

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad:
GERIATRÍA

Tema:
DOLOR EN EL ANCIANO

Dr. Juan Eduardo Sanchez / Dra. Tamara Carrasco





INTRODUCCIÓN:

El dolor es definida en 2007, por la International Association for the Study of Pain (IASP) como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con daño real o potencial de los tejidos o descrito como si dicho daño se hubiera producido. Siendo este un síntoma subjetivo.

El dolor es una experiencia multidimensional (psicofísica-sociocultural), atemporal (se puede padecer en cualquier momento de la evolución humana: neonatos, recién nacidos, adultos, gerontes) e indiscriminante (no respeta sexo, raza, ni religión, ni condición social), es comunicable pero intransferible. Es desagradable, no deseado, pero biológicamente necesario.

EPIDEMIOLOGÍA:

El dolor en el adulto mayor no ha sido ampliamente estudiado, pero es sabido:

- El dolor aumenta con la edad, llegando al 42,6% de los mayores de 65 años.
- El dolor crónico tiene una alta incidencia, de la tercera parte de la población que refiere haber tenido dolor, el 60,5% lo padecía desde hacía más de tres meses.
- En EE.UU. el 18% de los adultos mayores refiere tomar regularmente medicación analgésica varias veces a la semana, y de estos, el 63% refiere tomar medicamentos prescritos para el dolor durante más de 6 meses seguidos.
- La prevalencia de dolor en EEUU es el doble entre personas > de 60 años.
- Entre ancianos ingresados en centros residenciales, la prevalencia del dolor oscila entre el 45% y el 80%. (1)
- En pacientes españoles hospitalizados >de 65 años se ha encontrado una prevalencia de dolor del 52%, y de estos, el 13% presentaban dolor desde hacía más de 6 meses (2)
- En unidades de cuidados paliativos de España, el 84,3% de los pacientes geriátricos presentaban dolor (3)

FISIOLOGÍA:

El dolor puede clasificarse según temporalidad y por su mecanismo de generación.

Según temporalidad puede ser: **AGUDO**, que se debe generalmente al daño tisular somático o visceral y se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal. Si no hay complicaciones, el dolor agudo desaparece con la lesión

que lo originó. **CRONICO**: es aquel dolor que persiste más allá de la lesión que lo originó y que permanece una vez que dicha lesión desaparece, en general mayor a 6 meses.



Según su etiopatogenia puede ser **dolor Nociceptivo**, es aquella forma de dolor que aparece como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen daño o lesión a órganos somáticos o viscerales. Es la consecuencia de la activación del sistema neurofisiológico constituido por nociceptores periféricos, vías centrales de la sensación dolorosa y, finalmente, corteza cerebral. La intensidad y duración de las sensaciones de dolor nociceptivo dependen crucialmente de la modulación de las señales de lesión tisular a lo largo de la vía nociceptica.

El **dolor neuropático**, aparece sólo en una minoría de individuos y es el resultado de enfermedad o lesión del SNC o periférico. Son sensaciones aberrantes o anormales de dolor (neuralgia del trigémino, miembro fantasma o causalgia). El síntoma más llamativo del dolor neuropático y hasta cierto punto su característica patognomónica es la falta total de relación causal entre lesión tisular y dolor.

Dentro de las características del dolor en el anciano, cabe mencionar:

- Los ancianos son renuentes a verbalizar el dolor como síntoma de sus múltiples enfermedades.
- El anciano y su entorno cree que el dolor es un síntoma necesario y habitual del proceso normal de la senescencia
- El anciano también puede temer que el dolor crónico presagia enfermedades graves o la muerte, negándolo.

Por lo anterior es un síntoma que generalmente no se menciona fácilmente, por lo que se debe indagar durante la anamnesis.

CUADRO CLÍNICO:

Es importante una anamnesis cuidadosa para un correcto diagnóstico del dolor y poder instaurar los tratamientos adecuados, hay que interrogar sobre:

- Tiempo de evolución: cómo y cuándo comenzó.
- Frecuencia: regularmente, intervalos sin dolor.



