

Envejecimiento y enfermedad

Encarna Ayuso

Enfermera especializada en atención geriátrica

El **envejecimiento** es un proceso biológico en el que concurren una serie de modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales. Existe un declinar del organismo pero también es determinante en esta etapa de la vida la actitud personal ante el envejecer y el entorno familiar y social. La integración de estas esferas (física, mental por afectiva y psicológica, y socioeconómica) dará como resultado la situación funcional del individuo, que expresa su capacidad de vivir independientemente en el medio pese a sus limitaciones físicas, psicológicas o socioambientales. Entramos así en el dominio de la geriatría, ciencia relativamente reciente si tenemos en cuenta que la práctica geriátrica se inicia en los años cuarenta en el Reino Unido y no es considerada como especialidad médica en nuestro país hasta el año 1978.

La **geriatría** tiene como objetivo la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas de avanzada edad así como su recuperación funcional y reinserción en la comunidad. Más que prolongar indefinidamente la vida quiere mejorar las condiciones físicas y mentales del anciano y llenar de sentido humano y significación social este periodo vital.

El instrumento básico de esta ciencia es la *valoración geriátrica* a través de la cual intenta detectar los múltiples problemas que el anciano presenta y que van a confluir en una pérdida de la función. Ésta se manifiesta como una mayor dificultad para atender las propias necesidades; se objetiva mediante valoración de las necesida-

des básicas (movilidad, alimentación, aseo, vestido...) e instrumentales (cuidado del hogar, cocina, abastecimiento, manejo del dinero, uso de transportes públicos...) de la vida diaria. Si la vejez implica estos problemas aunque no se agote en ellos es precisamente por la decadencia fisiológica a la que inevitablemente debemos enfrentarnos al final de la vida.

El **envejecimiento fisiológico** afecta a todos los órganos y sistemas. Todos esos cambios van a tener grandes variaciones individuales: no todas las personas envejecen igual ni al mismo ritmo, ocurriendo lo mismo entre los diferentes órganos y sistemas dentro del organismo: el envejecimiento no es sincrónico. La involución de los sistemas de control (sistema nervioso, endocrino e inmunitario) se traduce en una mayor vulnerabilidad frente a las agresiones, esto le hace al viejo más susceptible a las infecciones, caídas, fracturas, etc.

Muchos de los cambios asociados a la ancianidad son el resultado de pérdidas graduales que comienzan en la edad adulta y que, merced a los sistemas de compensación de la mayoría de los órganos, no se hacen evidentes hasta que la pérdida es importante. A partir del momento de *máxima vitalidad* a los 30 años (entendiendo por vitalidad la capacidad individual para hacer frente a los requerimientos biológicos) la mayoría de los sistemas del organismo pierden anualmente del orden de un 1% de su función.

Existen dificultades para distinguir claramente qué limitaciones corresponden al envejeci-



miento en sí y cuáles derivan del ámbito de lo patológico, pues aunque son conocidos los cambios atribuibles a esta fase de la vida, la verdadera esencia del proceso no queda claramente explicada. Es poco frecuente la muerte por la acción única de la edad, siendo más habitual que la vejez vaya acompañada de incapacidades debidas a traumas o a enfermedades.

Una de las teorías más aceptada a la hora de explicar este proceso es la que afirma que el envejecimiento y la muerte natural están producidos por *genes suicidas* que destruyen las células corporales a partir de un momento determinado de la vida, así parece que ocurre en el desarrollo embrionario: la muerte parcial genéticamente programada de ciertos grupos celulares permiten la configuración y la estructuración definitivas de los órganos corporales (es el caso de las membranas que posee el feto humano entre las falanges de los dedos durante una fase de su desarrollo).

Algunos autores como Fries sostienen que aceptando la *salud* como la función óptima para la edad, sabiendo que la función disminuye con el envejecimiento, ésta puede ser mantenida relativamente hasta el fin de la vida. Es lo que se ha

llamado *plasticidad del envejecimiento* o *contención de la morbilidad*. Quiere esto decir que podría retrasarse el principio de una enfermedad crónica hasta las fases más tardías de la vida y vivir el mayor tiempo posible sin enfermedad.

