

Cátedra
Extraordinaria del Dolor
"FUNDACIÓN GRÜNENTHAL"
de la Universidad de Salamanca



DOLOR EN PACIENTE ANCIANO REUNIÓN DE EXPERTOS



Universidad de Salamanca

DOLOR EN PACIENTE ANCIANO REUNIÓN DE EXPERTOS

Salamanca, 3 y 4 de Junio de 2004

**Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACION GRUNENTHAL
Universidad de Salamanca**

Copyright: FUNDACION GRUNENTHAL
Depósito Legal: M-12303-2006
Reservados todos los derechos.

DOLOR EN PACIENTE ANCIANO REUNIÓN DE EXPERTOS

Entidades Colaboradoras:

**Universidad de Salamanca
Instituto de Neurociencias de Castilla y León
Sociedad Española del Dolor
Sociedad Española de Reumatología
Sociedad Española de Farmacología Clínica
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Española de Medicina de Geriatria
Sociedad Española de Medicina de Geriatria y Gerontología
Sociedad Española de Cuidados Paliativos**

**Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACION GRUNENTHAL
Universidad de Salamanca**

DIRECTOR Y COORDINADOR DEL CURSO

Clemente Muriel Villoria

Catedrático de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Salamanca
Director Cátedra Extraordinaria del Dolor
"FUNDACIÓN GRÜNENTHAL"
Universidad de Salamanca

PARTICIPANTES

D. Francisco José Sánchez Montero

Sociedad Española del Dolor
Servicio de Anestesiología. Unidad del Dolor
Hospital Clínico Universitario de Salamanca

D. Juan Rodríguez Solís

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
Sección de Geriátría. Hospital General Universitario
Guadalajara

D. Francisco Javier Gómez Pavón

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
Médico especialista en Geriátría. Servicio de Geriátría
Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid

D. Antonio Collado Cruz

Sociedad Española de Reumatología
Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona

D. Rafael Gálvez Mateos

Sociedad Española del Dolor
Servicio de Anestesiología
Jefe de la Unidad del Dolor
HU "Virgen de las Nieves". Granada

D. Juan Santos Lamas

Servicio de Anestesiología. Unidad del Dolor
Hospital Clínico Universitario de Salamanca

D. José M. Espinosa Almendro

Presidente de la Sociedad Andaluza de
Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

D. Ángel Álvarez Sánchez

Sociedad Española de Patología Digestiva
Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Clínico San Carlos
Universidad Complutense. Madrid

D. Feliciano Sánchez Domínguez

Sociedad Española de Cuidados Paliativos
Unidad Cuidados Paliativos (AECC. Sacyl)
Hospital Universitario de Salamanca

D. Francisco Robles Agudo

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

Francisco Sánchez del Corral Usasola

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
Sociedad Española de Geriátría
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Médico Especialista en Geriátría
ESAD Área 5 del IMSALUD

SUMARIO

SUMARIO	9
PRÓLOGO	11
EPIDEMIOLOGÍA Y TIPOS DE DOLOR MÁS FRECUENTES	13
VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL ANCIANO	17
DOLOR Y DEMENCIA	23
DOLOR EN EL ANCIANO. DOLOR NOCICEPTIVO	39
TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN EL PACIENTE MAYOR.....	49
CONSIDERACIONES ESPECIALES EN TORNO AL TRATAMIENTO CON OPIACEOS EN EL ANCIANO	55
FÁRMACOS ADYUVANTES.....	63
EFECTOS SECUNDARIOS DIGESTIVOS DE LOS AINE EN LA POBLACIÓN ANCIANA.....	69
CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ANCIANO	75
MANEJO DEL DOLOR EN EL ANCIANO AL FINAL DE LA VIDA	79
EL INSUFICIENTE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ANCIANO PUEDE SER UNA FORMA DE NEGLIGENCIA MÉDICA.....	93
CONCLUSIONES	101

PRÓLOGO

El final del siglo XX viene marcado por un envejecimiento poblacional importante. La esperanza de vida al nacer es de más de 82 años para la mujer y en el hombre es de unos 75 años. La natalidad ha disminuido hasta 1.2 hijos por mujer fértil, aunque parece que en los últimos años ha frenado esta tendencia y empieza a mejorar.

El índice de dependencia se ha incrementado, es de 21% en los mayores de 65 años. El segmento de la población mayor de 80 años ha sufrido un incremento en todo el mundo. Hay mucho por aprender sobre los efectos de la edad en el dolor. Es urgente conocer los cambios relacionados con la edad en la experiencia y tratamiento del dolor en este grupo de pacientes. Las demandas por dolor se han incrementado recientemente, en todas las consultas, pero sobre todo en la asistencia primaria.

La población geriátrica representa el grupo humano de mayor crecimiento en el ámbito mundial, siendo además la que precisa de mayor asistencia sanitaria.

El dolor es muy frecuente en geriatría, ya que muchas enfermedades que cursan con dolor tienen mayor prevalencia en los ancianos, como el cáncer, la neuralgia postherpética, el dolor vascular y las afecciones reumatológicas como la osteoartritis y la osteoporosis.

Estos pacientes requieren especial precaución en el manejo analgésico con fármacos por su especial sensibilidad, entre otras circunstancias.

Por otra parte, la mala forma física, la inactividad e inmovilidad son una causa frecuente de discapacidad y contribuyen a la depresión e incremento del dolor.

Los orígenes del dolor son múltiples, pero están configurados como entidades que interaccionan fácilmente entre sí. La pluripatología es la causa más frecuente

de problemas, junto con la cronicidad de los procesos y toda constelación de situaciones con repercusión social que rodea al anciano, con aspectos a veces complejos, difíciles de averiguar y, por supuesto, de resolver.

El dolor es la primera causa de visita o la primera petición. Nuestro objetivo es mejorar la dinámica corporal, en primer lugar con fármacos o técnicas médicas y con la ayuda de fisioterapia, psicología y asistencia social, es decir, con labor de equipo.

El dolor que observamos a diario en esta población geronte tiene varios aspectos que se parecen mucho al dolor por cáncer, definido como dolor total.

Todos estos planteamientos justifican "per se" la realización por la Cátedra del dolor de la Fundación Grünenthal de la reunión de expertos multidisciplinaria celebrada en la Universidad de Salamanca.

Una vez más de esta reunión se edita un documento cuyo fin es que su lectura pueda ser útil a cual médico que atienda a pacientes geriátricos.

Mi agradecimiento a todos los ponentes y a la Fundación Grünenthal por el apoyo prestado por el cual es posible la realización de estas reuniones en un marco tan incomparable como es el Colegio Mayor Fonseca de Salamanca.

Salamanca Febrero del 2006

Prof. C. Muriel Villoria
Director Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACIÓN GRÜNENTHAL

EPIDEMIOLOGÍA Y TIPOS DE DOLOR MÁS FRECUENTES

Francisco José Sánchez Montero

1. INTRODUCCION

Aunque las Naciones Unidas definen a los ancianos como aquellas personas con más de 65 años es difícil señalar cuál es la edad en la que una persona pasa a ser considerada como anciano. Independientemente de la edad que consideremos, los cambios habidos en las características demográficas de la población han provocado que el número de personas mayores cada vez sea más numeroso. Lo que sí es evidente es que la expectativa de vida cada día es mayor (Tabla 1).

Así, en España la expectativa de vida para los varones ha pasado de ser 73,1 años en 1985 a 75,7 años en el 2002 y con las mujeres ocurre la misma circunstancia, siendo la expectativa de vida en el año 2002 de 83,1 años cuando en el año 1985 era de 79,6 años.

Esta circunstancia da lugar a que la población de personas mayores de 65 años aumente siendo cada vez más numerosa, así en España (y según los datos de la Encuesta Nacional de Salud) en el año 2003 el 17,24% de la población (7208011 personas) tenían mas de 65 años.

	Varones		Mujeres	
	2002	1985	2002	1985
Dinamarca	74,7	71,5	79,2	77,5
Grecia	75,4	73,5	80,7	78,4
España	75,7	73,1	83,1	79,6
Francia	75,6	71,3	82,9	79,4
Irlanda	73	71	78,5	76,7
Italia	76,8	72,3	82,9	78,7
Suecia	77,7	73,8	82,1	79,7
Portugal	73,4	69,4	80,4	76,4

Tabla 1. Expectativa de vida en 1985 y 2002.

Una característica de este grupo poblacional, que también podemos observar en la misma encuesta, es que el número de personas con más de 65 años que manifiestan que su estado de salud es malo, es elevado, siendo para los de mas de 75 años malo o muy malo cercano al 30% (Gráfico 1). Otros datos interesantes que vienen recogidos en la Encuesta Nacional del año 2003 ponen de manifiesto que alrededor del 21% de las personas mayores entre 65 y 79 años presentan dificultades para la vida diaria y estas dificultades llegan a afectar a un 60% de las personas mayores con una edad superior a 80 años.

En resumen, las personas mayores cada vez son más, de más edad y a medida que tienen más edad su calidad de vida se resiente.

2. CARACTERISTICAS DEL DOLOR EN EL MAYOR

2. a. Disminución de la percepción de los estímulos dolorosos

Esta aseveración no está confirmada pues los resultados de los diferentes autores son contradictorios. Pero, en el mayor se producen cambios morfológicos cerebrales y en la neurotransmisión que podrían alterar el estímulo doloroso y la respuesta a los analgésicos.

2. b. Modificación del umbral doloroso

Hay diversos autores que señalan que el umbral para el dolor en el mayor está aumentado.

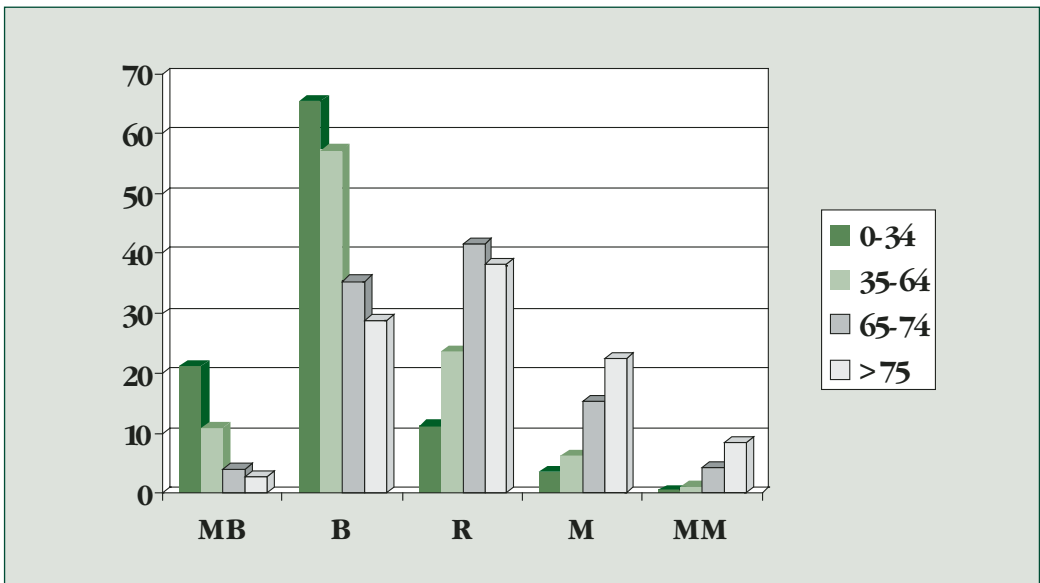


Gráfico 1. Calidad de vida. Encuesta Nacional de Salud 2003.

2. c. Diferencias en los efectos analgésicos

El margen de seguridad entre niveles terapéutico y tóxico es menor en el anciano.

3. c. Factores psicosociales

Hay una serie de factores psicosociales que modifican el comportamiento del mayor ante el dolor. Podríamos señalar: trastornos de la personalidad, menos apoyo social, escasez de recursos económicos etc.

4. c. Conceptos erróneos en el tratamiento del dolor

Hay una serie de conceptos erróneos que alteran un correcto tratamiento del dolor entre los cuales estan:

- El dolor es resultado de un proceso natural de envejecimiento.
- La percepción dolorosa o sensibilidad, disminuyen con la edad.
- Los efectos secundarios de los narcóticos los hacen demasiado peligrosos para el anciano.

3. PREVALENCIA

No hay datos epidemiológicos a gran escala sobre la prevalencia del dolor en el anciano. Si bien en el Reino Unido el dolor entre los ancianos se ha identificado como un problema de negligencia.

Ahora bien hay diversos estudios que señalan la prevalencia del dolor en el anciano residente en instituciones.

En Estados Unidos las distintas revisiones indican una alta prevalencia del dolor en los ancianos que viven en residencias, oscilando entre el 45% y el 80%. En el Reino Unido la prevalencia se sitúa en el 39% aunque sólo en el 31% de las residencias se siguen estrategias contra el dolor y en el 75% de las residencias no se usa una valoración estandarizada del dolor. En Canadá la prevalencia del dolor es de un 49% presentando dolor diario hasta en un 23%. En Australia las cifras son menores situándose la prevalencia del dolor en ancianos residentes en un 27,8%.

4. CAUSAS

La elevada frecuencia del dolor en la persona mayor viene determinada por la alta prevalencia de enfermedades que cursan con dolor en este grupo de edad. Entre ellas las más frecuentes son: enfermedades musculoesqueléticas, cáncer, isquemia arterial crónica, neuralgia postherpética y polimialgia reumática. Por otro lado, la defectuosa forma física, la incapacidad e inmovilidad son una causa frecuente de discapacidad y contribuyen al aumento del dolor.

