantemos en un parámetro intermedio.

Beneficios del fortalecimiento

- Mejora la velocidad de la marcha
- Mejora el equilibrio
- Aumenta el nivel de actividad física espontánea
- Mantiene y/o aumenta la densidad ósea
- Ayuda al control de la diabetes, artritis, enfermedades vasculares, etc.
- Mejora la digestión
- Disminuye la depresión
- Fortalece la musculatura
- Previene las caídas
- Mejora los reflejos
- Mantiene el peso corporal
- Mejora la movilidad articular

NOTA: Consideraciones de cuando se debe reducir la intensidad del ejercicio: Cuando el anciano manifieste vértigos y mareos, o tenga una falta extrema de aliento, náuseas o temblores.

EJERCICIOS RECOMENDADOS PARA ESTA SECCION

Ejercicios en posición sedente para miembros superiores.

1. En posición sedente y con los brazos a los costados, se coloca una liga sostenida por los pies (pisando la liga) y se toma con ambas manos y se realiza una flexión de hombro hasta los 90° de movimiento, se deberá mantener siempre la espalda erguida y la cabeza alineada, con la vista al frente, el movimiento se puede hacer de manera bilateral o alternado los brazos.



2. En la posición sedente y con la liga sostenida por debajo de los pies se toma con ambas manos y con los brazos pegados al tórax se inicia el movimiento de abducción de hombro hasta los 90° y se regresa a la posición inicial; este ejercicio se puede hacer de forma alternada o con los 2 brazos de manera simultánea.



3. En posición sedente y con los brazos a los costados y una liga bajo los pies se realiza una extensión de hombro hasta los 30° de movimiento, ya sea de manera alternada o bilateral.
4. En posición sedente con los brazos pegados al tórax y los codos en flexión a 90°, se toma una liga que se sostendrá por debajo de los pies y se hará flexión completa de codo y luego se hará la extensión de codo a 180° y se regresará a la postura de partida, haciendo los movimientos de manera bilateral.



Ejercicios en posición bípeda para miembros inferiores.

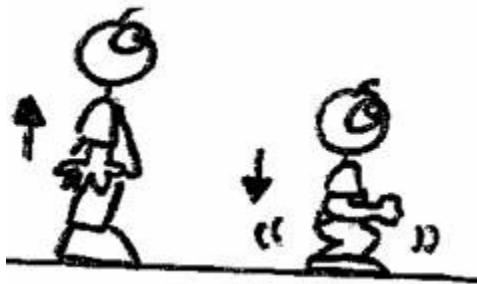
1. En bipedestación se coloca una liga alrededor de ambos tobillos y se hace una flexión de cadera hasta los 45° de movimiento, pudiéndose hacer los movimientos primero con una pierna y luego con la contraria y al finalizar las flexiones se hará el movimiento de extensión de cadera hasta los 30° aproximadamente.



2. Con una liga alrededor de los tobillos en posición bípeda se hará el movimiento de abducción de cadera hasta los 45° de movimiento de manera alternada con ambas piernas



3. Partiendo de la posición bípeda y manteniendo la espalda erguida se harán flexiones de cadera y rodilla para descender hasta que la rodilla este en un rango de flexión de 90° (sentadillas), cuidando siempre que la rodilla no sobrepase de la alineación con los pies, manteniendo la vista al frente y se regresa a la postura de partida.



4. En posición bípeda se hará dorsiflexión (pararse de talones) y flexión plantar (pararse de puntas) con ambos pies y alternando los movimientos o realizando primero uno al finalizar la serie, se hace el siguiente movimiento.



5. En posición bípeda se realizarán flexiones de rodillas con extensión de cadera, alternando cada pierna, cuidando de mantener la espalda erguida y la vista al frente.



Fase de Equilibrio y Estiramiento

Será de 5 min. e incluye ejercicios de flexibilidad y equilibrio. El estiramiento debe mantenerse al menos 10 segundos y repetirse de 3 a 5 veces al final de la sesión de actividad. Deben realizarse de forma suave, lenta y sostenida para evitar lesiones, se sentirá una leve molestia ante la tensión realizada, pero no debe sentirse dolor.

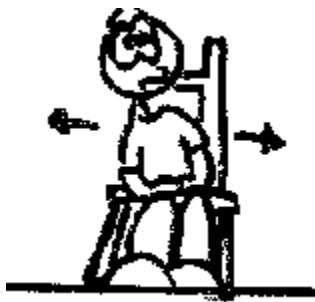
Beneficios del equilibrio

- Mejora las reacciones posturales en movimiento
- Disminuye el riesgo de caídas
- Mejora la postura estática
- Incrementa la seguridad del anciano para realizar sus actividades de la vida diaria.
- Beneficios del estiramiento
- Aumento de la flexibilidad
- Mejora de la movilidad articular

- Proporciona mayor libertad de movimiento en las actividades de la vida diaria
- Brinda un efecto relajante
- Ayuda a la prevención de lesiones de tipo muscular, tendinosas o ligamentosas

Ejercicios de equilibrio.

