

John Jairo Hernández Castro, MD
Carlos Moreno Benavides, MD, MEd

Dolor en el adulto mayor

- **Introducción**
- **Prevalencia y síndromes dolorosos más frecuentes**
- **Barreras en el manejo del dolor**
- **Consecuencias del manejo inadecuado del dolor**
- **Evaluación del anciano con dolor**
- **Terapia farmacológica**
- **Terapia no farmacológica**
- **Conclusiones**

* Neurocirujano, algesiólogo y paliativista. Profesor de carrera y distinguido, Unidad de Neurociencia, Director Centro de Medicina del Dolor, Investigador Grupo Neuros, Facultad de Medicina, Universidad del Rosario, Bogotá (Colombia).

Presidente Asociación Colombiana para Estudio del Dolor (ACED). Miembro Activo de la Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.

** Neurofisiólogo. Profesor y Coordinador de la Unidad de Neurociencia, Miembro del Centro de Medicina del Dolor, Investigador Grupo Neuros, Facultad de Medicina, Universidad del Rosario. Bogotá (Colombia). Coordinador del grupo de interés en dolor neuropático de la Asociación Colombiana para Estudio del Dolor (ACED). Miembro Fundador de la Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.

INTRODUCCIÓN

AUNQUE EL DOLOR no es un componente del envejecimiento normal, los adultos mayores tienen las más altas tasas de procedimientos quirúrgicos y muchas de las enfermedades que ocasionan dolor crónico se presentan con mayor frecuencia en individuos mayores de 65 años. Debido a la mejoría en las condiciones de vida, este grupo poblacional tiende a ir en aumento, hasta el punto de calcularse que en los países desarrollados pasará del 17,5 al 36% en el año 2050, lo que ha aumentado el interés en el manejo del dolor en este grupo de personas.

En la vejez, el dolor es un síntoma que se presenta con menor frecuencia en varios problemas médicos agudos; por ejemplo, el infarto del miocardio “silencioso” ocurre en 36-42% de los casos en ancianos y, aproximadamente, el 40% de los pacientes mayores de 65 años manifiesta muy poco, o ningún dolor, en casos de peritonitis, obstrucción intestinal o neumonía. Por el contrario, los estudios clínicos y experimentales han mostrado que en esta etapa de la vida, hay una mayor vulnerabilidad para el dolor crónico.

En Colombia se carece de estadísticas válidas sobre la incidencia y prevalencia del dolor crónico en el anciano, pero en los Estados Unidos se ha calculado que, aproximadamente, el 50% de las personas de mayor edad padecen de dolor crónico ⁽¹⁾.

De manera análoga a los términos presbiacusia y presbiopía que se refieren a la pérdida progresiva de la percepción para los sonidos de alta frecuencia y al deterioro en la acomodación visual, respectivamente, que ocurren con la edad, también se ha utilizado el término *presbialgos* para referirse a los efectos de la edad sobre la percepción del dolor ⁽²⁾.

Estos efectos podrían ser producto de:

- La pérdida de nociceptores con la edad.
- Cambios en los aferentes primarios nociceptivos.
- Cambios en los mecanismos centrales relacionados con la sensación y la percepción del dolor.
- Cambios en los mecanismos descendentes moduladores del dolor.
- Diferencias en la historia social y cultural, en relación con el significado del dolor.

Sin embargo, en la actualidad, hay muy pocos estudios al respecto y, básicamente, un retardo en el tiempo de respuesta del dolor rápido es el cambio más documentado que ocurre con la edad, cambio que se ha explicado como debido a una neuropatía de pequeñas fibras, dependiente de la edad, que afecta especialmente a las fibras nociceptivas A-delta.

PREVALENCIA Y SÍNDROMES DOLOROSOS MÁS FRECUENTES

El dolor en la población mundial es altamente prevalente y pobremente tratado. La prevalencia varía con la edad, con el estilo de vida y con la salud general de la población. En general, la incidencia del dolor se dobla cuando se atraviesa la barrera de los 60 años, incrementándose la frecuencia a medida que se avanza en cada década de la vida. Varios estudios revelan que entre el 25 y 50% de la comunidad mayor de 60 años sufren de dolor de moderado a intenso ^(3,4).

Las patologías que con mayor frecuencia llevan a procesos dolorosos crónicos en el anciano son de origen osteomuscular (osteoartritis, gota, artritis reumatoide, fibromialgia), neuropático (neuropatías diabética y posherpética, y las asociadas a déficit de vitamina B), y traumático ^(3,4).
Tabla 1

TABLA 1

Síndromes dolorosos más frecuentes en el anciano

Fibromialgia
Gota
Neuropatías
• Neuropatía diabética
• Neuralgia posherpética
• Deficiencia de complejo B
Osteoartritis
Fracturas patológicas asociadas a osteoporosis
Polimialgia reumática

BARRERAS EN EL MANEJO DEL DOLOR

Las principales barreras encontradas en el manejo adecuado del dolor en el adulto mayor se agrupan en tres grandes grupos: relacionadas con el paciente y su familia (por ejemplo, a los efectos colaterales de los medicamentos o a la adicción), con los prestadores de los servicios de salud (pobre educación en la evaluación y manejo del dolor), y con las políticas de los servicios de salud (altos costos, mayores tiempos en la consulta) ^(1,5).