Otra causa es el incorrecto tratamiento del dolor en el anciano por un inadecuado screening, una valoración incorrecta, un seguimiento deficitario y escasez de atención a la posible toxicidad de los fármacos.

5. CONSECUENCIAS

Las consecuencias del dolor en el anciano son de una vital importancia. Así el anciano con dolor con frecuencia

puede presentar depresión, aislamiento, alteraciones del sueño, alteraciones de la deambulaci3n, alteraciones cognitivas, aumento de las caídas, malnutrici3n, polifarmacia y aumento del coste sanitario.

6. FACTORES

Los factores que influyen en el dolor en el anciano son:

6. a. Evaluaci3n inadecuada

Una correcta evaluaci3n en los ancianos es necesaria para un correcto tratamiento del dolor. El uso de m1s de un modo de evaluaci3n reduce de una forma evidente el n1mero de pacientes que presentan dolor. Por otro lado en aquellos pacientes con alteraciones cognitivas la aplicaci3n de m1todos de valoraci3n especiales nos permitir1n un adecuado acercamiento al problema.

6. b. Riesgos potenciales de los f1rmacos

Las alteraciones del metabolismo en el anciano dan lugar a alteraciones de la farmacocin1tica y farmacodinamia pudiendo provocar mayores reacciones indeseables y a menores dosis.

6. c. Desconocimiento sobre la eficacia de tratamientos no farmacol3gicos y actitudes de los ancianos hacia dichos tratamientos.

Al igual que el resto de los pacientes con dolor los ancianos se benefician de un tratamiento multidisciplinar en el

que las medidas no farmacol3gicas son 1tiles y deben usarse.

Entre estas terapias podemos se1alar: terapias psicol3gicas, TENS, y terapias f1sicas.

Bibliograf1a

1. Fox PL, Raina P, Jadad AR. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *Can Med Assn J* 1999; 160: 329-33.
2. Ferrell BA. Pain management in elderly people. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 64-73.
3. Proctor WR, Hirdes JP. Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Res Manag.* 2001; 6:119-25.
4. Goucke CR. Prevalence of pain among nursing home residents in rural New South Wales. *Med J Aust.* 2003 6; 178: 44.
5. Kamel HK, Phlavan M, Malekgoudarzi B, Gogel P, Morley JE Utilizing pain assessment scales increases the frequency of diagnosing pain among elderly nursing home residents. *J Pain Symptom Manage* 2001;21:450-5.
6. Melzack R, Wall PD: *The Challenge of Pain*, Penguin Books; London, 1996.

VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL ANCIANO

Juan Rodríguez Solís

El dolor es una experiencia emocional y sensorial desagradable.

El indicador aislado más fiable de la existencia e intensidad del dolor es la referencia del paciente –no hay marcadores objetivos del dolor.

1. PREVALENCIA DEL DOLOR EN ANCIANOS

- El dolor es la mayor causa de visita al sistema sanitario.

- Datos poblacionales indican que la prevalencia del dolor en el anciano es el **doble en los mayores de 60 años** (250 por 1000) que en los menores de esa edad (125/1000).

- La prevalencia estimada sugiere que aprox. **60%** de los ancianos de la comunidad y hasta un **80%** de los de residencia experimentan dolor de forma sustancial (*Herr KA. Clin Ger Med. 2001*).

2. DISCRIMINACION EN LA INVESTIGACION

- Los miembros del panel de expertos que redactó el documento de AGS 1998, vieron que la literatura basada en la evidencia era muy limitada en **muestras y diseños**.

- Se identificaron pocos ensayos clínicos randomizados y los **meta análisis eran inexistentes**.

- Los pacientes ancianos han sido excluidos sistemáticamente de los **ensayos clínicos de los analgésicos**.

3. INEFICACIA EN EL DIAGNÓSTICO

- Dado que el dolor es con frecuencia **remediable**, la alta prevalencia de dolor no aliviado de los ancianos puede ser el resultado de su **falta de reconocimiento** siendo su **falta de tratamiento** la consecuencia.

- **Los profesionales siguen siendo poco eficaces en la valoración y tratamiento del dolor.**

- Es imperativo que adquieran los conocimientos y habilidades para dicha valoración.

4. CAUSAS DE LA INADECUADA VALORACION Y RECONOCIMIENTO

• Errores habituales de los profesionales de la salud:

- La percepción del dolor disminuye con la edad.

- El dolor es normal en los ancianos.

- Los ancianos que no se quejan de dolor no tienen dolor.

- La medicación para el dolor tiene efectos secundarios que los hace peligrosos para los ancianos.

- Los que dicen tener dolor lo hacen para llamar la atención.

- Si se trata, los pacientes se hacen adictos a la medicación.

• Errores en los ancianos que padecen dolor:

- Reconocer que se tiene dolor es un signo de debilidad.

- El dolor es un castigo por nuestras acciones pasadas.

- Es una parte inevitable de la vejez.

- Significa que la muerte está cercana.

- Significa que hay una enfermedad grave.

- Se necesitarán pruebas caras y dolorosas.

- Dará lugar a una pérdida de la independencia.

5. BARRERAS DE COMUNICACION

- Elevada prevalencia de **alteraciones cognitivas, senso-perceptivas y habilidades motoras** que interfieren con la posibilidad de comunicar o cuantificar su experiencia de dolor.

- **Obtener del paciente el autoinforme del dolor siempre que sea posible.** (AHCPR, AMERICAN PAIN SOCIETY, AGS, Panel tratamiento del dolor agudo y dolor neoplásico).

- La expresión del dolor puede tomar forma de **confusión, aislamiento social o apatía.**

6. VALORACION INTEGRAL DEL DOLOR

- Debe incluir una **cuidadosa evaluación** no sólo de la *etiología* y *factores relacionados*, sino también del impacto en la función del individuo y sobre su calidad de vida global.

- Las estrategias de tratamiento más efectivas son aquéllas que tienen como objetivo los **mecanismos subyacentes.**

- Una historia de salud, un examen físico y una revisión de datos de laboratorio pertinentes son cruciales para la identificación de la etiología de base y la fisiopatología subsecuente.

7. FACTORES RELACIONADOS: DEPRESION

- La **asociación entre dolor y humor deprimido** está bien establecida en los ancianos. Se beneficiarán de la intervención psicológica o psiquiátrica (*Ferrel 1991,1994*) y viceversa, los estados de ánimo pueden alterar la percepción del dolor (*USDHHS 1992, Turk 1994*).

- Entre las escalas de depresión recomendadas para los ancianos están la *Geriatric Depression Scale* o la *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale* (CED-D).

8. ANSIEDAD Y DOLOR. DELIRIUM Y DOLOR

- La asociación entre dolor y ansiedad ha recibido menos atención que la depresión. *La Profile of Mood States* y *la Pain Discomfort Scale* pueden utilizarse para valorar la ansiedad en ancianos que tienen dolor.

- El **delirium** es muy común entre las personas ancianas enfermas, el SCA puede exacerbarse por el dolor o su tratamiento.

- En un meta-análisis entre el 60 y 70% de los ancianos en el postoperatorio desarrollaban delirium (*Dyer. Arch Int Med 1995*); hasta el 80% de los casos no era diagnosticado por los médicos (*Gustafson JAGS 1991*).

9. AUTO-INFORME DEL DOLOR

- La referencia del paciente es la **prueba más fiable** y afinada de la existencia e intensidad del dolor (*JAGS 1998, AHCPR 1998, Dep Health Hum Ser 1992,*

Am P Soc1990). Para todas las edades y situaciones.

- Averiguar la **terminología** del dolor por parte del paciente es una parte importante de la valoración integral.

- Es frecuente negar el dolor pero responder positivamente cuando se les pregunta en términos de discomfort, molestias, malestar, etc.

10. MEDIDA DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

- Sirve para comparar a lo largo del tiempo y determinar la eficacia de la intervención y sus estrategias.

- Seleccionar una escala adecuada implica averiguar la capacidad individual para la lectura, el oído y la comprensión para su cumplimentación.

11. “NUMERIC RATING SCALE”

- Implica preguntar al paciente el grado de dolor de 0 a 10, donde el 0 representa la ausencia de dolor y 10 el dolor más intenso posible.

- Aunque ésta es una herramienta fiable y válida para medir la intensidad entre ancianos, una proporción (con alteración cognitiva y sin ella) tienen dificultades para responder a la misma (*Weiner 1999, Wynne 2000*).

12. ESCALA VERBAL DESCRIPTIVA

- Son una serie de frases que representan diferentes niveles de dolor: “sin dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor grave, dolor extremo y el dolor más intenso imaginable”.

- Requiere que los pacientes interpreten y expresen su dolor en términos verbales, es más adecuada para pacientes más capacitados.

- Otra escala verbal es la “**Present Pain Inventory**”, que utiliza adjetivos como: “ninguno, ligero, incómodo, penoso, horrible y atroz”. Tiene buena validez y es factible para ancianos con afectación cognitiva leve o moderada con tasas de cumplimentación de hasta el 65%.

- *El termómetro* del dolor es una variación de la escala verbal descriptiva con una escala de adjetivos que describen el dolor y se ilustra con un termómetro.

- Ésta es preferida para enfermos con afectación cognitiva moderada o severa o para pacientes con dificultades con el pensamiento abstracto y problemas de comprensión verbal.

13. ESCALAS PICTÓRICAS DEL DOLOR

- Son una serie de caras con expresiones faciales de dolor progresivo que se desarrollaron para su uso en niños.

- Tiene fiabilidad y validez como alternativa para la valoración del dolor en pacientes con leve o moderada afectación mental (*Herr. Pain,1998;Stuppy 1998*).

- Tiene una clara ventaja sobre las otras cuando se evalúan ancianos con niveles educacionales escasos o con dislexia.

14. ESCALA VISUAL ANALÓGICA

- Es una línea de 10 cm. a la izquierda se observa un “no dolor” y a la derecha “el mayor dolor imaginable”.

- Tiene mayor tasa de fallos que otros instrumentos menos abstractos (*Ferrel 1995, AMDA 1999, Herr 1993,Herr 1998, Wynne 2000*).

- En un estudio experimental se observó que los errores se relacionaban con el nivel educativo, la afectación cognitiva y las habilidades motoras y no la edad “per se” (*Herr 1998*).

15. CUESTIONARIO DE MCGILL DEL DOLOR

- Conocido para evaluar la **localización, intensidad, cualidades temporales** y sensible al cambio además de **aspectos sensoriales y afectivos del dolor**.

- Aunque resultados preliminares sugieren que es fácilmente entendible por los ancianos, no se recomienda para su uso por analfabetos o cognitivamente afectados.

- Debido a su extensión puede ser agotador para algunos ancianos.

16. ENTREVISTA DEL DOLOR (“PAIN INTERVIEW”)

- La utilización de una entrevista estructurada que hace preguntas simples en relación con la presencia o ausencia de dolor; incomodidad, intensidad del dolor, frecuencia, localización e impacto en las actividades diarias, ha demostrado ser una aproximación factible para obtener información de los ancianos mentalmente afectados (*Ferrel 1990, Parmelee 1996,Weiner 1999*).

17. RESUMEN DE ESCALAS DEL DOLOR

• Hay una variedad de instrumentos de medida auto-referidos que son apropiados para el uso en ancianos tanto en la clínica como en la investigación. Sin embargo, en ancianos con afectación cognitiva han aportado **evidencias limitadas**, por tanto, la determinación de los niveles de afectación cognitiva son necesarios para la elección del instrumento de medida.

• De primera elección para la mayoría de los ancianos por sus propiedades, su habilidad para discriminar los niveles de dolor y su práctica común en la clínica, es la escala de 0 a 10 **Numeric Rating Scale**.

• Para los pacientes *con afectación cognitiva leve o moderada* la **Pain Termometer** y la **escala verbal descriptiva** son las recomendadas seguidas de la **escala pictórica del dolor** (caras) (Ferrel 1995, (Herr 1998, Weiner 1998)

• Si el paciente tiene *afectación cognitiva severa* son necesarios otros métodos de evaluación.

18. METODOS OBSERVACIONALES

• Los pacientes analfabetos, afásicos y cognitivamente afectados suponen un desafío cuando tratamos de evaluar su dolor utilizando ya métodos tradicionales ya modificaciones de las escalas numéricas o verbales.

• Una aproximación alternativa es la **evaluación de manifestaciones conductuales del dolor** (Cariaga 1991, Hurley 1992, Miller 1996, Sengstaken 1993, Simons 1995).

• Aunque el cambio de comportamiento parece ser lo más fiable para evaluar el dolor en esta población, los estudios experimentales en esta área son limitados (Fisher-Morris 1997, Lavsky-Shulan 1985, Porter 1996).

• Se han identificado un amplio número de **indicadores del dolor** entre los dementes incluyendo indicaciones no verbales y comportamientos (Bell 1997, Baker 1996, Feldt 2000, Hurley 1992, Raway 1993, Simons 1995, Weiner 1999, Baker 1996, Feldt 1998, 2000; Kovach 1999, Marzinski 1991).

• Los estudios son más útiles realizando una **actividad** como las transferencias, deambulación. (Bell 1997, Feldt 1998, 2000, Raway 1999).

• En ancianos que no se comunican **con afectación cognitiva severa**, los comportamientos típicos del dolor pueden estar ausentes o ser de difícil interpretación por muchos factores de confusión. (Asplund 1991).

19. VALORACION DEL DOLOR EN LA DEMENCIA

• **Feldt** ha creado una lista de **indicadores no verbales** que incluye: gemidos, muecas, nerviosismo, y frotamientos. Esta escala se basa en los comportamientos más frecuentes citados por otros investigadores (Feldt, KS. *The checklist of nonverbal pain indicators* (CNPI). *Pain Manag Nurs.* 2000; 1(1):13-21).

