

La vejez: ¿Un paradigma de enfermedad?

Adela Herrera P.⁽¹⁾

Resumen

Este artículo pretende, por un lado, definir conceptos básicos y resumir lo que es la Geriatria hoy, tal y como se concibe por parte de los propios geriatras. Por otro, esbozar algunos de los muchos posibles puntos de encuentro con todo el equipo sociosanitario, ya que el quehacer en Geriatria es, por definición, multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario, ofreciendo respuestas específicas y profesionalizadas a los especiales problemas de salud del Adulto Mayor (AM), en el contexto de lo que se denomina Atención Geriátrica Integral.

Además, muestra unos escuetos datos sociodemográficos y sanitarios que por si solos justifican la existencia de esta especialidad en nuestro país, el cual se encuentra en un proceso de transición demográfica hacia el envejeci-

miento paulatino pero sostenido.

Summary

This article seeks, on one hand, to define basic concepts and to summarize what is the Geriatrics today, such and like as the specialists conceive it. For other, to sketch some of the many possible encounter points with the whole social and health team, since the chore in Geriatrics is, by definition, multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary, offering specific and professional answers to the special health problems of the old persons, in the context of what is known as Integral Geriatric Attention.

Also, it shows some short social – demographic data that justify and by themselves the existence of this speciality in our country, that is living a slow but sustained transition process to growing old.

Introducción

En el umbral del siglo XXI no se puede mantener que la vejez sea una enfermedad. El envejecimiento es un proceso fisiológico que acompaña a los seres vivos desde el momento de su nacimiento.

En 1960 el porcentaje de chilenos mayores de 60 años era de 7%, aumentando a 10% en 1990 y 10,5% en 1998, proyectándose un 16% para el año 2025, con una población de Adultos Mayores que sobrepasará los tres millones en nuestro país. La Esperanza de Vida al nacer en Chile es actualmente de 75

⁽¹⁾Unidad de Geriatria.
Departamento de
Medicina.
Hospital Clínico de la
Universidad de Chile.

años (74 años para el hombre y 78 años para la mujer). A este hecho demográfico se ha sumado el llamado "envejecimiento del envejecimiento", es decir, el incremento de los grupos de edades más avanzadas (mayores de 80 años). Esta llamada "cuarta edad" va a tener un impacto creciente para la planificación de los servicios sanitarios y sociales.

Todo lo anterior indica un importantísimo envejecimiento de la población y un gran desafío para el sistema previsional y de salud chileno, ya que deberá asegurar una buena calidad de vida para este grupo etáreo adoptando políticas viables con recursos limitados.

La salud es, a juicio de los AM, su principal problema y la posibilidad de disponer de una atención especializada es la primera de sus demandas en materia de salud.

Las dificultades de salud de este grupo están asociadas a los procesos de cambio del organismo, que se manifiestan en lentitud de reacciones, modificaciones de las funciones motoras y de los sentidos, pérdida de la energía y disminución de las defensas frente a las enfermedades. Estos cambios hacen que los AM sean más vulnerables al medio y que tengan una mayor propensión a las enfermedades y accidentes, con consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Es por esto que el paciente AM es el principal ocupante de camas hospitalarias, el que acude con mayor frecuencia al médico y el primer y más numeroso consumidor de fármacos. Sumado a esto, el paciente AM es el que tiene mayor número de problemas paramédicos asociados, lo que exige mayor tiempo, dedicación y una atención y preparación específica del profesional médico.

Estos breves datos demográficos-sanitarios bastarían para justificar la existencia de una especialidad como la Geriatria, que se define como "la rama de la medicina que estudia los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales del anciano en situación de salud y enfermedad". Es decir, pretende poner en or-

den, ofrecer respuestas específicas y profesionalizadas a los problemas de salud que de forma tan particular afectan a los AM. Pretende hacerlo, además, a través de un equipo multidisciplinario mediante una "Atención Geriátrica Integral".

Definiciones previas

Gerontología: es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en cualquiera de sus aspectos.

Geriatria: constituye una parte de la Gerontología y se define como la rama de la medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas mayores, sino también de su recuperación de función y de su reinserción en la comunidad.

Envejecimiento: es la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Es universal (alcanza a todos los seres vivos sin excepción) y es progresivo (comienza desde el nacimiento y termina con la muerte).

Adulto Mayor y paciente geriátrico: Cuando se habla de vejez siempre se entra en el tema de las edades. Importa destacar que AM y paciente geriátrico no son conceptos sinónimos:

Adulto Mayor: (AM) es toda persona que tiene 60 años y más (65 años y más en los países desarrollados).

Adulto Mayor enfermo: es aquél que padece alguna enfermedad (aguda o crónica) pero no cumple los criterios de AM frágil (o de alto riesgo).

Adulto Mayor Frágil o de Alto Riesgo: es aquél que cumple con tres o más de los siguientes factores de riesgo:

- Edad superior a los 60 años, preferiblemente mayor de 75 años.
- Presencia de enfermedad invalidante y/o pluripatología
- Patología mental acompañante o predominante.
- Polifarmacia.

- Problemas sociales en relación con su estado de salud.
- Vive solo. Viudez reciente.
- Institucionalizados.
- Hospitalización reciente.
- Bajo nivel socioeconómico.

Paciente Geriátrico: es el AM frágil al cuál se le añade algún proceso agudo que lo obliga a consultar médico y/o a hospitalizarse.

Evidentemente, cuanto más años tenga una persona más posibilidad tendrá de cumplir los criterios de paciente geriátrico ya enumerados. Ya que lo que caracteriza al envejecimiento humano es la disminución de la capacidad de reserva para hacer frente a las agresiones del medio, es decir, un accidente, una gripe, un cambio de residencia, la pérdida de un familiar se soportará peor a mayor edad donde puede crear una situación catastrófica.

