

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



Vol. 26 No. 2, 1997 [ver índice]

## **PROBLEMAS EN LA ATENCION DEL PACIENTE ANCIANO EN LA CONSULTA AMBULATORIA**

Dr. Pedro Paulo Marín Larraín  
Profesor Auxiliar  
Depto. de Medicina Interna  
Programa de Geriátría y Gerontología  
Pontificia Universidad Católica de Chile

El envejecimiento no es una enfermedad, sino un proceso natural y normal. Todos envejecemos desde que somos concebidos. Dado que muchas personas envejecen y fallecen sin limitaciones, es importante evitar a tiempo el desarrollo de enfermedades crónicas que puedan limitar la calidad de vida en el futuro.

Aproximadamente un 60 a 70% de los ancianos vive en la comunidad sin grandes problemas médicos ni funcionales en la vida diaria. Esta población consulta esporádicamente al médico y es la que está en riesgo de enfermarse crónicamente sin una adecuada prevención. Es en ella y en la población más joven en la cual la educación en salud es muy importante para obtener un impacto a futuro.

Sabemos que sólo un 3-5% de los adultos mayores están inválidos o postrados en cama, y que éste es el grupo que más atención de salud y social requiere. Ellos, junto con los enfermos crónicos, son los que principalmente vemos y atendemos los médicos. Por ser el grupo humano más deteriorado, es que muchos médicos tienen una visión negativa o pesimista sobre el envejecimiento o sobre la ancianidad. Esta visión negativa muchas veces repercute de manera muy importante en la forma como son manejados y tratados los pacientes ancianos por el equipo de salud.

Dadas las connotaciones peyorativas que ha adquirido la palabra "senil", estimo que ella debe ser eliminada del léxico médico, ya que su uso suele estar asociado a una visión y muchas veces a una posición pesimista frente a un paciente de edad. Un ejemplo de esta situación es el uso del diagnóstico "senilidad" en las fichas clínicas, que conlleva muchas veces un abandono diagnóstico y terapéutico, negándose posibilidades terapéuticas efectivas.

La edad por si sola no es un factor negativo, lo que está confirmado por numerosos trabajos científicos que demuestran que lo importante en el pronóstico no es la edad, sino las enfermedades crónicas acompañantes y el estado funcional en el diario vivir, previo a la enfermedad aguda. Como consecuencia de lo anterior, actualmente no se niegan operaciones, estadías en intensivos, prótesis, etcétera, sólo por la edad. Como corolario de lo anterior se debe concluir que siempre debemos intentar llegar a un diagnóstico de los problemas que afectan a la persona de edad o las limitan en su diario vivir, para poder corregirlos.

No debemos sólo estar contentos con buena cifra de presión o glucemia sino intentar solucionar los problemas efectivamente. La Geriátría, junto con el diagnóstico médico, efectúa una evaluación de la capacidad funcional, mental y social del paciente. Todos ellos, influyen en forma muy importante en el pronóstico de un anciano enfermo. Por ejemplo, es muy distinto tener un infarto cardíaco con insuficiencia cardíaca a los 75 años de edad y vivir

solo en un tercer piso, con condiciones económicas y sociales límites, que tener el mismo problema médico y un grupo familiar que lo apoye, viviendo en mejores condiciones socioeconómicas y sin necesidad subir escalas. En ambos pacientes el pronóstico final y la posibilidad de recaer no están dados sólo por la condición médica que le quebró sus condiciones previas del diario vivir.

Los problemas en la atención del paciente de edad en una consulta ambulatoria son múltiples y no pretendo abordarlos todos. Más que problemas, debemos enfrentarnos al desafío práctico de cómo atender adecuadamente a estos pacientes.

En el encabezamiento de la ficha clínica de un paciente que consulta por primera vez debe anotarse la edad, si fuma o no, qué operaciones o enfermedades graves ha tenido, si ha presentado fracturas, con quién vive, cuántos hijos tiene y si viven localmente, qué tipo de vivienda habita y, sobre todo, si necesita subir escalas.

Luego se pregunta por los fármacos que está tomando. Es importantísimo hacer una detallada encuesta sobre los medicamentos y dosis. En ellos hay que incluir los fármacos recetados y especialmente los automedicados. Deben incluirse también las inyecciones, hormonas, laxantes y otros, que muchas veces no son considerados y que pueden tener interacciones adversas. Muchos estudios demuestran que un porcentaje no despreciable de las hospitalizaciones de los pacientes de edad se deben a reacciones adversas de los fármacos. Por ello, siempre hay que evitar la polifarmacia e indicar la menor dosis posible. Uno de los grandes éxitos al tratar pacientes de edad es suspenderle medicamentos que toman innecesariamente.

Luego de todos los pasos anteriores se pregunta por el motivo de consulta y cuáles son las principales molestias. Es importante incluir si presenta incontinencia de orina, problemas con sus pies y dificultades sensoriales. Hay que tener presente que los síntomas y signos en los pacientes de edad pueden cambiar o atenuarse, siendo diferentes que en poblaciones más jóvenes. Ello requiere una gran suspicacia del médico para su exacta evaluación.

Debemos preguntar, además, sobre la ingesta de alcohol, sabiendo que muchas veces ella es minimizada. Debemos sospechar una sobreingesta en pacientes que sufran de soledad o que presenten caídas o golpes sin explicaciones.