• **Kovach** identificó los **signos de discomfort** en los últimos estadios de la demencia como lenguaje corporal en tensión, expresiones faciales de pena, nerviosismo, verbalizaciones perseverantes y estallidos verbales (Kovach, J *Pain Symp Manag.* 1999).

• **La escala de disconfort de la demencia tipo Alzheimer:**

- Se anotan comportamientos como respiración ruidosa, negativa a la vocalización, expresiones faciales de satisfacción, expresiones faciales de tristeza, de temor, nerviosismo. Estas áreas se puntúan en términos de intensidad, frecuencia y duración y se obtiene una puntuación total que correspondería con el nivel de dolor (*Hurley. Res Nurs Health. 1992*)
- **FLACC (“face, legs, activity, crying, consolability”)** se há propuesto como otra alternativa que puede usarse en población geriátrica sin capacidad de expresarse verbalmente aunque inicialmente se desarrolló para pacientes pediátricos (*Merkel. Pediatr Nurs. 1997. Martin. 2002*).

20. ENSAYOS ANALGESICOS

• Una **línea de investigación** particularmente interesante se centra en el uso de ensayos analgésicos como parte de un protocolo para la evaluación de la presencia de dolor en ancianos que no se comunican (*Baker 1996, Kovach 1999*).

• Los hallazgos preliminares de estos estudios indican que el uso de una prueba analgésica en pacientes con comportamientos sugerentes de tener dolor **puede producir mejoría de la conducta y reducción de las conductas relacionadas con el dolor.**

21. INFORMES DE OBSERVADORES

• Cuando el anciano es incapaz de utilizar los instrumentos tradicionales

de auto-referencia, la información de cuidadores formales o familiares pueden ser necesaria.

• Cuando se comparan los auto informes con los de los cuidadores o sustitutos, **enfermeras y médicos tienden a subestimar** la severidad del dolor (*Hall-Lord 1998, Sengstaken 1993, Weiner 1999*). Aunque los **cuidadores familiares** son más adecuados para estimar el dolor de los enfermos tienden a **sobrestimar** la intensidad del dolor (*Clipp 1992, Ferrel 1991, Madison 1995, Yeager 1995*).

Terminamos exponiendo que :

• Un plan de manejo del dolor a **demanda** del paciente o de la familia dará lugar a un inadecuado control del dolor.

• El control del dolor efectivo para todos debe **convertirse en un componente principal de los cuidados sanitarios** en cualquier lugar donde éstos se den.

• Un proceso sistematizado por el cual el dolor es **reconocido, evaluado, documentado y reevaluado** periódicamente dará lugar a una mejoría del manejo del dolor, especialmente de los ancianos. El proceso se inicia con la conversión de cada miembro del equipo sanitario en un **vigilante del dolor**, estando constantemente alerta sobre datos que sugieran que el anciano puede estar experimentando dolor.

• Finalmente, sería necesaria más investigación sobre el dolor en el paciente mayor.

DOLOR Y DEMENCIA

Francisco Javier Gómez Pavón

1. INTRODUCCION

La presencia de dolor es común entre las personas mayores. Varios estudios epidemiológicos han mostrado que la prevalencia de dolor persistente/crónico en el medio comunitario aumenta con la edad (Crook J et al, *Pain* 1984; Brattberg G et al, *Clin J Pain* 1997). Brattberg et al (Brattberg G et al, *Pain* 1996) encuentran una prevalencia del 73% para los mayores de 77 años y del 68% para los mayores de 85 años. En el medio institucional la prevalencia es aún mayor, llegando a un 71-83%, con importante interferencia en la realización de actividades de la vida diaria y de la calidad de vida (Ferrer BA et al, *J Am Geriatr Soc* 1990).

Los problemas óseos y articulares (osteoporosis complicada con aplastamientos vertebrales, espondiloartrosis, coxartrosis, artritis, fractura de cadera ...), las lumbalgias, y otros problemas degenerativos crónicos como causa de dolor, son más comunes y frecuentes en las personas mayores que en los jóvenes. Numerosos estudios sugieren que

de un 25 hasta un 50% de las personas mayores que viven en la comunidad y/o en las residencias tienen a la vez varios problemas como causa de dolor (Lavsky-Shulan M, et al, *J Am Geriatr Soc* 1985; Blyth FM et al, *Pain* 2001; Sengstaken EA et al, *J Am Geriatr Soc* 1994).

El envejecimiento poblacional es hoy en día el principal causante de que el peso de la demencia esté creciendo de forma paulatina. Así, la prevalencia de demencia en las personas mayores de 65 años en los EE.UU, es estimada entre un 5 y un 15%, e incluso entre 20 y 46% en los mayores de 85 años (Bachman DL et al, *Neurology* 1992). Aunque estas estimaciones están sujetas a importantes variaciones, según el país o la población estudiada, lo que parece más homogéneo es el considerar de forma unánime que la tasa de demencia está directamente relacionada con la edad, duplicándose cada 5 años desde los 65 años hasta al menos los 85 años (Richards SS and Hendiré HC, *Arch Int Med* 1999; Jorm AF et al, *Acta Psychiatr Scand* 1987). Actualmente, la demencia tipo

Alzheimer es la primera causa de demencia en el anciano, seguida de la demencia vascular.

El diagnóstico de la demencia en la persona mayor constituye un importante objetivo en Geriátrica, no sólo por las implicaciones de manejo global (cognitivo, conductual, funcional, y social) que conlleva, sino también por el aspecto ético-legal acompañante (tabla 1).

La demencia es uno de los ejemplos más evidentes de enfermedad degenera-

tiva crónica, con un periodo más o menos largo de enfermedad, con progresivo empeoramiento cognitivo y físico, que conlleva importantes repercusiones en la calidad de vida del enfermo y de sus cuidadores.

La atención a la frecuente asociación dolor y demencia, es relativamente nueva, prestando especial interés en los últimos años y apareciendo poco a poco estudios en esta población diana (*The AGS Panel on persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002*).

Tabla 1. Criterios diagnósticos de demencia del DSM - IV.

A. Desarrollo de déficit cognoscitivos múltiples que se manifiestan por:

1. Alteración de la memoria (alteración de la capacidad de aprender nueva información o recordar información previamente aprendida)
2. Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - a) Afasia
 - b) Apraxia
 - c) Agnosia
 - d) Alteración de la función ejecutiva (capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo)

B. Los defectos cognoscitivos de los criterios A1 y A2 han de ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social y laboral.

Estos ítems representan un déficit respecto a un nivel previo.

2. EL DOLOR EN EL ANCIANO CON DEMENCIA, DIMENSIONES DEL PROBLEMA

Los pacientes ancianos con demencia con frecuencia, presentan comorbilidad o enfermedades potencialmente dolorosas asociadas a la edad, coexistiendo como se ha expuesto previamente, varias causas a la vez. En estadios avanzados, la propia demencia es la causa principal productora de dolor, con dolor nociceptivo osteomuscular y en ocasiones neuropático por el piramidismo generalizado y el inmovilismo severo y crónico, productor de graves contracturas musculares y retracciones articulares con destrucción osteoarticular. La aparición de úlceras cutáneas por decúbito, junto con el frecuente dolor nociceptivo visceral por estreñimiento pertinaz que el síndrome de inmovilidad produce, son igualmente fuentes de dolor que tienen su raíz en la propia demencia. Por ello es frecuente encontrar en el paciente mayor con demencia varios tipos a la vez de dolor, y en ocasiones dolores mixtos o inespecíficos difíciles de etiquetar.

La demencia trae consigo implicaciones clínicas de manejo que interfiere en el tratamiento de otras enfermedades (cáncer, cardiopatía isquémica, enfermedades osteomusculares degenerativas, fracturas de cadera o vertebrales, enfermedad cerebrovascular, ...), y en la presentación de la expresión de su sintomatología (dolor, disnea, agitación, ...). Centrándonos en la problemática del dolor, la demencia presenta el problema de la atipicidad de la expresión clínica de la enfermedad así como del alto riesgo de complicaciones sobre todo

farmacológicas. Por el déficit colinérgico, sobre todo en la demencia tipo Alzheimer, en un paciente anciano y con demencia, la expresión y comunicación del dolor como tal, puede no estar presente y en su lugar presentarse de forma atípica como delirium, deterioro funcional y cognitivo, y/o empeoramiento del trastorno conductual de base (por ejemplo agitación, agresividad, trastorno del ritmo sueño-vigilia). Las alteraciones conductuales en el seno de la demencia constituyen un motivo importante de consulta médica; juegan un papel tan importante o más que los síntomas cognitivos, en cuanto al sufrimiento del propio paciente y de sus cuidadores, la discapacidad con la consiguiente pérdida de calidad de vida, el coste económico y la institucionalización (*Kolerick EJ and George LK. J Am Geriatr Soc 1986; Hemels MEH et al. Drugs & Aging 2001;18:527-50*). El dolor persistente puede ser una de los principales causantes de graves trastornos de conducta de difícil manejo (*Hurley AC et al, Res Nurs Health 1992*). Por último la polifarmacia y los cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos que acontecen con la edad, junto con la vulnerabilidad cognitiva por el ya enunciado déficit colinérgico, hacen que los pacientes ancianos con demencia sean especialmente susceptibles a los efectos secundarios farmacológicos, principalmente a la confusión y la aparición de agitación psicomotora y cuadro confusional agudo.

Hoy día se dispone de una gran evidencia que muestra que el dolor en el anciano no es manejado adecuadamente tanto en las residencias como en la comunidad (*Sengstaken EA et al, J Am Geriatr Soc 1994*). El dolor es

a menudo infradiagnóstico e infratratado (*Nikolaus T et al, Drugs & Aging 2004*). Esto es especialmente relevante en los pacientes con demencia (*Aida B, J Am Geriatr Soc 2004*). La demencia por los factores expuestos anteriormente (atipicidad, efectos secundarios farmacológicos, dificultad de expresión y comunicación), constituye uno de los principales factores asociados con infradiagnóstico del dolor y con un manejo inadecuado (*Weiner D et al, Aging Clin Exp Res 1998*). En un estudio llevado a cabo en el medio residencial, solo el 16% de los pacientes con demencia y con patología sugerente de dolor, recibían algún tratamiento analgésico (*Farrel MJ et al, Pain 1996*).

En el momento actual no se disponen de estudios epidemiológicos de prevalencia de dolor en el anciano con demencia, pero estudios descriptivos observacionales cifran dicho dolor como expresión de disconfort en porcentajes similares a los pacientes no demenciados, especialmente en el medio residencial, con alta sospecha de prevalencia que podría llegar hasta en un 80% de los casos de demencias en estadios graves, estadios cercanos al final de la vida con inmovilismo prolongado severo y presencia frecuente de úlceras por presión, de estreñimiento y de infecciones (*Marzinski L, J Gerontol Nurs 1991*).

Las consecuencias del dolor en el paciente demenciado pueden ser las mismas que en el no demenciado en cuanto a incapacidad y sufrimiento, no solo para el propio paciente sino también para los cuidadores. En un estudio observacional, retrospectivo de cohorte de 154 pacientes con demencia incluidos en el programa PACE (Program of

All-inclusive Care for Older People) en Portland, Oregon, durante un año de seguimiento, con valoración de dolor (leve-moderado-severo), concluyen que el grupo con dolor moderado-severo se asocia durante un año de seguimiento a un incremento de trastornos conductuales, un mayor uso de psicotropos, y un mayor uso de los servicios de urgencias. No se asociaron a una mayor mortalidad (*Brummel-Smith K et al. J Am Geriatr Soc 2003*).

Así pues, la combinación de dolor-demencia-anciano constituye un verdadero reto clínico en la práctica geriátrica (*Patrick A, et al. Ann Intern Med 2003*) cuyas dimensiones del problema se basan en:

- Alta prevalencia con importantes repercusiones en las actividades de la vida diaria (incapacidad funcional, trastornos conductuales, delirium) y en la sobrecarga de cuidados.
- Dificultades en su diagnóstico (problemas de comunicación, de medición de intensidad, de atipicidad de presentación).
- Dificultades en su tratamiento (alta frecuencia de efectos secundarios, problemas de valorar respuesta al tratamiento).

3. VALORACION DEL DOLOR EN EL PACIENTE ANCIANO CON DEMENCIA

El dolor es una experiencia subjetiva que sólo puede evaluarse correctamente mediante la declaración de quien lo

sufre. Por ello no se puede valorar de igual forma en aquellos pacientes que pueden expresarse de forma correcta que en los que no pueden hacerlo. La incapacidad de los pacientes con demencia para comunicarse y expresarse, dificulta la correcta evaluación de su dolor y de la posible respuesta al tratamiento y, por ello, de recibir un adecuado tratamiento, generando sufrimiento evitable.