1. En posición sedente realizar balanceos con el tronco hacia la derecha e izquierda con los pies firmes en el suelo y haciendo los movimientos de manera alternada.



2. En posición sedente realizar balanceos con el tronco hacia delante y atrás con los pies firmes en el suelo.



3. En posición bípeda realizar balanceos sobre cada una de las extremidades inferiores, dejando caer el peso del cuerpo en la pierna que se encuentra apoyada en el piso, haciendo los movimientos de forma alternada.



4. En posición bípeda con las extremidades inferiores en posición neutra, desplazar una pierna hacia delante unos 15 cms dejando caer el peso del cuerpo sobre ella y luego desplazar hacia el punto de partida la pierna y desplazarla hacia atrás unos 10 cms dejando caer el peso del cuerpo hacia atrás.



5. En bipedestación con los brazos en flexión a 90° y los codos en flexión a 90° se juntan ambas manos al frente del cuerpo con las muñecas a 90° de movimiento y luego se levantan los codos para permitir así un estiramiento de muñeca.



6. En bipedestación se realiza una extensión de cadera a 30° y una flexión de rodilla a unos 130° de movimiento y se toma el pie con la mano homolateral y se lleva el pie a tratar de tocar el glúteo con el talón

permitiendo así un estiramiento del cuádriceps, y una vez terminada la serie se cambia de pierna.



6.2 ACTIVIDAD LUDICA Y EJERCICIOS MENTALES EN EL ANCIANO

Son muchas las capacidades cognitivas y funciones ejecutivas que los adultos pueden trabajar y potenciar para seguir manteniendo un rendimiento óptimo de las mismas. Algunas de las capacidades más importantes son:

- Atención: capacidad de generar, seleccionar, dirigir y mantener un nivel de activación adecuado para procesar la información relevante.
- Percepción: codifica y coordina las diversas sensaciones elementales para darles un significado.

- Memoria: registra y almacena las distintas experiencias ya sean ideas, imágenes, acontecimientos, etc.
- Velocidad de procesamiento: capacidad que establece la relación entre la ejecución cognitiva y el tiempo invertido. Permite procesar información de forma rápida y automática.
- Razonamiento: capacidad para resolver problemas, extraer conclusiones y aprender de manera consciente de los acontecimientos de manera que podamos establecer relaciones causales y lógicas.

Algunos de los ejercicios de estimulación cognitiva para ancianos o mayores y adultos más populares son:

Ejercicios para la atención: Los ejercicios orientados a mejorar la atención se basan en diferentes actividades que tienen como objetivo potenciar las distintas variantes de la atención como, por ejemplo, la atención sostenida, atención selectiva, atención visual o auditiva, entre otras. Algunos de los ejercicios más frecuentes son:

- Se comunica de manera oral una secuencia de números y la persona tiene que recordarlos en el mismo orden y en orden inverso. La longitud de la secuencia irá aumentando progresivamente.
- La persona debe identificar las X diferencias existentes entre dos dibujos que aparentemente son iguales.

Ejercicios para la percepción: Los ejercicios de percepción, tanto visual como auditiva o táctil, permiten mejorar y desarrollar esta capacidad de forma dinámica y entretenida. Algunas de las actividades habituales son:

- La persona visualiza a una persona realizando una secuencia de golpes a modo de melodía. Por otro lado, escucha distintas secuencias de

sonidos. Debe identificar cuál se corresponde con los movimiento que ha visto realizar de forma que coincidan tanto el golpeteo como el sonido.

- Aparece en una pantalla un símbolo durante un breve periodo de tiempo. Posteriormente, se presenta un conjunto de símbolos y la persona deberá indicar cuál era el símbolo que se le había presentado.

Ejercicios para la memoria: La memoria es una de las capacidades cognitivas que primero empiezan a deteriorarse como consecuencia de la edad, para contrarrestar este declive es importante mantener la mente activa y realizar diferentes ejercicios como por ejemplo:

- Se coloca un conjunto de cartas boca abajo de las cuales existen dos iguales de cada una de ellas. Después de mezclarlas y distribuirlas por la mesa, la persona debe levantar dos cartas e ir recogiendo las que coincidan. Si falla les vuelve a dar la vuelta y prueba de nuevo.
- La persona lee un listado de palabras. Transcurrido un periodo de tiempo, se le solicita que intente recordar el máximo número de palabras que le sea posible.