Tabla 2

TABLA 2

Barreras en el manejo adecuado del dolor

Barreras del profesional de la salud

- Pobre educación en la evaluación y manejo del dolor
- Desconocimiento de las medidas regulatorias
- Temor a los efectos adversos de los opioides
- Asumir que el dolor hace parte del proceso de envejecimiento y que no se debe tratar
- Problemas para evaluar el dolor en personas con alteraciones cognoscitivas

Barreras del paciente y su familia

- Temor a los efectos colaterales de los medicamentos
- Miedo a la adicción
- Pensar que quejarse de dolor es llamar la atención
- Asumir que el dolor forma parte del proceso de envejecimiento normal

Barreras del sistema de salud

- Altos costos
- Consultas frecuentes
- Mayores tiempos en la consulta
- Indiferencia al uso de los opioides

CONSECUENCIAS DEL MANEJO INADECUADO DEL DOLOR

La presencia permanente de dolor puede llevar a consecuencias serias desde el punto de vista funcional, cognoscitivo, emocional y social.

La funcionalidad se altera debido a una franca disminución en la actividad y en la deambulaci3n que origina desacondicionamiento f3sico, trastornos de la marcha y lesiones por ca3das frecuentes. El trastorno del

sueño es crucial en la agravación de los síntomas dolorosos porque su privación ocasiona disminución de los umbrales del dolor, limitación en la cantidad de energía diaria, e incremento de la incidencia y severidad de la depresión y otros trastornos del afecto ^(3,5).

Las consecuencias sociales incluyen un incremento en gastos que ocasionan problemas de índole económica, utilización exagerada de los servicios de salud, cansancio y alejamiento de familiares y amigos y ambivalencia en los cuidadores, consecuencias que se traducen en disminución de la calidad de vida, soledad, y amplificación de los trastornos funcionales y emocionales, los cuales son más intensos cuando el paciente no es tratado adecuadamente por sus médicos ⁽⁶⁾.

El dolor deficientemente tratado ocasiona, también, consecuencias en los profesionales de la salud y en las instituciones prestadoras de servicios. En 1999, la Comisión Acreditadora de Organizaciones para el Cuidado de la Salud (JCAHO) publicó las guías y normas para el manejo del dolor encaminadas a que las instituciones y los médicos cumplan a cabalidad con su función de aliviar el sufrimiento; dentro del marco del programa internacional que considera al dolor como el quinto signo vital y el alivio del dolor como un derecho humano fundamental ⁽⁷⁾.

EVALUACIÓN DEL ANCIANO CON DOLOR

Para realizar una adecuada evaluación del paciente con dolor el profesional de la salud debe tener una preparación básica, que desafortunadamente no se enseña en las facultades de salud (medicina, enfermería, psicología y rehabilitación).

Historia clínica

El adecuado abordaje evaluativo incluye conocer la edad del paciente, sus antecedentes médicos, quirúrgicos, farmacológicos, tóxico-alérgicos, y un conocimiento básico del estado funcional y cognoscitivo ⁽¹⁾.

El manejo del dolor en los adultos mayores se complica porque existen múltiples causas, todas concomitantes y con diferentes localizaciones, que dificultan distinguir las causas de dolores agudos nuevos de las

reagudizaciones de dolores crónicos, razón por la cual, es importante establecer el estado habitual previo a la consulta.

Es vital la buena comunicación con el paciente para poder reconocer las alteraciones sensoriales y cognoscitivas que alteran el proceso. El profesional de la salud debe poseer estrategias adecuadas para entrevistar al enfermo con problemas visuales o auditivos o con limitación en la palabra hablada o escrita ^(1,3).

La evaluación de los síntomas dolorosos requiere tiempo, por lo cual las consultas rápidas de diez o quince minutos son incompatibles. Es preciso adaptarse al paciente, y responder sus preguntas, siempre a su ritmo.

Los marcadores biológicos (signos vitales) y las pruebas verbales o escritas para conocer la intensidad del dolor (escala análoga visual o verbal) no son siempre indicadores confiables. Los miembros de la familia y los cuidadores también deben ser interrogados porque ellos pueden aportar información valiosa sobre el estado funcional y cognoscitivo del enfermo ^(1,8).

Escalas para evaluar el dolor

Es preciso contar con escalas estandarizadas y consistentes, que deben aplicarse en forma regular. Existen escalas ya reconocidas para evaluar el dolor y la conducta frente al dolor, que deben aplicarse de forma sistemática ^(9,10).