Mitos comunes como que “al anciano le duele menos que al joven”, o no darle la importancia al dolor que se merece, por cierto componente de desesperación y frustración por parte del médico, son comunes también en la demencia. Algunos autores como Scherder et al (Scherder EJ et al, *Lancet Neurol* 2003) sugieren la hipótesis que en las demencia tipo Alzheimer y aún más en las demencias frontotemporales, por la atrofia y la pérdida de vías neuronales, podrían dañarse las áreas corticales y las vías centrales relativas del dolor, alterando y modificando la expresión del dolor por las lesiones del lóbulo frontal, con disminución de los componentes afectivos y de motivación del dolor. Esto mismo podría ocurrir en la demencia vascular con lesiones prefrontales y/o parietales, pudiendo estar dichos componentes afectivos aumentados o disminuidos. No obstante, son necesarios

futuros estudios experimentales y neuropatológicos de valoración del dolor en la demencia para poder verificar dichas hipótesis. La pérdida de memoria del paciente demenciado, puede bloquear la memoria de la experiencia del dolor, pero no bloquea la experiencia del dolor presente, del dolor actual. Algunas demencias como demencias multiinfartos o demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, presentan síndromes dolorosos propios de este tipo de demencia, que incluyen dolores neuropáticos asociados con distonía, dolor central, acatisia, y dolor radicular, que se suman a los tradicionales musculoesqueléticos de la inmovilidad (Olson E, en *Geriatric Palliative Care* 203; Herr K and Garand L, *Clin Geriatr Med* 2001). Por ello a pesar de las posibles alteraciones presentes no en la percepción del dolor, sino en su expresión y comunicación, en el momento actual no disponemos de ninguna información para poder sustentar que al anciano con demencia le duele menos que al anciano o que al joven sin demencia.

Tradicionalmente la demencia se clasifica en función de su situación cognitiva y funcional en varios estadios medidos por diferentes escalas funcionales (tabla 2).

Tabla 2. Escala FAST (Functional Assesment Staging):

Estadio FAST	Diagnóstico clínico	Características (duración estimada en la Enfermedad de Alzheimer)
1	Adulto normal	Ausencia de dificultades funcionales objetivas o subjetivas
2	Adulto normal para su edad	Quejas de olvidar dónde dejó objetos. Dificultades subjetivas en el trabajo

3	Deterioro cognitivo leve	Disminución de la capacidad laboral evidente según los compañeros. Dificultad en viajar a lugares nuevos. Disminución de la capacidad organizativa (7 años).
4	Enfermedad de Alzheimer leve	Disminución de la capacidad en realizar tareas complejas (planificar una cena para invitados, ...), manejar las finanzas personales (olvido de pagar facturas, ...), dificultad en las compras, etc. (2 años)
5	Enfermedad de Alzheimer moderada	Requiere asistencia en escoger la ropa adecuada para el día, estación o la ocasión. (18 meses)
6	Enfermedad de Alzheimer moderada-grave	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse, lavarse. Se especifican 5 estadios:
6a		- Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones (5 meses)
6b		- Incapaz de bañarse correctamente (5 meses)
6c		- Incapacidad en el manejo de la mecánica del retrete (5 meses)
6d		- Incontinencia urinaria (4 meses)
6f		- Incontinencia fecal (10 meses)
7	Enfermedad de Alzheimer grave	Pérdida del habla y de la capacidad motora. Se especifican 6 estadios:
7a		- Capacidad de hablar limitada aproximadamente a media docena de palabras diferentes o menos , en el curso de un día promedio o en el curso de una entrevista detenida (12 meses).
7b		- Capacidad de hablar limitada a una sola palabra inteligible en un día promedio o en el curso de una entrevista detenida (la persona puede repetir la palabra continuamente) (18 meses).
7c		- Pérdida de la habilidad para caminar (no puede andar sin ayuda de al menos una persona) (12 meses).
7d		- Pérdida de la habilidad para estar sentado sin ayuda (el individuo caerá si no hay apoyos, brazos, en la silla) (12 meses).
7e		- Pérdida de la capacidad de sonreír. (18 meses)
7f	- Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erecta independiente (12 meses o más)	

Reisberg B, Psychopharm Bull 1988.

En la demencia leve, el paciente tiene conservada la capacidad de comunicación básica, en cuanto a comprensión de ideas y razonamientos sencillos, conservando actividades básicas de la vida diaria como aseo, baño, deambulación, comida y control de esfínteres, con pérdida progresiva de actividades instrumentales (manejo del dinero, de la compra, de la medicación, de los transportes). En la demencia moderada, el déficit cognitivo progresa al igual que el funcional, disminuyendo la capacidad de expresión y de comunicación de enfermedad, y comenzando con dependencia en actividades básicas como el baño, aseo y vestido. Aún en este estadio (moderado-leve) pueden conservar comunicación verbal en forma de respuestas a preguntas sencillas y bien dirigidas. El estadio moderado-grave y el grave se caracteriza por un deterioro cognitivo severo y progresivo que no le permite comunicación y expresión verbal de enfermedad, junto con una dependencia progresiva funcional que le conllevan a un síndrome de inmovilidad. Por último estadios muy avanzados (estadios mayores de un FAST 7c, es decir demencias estadio grave, con incapacidad de emitir sonido y de deambular) se

encuentran en situaciones cercanas al final de la vida, con síndrome de inmovilidad prolongado y coexistiendo diferentes causas productoras de dolor. Por ello es fundamental ante un paciente demenciado en primer lugar, saber en que estadio se encuentra, y conocer las capacidades de comunicación de que es posible, ya que de ello van a depender las implicaciones en su manejo.

La valoración del dolor en los pacientes con demencia tipo Alzheimer, vascular o de cualquier otra etiología, presenta importantes consideraciones y variaciones con respecto a la valoración del anciano sin trastornos cognitivos que son necesarias de conocer. Afortunadamente se ha demostrado que la información del dolor en **los ancianos con demencia en estadios leves y moderados-leves** (tabla 2 y 3) es la misma que en los pacientes ancianos no demenciados. Weiner y cols. han demostrado que la información dada por dichos pacientes es generalmente estable y fiable de igual modo que en los individuos sin alteraciones cognitivas (Weiner DK, et al. *Aging Clin Exp Res* 1998; Parmelee AP et al. *J Am Geriatr Soc* 1993).

Tabla 3. Escalas de Valoración del dolor de uso común en el anciano no demenciado o con demencia leve y moderada-leve (Modificada de Ferrel BA y Whiteman E, en *Geriatric Paliative Care 2003*).

Escala	Descripción	Ventajas	Desventajas
Analgógica visual <i>The AGS Panel on persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002</i>	Línea de 100 mm, vertical o horizontal	Escala continua	Requiere papel y bolígrafo, visión y concentración
Gráficas <i>Herr KA, et al. Clin J Pain 1998; 14:1-10.</i>	“Happy faces”, otras	Entretenida y amigable	Requiere visión y cierta concentración.
Escala Verbal 0-10 <i>Ferrel BA et al. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 409-414.</i>	En una escala donde 0 significa no dolor y 10 el máximo dolor imaginable ¿Cómo es su dolor, ahora?	Probablemente la más fácil de usar	Requiere audición.

Según la experiencia del equipo de trabajo de Ferrel y cols. las escalas de uso común en pacientes no demenciados, como los mostrados en la tabla 3, son aplicables en la mayoría de dichos pacientes (Ferrel BA et al. *J Pain Symptom Manage 1995*).

La Sociedad Americana de Geriátría concluye en el panel de expertos de dolor persistente en el anciano, con un nivel de evidencia IIA (al menos un estudio clínico bien diseñado de cohortes o de casos controles, no aleatorizado; evidencia moderada que soporta el uso de la recomendación “deberían de llevarlo a cabo la mayoría de las veces”), que en los pacientes con demencia leve y demencia moderada-leve, la valoración del dolor no debe de diferenciarse con respecto al anciano sin deterioro cognitivo, siendo una valoración multidimensional (valoración clínica,

funcional, cognitiva y psicosocial) y centrándose en la información dada por el propio paciente (*The AGS Panel on persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002*).

No obstante aunque el dolor es una experiencia individual, el uso de la familia y de sus cuidadores (gerocultores, personal de enfermería, ...) en la valoración del dolor puede ser siempre de gran utilidad (O’Brien J and Francis A, *Pain 1998*). La familia y los cuidadores son una excelente fuente de información cualitativa sobre el comportamiento, el uso de medicación, las posibles repercusiones funcionales y psicosociales, y sobre la observación de acciones o posturas que podrían agravar o reducir el dolor. De todas formas es importante recordar, que la familia y los cuidadores siempre están limitados en su interpretación del dolor y los comportamientos

derivados de éste. La evidencia sugiere que cuando se les pide que sugieran la intensidad del dolor, ésta no está frecuentemente cercana a la realidad. Así estudios de pacientes ancianos con cáncer, muestran que sus familiares tienden a sobreestimar la intensidad del dolor (Ferrel BR et al. *Postgrad Med J* 1991). Por el contrario, ambos, médicos y personal de enfermería, tienden a infravalorar la intensidad del dolor y con ello tienden a proporcionar un infratratamiento del mismo (Von Roenn JH et al. *Ann Intern Med* 1993; Camp DL, *Cancer Nurs* 1998). En definitiva, la familia y los cuidadores cercanos pueden ser fuentes de información cualitativa del dolor, pero probablemente no deberían de ser las fuentes principales en la información cuantitativa de la intensidad del dolor o del disconfort que el dolor puede producir, sobre todo en los ancianos que son capaces todavía de comunicar sus propias experiencias del dolor.

Un abordaje muy diferente supone **los ancianos con demencia en estadios moderados-graves o estadios graves**, en donde el severo deterioro cognitivo presente, no permite la valoración habitual del dolor, presentando serias dificultades tanto en su valoración cualitativa (presencia o no del dolor), como en su valoración cuantitativa (intensidad leve-moderada-severa). En estos pacientes en donde la información verbal del propio paciente no es posible, es necesario desarrollar otras vías de información. La familia y los cuidadores cercanos constituyen en esta situación la principal fuente de información, siendo necesario el interrogatorio directo sobre la presencia o no de dolor y sobre la existencia o no de comportamientos, de

conductas, o expresiones sugerentes de dolor. Ejemplos de conductas que se asocian a la presencia de dolor son la agitación, la agresividad, y el empeoramiento cognitivo y funcional no explicables por otras causas (Ferrel B, *J Am Geriatr Soc* 1991; Miller C, *Geriatr Nurs* 1995). Algunos trabajos han demostrado que los pacientes demenciados con un alto grado de agitación constituyen a la vez los de mayor grado de disconfort (Buffum MD et al, *Res Nurs Health* 1992). Para la mayoría de los autores, el término disconfort es usado para referirse a la objetiva evaluación del dolor. En este sentido, el término disconfort es definido como la presencia de comportamientos del paciente que expresan estados físicos o emocionales negativos que podrían ser manifestaciones del dolor (Hurley AC et al, *Res Nurs Health* 1992; Kovach CR et al, *J Pain Symptom Manage* 1999; Warden V et al. *J Am Med Dir Assoc* 2003). Algunos comportamientos observados como indicadores específicos de disconfort incluyen expresiones faciales negativas de tristeza, miedo o sufrimiento, vocalizaciones repetidas negativas, lenguaje corporal de tensión, respiración ruidosa, ... Hoy en día, en ausencia de otros métodos validados para medir el dolor en los pacientes con demencia severa, la valoración del disconfort constituye la mejor práctica de actuación en la valoración del dolor. Por ello en estos pacientes es preferible el uso del término disconfort más que el uso de dolor propiamente dicho.

De gran interés, particularmente en el paciente geriátrico, es el desarrollo de la escala de disconfort de Hurley, más comúnmente conocida como DS-DAT (Discomfort Scale-Dementia of the

Alzheimer Type). Esta escala fue diseñada para evaluar comportamientos que indicaban disconfort en pacientes con demencia severa ingresados en residencias. Los comportamientos asociados a manifestaciones de dolor que valora son: respiración ruidosa, vocalización de negaciones, contenido de la expresión facial (expresión facial triste, expresión facial de miedo, o ceño), lenguaje corporal (relajado, en tensión), e inquietud. Los valores de la escala puede presentar puntuaciones del 0 (sin disconfort) al 27 (máximo grado de disconfort). Dicha escala ha demostrado un aceptable análisis de fiabilidad con un coeficiente de alfa de Crombach de 0.86 a 0.89 (*Hurley AC et al, Res Nurs Health 1992; Warden V et al, J Am Med Dir Assoc 2003*). No obstante dicha escala al igual que otras derivadas de ésta necesitan de un entrenamiento y una experiencia en su manejo previo, con ausencia de estudios poblacionales sobre su sensibilidad (*Herr KA and Garand L, Clin Geriatr Med 2001*), y aún no está clara su validez como verdadera representación del dolor.

Por ello más que el uso sistemático de escalas estructuradas que son útiles sobre todo para el desarrollo de investigaciones, en la práctica geriátrica diaria es más beneficioso ante la evidencia actual, de la simple valoración de la existencia o no de expresiones faciales y de comportamientos que expresan disconfort, y su precisa valoración en las situaciones en donde más dolor se puede producir, es decir en los momentos de los cuidados (cuidado de la mañana al despertarse, al cambio de pañal, cuidado de las úlceras, en la deambulación, en las

transferencias, ...). En este sentido, otro punto de valoración de gran importancia es el pensar y valorar que el dolor es la posible causa de un trastorno de conducta distinto al habitual, o bien el empeoramiento de dicho trastorno de conducta sin respuesta al tratamiento habitual. Es necesario pensar que el dolor puede ser el causante en la aparición o empeoramiento en el grado de trastornos de conducta como agitación, irritabilidad, agresividad verbal o física, alteraciones del patrón del ritmo sueño-vigilia, ansiedad, depresión, resistencia a los cuidados, negativa a la ingesta, ...

Por ello la Sociedad Americana de Geriátrica concluye también con un nivel de evidencia IIA (*The AGS Panel on persistent pain in older persons. J Am Geriatr Soc 2002*), que en los pacientes con demencia moderada-grave y con demencia grave, la valoración del dolor debe basarse en la observación y/o el interrogatorio directo a los cuidadores, valorando la posibilidad de existencia de disconfort durante el movimiento (cuidados al despertarse, deambular, transferencias...), al igual que ante la aparición de trastornos de conducta nuevos o la agravación del habitual sin otra causa aparente.

4. TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LA DEMENCIA

Las cifras ya expuestas anteriormente en relación al inadecuado tratamiento del dolor en el anciano y especialmente en el paciente con demencia, son debidas a que muchos médicos no preguntan o no les interesa en su práctica clínica, la información sobre la

existencia o no de dolor y de su valoración, con necesidad de aumentar la base de conocimientos específicos de tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos necesarios para un control adecuado del dolor (Avorn J et al, *Ann Intern Med* 1995). Un estudio ha demostrado que el control efectivo del dolor puede ser logrado en los ancianos a diferencia de en el joven con un trabajo integrador y multidisciplinar (Cutler RB et al, *Arch Phys Med Rehabil* 1994). El consenso común de los diferentes expertos en el manejo adecuado del dolor en el anciano, al igual que en su valoración multidimensional es el de la necesidad de un tratamiento igualmente multidimensional, es decir un manejo no solo focalizado en el uso de uno u otro fármaco, sino en el manejo global de los aspectos funcionales, mentales y psicosociales del anciano con dolor (The AGS Panel on persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; Nikolaus T et al, *Drugs & Aging* 2004).

El incremento del interés en la valoración del dolor y de su correcto manejo por las distintas sociedades médicas especialmente de geriatría, de reumatología y del dolor (*Guideline for the Management on Pain. American Pain Society* 2002), así como de algunas administraciones sanitarias, Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations's Pain Management Standards (*Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals, The Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations* 1999) está cambiando la práctica clínica habitual del manejo del dolor.

Hoy en día la valoración del dolor así como su tratamiento específico y la respuesta al tratamiento, debe de estar presente en toda valoración geriátrica. Escapa del artículo el describir los diferentes tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos que se disponen en el momento actual para hacer frente al dolor en el anciano. Pero sí es importante destacar las diferencias de manejo con respecto al paciente demenciado. Los principios del manejo a tener en cuenta en los pacientes con demencia al igual que en los no demenciados son los siguientes (The AGS Panel on persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; Nikolaus T et al, *Drugs & Aging* 2004):

- Administrar siempre una combinación de medidas farmacológicas con no farmacológicas.
- Analgesia continua, no a demanda. Los fármacos deben de ser administrados preferiblemente por vía oral y por reloj (fijar horas con el paciente-familia-cuidadores para la toma de su medicación).
- Uso de la escalera analgésica de la OMS, aunque los pacientes con dolor severo e incapacitante pueden iniciar analgesia en el segundo o tercer escalón.
- Preparaciones retard son preferibles para el dolor persistente.
- Preparaciones de acción corta e inmediata son preferibles para el dolor lancinante.
- Comenzar despacio, subir despacio (comenzar con dosis bajas y aumentar, titular lentamente, vigilando efectos secundarios).

- Los AINE no deben de usarse en tratamientos a largo plazo, especialmente en cardiopatas, nefrópatas, hepatopatas, o enfermedad gastrointestinal.
- Los inhibidores selectivos de la Ciclooxygenasa-2 también deben de ser utilizados con precaución en ancianos con fallo renal, insuficiencia cardiaca o hipertensión.
- Para reducir efectos adversos al uso de fármacos no apurar la dosis más alta y pasar de escalón (no opioides, opioides, adyuvantes). No se recomienda apurar al máximo las dosis de un fármaco antes de pasar de escalón. A pesar de un mayor uso de fármacos, es más recomendable el uso de combinación de fármacos no opioides, opioides, adyuvantes que el uso en dosis máximas de un solo fármaco.
- Dosis fijas de combinaciones de opioides y paracetamol pueden ser útiles para el dolor moderado.
- Cuando se usan opioides es necesario anticiparse y manejar correctamente la aparición de efectos secundarios especialmente frecuentes en el anciano: estreñimiento, sedación, hipotensión ortostática, náuseas, retención urinaria.
- Por la vida media larga de la metadona debido a su liposolubilidad, es el opioide menos recomendado tanto para su uso como para la rotación de opioides en el anciano.
- Es necesaria una reevaluación continua del tratamiento y de la eficacia del mismo.

- Los principales objetivos clínicos a perseguir, como mínimo deberían de incluir una disminución del dolor, que se refleje en una mejoría en el carácter, en el sueño-descanso nocturno, y en la funcionalidad del paciente.

En el tratamiento del dolor al igual que en la valoración del dolor es necesario realizar una diferencia entre los estadios leves y severos. En el primer grupo, **demencia leve, demencia moderada-leve**, como la capacidad de comunicación aún está conservada la respuesta al tratamiento va a poder ser evaluada de forma correcta por la información que nos suministre ante preguntas sencillas el propio paciente enriquecidas por la información de la familia y cuidadores.

El punto especialmente sensible en el que hay que hacer especial énfasis es en la prevención de aparición de efectos secundarios, especialmente cuando se usan opioides. Sus principales efectos secundarios en el anciano con demencia son la somnolencia, el empeoramiento cognitivo y funcional, las caídas, y el temido cuadro confusional agudo. Para poder evitarlos se recomienda una titulación exquisita, lenta y progresiva de los opioides, con reevaluación de la respuesta al tratamiento a las 24-48 horas, incluso de forma telefónica o por personal de enfermería. Según la evaluación de la respuesta al dolor subir de forma lenta la dosis del opioide. Igualmente por las alteraciones conocidas en la farmacocinética y farmacodinamia del anciano pero especialmente en la demencia, es necesario siempre que se prescriban opioides aumentar la hidratación del paciente para favorecer la

eliminación renal de sus diferentes metabolitos activos. Otras medidas necesarias son la de administrar junto con el fármaco opioide el consiguiente laxante osmótico para evitar las complicaciones del estreñimiento entre ellos las náuseas y vómitos. Cuando éstos aparecen en los primeros días se deben a la acción central del opioide y deben de ser tratados con haloperidol en dosis bajas nocturnas. Cuando aparecen tardíamente son debidos al estreñimiento. El uso de opioides no debe restringirse en el anciano con demencia, siempre y cuando se tomen las precauciones antes expuestas.

Actualmente no están tan claros los efectos beneficiosos de los opioides a largo plazo por la falta de estudios al respecto. Pero lo que parece más concluyente es la necesidad de reevaluación continua del tratamiento analgésico, especialmente cuando se usan opioides, con posibilidades de aumento o de disminución de dosis según la intensidad del dolor. Por ello el manejo del dolor en el anciano debe de ser un manejo individualizado y continuo, no es recomendable darle de alta una vez controlado el dolor, hasta que éste vuelva a aparecer. El anciano con demencia necesita de un control periódico por parte del médico de familia o de la residencia, quedando abiertas las diferentes posibilidades de subida de dosis, bajada, retirada o incluso rotación del opioide (Gómez Pavón FJ. *Senda Editorial SA, Madrid 2002*).

El tratamiento de la **demencia moderada-grave y demencia severa, presenta una problemática diferente** a lo expuesto anteriormente. Aquí el punto

ya conocido es la dificultad de comunicación de poder expresar la respuesta al tratamiento analgésico. Según las diferentes guías de las diferentes sociedades médicas, es mandatario tratar el dolor si el paciente con demencia presenta expresiones o comportamientos de disconfort que pueden ser motivados por el dolor. El problema es la valoración de la adecuación del tratamiento, es decir la respuesta del tratamiento analgésico a la expresión o conducta que expresan disconfort. Hasta qué punto la dosis dada de paracetamol es la correcta, o bien es necesario pasar a opioides, y en este caso, cómo conocer la dosis adecuada. Algunos autores sugieren el tratamiento empírico de las expresiones de disconfort (*Miaskowski C, Pain Manag Nurs 2000*). Algunos protocolos incluyen el ir incrementando la dosis y el escalón analgésico si fuera necesario hasta que el paciente exprese conductas de bienestar o bien cese o desaparezca el comportamiento previo de disconfort (*Kovach CR et al, Pain Manag Nurs 2002*). No obstante aunque esta forma de trabajar es muy intuitiva y puede ser válida, aún hoy no tiene una base científica testada con estudios clínicos aleatorizados.

En este sentido están apareciendo estudios al respecto con resultados contradictorios. Un estudio a destacar es el aleatorizado doble ciego, y placebo-control, de 39 pacientes demenciados severos procedentes de 3 residencias de San Francisco con valores de 10.7 +/- 6.8 en el DS-DAT (escala de disconfort de Hurley), divididos en dos brazos, uno tomando placebo y otro tomando paracetamol en dosis de 650 mg cuatro veces al día (dosis total de 2600 mg/día),

y con un seguimiento de 4 semanas (Buffum MD et al, *J Am Geriatr Soc* 2004). Los resultados no mostraron beneficios en el tratamiento del brazo de paracetamol con respecto al placebo, concluyendo los autores que quizás aunque el paracetamol es el fármaco de primera elección en el tratamiento del dolor, en los pacientes demenciados con disconfort severo, la dosis de 2600 mg/día no es la adecuada o bien el paracetamol no es el fármaco más adecuado. En el otro extremo algunos autores proponen el manejo del disconfort severo, especialmente la agitación, de forma sistemática con opioides. Así Manfredi PL y cols. en un estudio aleatorizado-prospectivo-doble ciego (placebo vs morfina de liberación mantenida en dosis de 10-30 mg/día, añadido al tratamiento de base estándar de la agitación) de 4 semanas de seguimiento, de 45 pacientes con demencia severa y agitación importante, medida por el test Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), ingresados en una residencia, muestra como resultados que el uso de dosis bajas de morfina disminuyen la agitación severa, en el grupo de morfina sobre todo en los mayores 80 años. (Manfredi PL et al, *Int J Geriatr Psychiatry* 2003).

A la luz de los estudios que dispone en la actualidad, se puede concluir que en la demencia severa es necesario el tratamiento de las expresiones del dolor. Junto a las medidas básicas de manejo de los trastornos de conducta, parece razonable realizar un tratamiento analgésico. El cómo realizar este tratamiento debería de ser de forma empírica en cuanto a la titulación de dosis del analgésico y a la progresión

de los diferentes escalones de la OMS, hasta la disminución o cese del comportamiento sugerente de dolor. Quizás tampoco en la demencia severa se deban de restringir el uso de los opioides, pero las medidas expuestas anteriormente en relación con la anticipación a los efectos secundarios deben de ser prioritarias en estos pacientes, especialmente lo referidos a la titulación de dosis, la hidratación (una forma sencilla es la hipodermoclinis nocturna de 1000-1500 ml de glucosado al 5%, salino o glucosalino) y el estreñimiento.

Bibliografía

1. Aida B. Persistent nonmalignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(6):867-874.
2. Avorn J, Gurwitz JH. Drug use in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995;123:195-204.
3. Bachman DL, Wolf PA, Linn R, et al. Prevalence of dementia and probable senile dementia of the Alzheimer type in the Framingham study. *Neurology* 1992; 42: 115-9.
4. Blyth FM March LM, Brnabic AJ et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001;89:127-134.
5. Brattberg G, Parker MG, Thorslund M. A longitudinal study of pain: reported pain from middle age to old age. *Clin J Pain* 1997;13:144-149.
6. Brattberg G, Parker MG, Thorslund M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain* 1996;67:29-34.
7. Brummel-Smith K, London MR, Drew N, et al. Outcomes of pain in frail older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003.

8. Buffum MD, Miaskowxki C, Sands L, et al. Assessment of discomfort in advanced Alzheimerpatients. *Res Nurs Health* 1992;15:369-377.
9. Buffum MD, Sand L, Miaskowski RN, et al. A clinical trial of the effectiveness of regularly scheduled versus as-needed administration of acetaminophen in the management of discomfort in older adults with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1093-1097.
10. Camp DL. A comparison of nurses' assessment of pain as described by cancer patients. *Cancer Nurs* 1988; 11:237-243.
11. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. Oakbrook, IL: The Joint Commision for the Accreditation of Healthcare Organizations, 1999
12. Crook J, Rideot E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain* 1984;18:299-314.
13. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff RS, et al. Outcomes in treatment of pain in geriatric and younger age groups. *Arch Phys Med Rehabil* 1994;75:457-64
14. Farrel MJ, Katz B, Helme RD. The impact of dementia on the pain experience. *Pain* 1996;67:612-619.
15. Ferrel B. Pain management in elderly people. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:64-73.
16. Ferrel BA, Ferrel BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10:591-598.
17. Ferrel BR, Ferrel BA, Rhiner M, et al. Family factors influencing cancer pain. *Postgrad Med J* 1991;67 (suppl 2):654-669.
18. Ferrer BA, Ferrer BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 409-414.
19. Gómez Pavón FJ. Cuidados al final de la vida: soporte sintomático. En Ruipérez I, ed. *Cuidados al final de la vida en la práctica geriátrica*. Senda Editorial SA Madrid 2002; 49-95.
20. Guideline for the Management on Pain. Clinical Practice Guideline N°2. Glenview, IL: American Pain Society, 2002.
21. Hemels MEH, Lanctot KL, Iskedjian M et al. Clinical and economic factors in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Drugs & Aging* 2001;18:527-50.
22. Herr KA and Garand L. Assessment and Measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med* 2001; 17(3): 457-478.
23. Herr KA, Mobily PR, Kohour FJ, et al. Evaluation of the Faces Pain Scale for use with the elderly. *Clin J Pain* 1998; 14:1-10.
24. Hurley AC, Volicer BJ, Narran PA et al. Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Res Nurs Health* 1992;15:369-377.
25. Kolerick EJ, George LK. Predictors of institucionalization among caregivers of patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 492 - 498.
26. Kovach CR, Noonan PE, Griffie J ert al. The assessment of discomfort in dementia protocol. *Pain Manag Nurs* 2002;3:16-27
27. Kovach CR, Weissman DE, Griffie J et al. Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. *J Pain Symptom Manage* 1999;18:412-419.
28. Lavsky-Shulan M, Wallace RB, Kohout FJ, et al. Prevalence and functional correlatos of low pacl pain in the elderly: the Iowa 65+ Rural Health Study. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33:23-8.
29. Manfredi PL, Breuer B, Wallenstein S et al. Opioid treatment for agitation in patients with advanced dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(8):700-5.
30. Marzinski L. The tragedy of dementia: clinically assessing pain in the confused non-verbal elderly. *J Gerontol Nurs* 1991;17:25-28.
31. Miaskowski C. The impact of age on apatient's perception of pain and ways it can be managed. *Pain Manag Nurs* 2000;1 (3 Suppl):2-7