Siempre se debe efectuar una evaluación funcional en el diario vivir. Preguntar si necesita ayuda en el vestirse, comer, lavarse, deambular, control de esfínteres. Si alguno de ellos está limitado o imposibilitado, es de suponer que esa persona requiere de ayuda familiar en su diario vivir. Estos pacientes son los más frágiles y de mayor riesgo. Son a los que más atención debemos proporcionar, para intentar revertir su mala condición funcional. Por ejemplo, no importa tanto tener 78 años y padecer de diabetes mellitus, cardiopatía coronaria, osteoporosis, glaucoma o hemorroides, si estas enfermedades no limitan el diario vivir, ya que muchas personas con estas condiciones se desenvuelven perfectamente bien en nuestra sociedad.

Debemos evaluar el estado mental de nuestros pacientes. En primer lugar, siempre debemos convencernos de que no hay un problema de sordera o de lenguaje que dificulten nuestra

evaluación. A veces hay personas que son catalogadas de dementes y son simplemente sordos. Debemos cuidarnos de diagnosticar una demencia o un deterioro psicoorgánico, como algunos lo denominan, en una sola entrevista. Este diagnóstico clínico requiere de una evaluación periódica y descartar algunas causas que la simulan. Por ejemplo, hay que tener presente que la depresión es mucho más frecuente que la demencia. En la evaluación mental es muy importante la información que nos proporcionan los familiares o las personas que viven con el paciente.

El examen físico comienza con observar al paciente cómo ingresa y camina en nuestra consulta o policlínico. Ello nos dará mucha información de utilidad. Es preferible examinar al paciente sentado en la camilla con las piernas colgando, ya que ello da una mejor aproximación humana, porque médico y paciente se miran de frente. Además, esa posición permite examinar al paciente más rápidamente y con mayor amplitud de espacio. Se examinan las articulaciones, si hay signos de extrapiramidalismo, reflejos osteotendíneos, fondo de ojo y otoscopia, se buscan posibles adenopatías cervicales y las arterias temporales y en esta posición es más fácil un examen cardiopulmonar. Se toma la presión arterial sentado y parado y se completa el resto del examen acostando al paciente.

Posteriormente es conveniente ordenar, mentalmente, cuales son los principales problemas médicos, sociales, funcionales o mentales, para luego anotar en la ficha los que presumiblemente serán de mayor importancia, para afrontarlos o solucionarlos con los medios que se disponen.

La aproximación a los problemas éticos de los ancianos es similar a la de los más jóvenes. El propósito de la atención médica es determinar qué alternativa de tratamiento preservará una buena calidad de vida, de acuerdo con las perspectivas del paciente, creencias y metas de ese sujeto. Esto requiere, idealmente, información previa del paciente sobre sus preferencias para que las decisiones sean tomadas en conjunto.

Respecto a la solicitud de exámenes de laboratorio y otros estudios, es necesario considerar su relación costo versus beneficio. Por ejemplo, pocas veces es necesario un perfil bioquímico, pues generalmente bastan algunos de sus exámenes. Lo mismo podemos decir de muchas radiografías y otros exámenes que con alguna frecuencia los médicos pedimos innecesariamente, ya que no cambian nuestras decisiones. Ello no implica que neguemos exámenes, diagnósticos o terapias a los pacientes de edad per se. Siempre debemos plantearnos si la información adicional cambiará nuestro esquema o plan de tratamiento. Muchos exámenes pueden ser postergados hasta ver la evolución.

La receta médica debe ser escrita idealmente con letra imprenta y expresar claramente las dosis indicadas y por cuánto tiempo deben tomarla. Es conveniente leer la receta junto con el paciente y familiares, para disminuir el riesgo de dudas. Al final, se debe indicar cuándo debe venir a control y tratar de incluir algunos consejos prácticos sobre ejercicios diarios para evitar el sedentarismo, junto con algunos aspectos nutricionales básicos.

Es importante mencionar que el equipo de salud y, especialmente, el médico tratante, deben saber cuando cambiar desde una actitud "diagnóstico - investigación - intención de curar" a otra igualmente importante, cual es "diagnóstico - fallecimiento próximo - cuidado". Siempre

debemos vigilar las necesidades reales del paciente y mantener una buena comunicación entre el equipo y los familiares. "Ayudando a un buen morir se puede aprender a vivir".

### Referencias escogidas

1. Horan MA. Introduction - presentation of disease in old age. En: Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. Eds. Brocklehurst JC, Tallis RC, Fillit HM. London; Churchill Livingstone, 1992: 145-49.
2. Torres M. Valoración Geriátrica Integral. En: Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Eds. Gullen Llera F, Pérez del Molino Martín J. Barcelona; Masson SA, 1994: 49-104.
3. Geriatric Review Syllabus. Approach to the elderly patient. Geriatric Review Syllabus: a core curriculum in Geriatric Medicine (3d Ed), American Geriatric Society. New York; Kendall/Hunt Co. 1996: 53-104.
4. Swift CG. The problem-orientated approach to Geriatric Medicine. En: Principles and Practice of Geriatric Medicine (2nd Ed). Ed. Pathy MSJ. Chichester; John Wiley&Sons. 1991: 299-312.
5. Kane RL. Evaluating the elderly patient. En: Essentials of Clinical Geriatrics (3ed). Eds. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. New York; McGraw-Hill, Inc. 1994; 44-82.