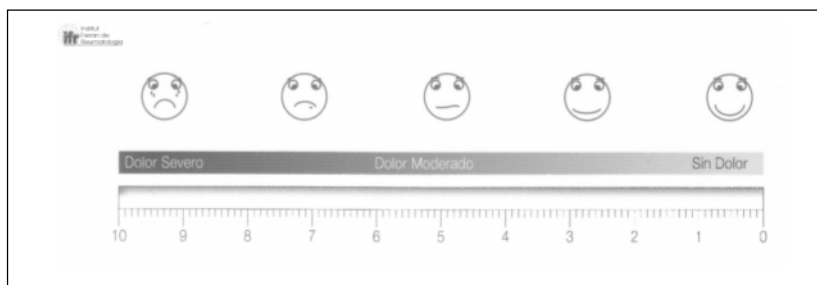
Las pruebas deben contemplar las deficiencias cognoscitivas, las de lenguaje y las sensoriales. La presencia de demencia no debe constituirse en una barrera para evaluar adecuadamente el dolor del paciente, lo mismo que deben utilizarse preguntas sencillas y repetidas, y al ritmo del paciente, cuando existen alteraciones visuales o auditivas ⁽¹¹⁾. Una variedad de descriptores verbales: termómetros del dolor, escalas numéricas y escalas faciales han sido validadas y plenamente aceptadas para conocer la intensidad del dolor en una persona mayor.

La primera y mejor elección es tratar de establecer verbalmente la intensidad del dolor en una escala de 0 a 10 (0: ausencia de dolor; 10: el más intenso dolor que piensa que una persona puede llegar a sentir), siendo especialmente clave en personas que padecen de trastornos visua-

les importantes. Para algunos enfermos puede no ser comprensible este tipo de escala, por lo cual puede usarse una escala verbal descriptora, del tipo: leve, moderado, severo. Si la visión y las funciones cognitivas no están alteradas el termómetro del dolor o la escala métrica visual son una excelente elección. En caso de alteraciones cognitivas importantes (demencia) la escala de expresión facial (escala de caras) es la indicada ⁽¹²⁾. Figura 1.

FIGURA 1

Escala de expresión facial para cuantificar el dolor



Desafortunadamente, estas escalas no son objetivas porque se basan en auto-informes y, además, no han sido suficientemente validadas para la práctica clínica en personas con verdaderas e importantes alteraciones en su aspecto cognoscitivo. Por eso también se recomienda realizar un chequeo de descriptores no verbales, como aislamiento social, falta de apetito, alteración en el sueño, etc.

Historia del dolor

Como se comentó anteriormente, la JCAHO ha establecido que todos los pacientes tienen el derecho a una apropiada evaluación y manejo del dolor, que debe realizarse en forma sistemática y regular, especialmente en los pacientes hospitalizados ⁽⁷⁾. Es obligatorio indagar por el estado de la intensidad del dolor en cada visita, y si éste se viene incrementando o variando, se debe aumentar igualmente la frecuencia de las evaluaciones hasta lograr el control del síntoma, en forma similar, a como se hace con los otros cuatro signos vitales reconocidos ^(1,7).

Con frecuencia el adulto mayor presenta varios problemas médicos, por lo cual cualquier tipo de dolor agudo o persistente requiere una evaluación completa y definida, teniendo en cuenta que puede padecer diferentes dolores y que cada uno necesita una forma específica de abordarlo. La evaluación debe incluir tanto la información objetiva como la subjetiva, que se debe obtener no solamente del enfermo, sino también de sus familiares y de sus cuidadores. Tabla 3.

TABLA 3

Consideraciones especiales en la evaluación del dolor geriátrico ⁽²⁾

1. Consideraciones generales:
 - Reconozca que la edad, por sí misma, no reduce la sensibilidad al dolor.
 - Reconozca que no hay evidencia de que la edad, *per se*, influya sobre las propiedades cualitativas del dolor.
 - Reconozca la importancia de estimular al paciente para que discuta el dolor.
2. Comorbilidad: La enfermedad y la presentación de los síntomas en el anciano, particularmente en el frágil y en el muy viejo, se caracteriza con frecuencia por multiplicidad, duplicidad y cronicidad.
3. Estado mental: Evalúe si hay alteración cognoscitiva (demencia del tipo Alzheimer, pseudodemencia secundaria a depresión, demencia por multi-infartos) y remita si es necesario.
4. Depresión: el dolor es posiblemente una causa importante de depresión.
5. Actividades cotidianas: Diferencie entre las limitaciones no relacionadas con el dolor y las limitaciones en actividades, porque su desempeño es doloroso. Las disfunciones relacionadas con el dolor y las limitaciones en las actividades cotidianas son, posiblemente, una fuente significativa de depresión en el anciano.
6. Medicaciones: evalúe todas las medicaciones actuales y recientes (mire el estuche de las pastillas). Empiece en forma lenta y con dosis bajas.
7. Sistemas de apoyo familiar y social: Mantenga esos sistemas en el anciano limitado física o mentalmente.