Ejercicios para la velocidad de procesamiento: La velocidad de procesamiento hace referencia a la capacidad que establece la relación entre la ejecución cognitiva y el tiempo invertido. Ejercitarla permitirá procesar la información de manera más rápida sin perder eficacia y mejorando el rendimiento. Algunos de los ejercicios más comunes son:

- Se instruye a la persona para que lo más rápido que pueda y cometiendo el menor número de errores posibles señale cuáles de los símbolos son iguales al modelo presentado previamente.
- Se presentan dos símbolos y la persona debe decidir lo más rápido posible si al menos uno de ellos está presente dentro de un conjunto.

Ejercicios para el razonamiento: El razonamiento es una de las funciones cognitivas superiores que nos permite pensar y tomar decisiones ante los estímulos, eventos y situaciones a las que nos enfrentamos. Los distintos ejercicios existentes trabajan diferentes aspectos del razonamiento como, por ejemplo, el razonamiento numérico, lógico o abstracto:

- Se indica una palabra y se instruye a la persona para que encuentre otra que esté relacionada. Por ejemplo, pera es a manzana como perro es a
- La persona debe resolver una serie de ecuaciones matemáticas que se encuentran relacionadas. En dichas ecuaciones aparecen los símbolos matemáticos de sumar, restar, multiplicar y dividir y la persona debe rellenar las cifras que faltan para obtener el resultado correcto en todas ellas.

7. PATOLOGÍAS MÁS COMUNES EN EL ANCIANO

Nuestro país está considerado como uno de los que más población de personas con más de 65 años tiene de la Unión Europea.

Con los años aumenta el riesgo de exposición a enfermedades y por tanto el riesgo de padecer una enfermedad. Las causas de las enfermedades pueden ser diversas, pero en este apartado vamos a centrarnos en las que las causas, vienen asociadas al **envejecimiento**.

En el caso de los ancianos, pertenecen a un grupo de riesgo en el que podemos encontrar varias enfermedades que suelen ser comunes, y pueden aparecer durante la vejez, son las denominadas **enfermedades crónicas**.

Las enfermedades crónicas se caracterizan por ser enfermedades de larga duración y que progresan de forma lenta.

Cualquier persona puede desarrollar una enfermedad crónica a lo largo de su vida, sin embargo es en el grupo de los ancianos donde más nos encontramos con este tipo de enfermedades como por ejemplo la demencia, el parkison o problemas cardíacos.

Las enfermedades crónicas más comunes en el anciano son:

- Artritis y artrosis
- Osteoporosis
- Demencia (Alzheimer, demencia vascular, enfermedad de parkinson)
- Enfermedades cardíacas (hipertensión, insuficiencia cardíaca crónica)
- Diabetes
- Problemas auditivos y visuales

7.1 ARTRITIS Y ARTROSIS

La **artritis** reumatoide es una enfermedad reumática crónica que **caracterizada por la afectación de las articulaciones periféricas**(manos, pies, muñecas, hombros, codos, caderas y rodillas). Produce **dolor, hinchazón** secundaria a la inflamación de la membrana sinovial y **rigidez**, sobre todo por la mañana o después de periodos prolongados de reposo.

La artritis puede dañar las articulaciones y los tejidos circundantes (tendones y músculos) lo que provoca una disminución de la movilidad y de la función articular.

Está considerada como una enfermedad sistémica (enfermedad generalizada), ya que puede afectar a otros órganos como el corazón, riñón o pulmón.

Además, si la inflamación es elevada y mantenida, puede provocar fiebre, cansancio, astenia, pérdida de peso y pérdida de apetito.

Según un estudio realizados por la Sociedad Española de Reumatología (SER), **se estima que en España más de 200.000 personas padecen artritis reumatoide** y cada año se diagnostican en torno a 20.000 casos nuevos.

El tratamiento de la artritis reumatoide se basa en la utilización de fármacos que tienen diferentes misiones.

De forma general se encuentran los fármacos que controlan sólo los síntomas y aquellos que tienen un efecto más profundo sobre los mecanismos de la enfermedad (fármacos modificadores de la enfermedad o FAME).

Los corticoides son otro grupo importante de medicamentos que están a mitad de camino entre los tratamientos sintomáticos y los FAME, ya que comparten características de unos y otros.

Los tres tipos de medicinas se combinan de diferentes maneras en función de la gravedad de la enfermedad y las características particulares de cada paciente.

