

## **Presentación de las Enfermedades en el adulto mayor, características de la anamnesis y el examen físico**

A diferencia de pacientes jóvenes, el adulto mayor está afecto a muchos factores biológicos y psico-sociales, que alteran el proceso de reconocimiento de una enfermedad. Es por ello que no hay que esperar que un anciano consulte por síntomas y signos típicos de una enfermedad para sospecharla.

Esta dificultad para reconocer la presencia de alguna enfermedad actual se debe principalmente a tres factores: la aceptación de la enfermedad como algo propio del envejecimiento, la forma atípica en que se manifiestan y la existencia de múltiples patologías concomitantes.

### **Aceptación de Enfermedad**

Es común en nuestro medio que tanto el paciente mayor como las personas que lo rodean (familiares, cuidadores) consideren las manifestaciones de una enfermedad actual como un cambio normal del proceso de envejecimiento. Debido a esto, dejan pasar síntomas leves y sólo consultan en situaciones dramáticas o agudas tales como síncope, hemorragia, etc. Otro factor importante es que muchas veces, el adulto mayor se considera una “carga” para sus cuidadores, por lo que minimiza sus molestias. Además es frecuente encontrar ancianos con alteraciones de la memoria y/o dificultades para comunicarse, como sordera, ceguera e incluso compromiso de conciencia. En estos casos debe prestarse especial atención a cualquier cambio del estado basal del paciente, por pequeño que este sea.

La suma de estos factores lleva a una demora en la consulta, lo que se ha demostrado que incide directamente en la eficacia del tratamiento médico. Es así como patologías simples que pueden ser solucionadas si son tratadas oportunamente, quedan sin tratamiento o sólo con manejo paliativo, contribuyendo así al deterioro y a mayor dependencia de ese adulto mayor.

### **Presentación Atípica**

La forma intrínseca de presentación de cada enfermedad también se ve afectada ya que las respuestas físicas y fisiológicas habituales frente a enfermedades suelen estar alteradas, lo que puede resultar en ausencia de síntomas (típicamente dolor y fiebre). En otros casos los síntomas son vagos e inespecíficos debido a estos cambios. Se agrega a esto que distintas enfermedades se suelen presentar de maneras similares. Esto llevó al Profesor Dr. Bernard Isaacs (UK) a delinejar uno de los conceptos fundamentales de la geriatría: los llamados “gigantes geriátricos”. La confusión, las caídas, la incontinencia de esfínteres e inmovilidad son cuatro síndromes que se encuentran frecuentemente en el paciente geriátrico, que no matan y que pueden ser la manifestación final común de muchas patologías diferentes. Estos síndromes siempre traducen alguna enfermedad de base y no deben ser considerados como eventos normales de la vejez. Es así como la inmovilidad puede ser la manifestación de patologías tan distintas como infarto al miocardio, neumonía, fractura o algo tan simple como dolor de pies.

## **Patologías Múltiples**

Un adulto mayor comúnmente (a diferencia de uno más joven) puede presentar a la vez varias patologías (agudas o crónicas) que dificultan aún más el reconocimiento de una enfermedad actual. A esto se suma que muchas veces el paciente está consumiendo numerosos fármacos a la vez, los que pueden presentar efectos adversos o agravar enfermedades de base.

En algunos casos el paciente geriátrico puede manifestar muchos síntomas a la vez lo que dificulta la tarea del médico en determinar los síntomas más relevantes y cuáles son propios de cada patología. No se debe dejar de lado el área emocional del paciente ya que el estrés emocional o depresión se pueden manifestar como síntomas físicos. Sin embargo, no se debe atribuir síntomas a la esfera emocional sin descartar antes una causa orgánica.

Para lograr un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno, todos los factores enunciados en este capítulo, se deben tener presentes al momento de evaluar, sobretodo si es por primera vez a un paciente geriátrico. Esto se logra con una anamnesis y examen físico exhaustivos y dirigidos a la problemática particular del adulto mayor.

## **Anamnesis y Examen Físico**

La anamnesis en un paciente geriátrico plantea diversos desafíos al médico, que resultan en una historia generalmente más larga y difícil de lograr. La aplicación clásica de anamnesis muchas veces debe ser modificada al evaluar a un paciente geriátrico, y debe enfocarse en el paciente individual y enfermedades que comúnmente afectan a esta edad.

Ocurre con cierta frecuencia que el paciente posee patologías que impiden tomar una correcta historia clínica. Hipoacusia, ceguera, afasia y trastornos cognitivos frecuentemente interfieren con el proceso de la entrevista. Es importante consultarle al paciente si usa accesorios como lentes, audífonos o placa dentaria ya que la falta de estos puede entorpecer gravemente la comunicación con el médico. Por esto se debe optimizar las condiciones ambientales, como disminuir el ruido o mejorar la iluminación de la sala, para lograr una comunicación más efectiva.

Es de gran importancia que tanto el médico como el paciente estén cómodos ya que sino es muy difícil tomar una buena historia. Por ejemplo, es necesario chequear que el paciente no tenga deseos de ir al baño, cosa que puede dificultar la historia y muchas veces los pacientes mayores no reconocen o no se les pregunta.

Se debe tener mucha paciencia para obtener una buena historia de un paciente anciano, ya que el pensamiento y el habla suelen estar más lentos que en pacientes jóvenes. Se les debe otorgar tiempo suficiente para responder, para no perder información potencialmente importante. El trato con el paciente anciano también es un elemento que se debe tener en cuenta. A muchos pacientes, sobre todo de un nivel intelectual y cultural alto, les puede resultar molesto que los traten como niños y pueden mostrarse hostiles ante actitudes como estas. Sin embargo, esto no debe obstaculizar una actitud acogedora y una buena relación médico-paciente.