Cuando es posible lograr un adecuado auto-informe del dolor, el siguiente paso es especificar las características del dolor: localización, intensidad, duración y frecuencia, calidad (quemante, ardor, peso, punzada, etc.), patrón de presentación y los factores que lo alivian o

exacerban. Se debe incluir el historial de consumo de analgésicos y los efectos tanto adecuados como indeseables de todos ellos. Se debe determinar el efecto que el dolor ha generado en el estado físico, mental, social y funcional del paciente ^(1, 8).

El entendimiento del efecto del dolor en la independencia, funcionalidad y calidad de vida debe llevar a crear estrategias efectivas para la mejoría de estos aspectos. El dolor persistente o crónico limita las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, moverse, ir al baño, alimentarse), las actividades instrumentales de la vida diaria (ir de compras, manejar las finanzas, usar el teléfono, cocinar, utilizar el transporte público o realizar las labores del hogar), la movilidad, la socialización, el humor, el apetito, el sueño, y la concentración, habilidades funcionales que deben ser evaluadas mediante instrumentos adecuados por los servicios de psicología ⁽¹³⁾.

En un anciano que experimenta un dolor persistente es frecuente el diagnóstico de depresión o ansiedad, y en la mayoría de los casos, resulta imposible precisar si los síntomas afectivos son previos al dolor o son consecuencia de éste. Cuando esta situación se presenta se debe obtener una historia neuropsicológica y evaluar el estado emocional actual del paciente mediante la utilización de escalas, que como la de Yesavage, permiten evaluar la depresión geriátrica.

Evaluación del dolor en pacientes con alteración cognoscitiva. En los pacientes que no realizan un auto-informe verbal del dolor por presentar alteraciones en la comunicación o en las funciones cognoscitivas, es preciso observar las conductas frente al dolor (agitación, confusión, alejamiento social, apatía) e identificar otros indicadores de dolor como expresiones faciales (fruncir el ceño, muecas), vocalización (gritos, gemidos), movimientos corporales (mecerse, estarse muy quieto), cambios en las interacciones personales (comer solo, irritabilidad), cambios en su actividad (proteger una parte de su cuerpo, no hacer ejercicios), cambios en su estado mental (incremento de su estado confusional, nuevos cuadros de agitación) ^(10, 12).

Examen físico y funcional

Al final de la fase de evaluación se debe realizar un examen físico completo, con especial énfasis en el sitio y áreas que rodean la zona dolorosa ^(1,8). Debido a la alta prevalencia de dolor de origen músculo-esquelético, debe hacerse hincapié en este aspecto, y siempre realizar un completo examen neurológico.

Adicionalmente al examen físico del área específica que genera el dolor, debe también realizarse un examen cognoscitivo, social, funcional y psiquiátrico. Para evaluar el compromiso cognoscitivo resulta útil el Mini Mental (MMSE) y la escala de Yesavage para evaluar los síntomas depresivos.

TERAPIA FARMACOLÓGICA

La información obtenida en la evaluación del dolor ayuda a definir el plan de cuidado, incluyendo las terapias farmacológicas, cuyo objetivo primordial es aliviar el dolor, teniendo siempre en mente la prevención y manejo temprano de los eventos adversos que pueden disminuir la calidad de vida ⁽⁸⁾.

Los medicamentos que se utilizan en el manejo del dolor son los analgésicos no opioides (acetaminofén y anti-inflamatorios no esteroides - AINES), los opioides y los denominados coadyuvantes ⁽¹⁴⁾. Los procedimientos invasivos, como los bloqueos nerviosos y otras técnicas, pueden estar indicados en casos seleccionados.

Analgésicos no opioides

En este grupo se incluye el acetaminofén y el grupo de los AINES. La Sociedad Americana de Geriátrica recomienda el acetaminofén como tratamiento de primera línea, por sus propiedades analgésicas y antipiréticas, y aunque posee poco efecto anti-inflamatorio, resulta útil en el alivio del dolor secundario a artritis y osteoartritis, entidades que son frecuentes en la edad avanzada ⁽¹⁵⁾.

A altas dosis (por encima de 8 gramos al día) se puede producir necrosis hepática, por lo que se recomienda no exceder los cuatro gramos diarios.

Algunos pacientes pueden consumir dosis altas en forma inadvertida, dado que muchos compuestos para el dolor (mezclas de opioides con acetaminofén) y para estados gripales, contienen el fármaco, que puede ser consumido por el paciente autoformulado y sin control médico, pudiendo llevar a procesos tóxicos^(14, 15).