- Duración: segundos, minutos, horas, días.
- Localización: dónde se inicia, irradiación, superficial, profundo.
- Características: opresivo, pulsátil, latigazos.
- Repercusión: interrumpe actividad.
- Asociado: náuseas, vómitos, movimientos, acúfenos, tos, luz.
- Factores desencadenantes: comidas, movimientos, luz, medicación.
- Factores agravantes: frío, calor, maniobras de Valsalva.
- Factores que alivian: reposo, sueño, caminar, frío, calor.

La comorbilidad y los trastornos de la comunicación son dos elementos que en los ancianos influyen sobre el dolor, tanto en lo que respecta a su mayor incidencia, como al menor grado de manifestación dolorosa o comunicación. El dolor no aliviado, puede complicar más los síndromes, lo que perturba en gran medida la funcionalidad del anciano.

Valoración del dolor:

El dolor es un síntoma complejo y multidimensional, determinado no sólo por el daño tisular, la nocicepción, sino también por las creencias personales, las experiencias dolorosas previas, la personalidad psicológica previa, el afecto, las motivaciones, el medio ambiente, y los conflictos. No existen medidas objetivas para mensurar el dolor. Sólo existen supuestos, algunos más acertados que otros. El dolor es una experiencia subjetiva. Los instrumentos diseñados para medir el dolor son subjetivos: los hay unidimensionales y multidimensionales.

Escalas unidimensionales

- *Escala numérica:* Valora el dolor mediante números que van de menor a mayor en relación con la intensidad del dolor. Las más empleadas van de 0 a 10, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Escala Numérica (0= Ausencia de Dolor,
10= Dolor de Máxima Intensidad)

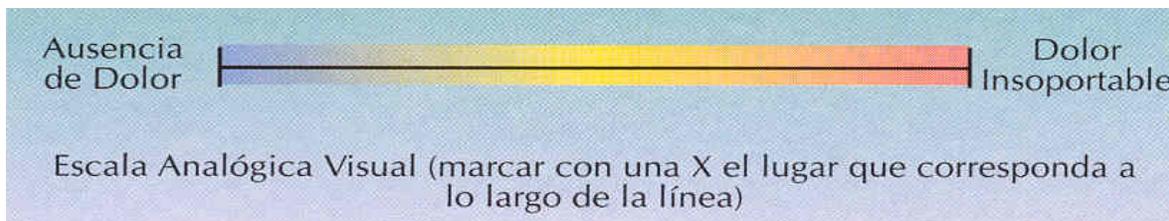
- *Escalas descriptivas simples o escalas de valoración verbal:* se pide al paciente que exprese la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional, donde se valora desde la ausencia del dolor hasta el dolor insoportable, las descripciones más utilizadas son: ningún dolor, dolor leve-ligero, dolor moderado, dolor severo-intenso, dolor insoportable.



Ausencia de Dolor	Dolor Medio	Dolor Moderado	Dolor Severo	Dolor Insoportable
-------------------	-------------	----------------	--------------	--------------------

Escala Verbal (elegir la categoría que más se ajuste a la intensidad actual del dolor)

- *Escala visual analógica (EVA)*: más empleado por tener una mayor sensibilidad de medición no emplea números ni palabras descriptivas. Requiere, no obstante, mayor capacidad de comprensión y colaboración por parte del paciente. Consiste en una línea de 10 cm de longitud, en los extremos se señala el nivel de dolor mínimo y máximo, el paciente debe marcar con una línea el lugar donde cree que corresponde la intensidad de su dolor.



Escalas multidimensionales

- *Cuestionario de McGill-Melzack (MPQ, McGill Pain Questionnaire)*: Se le presenta al paciente una serie de palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa, la sensorial y la afectiva; junto a la dimensión evaluativa, hay un total de 78 adjetivos del dolor en 20 grupos que reflejan las distintas dimensiones del dolor. Cuestionario utilizado en estudios de investigación y centros especializados.
- *Cuestionario de Wisconsin (Wisconsin Brief Pain Questionnaire, BPI)* Autoadministrado, fácil y breve. Mide los antecedentes del dolor, la intensidad y las interferencias en el estado de ánimo y en la capacidad funcional. La evaluación del dolor en el anciano, con frecuentes déficit en la esfera cognitiva, resulta difícil con los métodos tradicionales descritos y obliga a tener en cuenta otros factores. Las expresiones clínicas de dolor incontrolado pueden incluir la agitación, confusión, depresión, mutismo, desesperación e incluso solicitud eutanasia.