En la gran mayoría de los casos la artritis reumatoide se puede tratar de forma muy eficaz, permitiendo que los pacientes tengan una vida prácticamente normal.

La **artrosis** es un proceso fundamentalmente degenerativo que afecta a las articulaciones.

Consiste en un desgaste del cartílago articular progresivo y de cambios estructurales vinculados a este desgaste que limitan el funcionamiento de la articulación. Puede aparecer en cualquier articulación, aunque las que con mayor frecuencia producen síntomas son las de las manos, rodillas, caderas y columna vertebral.

Es importante diferenciarla de la artritis, ya que en ésta es la inflamación la causante de la enfermedad y en la **artrosis** es el “**desgaste**”. Son dos enfermedades que cursan con dolor, en ocasiones hinchazón y rigidez, pero en la artrosis el **dolor** es de **tipo mecánico**(es decir, se desencadena con los movimientos y mejora con el reposo).

En el tratamiento de la artrosis, le objetivo principal se basa en **mejorar el dolor y la incapacidad funcional** sin provocar efectos secundarios.

Se deben evitar las acciones que contribuyan a lesionar las articulaciones como el sobrepeso o los movimientos repetitivos.

También es importante practicar ejercicio moderado para mejorar la funcionalidad de las articulaciones.

Y por último, tratamiento farmacológico pautado para cada caso. Pese a que no existe ninguna terapia que impida la progresión de la artrosis, sí existen fármacos que alivian el dolor y la inflamación, y algunos que retrasan o enlentecen la degeneración de los cartílagos.

Los principales tratamientos farmacológicos que se utilizan para el tratamiento de la artrosis son:

- **Tratamientos clásicos sintomáticos de acción rápida:** entre los que se encuentran los analgésicos y antiinflamatorios
- **Fármacos modificadores del curso de la enfermedad:** los denominados condroprotectores, que podrían frenar el progresivo deterioro articular.

La utilización de los diferentes tipos de tratamiento **dependerá siempre de las características individuales de cada paciente** y de factores como la edad, el grado de dolor o la localización entre otros.

7.2 OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es una enfermedad esquelética en la que se produce una disminución de la densidad de masa ósea. Los huesos se vuelven más porosos y aumenta el número y el tamaño de las cavidades o celdillas que existen en su interior. Se vuelven más frágiles, resisten peor los golpes y se rompen con mayor facilidad.

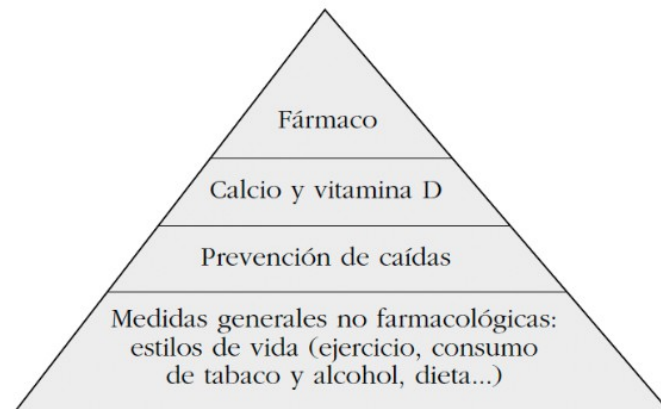
El riesgo de padecer osteoporosis viene determinado por el nivel máximo de masa ósea que se obtenga en la edad adulta (30-35 años), y el descenso producido por la vejez.

En cuanto al tratamiento de la osteoporosis podemos guiarnos por la siguiente pirámide. Vemos que el tratamiento debe comenzar con medidas generales no farmacológicas.

El objetivo primero del tratamiento de la osteoporosis es la reducir del número de fracturas por fragilidad.

Es recomendable mantener unos hábitos de vida saludable, en los que influirán una dieta sana y equilibrada y rica en calcio y vitamina D.

Se debe aconsejar a las personas a las que se les diagnostique osteoporosis que dejen de fumar y que realicen ejercicio físico diario, siempre ajustado a su estado físico general.



7.3 DEMENCIA

Existen varios tipos de demencia diferentes. Cada uno de ellos está provocado por causas distintas y afectan a las personas de maneras diferentes.

Puede ser difícil distinguir el tipo de demencia que padece una persona, ya que todas tienen algunos síntomas similares entre ellas.

Los tipos más comunes de demencia son:

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Esta enfermedad es actualmente la causa más común de demencia en personas de más de 65 años.