Los AINES interfieren con la enzima ciclo-oxigenasa (COX), bloqueando el ciclo del ácido araquidónico y bloqueando la producción de prostaglandinas (PGE1), prostaciclina (PGI2), y tromboxano (TXA2). La inhibición de la síntesis de prostaglandinas produce alivio de la inflamación y del dolor, y adicionalmente pueden servir como antiinflamatorios.

Los efectos gastrointestinales (gastritis y hemorragia digestiva alta), la prolongación del tiempo de coagulación, la alteración en la función renal y la hipertensión arterial, son efectos colaterales significativos asociados a los AINES⁽¹⁶⁾. La edad avanzada, la historia de enfermedad ácido-péptica, el uso concomitante de esteroides y anticoagulantes, el uso del cigarrillo y alcohol, son procesos que aumentan la posibilidad de presentación de hemorragia gastrointestinal y alteraciones cardiovasculares.

En caso de ser necesario el uso de los antiinflamatorios se deben tomar las siguientes precauciones⁽¹⁷⁾:

- Utilizar inhibidores de bombas de protones para prevenir la hemorragia gastrointestinal.
- El tiempo prolongado de sangrado se puede modificar con el uso de plasma, excepto en los casos en que se utiliza aspirina que posee un efecto irreversible en la agregación plaquetaria. La aspirina se debe suspender con una semana de anticipación a cualquier procedimiento invasivo.
- En pacientes deshidratados no se deben prescribir los AINES porque se incrementa el riesgo de lesión renal.
- Se prescriben con cautela en pacientes con hipertensión arterial no compensada, y en enfermos con antecedentes de enfermedad coronaria o cardiovascular.

La nueva generación de AINES, conocidos con el nombre de inhibidores de la ciclo-oxigenasa-2, o inhibidores COX-2, o Coxibs, tiene

una eficacia similar a la observada en los AINES clásicos y, a diferencia de éstos, no son gastrolesivos, y no inhiben el tromboxano. Es preciso tener en cuenta que su seguridad gastrointestinal disminuye con el uso crónico, que pueden producir lesión renal y que con el uso crónico o con dosis altas se pueden presentar alteraciones cardiovasculares ^(16, 17).

Por esta razón, se debe sopesar el riesgo-beneficio antes de prescribirlos, lo cual es válido para todos los fármacos anti-inflamatorios. Se recomienda utilizarlos por tiempo corto (máximo diez días) para el tratamiento del dolor agudo leve a moderado, y no rebasar las dosis máximas recomendadas, dado que con dosis mayores no se obtiene ningún beneficio terapéutico y si aumentan los eventos adversos.

Analgésicos opioides

Los opioides son seguros y altamente efectivos cuando se utilizan apropiadamente ⁽¹⁷⁾. Desafortunadamente, han sido estigmatizados, y la *opiofobia* por parte de médicos, pacientes y familiares, ha llevado a la subutilización. La opiofobia es el resultado de confundir fenómenos como la tolerancia, la dependencia y la adicción, llegando a considerar adicto a prácticamente todos los consumidores de opioides, y a magnificar la incidencia de depresión respiratoria, que se presenta en menos del 1% de los casos ^(18, 19).

La *tolerancia* es un estado de adaptación del organismo a un fármaco, que se traduce, con el tiempo, en la disminución de uno o más de los efectos de dicho fármaco, por lo cual se requiere mayores dosis para lograr el mismo efecto terapéutico.

La *dependencia física* es un estado de adaptación que se manifiesta con determinadas clases de medicamentos, con la presencia de un síndrome de abstinencia ante la interrupción abrupta, la rápida reducción de la dosis, la disminución de los niveles sanguíneos del fármaco o la administración de un antagonista farmacológico como la naloxona o la naltrexona. Es preciso recordar que la presencia de dependencia física no es sinónimo de adicción.

Los signos de abstinencia de los fármacos opioides incluyen agitación, incomodidad abdominal y diarrea, rinorrea, piloerección, hipotensión

y reaparición del dolor. Para evitar la aparición del síndrome de abstinencia es necesario suspender los fármacos opioides en forma lenta y progresiva, sin exceder el 25% de la dosis en un día ⁽¹⁹⁾.

La *adicción o dependencia psíquica* es una enfermedad primaria, crónica, y neurobiológica ocasionada por factores genéticos, psicológicos, y ambientales que influyen en su desarrollo y aparición. Se caracteriza por abuso en el consumo del fármaco, uso compulsivo y continuado a pesar de reconocer su daño, y la ansiedad que les produce dependencia psíquica. Se considera como una enfermedad primaria, crónica, y neurobiológica.