Muchos adultos mayores por sus antecedentes culturales y sociales esconden u omiten síntomas por pensar que son cambios normales del envejecimiento. La despreocupación o el miedo a enfermar también puede causar que el paciente omita síntomas importantes. El interrogatorio debe ser con preguntas dirigidas a síntomas

importantes. Sin embargo, las preguntas usuales de una anamnesis frecuentemente no se aplican en pacientes geriátricos: es así como en pacientes inmovilizados por artrosis u otra causa, no se presentará disnea ni angina de esfuerzo, aunque tengan enfermedad coronaria avanzada. Otras veces a los ancianos les es difícil recordar síntomas, enfermedades, hospitalizaciones, cirugías y medicamentos que usan. Por esto es de gran ayuda tener acceso a una fuente alternativa de la información, como lo es un familiar cercano o un cuidador, pero siempre se debe recordar que la preocupación principal del paciente puede diferir de la de la familia. También puede ser necesario conseguir una ficha médica antigua del paciente.

En Chile aún existe gran diferencia entre el nivel educacional de pacientes jóvenes y ancianos. Muchos ancianos recibieron una educación escolar deficiente, por lo que es importante evitar el uso de palabras complejas o terminología médica que el paciente difícilmente va a comprender. Frecuentemente los pacientes niegan síntomas por no entender lo que se le está preguntando. Por ejemplo en pacientes de bajo nivel educacional, al preguntarse si puede leer actualmente, la respuesta puede ser negativa porque ha perdido la visión o porque nunca aprendió a leer bien.

Siempre se debe tener presente que los estados confusionales y demencias son más frecuentes en pacientes mayores por lo que se debe hacer una delicada evaluación sobre las funciones cognitivas del paciente. Se debe evaluar siempre orientación temporo-espacial y el grado de alerta en que se encuentra. En profesionales con menor experiencia, leves alteraciones de conciencia pueden pasar desapercibidas y sin embargo, provocar una completa distorsión de la historia. Muchos geriatras utilizan tests estandarizados de evaluación cognitiva como por ejemplo el Mini Mental State Examination (MMSE).

Una buena evaluación geriátrica debiera contener una evaluación funcional del paciente que incluya las actividades del quehacer diario. Preguntas como cuán lejos es capaz de caminar y qué actividades realiza la mayor parte del día, otorgan una muy buena orientación al nivel de actividades realizadas por el anciano. Otros datos que deben ser incluidos en la evaluación funcional son la capacidad de vestirse y hacer sus necesidades sin ayuda de otras personas. Existen múltiples encuestas y tablas de evaluación funcional para pacientes geriátricos.

Se debe realizar un interrogatorio dirigido sobre los medicamentos que consume el paciente. Esto se debe a que gran parte de los adultos mayores consumen una verdadera polifarmacia y las reacciones adversas a medicamentos son mucho más frecuentes en este grupo etario.

En pacientes ancianos es especialmente difícil lidiar con elementos que puedan avergonzar al paciente como la incontinencia urinaria, actividad sexual o síntomas depresivos. Se debe interrogar sobre estas materias con especial cuidado evitando preguntas muy directas que sean embarazosas para el paciente o el médico.

El examen físico en el adulto mayor otorga información invaluable, ya que muchas veces el médico no puede obtener una buena historia y debe basarse en el examen. Sin embargo debido a la frecuente patología múltiple y presentación atípica de las enfermedades, los signos observados en el examen físico suelen ser de difícil interpretación. Es importante siempre diferenciar los signos normales del envejecimiento con elementos que puedan traducir una patología subyacente.

## **Evaluación de Laboratorio**

Hallazgos de laboratorio anormales frecuentemente son atribuidas al envejecimiento. Pocos de estos cambios son “normales” de la edad y la mayor parte de las veces representan una enfermedad subyacente. La malinterpretación de resultados puede llevar en algunos casos a subdiagnosticar y a no dar tratamiento a una enfermedad curable; sin embargo, en otros casos no conocer los cambios normales lleva a sobrediagnosticar y a elevados gastos monetarios para el paciente. Es por esto que se debe conocer muy bien que parámetros se alteran normalmente a edad avanzada y cuales traducen siempre un proceso patológico.

### **Exámenes de laboratorio en el adulto mayor**

#### **Parámetros de laboratorio no alterados**

- Hemoglobina y hematocrito
- Recuento de leucocitos.
- Recuento de Plaquetas
- Electrolitos, BUN
- Pruebas hepáticas
- T4 libre, TSH

#### **Alteraciones en exámenes de laboratorio**

- VHS: Elevación de 10-20 mm por la edad.
- Glucosa: Disminuye la tolerancia.
- Creatinina: Debido a la disminución de la masa magra, niveles en rango normal-alto, indican reducción de la función renal.
- Albúmina: Puede reducirse levemente con la edad. Reducciones mayores se deben a desnutrición.
- Fosfatases Alcalinas: Leve aumento asintomático.
- Electrocardiograma: Alteraciones difusas de segmento ST y onda T, y distinto tipo de bloqueos, son frecuentes en adultos mayores asintomáticos.

#### Referencias:

The Essentials of Health Care and Old Age. Second Edition 1995. Bennett G, Ebrahim S.

Essentials of Clinical Geriatrics. Third Edition 1994. Kane R, Ouslander J, Abrass I.