En ella el paciente comienza a presentar un deterioro cognitivo progresivo, afectándose sustancialmente la memoria inmediata (recuerdos más recientes) y el comportamiento. El enfermo comienza a presentar alteraciones para realizar actividades de la vida diaria, que al inicio pueden ser confundidas con manifestaciones propias de la edad, pero a medida que avanza la enfermedad estos síntomas aumentan en intensidad.

Es cuando al realizarse exámenes médicos, especialmente los de tipo neuropsicológicos, se esclarece el diagnóstico.

El alzhéimer es una enfermedad progresiva e invalidante donde el apoyo familiar es fundamental. Un ambiente familiar estable, el cuidado físico y el apoyo social son factores importantes a velar.

No hay una cura para la demencia ni para la enfermedad de Alzheimer, pero hay varios medicamentos disponibles para ayudar con el tratamiento de los síntomas de la demencia. Algunos medicamentos intentan mejorar la función del cerebro y hacer que la progresión de los síntomas sea más lenta. Otros se pueden recetar para controlar el humor, la psicosis, o los problemas de dormir.

Los médicos basan la elección del medicamento en las necesidades del paciente.

DEMENCIA VASCULAR

Es la segunda causa más importante de demencia en el adulto mayor. Hace referencia al deterioro cognitivo global originado a través de la existencia de

enfermedad vascular cerebral de tipo isquémico o hemorrágico, siendo necesario un nexo temporal entre ambas.

Se caracteriza por presentar, al igual que el alzhéimer, trastornos de tipo cognitivo, aunque estos pueden ser menos marcados, en especial en lo relativo al deterioro de la memoria.

Entre los síntomas que se pueden observar en una persona con demencia vascular están:

- Trastornos relacionados con el lenguaje (afasia).
- Alteración en la ejecución del movimiento, donde la capacidad física se conserva, pero la coordinación motora está limitada por afección neurológica (apraxia).
- Incapacidad para reconocer e identificar objetos, pero la función sensorial no presenta alteraciones (agnosia).
- Dificultad para planificar, organizar, ordenar.
- Alteración de la actividad constructiva (planificación, organización, secuenciación, abstracción).
- Pérdida progresiva de la memoria, donde la de tipo inmediata es la que más se deteriora, generándose en el paciente la incapacidad para aprender y recordar información incorporada de forma reciente.

Mantener un estilo de vida adecuado, con dieta balanceada (rica en frutas y vegetales, evitando las grasas y la sal), eliminado hábitos tóxicos como el cigarro y el alcohol, controlando las enfermedades crónicas y realizando ejercicio físico de forma sistemática, ayuda a evitar el desarrollo acelerado de la demencia vascular.

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Es otra enfermedad crónica degenerativa y neurológica. Se origina cuando se da la muerte de las neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra del cerebro, y desencadenan las manifestaciones clínicas que la caracterizan: temblor, rigidez y bradicinesia (lentitud en el movimiento).

A medida que la enfermedad empeora, hasta 65% de las personas con el Parkinson pueden desarrollar síntomas de demencia. A veces estos síntomas se consideran parte de la enfermedad, pero en algunos casos el médico hace un diagnóstico separado (por ejemplo, de la enfermedad de Alzheimer).

A medida que progresa la enfermedad, las capacidades físicas y neurológicas del paciente se deterioran.

Todavía no se ha descubierto ninguna cura para el Parkinson, así pues los fármacos usados en esta enfermedad sirven para mejorar los síntomas motores.

El fármaco más usado para el tratamiento del párkinson es la levodopa.

Quirúrgicamente también hay opciones para el control sintomático, como la estimulación cerebral profunda.

Así mismo no hay que ignorar la rehabilitación física y de fonación; así como la ayuda y el apoyo familiar, factores que ayudan a sobrellevar los puntos más complejos en la vida de estos enfermos.

7.4 ENFERMEDADES CARDÍACAS

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es la elevación de los niveles de presión arterial de forma continua o sostenida.

La **presión arterial** es la presión que el corazón ejerce sobre las arterias para la conducción de la sangre hacia los diferentes órganos del cuerpo.

La presión máxima (sistólica) es la que se produce durante la contracción del corazón, y la mínima (diastólica), la que se produce con la relajación del corazón.

La enfermedad no suele dar síntomas durante mucho tiempo, por lo que es importante a partir de cierta edad mantener un control sobre la tensión arterial, ya que un diagnóstico tardío puede desencadenar complicaciones como infartos, ACV (accidente cerebrovascular) o daños oculares, entre otros.

CAUSAS

Aproximadamente el 95% de todos los casos de hipertensión arterial constituyen lo que se denomina **hipertensión primaria o esencial**. Esto significa que se desconoce la verdadera causa de la presión arterial alta, pero existen diversos factores relacionados con la enfermedad.