Los opioides están indicados para el alivio de varios síndromes dolorosos, entre ellos, el *dolor nociceptivo* que es descrito como palpitación, peso o cólico, que típicamente se deriva de etiologías músculo-esqueléticas y viscerales y el *dolor neuropático* que suele ser informado como ardor, quemadura, sensación de corrientazos, y suele ser el resultado de un daño en la función del sistema nervioso periférico, del sistema nervioso central o ambos. Durante mucho tiempo se consideró que el dolor neuropático no respondía a los opioides, pero la evidencia reciente ha demostrado lo contrario, aun cuando se necesitan dosis más altas para controlarlo ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

En la elección del opioide se tienen en cuenta el tipo de dolor, la vía a utilizar, el tiempo de duración de la terapia y las preferencias del paciente. Se deben prescribir por horario, nunca “según dolor”, titular la dosis y mantener la vía oral hasta cuando sea posible. Los opiodes tienen diferentes presentaciones: tabletas de liberación inmediata y lenta, gotas, supositorios, parches para terapia transdérmica, y ampollas para uso parenteral (intravenoso o subcutáneo). La inyección intramuscular no se recomienda porque se produce absorción aberrante del fármaco y, por consiguiente, una inesperada acción terapéutica. Debido a la gran variabilidad en la respuesta terapéutica con diferentes opioides se recomienda rotar su prescripción para disminuir los eventos adversos y retardar la aparición de los fenómenos de dependencia ^(18,19).

En los adultos mayores no se recomienda el uso de la meperidina, porque en los pacientes con disfunción renal, se acumula su metabolito la normeperidina, en el sistema nervioso central y puede desencadenar

convulsiones. Además, su biodisponibilidad por vía oral es bastante pobre, y 50 mg por esta vía suelen proveer igual analgesia que 650 mg de aspirina.

Tampoco se recomienda prescribir el propoxifeno y el butorfanol. El propoxifeno tiene un pobre efecto analgésico y su metabolito, el norpropoxifeno, ocasiona toxicidad cerebral, en tanto que el butorfanol puede ocasionar alteraciones cognitivas con el uso crónico.

La morfina es considerada el opioide de elección, pero se debe tener en cuenta que sus metabolitos pueden acumularse cuando hay disfunción renal. Sus metabolitos morfina-3-glucurónido y morfina-6-glucurónido pueden desencadenar mioclonías, hiperalgesia, náusea, vómito y sedación.

La rotación de opioides es la conducta recomendada cuando se presentan estos eventos adversos, especialmente con el uso de hidromorfona, fentanilo, oxicodona y metadona. El fentanilo y la buprenorfina transdérmicas son una adecuada alternativa para uso crónico y prolongado, y para evitar el efecto del primer paso.

La metadona es bien tolerada por los pacientes ancianos y ha mostrado ser efectiva en el tratamiento tanto del dolor nociceptivo como del neuropático, por su efecto antagonista de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) en el asta dorsal de la médula espinal. Se recomienda titular con morfina y luego rotar a metadona, con una equianalgesia muy errática, pero que en general se encuentra en la relación 10:1 (10 mg de morfina equivalen a 1 mg de metadona).

Los opioides, aunque son seguros y confiables, pueden producir eventos adversos, siendo los más frecuentes el estreñimiento, las náuseas, el vómito y la sedación, síntomas que deben prevenirse o diagnosticarse en forma precoz, especialmente el estreñimiento que se presenta en casi el 100% de los pacientes. Tabla 4.

TABLA 4

Eventos adversos de los opioides

Estreñimiento
Depresión respiratoria
Náusea y vómito
Sedación
Disminución en la concentración
Prurito
Retención urinaria
Mioclonus

Medicamentos coadyuvantes

Dentro de este grupo se incluyen los medicamentos que inicialmente no han sido propuestos para el manejo del dolor, pero que resultan útiles, especialmente en el manejo del dolor neuropático crónico, cuando se prescriben asociados a analgésicos, incluso con los opioides ^(8,20).

Anticonvulsivantes. Los anticonvulsivantes son efectivos para en el control de las diferentes fases del dolor neuropático. Los más aconsejados, por su buena tolerabilidad en personas de la tercera edad, son los que actúan sobre la subunidad alfa-2-delta del canal de calcio en el asta dorsal de la médula, como el gabapentino y la pregabalina. La eficacia de estos medicamentos se ha comprobado en la neuralgia posherpética y en la neuropatía diabética dolorosa, síndromes bastante frecuentes en la población mayor de 60 años.

El gabapentino debe ser titulado iniciando con 400 mg diarios, e ir aumentando su dosis cada tres días hasta lograr el control del dolor, o hasta alcanzar la dosis tope que es de 3600 mg.

La pregabalina no requiere de titulación, se inicia con 75 mg cada 12 horas y se ajusta de dosis en forma progresiva hasta un tope de 600 mg diarios. Los efectos colaterales más frecuentes son somnolencia y mareo. Suele inducir el sueño, lo cual resulta útil en el control del insomnio, que es frecuente, en los pacientes con dolor crónico.