32. Miller C. Decision about behaviour-modifying medications for people with dementia. *Geriatr Nurs* 1995;16:143-144.
33. Nikolaus T, Zeyfang A. Pharmacological Treatments for persistente non-malignant pain in older persons. *Drugs & Aging* 2004 ;21(1) :19-41.
34. O'Brien J, Francis A. The use of next-of-kin to estimate pain in cancer patients. *Pain* 1998; 35:171-178.
35. Olson E. Dementia and neurodegenerative diseases. En Morrison RS and Meier DE. *Geriatric Palliative Care*. Oxford University Express, New York 2003; 160-172.
36. Parmelee AP, Smith BD, Katz IR. Pain complaints and cognitive status among elderly institutional residents. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41:517-522.
37. Patrick A, Randall J, Engelberg A, Nielsen E, McCown E. Measuring and Improving the Quality of dying and death. *Ann Intern Med* 2003;139:410-415.
38. Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharm Bull* 1988; 24:653-659.
39. Richards SS, Hendiré HC. Diagnosis, management, and treatment of Alzheimer disease: A guide for the internist. *Arch Int Med* 1999; 159: 789 – 799.
40. Scherder EJ, Sergeant JA, Swaab DF. Pain processing in dementia and its relation to neuropathology. *Lancet Neurol* 2003; 2(11):677-686.
41. Sengstaken EA, King SA. The problem of pain and its detection among geriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1994; 41:541-544.
42. The AGS Panel on persistent pain in older persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(suppl):S205-S224.
43. Von Roenn JH, Cleeland CS, Goñi R et al. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey form the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med* 1993; 119:121-126.
44. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003; 4:9-15.
45. Weiner D, Peterson B, Logue P, et al. Predictors of pain selfreport in nursin home residents. *Aging Clin Exp Res* 1998;10:411-20.

DOLOR EN EL ANCIANO. DOLOR NOCICEPTIVO

Antonio Collado Cruz

El proceso de envejecimiento o cambios del desarrollo que se observan durante la senescencia, comienza en algún punto después de la madurez y se prolonga a lo largo de nuestra vida de forma irreversible (1). Durante la senescencia se podrían distinguir diferentes fases, entre las que podrían destacar después de la etapa de crecimiento y desarrollo llamada *juventud* y que termina en la madurez, una primera fase de equilibrio entre la capacidad de reposición de nuestros tejidos y las pérdidas existentes, que se prolonga a épocas medianas de la vida durante la cual las personas se llamarían **adultos**. Una segunda fase de inicio progresivo de pérdidas tisulares con predisposición a los desequilibrios y donde los procesos de adaptación toman un protagonismo esencial, durando hasta la década de los setenta y donde los individuos se llamarían **adultos mayores o no tan viejos** entre 65 y 75 años. Posteriormente el desarrollo progresivo de las pérdidas tisulares entrarían en un punto crítico de mayor fragilidad frente a las agresiones, injurias, traumatismos, desequilibrios metabólicos o inmunológicos con mayor

riesgo de procesos nociceptivos y desadaptativos, época durante la cual estaríamos frente a personas que se denominarían **ancianos frágiles o viejos**, entre 76 y 85 años. Por último, las pérdidas estructurales que serían capaces de provocar pérdidas funcionales tan significativas que darían paso a una última fase en la que las personas se podrían denominar **ancianos dependientes o los más viejos** y que llegará hasta la muerte. En la realidad estas diferentes épocas evolutivas no pueden definirse por una edad cronológica exacta y de forma individual se saltará de una fase a otra en diferentes momentos de la vida.

Todas las fases del envejecimiento se caracterizarán por una pérdida progresiva a nivel tisular, que facilitará la aparición de enfermedades a diferentes niveles. Por ejemplo, si nos centramos en el aparato de sostén la pérdida de cartilago articular daría origen a la **Artrosis**, la enfermedad reumática más frecuente (2), la pérdida de tejido fibroso facilitará la presencia de **Degeneración discal, Tendinopatías** y

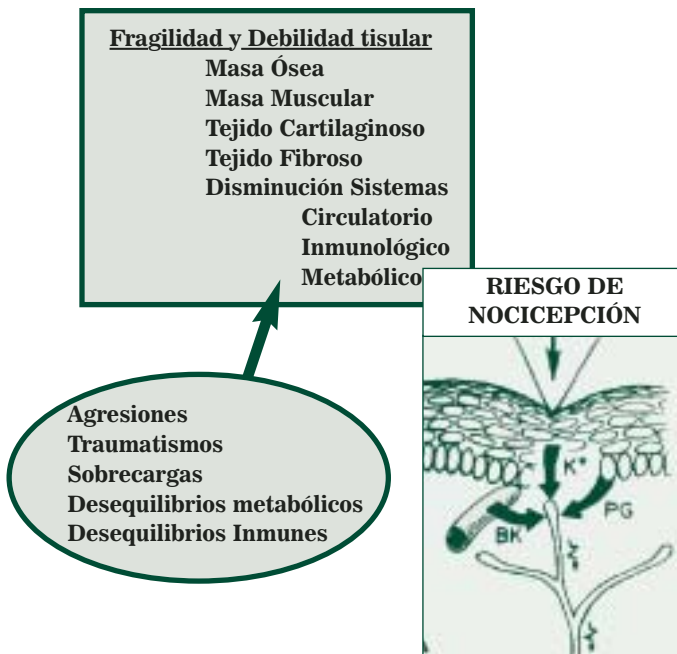
Meniscopatías, la pérdida de masa ósea produciría **Osteoporosis** cuya prevalencia entre 50 y 79 años según criterios densitométricos se situaría en la mujer en la Columna Lumbar en un 24% y en Fémur el 12% de la población general (3) y por último la pérdida de masa muscular originaría la **Sarcopenia** cuya prevalencia oscilaría entre el 23% en la mujer y 27% en el hombre (4).

Por otra parte los cambios producidos en el Sistema Inmune facilitarían la aparición de enfermedades como algunos reumatismos inflamatorios característicos de estas épocas como la **Polimialgia reumática** y la aparición de **Cáncer** o **Procesos Infecciosos**.

Otras enfermedades que se desarrollan con mayor frecuencia durante el envejecimiento son los **Procesos Isquémicos** en relación con las pérdidas del aparato circulatorio.

Así pues, la debilidad tisular de los diferentes tejidos del sistema músculo-esquelético y otros sistemas, facilitará la aparición de diferentes enfermedades que situarán al individuo en una situación de mayor fragilidad y por tanto de probabilidad de que se pongan en marcha procesos de nocicepción frente a las diferentes agresiones, traumatismos o desequilibrios que el individuo padece a lo largo del tiempo.

Además, la probabilidad de poner en marcha procesos nociceptivos será



mayor cuanto más debilitada esté la persona, física o mentalmente. Radat et al (5) observaron en una población hospitalizada con más de 65 años, que mientras la prevalencia de dolor en las personas con una función cognitiva conservada era del 48%, en las personas con función cognitiva empeorada se elevaba al 68%, observando además una relación con la malnutrición, la presencia de inflamación y el encamamiento. También observaron que estos pacientes tenían un peor pronóstico en cuanto a la duración de la hospitalización o la mortalidad.

DOLOR EN EL ANCIANO

El primer hecho y consecuencia de la predisposición a los fenómenos nociceptivos durante el envejecimiento será la presencia frecuente de dolor en el anciano; prácticamente en más del 80% de las personas por encima de 65 años se recoge que han tenido algún dolor en los últimos seis meses (6). Este dolor representa además un motivo de consulta frecuente. Mäntyselkä et al (7) pudieron demostrar que entre las personas mayores de 60 años el dolor representó el 35-45% de los motivos, principal o secundario, de visitas en los Centros de Atención Primaria (fig. 1).

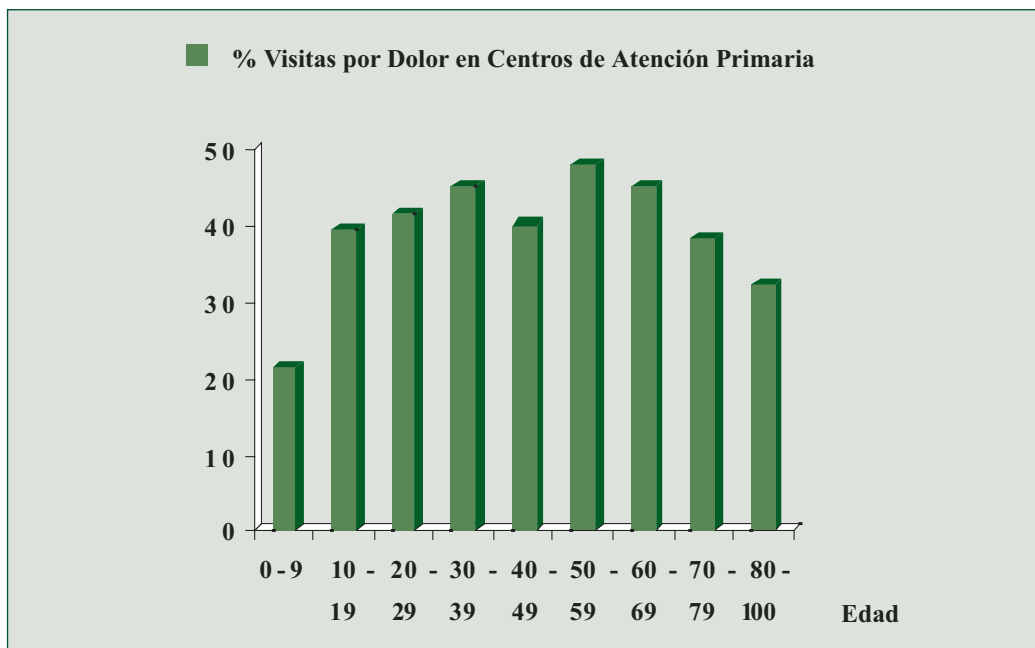


Fig. 1. Porcentaje según grupos de edad de visitas con dolor.

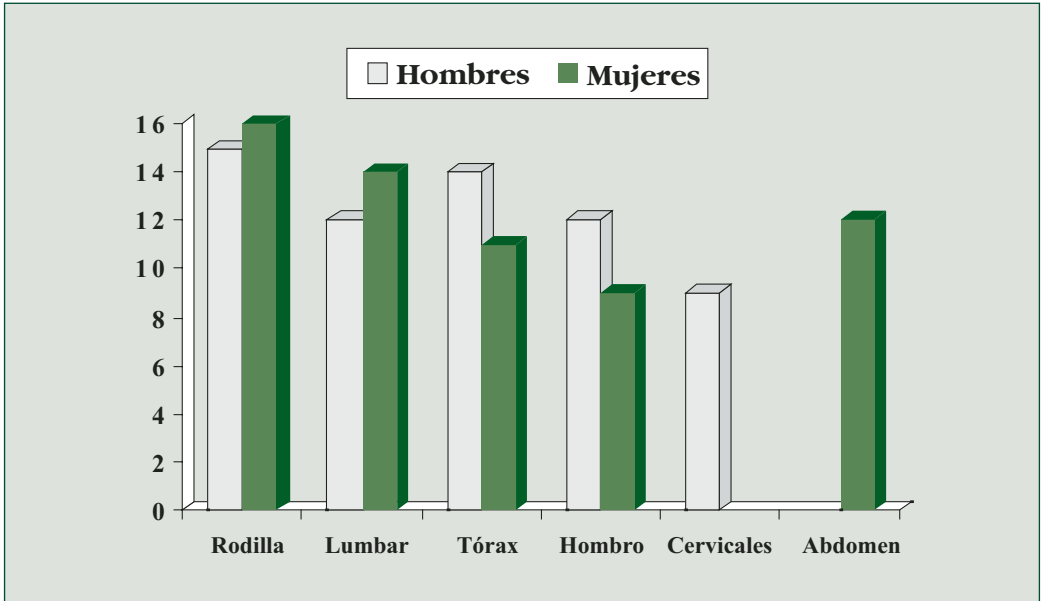


Fig. 2. Localización del dolor como motivo de consulta en personas mayores de 60 años.

También pudieron observar que fueron las enfermedades músculo-esqueléticas las que representaron la principal causa de dolor, estando presentes en más de la mitad de los casos. Las localizaciones principales del dolor fueron la rodilla, la zona lumbar, el tórax y los hombros (fig. 2).

Pero no sólo los episodios de dolor son muy frecuentes durante el envejecimiento, sino la persistencia del mismo también. Elliot y cols. (8) en un análisis de la presencia de dolor crónico en la comunidad, observan que en las personas por encima de los 65 años el 60% de las personas referían tener dolor persistente, siendo el dolor articular y raquídeo las causas principales del mismo. Estos mismos autores en otro estudio

(9) también observaron que el dolor crónico significativo y el dolor crónico severo se incrementaba con la edad, estando presente en las personas de más de 75 años en un 23% y 11 % respectivamente.