Existen factores de riesgo que pueden aumentar el desarrollo de HTA:

- Antecedentes familiares de hipertensión
- Los afroamericanos tienen una mayor incidencia de hipertensión arterial que los blancos, y la enfermedad suele aparecer a menor edad y ser más grave
- El sexo masculino. En las mujeres el riesgo es mayor después de los 55 años
- Tener más de 60 años. Los vasos sanguíneos se debilitan con los años y pierden su elasticidad

- Niveles altos de estrés. Según algunos estudios, el estrés, la ira, la hostilidad y otras características de la personalidad contribuyen a la hipertensión
- Sobrepeso u obesidad
- Fumador
- Anticonceptivos orales. Las mujeres que fuman y usan anticonceptivos orales aumentan considerablemente su riesgo
- Alimentación alta en grasas saturadas
- Alimentación alta en sodio (sal)
- Beber más de una cantidad moderada de alcohol
- Sedentarismo
- Diabetes

El 5% restante de los pacientes con presión arterial alta sufren de lo que se denomina hipertensión secundaria. Esto significa que la presión arterial alta es causada por otra enfermedad o afección. Muchos casos de HTA secundaria son ocasionados por trastornos renales.

NIVELES DE TENSION ARTERIAL

- **Tensión arterial normal.** Los niveles de máximos de presión arterial sistólica (máxima) están entre 120-129 mmHg, y las de diastólica (mínima) entre 80 y 84 mmHg. Cifras más bajas también pueden considerarse normales, siempre que no provoquen ningún síntoma.
- **Tensión arterial normal-alta.** Las cifras de presión arterial sistólica (máxima) están entre 130-139 mmHg, y las de diastólica (mínima) entre 80-89 mmHg. En personas diabéticas, los niveles superiores a 140/85 mmHg también se consideran altos.

TRATAMIENTO

Como en la mayoría de los casos, es importante una buena prevención antes de que empiecen a aparecer los primeros síntomas.

Seguir un estilo de vida saludable basada en buena alimentación equilibrada y baja en sal, ejercicio físico, evitar hábitos tóxicos es esencial.

Para las personas que ya padezcan la enfermedad, además de seguir las recomendaciones para su prevención, existen fármacos que ayudan a mantener los niveles de tensión arterial en cifras normales. Estos fármacos deberán ser prescritos por un médico y seguir una pauta terapéutica controlada, y se ajustarán a las necesidades de cada paciente dependiendo de su estado actual, antecedentes personales, etc.

INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

La insuficiencia cardíaca se produce cuando hay un desequilibrio entre la capacidad del corazón para bombear sangre y las necesidades del organismo.

El corazón puede fallar debido a un problema propio o porque su capacidad de reacción no alcanza a satisfacer lo que el organismo le demanda.

La insuficiencia cardíaca es un síndrome caracterizado por la presencia de síntomas (falta de aire, cansancio, dificultad para respirar tumbado, etc.) y signos de que el corazón no funciona bien y se acumula en las piernas, abdomen, etc.

SIGNOS Y SINTOMAS

La insuficiencia cardíaca puede ser una enfermedad que no presente síntomas durante mucho tiempo a lo largo de la vida (llamada fase asintomática). Cuando aparecen, los síntomas predominantes son:

- Cansancio anormal por esfuerzos que antes no lo causaban. La sangre no llega adecuadamente a los músculos y se provoca una situación de fatiga muscular
- Respiración fatigosa por estancamiento de los líquidos en los alvéolos

de los pulmones. Puede provocar que estando acostado se presente una sensación de ahogo que obligue a levantarse y dormir sentado

- Sensación de plenitud del abdomen, anorexia (falta de apetito)
- Sensación de mareo, confusión, mente en blanco y breves pérdidas de conciencia, que pueden estar provocadas por la reducción del flujo sanguíneo al cerebro
- Flujo de sangre insuficiente a los riñones. Esto puede provocar retención de líquidos por disminución de la orina. Esta hinchazón suele localizarse en las piernas, los tobillos o el abdomen. Y a veces se orina más por la noche que por el día (nicturia)
- Falta de aire (disnea) con el esfuerzo y mala tolerancia al ejercicio por fatiga_

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección para la insuficiencia cardiaca es tratamiento farmacológico, entre los que se encuentran los diuréticos, vasodilatadores, betabloqueantes o inhibidores de la aldosterona entre otros.

También es importante mantener un estilo de vida saludable basada en alimentación equilibrada y baja en sal, controlar la ingesta de líquidos y evitar el sobrepeso.