Antidepresivos tricíclicos. Son fármacos que bloquean la recaptación de serotonina y noradrenalina tanto a nivel central como en el asta dorsal de la médula espinal, lo cual los hace útiles en el manejo del dolor neuropático. Los efectos anticolinérgicos de la amitriptilina (el más empleado) suelen no ser bien tolerados por los pacientes de la tercera edad. Los agentes alternativos son la nortriptilina y la desipramina.

Es necesario tener en cuenta, que pueden producir retardo en la conducción cardíaca, lo cual los contraindica en enfermos con coronariopatías. También pueden ocasionar retención urinaria por lo cual están contraindicados en pacientes con hipertrofia prostática. Algunos autores, recomiendan no utilizarlos en pacientes mayores de 60 años y si se prescriben, debe realizarse previamente valoración cardiológica (con electrocardiograma), urológica y oftalmológica (pueden empeorar el glaucoma).

Antidepresivos duales. La venlafaxina y la duloxetina, son mejor tolerados por los pacientes mayores, bloquean la recaptación de serotonina y noradrenalina y constituyen una importante alternativa terapéutica en este grupo etéreo.

Anestésicos locales. Estos medicamentos son excelentes inhibidores de los canales de sodio que están involucrados en la fisiopatología del dolor crónico, cuando predominan los mecanismos de sensibilización periférica.

Los parches de lidocaína al 5% reducen la alodinia en pacientes con neuralgia posherpética ⁽²¹⁾. Estos parches son para terapia tópica, lo cual garantiza que no hay absorción lo cual reduce la posibilidad de toxicidad sistémica.

También existe la posibilidad de usar este grupo de medicamentos por vía peridural o subaracnoidea, por medio de catéteres, solos o en adición a opioides y/ó clonidina, sobre todo en candidatos para el uso de bombas programables para infusión intratecal y permanente de medicamentos.

Corticoides. Han sido utilizados para tratar gran variedad de estados dolorosos por tiempos cortos y a dosis altas. En dolor de origen óseo o

visceral malignos son adecuados para ayudar al control del dolor mientras se titulan medicamentos como los opioides. En estadios iniciales de dolores neuropáticos, como los derivados del síndrome doloroso regional complejo, también pueden cumplir un papel interesante. Los efectos inmunosupresores y endocrinos limitan su posible uso a largo plazo.

Técnicas intervencionistas. Los opioides intratecales o peridurales, solos o combinados con anestésicos locales o medicamentos como la clonidina, pueden producir analgesia efectiva con mínimos efectos colaterales. Las técnicas neuroablativas, como las rizotomías o neurectomías químicas o quirúrgicas pueden ser efectivas en casos de dolor crónico refractario que no responde al tratamiento de tipo farmacológico o invasivo no ablativo. Se recomiendan para aliviar dolor secundario en el cáncer y en los estados avanzados de enfermedad terminal.

TERAPIA NO FARMACOLÓGICA

Los tratamientos no farmacológicos son de varios tipos, pero los más utilizados son la terapia física (rehabilitación) y la terapia emocional (psicoterapia). Estos son más efectivos si se realizan en combinación con la terapia analgésica farmacológica, funcionando como coadyuvantes del tratamiento de base. La selección apropiada de estos tratamientos depende del tipo de paciente, de la familia, de la enfermedad que produce el dolor, y de los problemas médicos persistentes ⁽²²⁾.

Los tratamientos físicos incluyen el uso de ejercicios, calor, frío, masaje, acupuntura, acupresión y estimulación eléctrica transcutánea (TENS). Los ejercicios pueden darse a través del deporte dirigido (natación), danza, tai-chi que ayudan a disminuir dolores crónicos como el producido por osteoartritis, fibromialgia, o enfermedad vascular periférica; esta actividad física mantiene y mejora la función y flexibilidad articular, incrementa el estiramiento muscular, y reduce los espasmos musculares, y promueve la circulación colateral minimizando los síntomas secundarios a claudicación intermitente.

La aplicación de calor o frío también producen efectos benéficos. Se debe tener mucho cuidado porque producir daños cutáneos por quemaduras en la piel de los ancianos es bastante fácil, y presenta alta dificultad.

tad en su tratamiento. El frío se recomienda para las lesiones agudas, especialmente en las primeras 48 horas después de los traumas; disminuye la hemorragia o formación de hematomas, el edema, y el dolor de espalda crónico. La terapia con calor alivia los síntomas musculares y las molestias abdominales.

El masaje ayuda a reducir el dolor, libera la tensión muscular, promueve la circulación hacia los músculos, incrementa la motilidad articular, y disminuye la ansiedad.

La acupuntura y la acupresión están respaldadas por muy pocos y pequeños estudios, pero su eficacia como coadyuvante en algunos tipos de dolor, sobre todo de origen nociceptivo, es reconocida. Sus efectos sobre el sistema de control endógeno del dolor han sido ampliamente estudiados.