NOCICEPCIÓN EN EL ANCIANO

¿El envejecimiento puede variar la percepción del dolor? Algunas observaciones de que los infartos “silenciosos” o de presentación con síntomas atípicos son más frecuentes en individuos ancianos que en pacientes de menor edad, ha dado pie a la creencia de que en el anciano podría existir alguna perturbación o disminución en la transmisión nociceptiva. Pero en diferentes estudios epidemiológicos cuando se ha analizado además de

la prevalencia del dolor la intensidad del mismo, se ha observado que los ancianos puntúan intensidades iguales o superiores del dolor en la misma localización que las personas jóvenes.

La influencia del envejecimiento sobre la percepción del dolor se podría llamar presbialgia, haciendo referencia a otras alteraciones sensoriales como la presbicia o presbiacusia que se producen durante el mismo. Pero ¿qué influencia tiene esta presbialgia sobre los receptores periféricos, las aferentes nociceptivas primarias, la neurotransmisión medular, los mecanismos de elaboración cognitiva o afectiva del dolor, los mecanismos inhibitorios descendentes y otros mecanismos neuromoduladores del dolor?

No existen pruebas claras de los cambios o diferencias por envejecimiento en el número de nociceptores o aferentes nociceptivas primarias. Los distintos estudios realizados, preferentemente practicados sobre la población de los denominados “viejos”, no habiendo investigaciones sistemáticas sobre los “más viejos”, se centran en los estudios psicofísicos sobre el umbral, la reacción y tolerancia al dolor frente a diferentes estímulos, mecánicos o térmicos (10). Aunque algunos resultados contradictorios se han encontrado, los hallazgos a resaltar son:

- Aumento de la tolerancia al dolor cutáneo.
 - Reducción de la tolerancia al dolor profundo.
 - Tiempo de reacción más largo a la percepción del primer dolor no del segundo.
- Así pues, los diferentes hallazgos apoyan que en los ancianos existe un predominio de utilización de las fibras C sobre las A delta (11), confiando más en la utilización del segundo dolor que en el primero procesado respectivamente por dichas fibras y caracterizándolo con mayor predominio como lento sordo y profundo.
- De todas formas el envejecimiento normal, no origina cambios mayores en los procesos sensorio-perceptivos del dolor que tengan un efecto significativo sobre su intensidad o su impacto. Los cambios producidos con la edad pueden contribuir a modificar algunas características que dificulten el proceso diagnóstico clínico, que se puede agravar si existen trastornos encefálicos propios del envejecimiento que influyan de manera directa en su expresión.

CAUSAS DE DOLOR NOCICEPTIVO

Como hemos comentado anteriormente, el **dolor articular** es la principal causa de dolor en los ancianos. El 59% de las personas mayores de 65 años en EEUU reportaron tener síntomas articulares crónicos en el 2001 (13).

La artrosis es la causa principal, y el 29% de más de 65 años refieren artrosis de rodilla sintomática (fig.3). Aunque la artrosis es el estadio final de diferentes

factores mecánicos y metabólicos que influyen sobre la articulación, en general es un proceso en el que genera dolor la existencia de una sensibilización a estímulos mecánicos donde los mecanismos inflamatorios en general son leves o aparecen de forma intermitente con brotes de agudización de los síntomas, tras factores de probable origen traumático.



Fig. 3.

No debemos olvidar de todas maneras que algunas alteraciones metabólicas como la Artropatía por Pirofosfato Cálcico (fig.4) se expresan con la edad, produciendo una artropatía donde los mecanismos inflamatorios con la presencia de sinovitis por cristales es más frecuente. En el 10% de personas de más de 65 años se detecta Condrocálcinosis y la rodilla es la articulación predominantemente afectada. La prevalencia de Gota en los ancianos también es superior llegando a un 4%, muy frecuentemente asociada al empleo de diuréticos, presencia de hipertensión arterial,

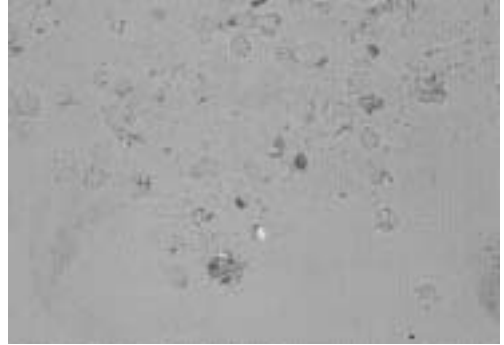


Fig. 4.

insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal crónica. Su diferenciación, será necesaria en el tratamiento del proceso nociceptivo.

Una de las localizaciones preferentes del dolor articular a esta edad es el **Dolor en el Hombro**, al cual contribuyen la degeneración y pérdida del aparato tendinoso, con degeneración del manguito (fig.5), roturas tendinosas frecuentes, bursitis que pueden contribuir a la presencia de artropatías secundarias, especialmente si alteraciones metabólicas que determinen la presencia de cristales están presentes. Así, nos podemos encontrar con artropatías



Fig. 5.

por presencia de hidroxapatita (Artropatía de Milwaukee) o Artropatía por pirofosfato cálcico (Chondrocalcinosis) (fig.6)

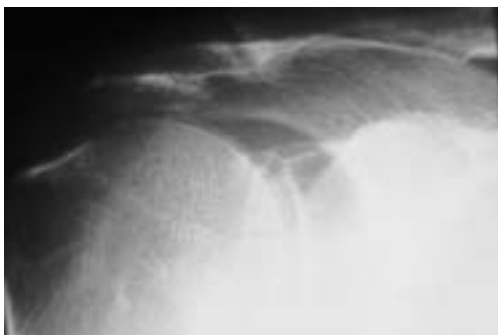


Fig. 6.

También, hemos de tener en cuenta que el dolor en las regiones periarticulares puede ser de origen óseo, la fragilidad del tejido puede predisponer a la presencia de fracturas post-traumáticas (antebrazo, caderas) o por sobrecarga (metatarsos, plataformas tibiales,...).

Con la edad, también se adquiere la predisposición a ciertos reumatismos inflamatorios, que producen dolor más extenso de carácter articular. Un proceso que adquiere especial protagonismo a partir de los 60 años es la Polimialgia Reumática, debiendo ser sospechada en aquellas personas que presentan un cuadro de dolor en cinturas escapulohumeral y/o pelviana, y en los que se detecta un aumento de los reactantes de fase aguda, como la VSG o la Proteína C reactiva. También puede ocasionar dolor y tumefacción en articulaciones periféricas, pudiendo confundirse con la artritis reumatoide del viejo o con el síndrome RS3PE.

El Dolor Raquídeo representa la segunda región corporal donde el dolor asienta en las personas mayores, la degeneración discal (fig. 7), la artrosis de las pequeñas articulaciones posteriores (fig.8), las alteraciones de la estática previas o adquiridas durante el envejecimiento y las fracturas vertebrales (fig.9) son las causas principales de la puesta en marcha de mecanismos nociceptivos .

Con respecto a estas últimas recordemos que los principales factores de riesgo encontrados en nuestra población para el desarrollo de fracturas osteoporóticas son los antecedentes de menopausia precoz, el uso de benzodiazepinas y las caídas (3).



Fig. 7.



Fig. 8.

Sin olvidar que un dolor agudo raquídeo en una persona anciana, puede ser la manifestación de la destrucción ósea (fig 10) por una metástasis de un cáncer de pulmón, mama, próstata, mieloma, etc...

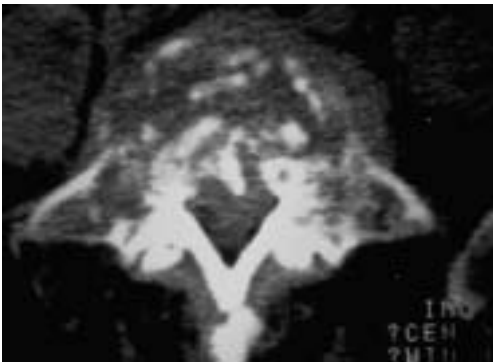


Fig. 10.

Por último destacar que los procesos de **origen cardiovascular**, son causa frecuente de dolor en los viejos, los procesos isquémicos, cutáneos y

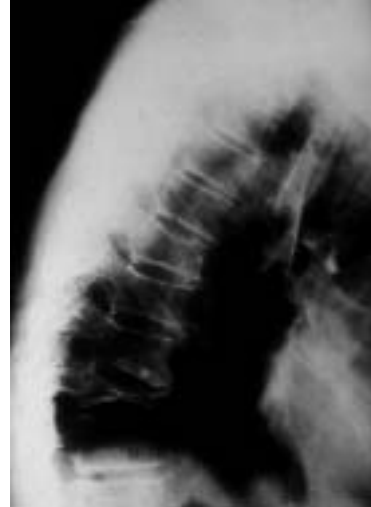


Fig. 9.

subcutáneos con la aparición de úlceras, o de un trastorno crónico circulatorio que, si es profundo, se puede manifestar con una claudicación vascular de extremidades o como una angina refractaria a nivel cardiaco.

Bibliografía

1. Stephen Harkings. Envejecimiento y Dolor. En *Bonica Terapeutica del Dolor*. Ed McGraw Hill (Ed.Esp) .México 2003.Cap 45 pp 966-978.
2. Carmona L. Artrosis. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid:MSD y Sociedad Española de Reumatología 2001:61-75
3. J Gonzalez Macias, F Marín, J Vila, A Diez-Perez, M Abizanda, R Alvarez, A Gimeno et al. Prevalencia de factores de riesgo de osteoporosis y fracturas osteoporoticas en una serie de 5.195 mujeres mayores de 65 años. *Med Clin* 2004;123 (3):85-89.

4. Leveille SG. Musculoskeletal aging. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16:114-118.
5. Radar F, Servant-Marcucci S, Lancrenon S, Alla P. Pain in elderly. A study of 183 consecutive subjects hospitalized in a geriatric medical ward. *Press Med* 1999; 28(35): 1924-8.
6. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canelas M, Banos JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*. 1999 Oct;83(1):9-16.
7. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Vinamäky H et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001; 89:175-180.
8. Elliot AM, Smith BH, Penny KL, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999;354:1248-1252.
9. Smith BH, Elliot AM, Chambers WA et al. The impact of chronic pain in the community. *Family Practice* 2001;18 (3): 292-299.
10. Pickering G, Jourdan D, Eschalier A, Dubray C. Impact of Age, Gender and Cognitive Functioning on Pain Perception. *Gerontology* 2002;48(2):112-118.
11. Chacour MC. The effect of age on A delta and C fibers thermal pain perception. *Pain* 1996; 64(1): 143-152.
12. Prevalence of self-reported arthritis or chronic joint symptoms among adults United States 2001. *Morb Mortal Wkly Report* 2002;51:948-950.

TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO EN EL PACIENTE MAYOR

Rafael Gálvez Mateos

INTRODUCCION. INCIDENCIA Y DATOS EPIDEMIOLOGICOS

El dolor es una de las constantes que acompaña con cierta asiduidad a los pacientes geriátricos, si bien esto cobra relevancia cuando se trata de dolor crónico, debiendo ser considerado en esta situación como un auténtico síndrome geriátrico y no meramente como síntoma. Su importancia debe reflejarse en la medición sistemática del dolor, reflejándolo como el 5º signo vital, tanto en el medio intra como extrahospitalario.

En este documento se tratará de analizar el dolor neuropático (DN) en el sujeto mayor, tanto su repercusión como las diferencias existentes con el paciente joven, partiendo de la base que no existen guías o documentos que analicen el tema en profundidad y que la mayoría de los existentes se llevan a cabo en pacientes como máximo de 75 años. La realidad es que lo complejo se plantea a partir de esta edad, donde se produce un déficit de la reserva fisiológica. El dolor neuropático (DN) puede ser definido como una lesión parcial o total del

sistema nervioso, bien a nivel periférico o central y gran parte de la importancia del mismo en el paciente mayor reside en varios puntos:

- La predisposición en el paciente mayor a la cronicidad y gran intensidad en esta variedad de dolor. Esto conlleva una mayor vulnerabilidad a este dolor y una merma en la adaptabilidad al síndrome algico.
- La enorme comorbilidad que acompaña a este tipo de dolor (alteraciones del sueño, humor, alteraciones sensoriales y con frecuencia motoras). Este cuadro puede determinar con facilidad limitaciones funcionales y generar una dependencia en el sujeto con edad avanzada, con la gravedad que supone el mismo en términos de salud y económicos.

La incidencia del dolor neuropático en el sujeto mayor es desconocida, si bien el último estudio europeo de dolor neuropático llevado a cabo por la IASP en el 2004, estimaba que alrededor de un

8% de la población española (2 millones) sufren este tipo de dolor. Esto conlleva que alrededor de 1.200.000 sujetos mayores de 65 años padecen este dolor en España.

La etiología prevalente difiere del joven, siendo más frecuentes los siguientes cuadros:

CLINICA Y DIAGNOSTICO DEL DN EN EL GERONTE

La clínica basada en el autoinforme y la exploración serán las claves del diagnóstico, si bien como característica general, destaca la complejidad para extraer la información sobre dolor a

Tabla 1. Diferencias de Dolor Neuropático entre el joven y el anciano.