Hasta ahora la realidad parece que nos muestra lo contrario, son excepcionales las personas de edad avanzada que están libres de toda enfermedad, según la Encuesta Nacional de Salud de 1988, en nuestro país un 81,3% de los hombres y un 87% de las mujeres mayores de 65 años tienen algún tipo de enfermedad crónica que no siempre ocasiona alteraciones de la calidad de vida. Por ello el concepto de anciano sano no siempre va ligado a la ausencia de enfermedad en el ámbito de la geriatría, sino que es substituido por el de *anciano válido* y mejor aún por el de *edad funcional*.

Se estima que al menos el 1% de la población anciana está totalmente inmovilizada, un 6% padece graves limitaciones en las actividades de la vida diaria, para las que necesitan ayuda, y hasta un 10% más presenta incapacidad moderada; las cifras se disparan por encima de los 80 años.

Pero **¿cuál es el modo de manifestación de lo patológico en el paciente geriátrico?** El

perfil del paciente geriátrico es el de un anciano mayor de 65 años con presencia de pluripatología, tendencia a la cronicidad e incapacidad, condicionamientos mentales y sociales, y una gran necesidad de rehabilitación. Gran parte de las patologías que sufre el anciano son debidas al amplio grupo de las enfermedades crónicas, que pueden presentarse también en los adultos de todas las edades: circulatorias, articulares, nutritivas, metabólicas, sensoriales, psíquicas, etc. Actualmente son el origen del 70 al 80% de las muertes en los países desarrollados.

Los problemas en el paciente geriátrico pueden presentarse de forma distinta a como lo hacen en edades anteriores, ya que suelen superponerse a signos y síntomas que se deben a varias patologías ya existentes; esta forma atípica de acontecimiento de la enfermedad complica la medicina clínica del viejo. Algunos de los caracteres anómalos de la enfermedad en la vejez son:

- *Anomalía sintomática*: más que signos concretos de una enfermedad aparecen problemas inespecíficos como manifestaciones complejas de un deterioro funcional (neumonías sin fiebre, infarto sin dolor) considerándose la disnea (dificultad respiratoria) un equivalente anginoso, etc.;
- *Síndromes geriátricos*: son la causa más frecuente de incapacidad, son potencialmente reversibles pero son poco conocidos y poco valorados, normalmente se atribuyen sus efectos a la vejez en sí (Ejs: incontinencia urinaria, inmovilismo, cuadros de confusión, caídas, deterioro cognitivo, privación sensorial en la forma de ceguera, sordera...). Estos síndromes conducen muchas veces a una institucionalización prematura, a un abuso farmacológico y a una infrautilización de la rehabilitación. Esta precipitación provoca la condena del anciano a la senectud (dependencia, depresión, pérdida de calidad de vida) por convencimiento contextual de que la misma ha acontecido y, además, genera inmensos gastos a la familia;
- *Fragilidad o alto riesgo*: a partir de los 80 años se incrementa significativamente la probabilidad de presentación de la enfermedad o el accidente. Sobre todo el factor riesgo o fragilidad lo vemos acrecentarse en los sectores de la población desfavorecidos económica o socialmente, estos sufren lo que se ha dado en

llamar el «envejecimiento del envejecimiento».

Para acabar este apartado cabría decir que factores como el envejecimiento progresivo de la población y el incremento de la esperanza de vida nos debe forzar a proyectar políticas sanitarias preventivas de las enfermedades crónicas, a la ampliación de la asistencia y valoración geriátrica, al fomento del cuidado del anciano en su entorno habitual, etc. La línea de actuación será mantener la salud en el sentido de proporcionar al individuo la mejor situación funcional dada su edad. Hay ciertos mitos que tratan de presentar como posible vivir la vejez, desnaturalizadamente, como una segunda juventud. Negando la validez a estos cantos de sirena pero sin dejarse llevar por el prejuicio pesimista, que exhibe la vejez como el momento del derrumbe y del dolor, debemos decir desde un punto de vista fisiológico que la vejez es una etapa exigente pero cuya negatividad puede ser sobrellevada desde una actitud mental positiva y una actividad física moderada y sostenida. No obstante, para el éxito de las medidas clínicas siempre será crucial la inserción del anciano en un contexto de compromiso social que responda a las necesidades e inquietudes de estas personas.