Evaluación del dolor en condición de deterioro de comunicación verbal y deterioro cognitivo

- *Demencia*: los pacientes con deterioro cognitivo y demencia son frecuente asiento de cuadros de dolor no objetivados por el equipo tratante. En pacientes institucionalizados con demencia se estima que la prevalencia de dolor oscila entre 49% y 83. Las causas más comunes asociadas en este grupo son: osteoartritis, fracturas de cadera previas, osteoporosis, úlceras por presión,



depresión, caídas recientes, entorno abusivo. En comparación con portadores de Enfermedad de Alzheimer y Demencia Vascular; aquéllos portadores de Demencia Frontotemporal comprometen en etapas previas el lenguaje, sin embargo el componente afectivo en éstos es notablemente menor que los que tienen perfil vascular. Los pacientes dementes no son insensibles al dolor, pueden no interpretar adecuadamente las sensaciones, potenciando la dificultad en el diagnóstico.

- ▶ *Delirium*: en esta condición, el deterioro de la comunicación muchas veces se relaciona con fallas en la articulación de la palabra, en la denominación de objetos, en la capacidad de escribir, haciendo el contenido (mensaje) incomprensible. La evaluación del dolor en pacientes con delirium resulta tremendamente desafiante. La interacción dolor-delirium resulta en muchas condiciones incierta, sin perjuicio de lo expuesto; el manejo del primero muchas veces impide o acorta la presentación del segundo.
- ▶ *Adulto mayor crítico*: 60% de los días cama UCI están destinados a pacientes en este grupo de edad. Durante su estadía, los pacientes mayores pueden perder su capacidad de comunicar el dolor en relación con inconciencia, intubación traqueal o fatiga. Pacientes sobrevivientes a estadías en Unidades Críticas han establecido que la intubación endotraqueal, la ventilación mecánica y la consiguiente imposibilidad de hablar son factores intensamente estresantes. El dolor, en particular en relación a procedimientos como la aspiración traqueal, genera incluso sensación de pánico.

La estrategia propuesta por la American Society for Pain Management Nursing consiste en un planteamiento jerarquizado:

- Obtener si es posible el auto reporte de la experiencia dolorosa
- Establecer la existencia de patologías que puedan producir dolor
- Observar actitudes y conducta que puedan traducir existencia de dolor
- Solicitar a familiares o cuidadores habituales, que opinen acerca de la eventual existencia de un cuadro doloroso
- Uso de analgésicos para evaluar reducción de síntomas conductuales atribuibles a presencia de dolor

MANEJO DEL DOLOR:

Debe ser realizado por equipo interdisciplinario, constituido por geriatra, fisiatra, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, enfermera, psicólogo, asistente social, fonoaudiólogo y otras especialidades, junto a la familia y cuidadores.

Las normas generales para tratar adecuadamente el dolor en el anciano son las siguientes:

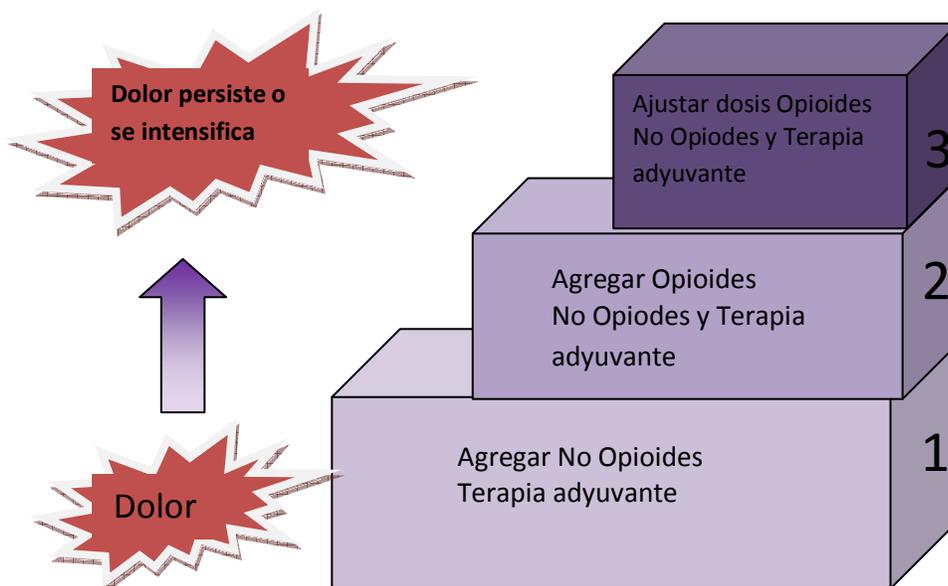
1. Realizar una historia y un diagnóstico del dolor lo más exactos posibles.

2. Escoger el fármaco más adecuado a la naturaleza y severidad del dolor, pero procurando escoger de entre las opciones posibles el analgésico con menor potencia, mayor eficacia y alto perfil de tolerabilidad. Emplear el menor número posible de fármacos.
3. Emplear dosis equianalgésicas iniciales de un 50-75% a las usadas en la población general.
4. Utilizar preferentemente la vía oral.
5. Evaluar las enfermedades asociadas y sus posibles interacciones con los medicamentos seleccionados.
6. Conocer las alternativas farmacológicas en caso de analgesia insuficiente, y la existencia de otras técnicas que pueden ser solicitadas al especialista oportuno.
7. Anticiparse a los efectos secundarios vigilando su aparición, disminuyendo las dosis, cambiando el fármaco o asociando tratamiento preventivo.
8. Cuando el control del dolor sea insuficiente con analgésicos convencionales, asociar fármacos coadyudantes.
9. Emplear opioides cuando estén indicados, y en las dosis necesarias. Considerar a lo largo de la evolución los fenómenos de tolerancia, dependencia y abstinencia.
10. Informar al paciente y a sus familiares acerca del tratamiento analgésico y sus probables efectos secundarios.
11. Responsabilizar a un familiar concreto del cumplimiento terapéutico del anciano.
12. Evitar el uso de placebos y respetar y potenciar el descanso nocturno.

Tratamiento no farmacológico: Educación, terapia física, psicoterapia y terapia complementaria.

Tratamiento farmacológico: Siempre recordando los cambios farmacocinéticas y farmacodinámicos en el anciano.

- Analgésicos opioides, (morfina y similares)
- Analgésicos NO opioides (AINE, dipirona, paracetamol)
- Co-analgésicos (anticonvulsivantes, antidepresivos, agonistas adrenérgicos alfa2, radionúclidos).





BIBLIOGRAFIA:

1. AMERICAN GERIATRIC SOCIETY. The management of chronic pain in older persons. Journal of the American Geriatric Society 1998; 46:635-651.
2. PADROL A, FRANCESCH A, PÉREZ-ESQUIVA M, CASTEL A, RULL M. Prevalencia del dolor hospitalario en pacientes geriátricos (resumen). XXIII Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Barcelona 2000.
3. LARA-SOLARES A, NÚÑEZ-OLARTE JM, ACQUART AZ. Comportamiento del dolor neoplásico en enfermos terminales geriátricos (ETG). V Congreso de la Sociedad Española del Dolor. Salamanca 2002.
4. Tratado de Geriatria para Residentes, Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia 2006, capitulo dolor.

CASOS CLÍNICOS

En relación con el dolor en el adulto mayor es falso que:

- A) Frecuentemente el anciano no expresa la presencia de sintomatología dolorosa
- B) Debemos usar inicialmente las mismas dosis de analgésicos que las prescritas en otras edades
- C) Requiere para su manejo responsabilizar a un cuidador directo del cumplimiento de la terapia analgésica
- D) En adultos mayores dementes es alta la prevalencia de dolor inadvertido
- E) Los opiáceos deben usarse en caso requerido y en dosis que aseguren el control sintomático.