7.5 DIABETES

La diabetes mellitus es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo porque las células no responden a su estímulo.

Existen dos tipos principales de diabetes:

Diabetes mellitus tipo 1

Es frecuente que se diagnostique antes de los 35 años, aunque puede presentarse a cualquier edad. Las células del páncreas encargadas de fabricar insulina se destruyen y dejan de generarla. Suele ser de aparición brusca.

Diabetes mellitus tipo 2

Habitualmente se diagnostica en la edad media de la vida (por encima de los 40 años). Se produce por una progresiva resistencia de las células (especialmente del hígado y los músculos) a la acción de la insulina producida por el páncreas.

PRIMEROS SINTOMAS EN LA DIABETES

- Hiperglucemia o elevación de los niveles de azúcar en sangre
- Necesidad de orinar con mucha frecuencia o poliuria
- Tener mucha sed: polidipsia
- Tener mucha hambre: polifagia
- También suele aparecer debilidad, pérdida de peso y molestias digestivas

Cuando se dan todos estos síntomas y se sospecha de una diabetes, existen varias formas de diagnóstico:

- Analítica de sangre con niveles de glucosa iguales o mayores a 200 mg/dl
- Analítica de sangre en ayunas con niveles de glucosa iguales o superiores a 126 mg/dl. Para su correcta medición es importante permanecer en ayunas las 8 horas anteriores a la prueba
- Realizando un test de sobrecarga oral a la glucosa, consistente en tomar 75 g de glucosa diluida en agua y permanecer en reposo durante las dos horas siguientes. A continuación, se miden las cifras de glucosa y se comparan con las tomadas antes de la prueba. Unas cifras iguales o superiores a 200 mg/dl confirmarían el diagnóstico de diabetes
- Mediante la Hemoglobina Glicosilada. Es un factor que da una analítica de sangre que nos dice cómo han estado los niveles de glucosa en la

sangre en los últimos 3 meses. Si es igual o superior a 6,5% se puede establecer un diagnóstico de diabetes

A veces la diabetes mellitus tipo 2 puede no presentar síntomas durante años y diagnosticarse por un análisis de forma casual.

NIVELES NORMALES DE GLUCOSA

- Cuando los niveles de glucosa en **ayunas** están entre 100 y 125 mg/dl
- Cuando dos horas después del test de sobrecarga oral a la glucosa los niveles de glucemia están entre 140 y 199 mg/dl.
- Cuando los niveles de Hb1c están entre 5,5 y 6,4%

Por debajo de estos niveles, no hay diabetes

TRATAMIENTO

En el caso de la diabetes de tipo 1, el tratamiento es siempre la administración de insulina. Este tratamiento será de por vida

En la diabetes tipo 2, en general, se puede empezar por un programa de dieta y ejercicio cardiosaludables. Si esto no basta, es posible que el médico recomiende tomar antidiabéticos orales.

En el caso de que los fármacos tampoco son suficientes, será necesario añadir insulina.

7.6 PROBLEMAS AUDITIVOS Y VISUALES

Los problemas de audición y visión en personas mayores, alteran la forma de comunicarse con los demás y disfrutar de múltiples actividades.

Por ello, las alteraciones sensoriales pueden conducir al aislamiento del mayor. Es importante que la familia o cuidadores sepan identificar la aparición de estos signos, para así poder acudir al médico para obtener un diagnóstico y empezar con el tratamiento que sea más adecuado para cada persona.

Los problemas derivados de una visión alterada tienen como consecuencia no poder observar con nitidez, desencadenando caídas, dificultad para reconocer personas, situaciones de dificultad para interactuar con el entorno o salir a la calle. También problemas relacionados con actividades básicas diarias como subir y bajar escaleras, firmar o escribir, ver la televisión o leer.

Otros síntomas de padecer problemas relacionados con la visión son cefaleas, mareos, ardor y pérdida de visión momentánea.

También pueden generar un sentimiento de aislamiento en el anciano y posiblemente desencadenar cuadros depresivos.

Con el fin de prevenir y tratar enfermedades de la visión en los ancianos, es recomendable acudir a revisiones oftalmológicas de forma periódica.

A partir de los 65 años, las pupilas disminuyen su tamaño y reaccionan lentamente en presencia de luz y oscuridad. Por otra parte, los músculos oculares pierden flexibilidad, por lo que los ojos tienen menor capacidad de rotar, mientras el cristalino (nuestro lente natural) se vuelve opaco y amarillento, y las almohadillas de grasa que dan soporte ocular se reducen.