La psicoterapia, la imagería, y la relajación, son técnicas coadyuvantes muy importantes, pero se requiere de personal altamente entrenado para que las dirija y coordine. Ayudan a reducir el dolor, alivian la ansiedad, y reducen la tensión muscular. A esto se le deben agregar los elementos distractivos que ayudan a aumentar el umbral del dolor, como la televisión, la música, el estar ocupado con las manos, o la interacción con familiares, amigos o mascotas. El complemento espiritual y el darle importancia al anciano para ciertas actividades familiares e, incluso, de trabajo, ayudan en todo este proceso.

CONCLUSIÓN

Debido a las barreras en los sistemas de salud, los pacientes, y la sociedad en general, los adultos mayores son mal tratados y maltratados. Corren el gran riesgo de que su síntoma doloroso sea subestimado. Se requiere de personal de salud entrenado para manejar adecuadamente el sufrimiento de estas personas, para que ayuden en la toma de conciencia por parte de familiares, amigos y todos aquellos que los rodean: unos porque tienden a sobreprotegerlos, y otros porque no les creen y los abandonan.

Se deben tener guías para estudio y manejo muy definidas y validadas, que se puedan estar evaluando y cambiando de forma permanente y de grupos interdisciplinarios de manejo.

REFERENCIAS SELECCIONADAS

1. Hernández JJ, Osorio R. Evaluación del paciente con dolor. En: Hernández JJ, Moreno C (eds.). *Medicina del dolor*. Ediciones Rosaristas, Bogotá. 2005.
2. Harkins SW, Scott RB. Pain and Presbialgos. In: Birren J, ed. *Encyclopedia of gerontology*. San Diego: Academic Press. 1996; 247-260.
3. Gibson SJ. Older people's pain. *Pain Clin Updates*. 2006; 14 (3): 1-4.
4. Harkins SW. Aging and Pain. In: Loeser JD (ed.) *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2001; 813-823.
5. Hanks-Bell M, Halvey K, Paice JA. Pain assessment and management in aging. *Online J Issues Nurs*. 2004; 9 (3):124-127.
6. Gibson SJ, Weiner DK (eds.). *Pain in Older Persons*. Progress in Pain Research and Management. Seattle: IASP Press, 2005; (35).
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Background on the development of the Joint Commission standards on pain management. July 26, 2004. www.jcaho.org/news+room/health+care+issues/pain.htm
8. Hernández JJ, Moreno C (eds.). *Dolor neuropático: fisiopatología, diagnóstico y manejo*. Ediciones Rosaristas. Bogotá. 2006.
9. Miró J, Huguet A, Nieto R, et al. Evaluation of reliability, validity, and preference for a pain intensity scale for use with the elderly. *J Pain*. 2005; 6 (11): 727-735.
10. Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Berger MPF. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain*. 2006; 126: 210-220.
11. Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage*. 2006; 31: 170-192.
12. Horgas AL, Nichols AL, Schapson CA, Vietes K. Assessing pain in persons with dementia: relationships among the non-communicative patient's pain assessment instrument, self-report, and behavioral observations. *Pain Manage Nurs*. 2007; 8 (2): 77-85.
13. American Geriatric Society Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons: AGS panel on persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 6 (50), suppl, 205-224.
14. Hadjistavropoulos T, Herr K, Turk DC, et al. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain*. 2007; 23: S1-S43.
15. Herr K, Titler MG, Schilling ML, et al. Evidence-based assessment of acute pain in older adults. *Clin J Pain*. 2004; 20: 331-340.
16. Mamdani M, Rochon PA, Juurlink DN, et al. Observational study of upper gastrointestinal haemorrhage in elderly patients given selective cyclo-oxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs. *BMJ*. 2002; 325: 624.
17. Berman H, Silver S. Treatment of pain in the older adult. *Geriatrics Aging*. 2006; 9 (4): 264-269.

-
18. Burris JE. Pharmacologic approaches to geriatric pain management. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004; 85 (suppl 3): S45-S49.
 19. Cayea D, Perera S, Weiner DK. Chronic low back pain in older adults: what physicians know, what they think, they know, and what they should be taught. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54 (11): 1772-1777.
 20. Kemp CA, Ersek M, Turner JA. A descriptive study of older adults with persistent pain: use and perceived effectiveness of pain management strategies. *BMC Geriatrics.* 2005; 5: 12.
 21. Schmader KE, Sloane R, Pieper C, *et al.* The impact of acute herpes zoster pain and discomfort on functional status and quality of life in older adults. *Clin J Pain.* 2007; 23: 490-496.
 22. Lapid MI, Rummans TA, Brown PD, *et al.* Improving the quality of life of geriatric cancer patients with a structured multidisciplinary intervention: a randomized controlled trial. *Palliat Support Care.* 2007; 5: 107-114.