Respuesta correcta B)

A) Tal como está expresado a lo largo del capítulo, el dolor corresponde a una experiencia subjetiva. Sabemos que la ocurrencia de dolor aumenta con la edad, con un alto porcentaje de adultos mayores que reciben regularmente medicamentos para su control sintomático. Una alta prevalencia de adultos mayores institucionalizados manifiesta dolor situación similar a la observada entre aquéllos hospitalizados. Sin perjuicio de lo anterior, la expresión verbal del dolor es baja para este grupo de edad, atribuyéndolo frecuentemente a sus múltiples condiciones co mórbidas.

B) Las dosis recomendadas equianalgésicas recomendadas para este grupo corresponden a entre un 70 a 75% de las prescritas para personas de otros grupos. Idealmente deben corresponder a principios activos de la menor potencia posible pero que controlen adecuadamente los síntomas.



C) La información acerca de la terapia prescrita con el objetivo de controlar el dolor debe estar disponible para el paciente adulto mayor así como también para su cuidador. Es importante recalcar la necesidad de mantener un tratamiento controlado en términos de objetivar en lo posible la acción de los fármacos consignando especial importancia al hecho de mantener un familiar (cuidador) responsable de su correcta administración. Esto resulta gravitante en condiciones de compromiso cognitivo de quien es tratado farmacológicamente.

D) La existencia de deterioro cognitivo atenta en contra de la correcta evaluación y expresión de la sintomatología dolorosa. Reconocer signos o síntomas indirectos puede ayudar en su puesta en evidencia.

E) El uso de opiáceos está permitido y resulta obligatorio en caso que el dolor lo justifique. La escalera analgésica resulta válida en el manejo del dolor en el adulto mayor y requiere, por cierto, utilizar los fármacos en las dosis adecuadas que aseguren la reducción del síntoma a niveles no significativos.

El dolor:

- A) Resulta imposible de pesquisar (y por ende tratar) en presencia de delirium
- B) No es un problema en pacientes con demencia frontotemporal pues éstos se hacen insensibles precozmente
- C) Requiere siempre un manejo enérgico con fármacos de alta potencia
- D) Requiere una anamnesis detallada así como la aplicación de escalas subjetivas en su valoración
- E) Permite muchas veces el uso de placebos para su control.

Respuesta correcta D)

A) La existencia de síndrome confusional o delirium, dificulta notablemente la expresión del síntoma. Sin perjuicio de lo anterior, debemos recordar que la ocurrencia de delirium puede ser una consecuencia directa de la existencia de dolor y las estrategias para su reconocimiento asientan en auto reporte, evidenciación de patologías productoras de dolor, cambios conductuales que puedan reflejar su existencia, comunicación de familiares y/o cuidadores que identifiquen al dolor como síntoma existente e incluso pruebas terapéuticas con analgésicos.

B) La presencia de demencia, en particular su forma frontotemporal, dificulta la expresión de dolor. El componente afectivo en esta presentación es menor a la objetivada para otros tipos de demencia sin embargo esto no permite deducir que sean insensibles a su ocurrencia, más bien incrementa el desafío diagnóstico toda vez que el paciente está impedido de interpretar adecuadamente el síntoma.

C) El manejo del dolor es un proceso escalonado direccionado a hacer una aproximación terapéutica proporcional a las necesidades del paciente. La aplicación de escalas y su evaluación sistemática permite establecer la necesidad de terapias más o menos potentes.



D) La anamnesis exhaustiva permite establecer un diagnóstico multidimensional. La aplicación correcta de esta herramienta resulta en la “clave del éxito”, particularmente en condiciones en que la expresión del síntoma se ve amenazada por las condiciones co mórbidas del paciente. Cabe destacar que para ello es fundamental el aporte a la anamnesis de quienes cuidan habitualmente al paciente geriátrico.

E) El uso de placebo en condición de dolor objetivado es inadmisibile. El manejo del dolor implica la correcta articulación de componentes no farmacológicos y farmacológicos.