¿Existe el Envejecimiento con Éxito?

Envejecer con éxito es "alcanzar edades avanzadas cumpliendo con los parámetros biológicos para cada etapa de la vida conservando intacta una gratificante relación funcional, mental y social con el medio.

Para garantizar este envejecimiento con éxito deberíamos esforzarnos por mantener en las mejores condiciones posibles en cuatro áreas específicas: clínica, funcional, mental y social.

1- Área Clínica

Su objetivo es conseguir una vejez saludable, o sea, ausencia de enfermedades que alteren la calidad de vida y el proceso de envejecimiento. ¿Cómo alcanzar este objetivo? Mediante la prevención, básicamente primaria, pero también secundaria y terciaria.

La prevención primaria intenta evitar la aparición de enfermedad (ej. administración de vacunas). La prevención secundaria consiste en intentar conseguir que una determinada enfermedad no ocasione una situación de incapacidad. La prevención terciaria pretende que frente a una incapacidad establecida originada por una enfermedad, sea posible alcanzar gra-

dos de independencia, por ej. utilización de prótesis, sillas de ruedas, etc.

¿Cómo podemos prevenir?

Con el control de los factores de riesgo. Muchas veces el AM interpreta sus molestias como propias del envejecimiento. Es corriente oír "la pierna me duele..." No siempre la edad tiene la culpa de todo, prácticamente nunca tiene la culpa de nada. El diagnóstico precoz de la enfermedad debe evitar su evolución hacia situaciones no deseadas. El tratamiento debe ser integral, y no basado solo en la medicina, puesto que existen muchos otros medios para tratar las situaciones no deseadas.

Pero al hablar de prevención lo más importante es el Autocuidado, es decir, la obligación individual de conocer y poner en práctica las medidas para preservar la propia salud.

2- Área Funcional

El objetivo es mantener al máximo la capacidad de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (desplazarse, vestirse, asearse, cocinar, usar el teléfono, etc.) Un 30% de los AM sufre de caídas. La prevención de las caídas es en muchos casos la prevención de la fractura y por lo tanto, de la posible incapacidad consecuente.

Se ha visto que las personas mayores que han mantenido una actividad física pueden mantener parámetros correspondientes a edades 20 años menores.

3- Área Mental

El objetivo de la actividad mental es mantener la autosuficiencia social y la total capacidad de contacto intelectual con otras personas.

Con el paso de los años es inevitable una cierta disminución de la capacidad mental y una ligera pérdida de la memoria. Existe un pánico razonable frente a la Enfermedad de Alzheimer, que comienza con trastornos de memoria. Estos temores nos deben estimular para convencernos que con la actividad mental estamos cuidando nuestra calidad de vida.

4- Area Social

Su objetivo es mantener la plena integración social de los AM mediante el facilitamiento y conservación de los contactos (prevención del aislamiento y la soledad), la mantención o creación de nuevos roles, la promoción y utilización de recursos sociales (centros de convivencia, culturales y/o recreativos, etc.) que faciliten la integración del AM en la comunidad evitando así, en lo posible, el internamiento, generalmente no deseado.

Sabiendo que vamos a llegar a viejos y sabiendo que tenemos posibilidades de perder roles y contactos, debemos insistir en la obligación que todos tenemos de preparar nuestra vejez en el campo de las relaciones personales. Cuanto más cultos seamos, cuanto más amigos hayamos cultivado, cuanto mayor dedicación familiar practiquemos, mejor prevención haremos de un futuro aislamiento social.

En resumen, el paciente AM padece más enfermedades, es más vulnerable ante cualquier tipo de agresión, sus mecanismos de defensa son más limitados, su reserva fisiológica es menor, las patologías se sobrepone unas con otras en mayor medida que en otras edades, se manifiestan de otra forma y tienen una mayor implicación social.

El anciano no es simplemente un AM, es un ser mucho más vulnerable ante cualquier estímulo nocivo. Esto, unido a los muchos factores que intervienen en el proceso de envejecimiento, obliga a que el AM sea tratado de una manera integral por un equipo multidisciplinario especializado. Sólo así lograremos que estos "nuevos mayores" tengan una vida más plena, más larga y más rica, en una sociedad, probablemente más serena, más reflexiva, en la cual ellos ocuparán un papel más activo.

Referencias

1. *Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN 1998)*

Departamento de Información Social, MIDEPLAN.

2. *Ribera Casado JM. Aspectos diagnósticos y terapéuticos del paciente anciano.*

En: *Farreras Rozman (Eds.) Medicina Interna (13 ED.) Mosby Doyma 1995 Págs. 1275-1286.*

3. *Guillén Llera F. y López-Doriga P.*

Valoración y Evaluación del Anciano. En D. Crespo "El envejecimiento. Un enfoque multidisciplinario". J.R. Prous Barcelona, 1997.

4. *Wetle T.*

Living longer, aging better. Aging research comes of age. JAMA 1997; 278: 1376-77.

5. *Ribera Casado JM.*

La salud como problema en la persona mayor. En: Ribera Casado JM. y Gil Gregorio P. Atención al anciano en el medio sociosanitario. Clínicas Geriátricas. Madrid 1998, Págs. 11-24.

6. *Siu AL, Reuben DB, Moore AA.*

Comprehensive geriatric assesment. En: Hazzard WR et al. (eds.). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology (3rd ed.) New York: McGraw-Hill, 1994: 203-212.

7. *Williams TF.*

Comprehensive Geriatric Assesment. En Duthie y Katz Practice of Geriatrics (3rd ed.). Philadelphia: Saunders, 1998, págs 15-22.