Las enfermedades que más comúnmente producen pérdida de visión son:

- Presbicia: pérdida de elasticidad del cristalino
- Glaucoma: por lesiones en el nervio óptico. Produce pérdida de visión

- lateral o periférica
- Cataratas: pérdida de transparencia en el cristalino
- Retinopatía diabética: a consecuencia de diabetes mal controlada

AYUDAR A UNA PERSONA CON PÉRDIDA DE VISIÓN

Es importante intentar conservar la independencia de la persona. Para ello podemos prestarles ayuda para la realización de algunas tareas, pero intentar que sea capaz de defenderse por sí mismo.

Existen objetos especialmente diseñados para este tipo de limitación, como los teléfonos con teclas grandes, mandos a distancia con números grandes, lupas, audiolibros, etc.

También podemos ayudarles describiendo las cosas que pasan a su alrededor, los lugares donde se encuentran, etc. Esto les hará sentirse integrados en el espacio donde estén y con las personas, y así evitaremos el aislamiento social.

En cuanto a la pérdida de audición, ésta se da con mayor frecuencia (un 50%) en personas a partir de los 75 años.

Existen varias causas que pueden ser las responsables de las pérdidas de audición:

- Tapones de cera
- Trauma acústico por una exposición prolongada a fuertes ruidos
- Componentes genéticos
- Infecciones de virus o bacterias
- Ciertos medicamentos
- Lesiones o tumores
- Edad

Cuando una persona sufre de pérdida de la audición, puede derivar en problemas en la realización de sus actividades diarias.

Uno de los síntomas, por ejemplo, es el problema para oír el sonido de las consonantes, por lo que la persona no consigue escuchar bien las palabras y tiene dificultad para llevar una conversación.

De esta manera, puede aparecer el aislamiento social, ya que resulta incómodo no poder escuchar con precisión cuando tratan de hablar con más personas, y eso les lleva a la abstención de acudir a entornos y eventos sociales.

Otros síntomas claros son por ejemplo subir mucho el volumen de la radio o de la televisión, pedir a los demás que alcen el tono de voz, que hablen con claridad o que repitan varias veces lo que acaban de decir.

ENFERMEDADES DEL OIDO EN ANCIANOS

- Presbiacusia: es la patología más habitual en pérdida de audición en personas mayores y se debe al envejecimiento de los huesos del oído. Genera disminución de sensibilidad auditiva e incomprensión al habla
- Hipoacusia: es un problema crónico en el cual se pierde la capacidad de percibir la intensidad de los sonidos
- Enfermedad degenerativa del oído: acumulación de líquido en el oído interno

AYUDAR A UNA PERSONA CON PROBLEMAS AUDITIVOS

- Mirar a la persona de frente antes de hablarle
- Eliminar los ruidos de fondo y asegurarse de que no existan barreras entre la persona mayor y el interlocutor
- Hablar de forma clara y pausada, colocándose a una distancia mínima de un metro
- Emplear gestos
- Eliminar obstáculos en la boca como el cigarrillo o la comida mientras se habla
- Repetir con calma las frases que la persona mayor no ha entendido bien

Es importante la detección precoz de problemas auditivos. Cuando se sospeche de alguno, se debe acudir al médico para realizar un examen y poder identificar la existencia de algún tipo de pérdida de audición. De esta manera se podrán implantar soluciones en una fase precoz de la enfermedad, ya que si se espera demasiado, es posible que no se logre el resultado esperado.

7.7 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

En ocasiones la aparición de ciertas enfermedades crónicas va directamente asociada a nuestra genética.

No obstante, los genes afectan en un 25% a su desarrollo mientras que el 75% restante dependerá de los **hábitos de vida** del individuo. Esto implica que la mayoría de enfermedades crónicas son de base conductual, como se puede comprobar en el caso de las enfermedades cardiocirculatorias directamente relacionadas con los hábitos del sedentarismo.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología lanza un mensaje esperanzador asegurando que el 80% de los casos de diabetes, infartos cerebrales y enfermedades cardiovasculares además de uno de cada tres cánceres podrían ser evitados a base de adquirir **estilos de vida más saludables**.

Por ello debemos ser conscientes de la importancia de realizar actividad física frecuentemente y de llevar una dieta equilibrada.

BIBLIOGRAFIA

www.geriatrea.com

www.ulceras.net

www.enfermeriapractica.com

www.dementiacarecentral.com

www.inforeuma.com

www.igerintologico.com

www.fundaciondelcorazon.com

www.cuidum.com

www.medlineplus.gov

www.fasaworld.com

www.medicalexpo.es

www.scielo.isciii.es

www.bitbrain.com

www.efisioterapia.net