Características	ADULTO JOVEN	ANCIANO
■ Etiología	Traumática, postcirugía	Postherpética1.-Idiopática
■ Incidencia global	8% Población española	
■ Incidencia	40% DN global	60% DN global
■ Intensidad dolor	=	=
■ Clínica	Dolor	Dolor/Escozor/Prurito
■ Lesiones sensoriales	Poco frecuentes	Frecuentes (hipost,anestesia...)
■ Lesiones motoras	Poco frecuentes	Frecuentes
■ Comorbilidad	++	+++
■ Pruebas diagnósticas	Frecuentes	Raras
■ Predictibilidad de alivio	50-80%	< 60%
■ Tratamiento	ATD/FAE/Opiode	FAE/Opioide/ATD/Capsaicina

FAE = Fármacos antiepilépticos.

ATD = Antidepresivos.

- * Neuralgias postherpéticas
- * Neuropatías de causa desconocida
- * Neuropatías de origen canceroso
- * Aplastamientos vertebrales con radiculalgias
- * Radiculopatías lumbares y cervicales
- * Neuropatías diabéticas

Las diferencias entre joven y adulto se muestran en la tabla 1.

estos pacientes, sobre todo en aquéllos con deterioro cognitivo o dificultad para comunicarse, debiendo valorarse la expresión facial (igual que en niños), los gestos (movimiento continuo de manos..) o la descripción de los términos (donde dolor se cambia por prurito). Algunas escalas como la EVA o la de las caras, pueden ser de utilidad. El ensayo analgésico, junto a la información proporcionada por familiares y cuidadores puede ser determinante para alcanzar el diagnóstico. Aquí se citan los parámetros clásicos que van a orientar

hacia un dolor neuropático, si bien presentan matizaciones que lo diferencian del adulto joven.

A) Síntomas espontáneos (descritos por el paciente):

- Dolor continuo. A menudo confunden el dolor por escozor o prurito.
- Crisis lancinantes, que pueden ser igual o más intensas que en sujetos de otras edades.
- Parestesias y disestesias con igual relevancia que otras edades.

B) Signos evocados (explorados por el clínico):

- Hiperalgnesia al calor, frío o mecánica. Destacan su menor presencia o capacidad para detectarlo que en el adulto joven.
- Alodinia que puede ser igual que el joven o inclusive más exacerbada.

C) Comorbilidad del DN: alteraciones sueño, apetito, humor...

D) Lesiones motoras y alteraciones de la funcionalidad. Con mayor frecuencia quedan instauradas lesiones motoras, que favorecen la pérdida de funcionalidad.

E) Exploración:

- Frecuentes déficits sensoriales. Abundan las zonas con hipoestesia o anestesia.
- Esto hace que resulte imprescindible la exploración neurológica detallada.

G) Otras pruebas diagnósticas complementarias.

Si bien puede estar indicada alguna RNM, TAC o termografía, habitualmente

en el paciente mayor quedan reservadas estas pruebas diagnósticas, sobre todo invasivas y dolorosas como la electro-miografía, a ciertos casos aislados.

DECALOGO DE MANEJO DEL DN EN EL MAYOR

1. Dadas las características del sujeto mayor, es preciso un abordaje integral del paciente, incluyendo la funcionalidad y el grado de dependencia, donde el dolor forme parte de la evaluación global del mismo. En muchas ocasiones esto justifica la multidisciplinariedad del tratamiento.

2. Creer e interpretar lo que el paciente refiere como dolor.

3. Información veraz del pronóstico del dolor al enfermo, debiendo hacerlo en dos sentidos:

- La frecuente posibilidad de instauración de un dolor con carácter crónico en estos sujetos.
- El alivio parcial obtenible, difícilmente superior al 60%, a pesar de los métodos y fármacos empleados, sobre todo en el anciano mayor de 80 años.

4. Abordaje a la mayor brevedad, para evitar que la lesión y afectación neurológica sea muy intensa. En ciertos casos, el tratamiento preventivo puede ser viable.

5. Tratar los factores que pueden perpetuar el dolor (la glucemia en el caso de la diabetes, el alcohol.....)

6. Plantear objetivos precisos, tratando el dolor y la comorbilidad acompañante al DN:

- Reposición del descanso nocturno
- Reducción de la sintomatología clásica: crisis lancinantes, dolor urente, alodinia...
- Soporte psicológico para evitar una afectación importante. Si el apoyo psicológico es importante en el joven, el arropamiento afectivo será imprescindible para distraer el dolor en el anciano y evitarle ansiedad y temor (tocarle, cogerle la mano y otros signos de contacto son referentes). De aquí que se deba ofertar por todos los profesionales el apoyo emocional al mayor en esta situación, junto a la terapia analgésica, lo que potenciará el efecto de la misma.

7. Ante la menor duda diagnóstica, puede estar indicado el ensayo analgésico.

8. Tratamiento conjunto del dolor y preventivo de los frecuentes efectos adversos (estreñimiento, náuseas, confusión..)

9. Administración de fármacos atendiendo diversas normas:

- Escoger la medicación cuidadosamente.
- Ajustar las dosis inicial y titular lentamente, mediante incremento progresivo.
- Inicio de la dosis un 30-50% inferior al adulto joven, sobre todo en los mayores de 80 años.
- Los fármacos se utilizarán según la sintomatología espontánea y evocada recogida.

- Precauciones: deterioro cognitivo o caídas, que son causa primaria de fracturas y en segundo término, de una dependencia.

- Sin embargo, entre los fármacos a utilizar destacan varios:

1ª Opción. Fármacos Antiepilépticos (FAE). Estando la Gabapentina y en poco tiempo la Pregabalina como opciones directas. Alternativa: la Oxcarbazepina para las neuralgias del trigémino.

2ª Opción. Opioides como el Tramadol. Si fracasa, estarían indicados los opioides transdérmicos como el fentanilo o la buprenorfina.

3ª Opción. Los antidepresivos tricíclicos, como la Amitriptilina, si bien su indicación está en los menores de 75 años y a dosis muy reducidas por lo enormes efectos adversos.

Otras Opciones. La Capsaicina crema, los parches de Lidocaína y la dexametasona a dosis bajas, se presentan como unos buenos agentes complementarios en estos pacientes, con escasos efectos adversos y efectividad aunque sea moderada en determinados síntomas como la alodinia.

10. Uso complementario de fármacos y técnicas neuromoduladoras en el DN, como es el TENS (estimulación nerviosa periférica).

11. Restricción de técnicas invasivas (Bloqueos nerviosos, Estimulación Medular, Rizotomías, DREZ..) y evaluación cuidadosa de posibles reintervenciones quirúrgicas en estos sujetos.

Bibliografía recomendada

1. Abrahm JL. Advances in pain management for older adult patients. *Clin Geriatr Med.* 2000;16:260-311.
2. American Geriatrics Society Panel on Chronic Pain in Older Persons. The Management of Chronic Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46:635-651.
3. American Geriatrics Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The Management of Persistent Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:S205-S224.
4. Clark PM. Pharmacologic Pain Management in the Elderly Cancer Patient. 26th Congress of the Oncology Nursing Society 2002.
5. Connelly P. The management of chronic pain in older persons. *JAGS* 1998;46:635-651.
6. David R P. Adjunctive Agents in the Management of Chronic Pain. *Pharmacotherapy* 21(9):1070-1081, 2001.
7. Davis MP, Srivastava M. Demographics, assessment and management of pain in the elderly. *Drugs Aging* 2003;20:23-57.
8. Dworkin RH, Backonja M, Rowbotham MC, Allen RR, Argoff CR, Bennett GJ, Bushnell MC, Farrar JT, Galer BS, Haythornthwaite JA, Hewitt DJ, Loeser JD, Max MB, Saltarelli M, Schmader KE, Stein C, Thompson D, Turk DC, Wallace MS, Watkins LR, Weinstein SM. Advances in neuropathic pain: diagnosis, mechanisms, and treatment recommendations. *Arch Neurol* 2003;60, 11:1524-34.
9. Ferraresi V. Managing Pain in the Elderly. *San Francisco Medicine* 2004; 77, 3.
10. Gálvez R. Manual: abordaje del dolor neuropático. Madrid. Ed Masterline 2003.
11. Gitlin MC, Fe-Bornstein M. Neuropathic pain in the elderly. *Clinical Geriatrics* 2002;10,5:30-33.
12. Grief CJ, Conn DK, Van Reekum R. The treatment of chronic pain with antidepressants in older adults. *Drug Review* 2002;1, 3.
13. Jensen IS. Efficacy of pharmacological treatments of neuropathic pain: an update and effect related to mechanism of drug action. *Pain* 1999; 83: 389-400.
14. Kerr M. Half of Elderly Patients With Painful Neuropathy Receive Inappropriate Meds. AAFP 2003 Scientific Assembly: Family Practice Research Presentations.
15. Lackner TE. Strategies for Optimizing Antiepileptic Drug Therapy in Elderly People. *Pharmacotherapy* 2002;22(3):329-364.
16. Lamberg L. New guidelines on managing chronic pain in older persons. *JAMA* 1998, 280, 4:331.
17. Leland JY. Chronic pain: primary care treatment of the older patient. *Geriatrics* 1999;54(1): 23-8, 33-4,37.
18. Peck P. Elderly with Neuropathic Pain at Risk for Inappropriate Analgesia. American Academy of Family Physicians Scientific Assembly 2003.
19. Quillen DM. Pain Management in the Elderly. *Medscape Primary Care* 2001;3(2).
20. Rodríguez López MJ, Espejo García A. Vía espinal en el tratamiento del dolor crónico. En: Torres LM. *Medicina del Dolor*. Barcelona. Ed Masson. 1997: 583-600.
21. Task Force on Pain in the Elderly. Pain in the Elderly. In: B.R. Ferrell and B.A. Ferrell, (Eds.). Seattle: IASP Press 1996.
22. Woolf C, Mannion RJ. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *Lancet* 1999; 353: 1959-64.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN TORNO AL TRATAMIENTO CON OPIÁCEOS EN EL ANCIANO

Juan Santos Lamas

INCIDENCIA DE DOLOR EN EL ANCIANO

El dolor crónico esta presente en un número muy elevados de ancianos, situándose su prevalencia entre el 25-50 % de los ancianos no institucionalizados. Además según datos de la Sociedad Española del dolor (SED) de 2004, en el 11 % de los ancianos el dolor no está aliviado, datos parecidos a los encontrados en el resto de Europa que sitúan el dolor no aliviado en el anciano en una frecuencia del 19 %. Estos cuadros algícos prácticamente se deben a cualquiera de los grandes síndromes dolorosos.

1.- Dolor osteoarticular. Se considera que la osteoartritis degenerativa es la causa más frecuente de dolor osteoarticular en el anciano. En la tabla 1 vemos la prevalencia (número de casos nuevos por cada 1.000 personas) según distintos grupos de edad. Destacamos que para los mayores de 65 años la suma de alteraciones ortopédicas y osteoartritis superan los 500 casos /1.000 personas en comparación con los escasos 150 casos/1.000 personas en las personas de menos de 45 años de edad.

Tabla 1. Prevalencia de enfermedades crónicas. Casos /1.000 personas.

<i>Patología</i>	- 45	46-64	+ 65
Artritis	24.8	193.2	387.0
Alteraciones del oído	44.0	178.5	368.0
Hipertensión	30.7	242.4	306.0
Alt. ortopédicas	94.0	159.6	167.9
Diabetes	7.6	57.9	96.4
Alteraciones oculares	27.0	63.5	94.2

2.- Dolor neuropático. La incidencia de dolor neuropático aumenta con la edad, siendo el 35 % de los pacientes que lo presentan, mayores de 65 años. Causas típicas dentro de este síndrome son la neuralgia postherpética (NPH) y la neuropatía diabética. Así más del 50 % de los pacientes diabéticos presentarán una neuropatía después de 20 años de evolución de su diabetes. Por otro lado la frecuencia de NPH es más elevada en la ancianidad que en la edad adulta, 50 % frente a 10-15 %.

3.- Dolor vascular. Tanto el dolor isquémico en extremidades como el dolor anginoso son, lógicamente más frecuentes, en el anciano.

Tabla 2. Probabilidad de desarrollar cáncer según la edad.

Edad	hombres	mujeres
0 - 80	44.84 1 de cada 2	39.26 1 de cada 3
0 - 39	1.72 1 de cada 58	1.92 1 de cada 52
40 - 59	7.74 1 de cada 13	9.33 1 de cada 11
60 - 80	34.40 1 de cada 3	23.22 1 de cada 4

4.- Dolor oncológico. En la tabla 2 apreciamos la probabilidad de desarrollar cáncer según la edad, y se comprueba que esta posibilidad es mucho mayor en el grupo de 60 – 80 años, siendo de 1 para cada 3 varones y de 1 para cada 4 mujeres. Esta mayor incidencia, unida a la mayor supervivencia lograda actualmente en el tratamiento del cáncer

hace, que la prevalencia del dolor por cáncer se eleve con la edad, el 87-90 % de los ancianos con cáncer en fase terminal presentaban dolor y el 13 % de ellos lo tienen de intensidad elevada.

Así pues los ancianos pueden tener dolor por cualquiera de los grandes síndromes dolorosos.

ANCIANIDAD Y SENESCENCIA

El envejecimiento comienza a partir de los 20 años, y a partir de esta edad nuestro deterioro físico se irá haciendo más patente a medida que pasa el tiempo, produciéndose pequeñas muertes cotidianas, pérdida de dientes, caída del pelo, aparición de canas, disminución de sentidos como la vista y el oído...

¿Cuándo o a qué edad, en este proceso de envejecimiento, llegamos a ser ancianos? Primeramente debemos definir qué es la ancianidad. La ancianidad es el tiempo cronológico a partir del cual la sociedad considera que la persona es anciana. La edad a la cual se nos considera ancianos ha variado según la evolución histórica, así en la antigüedad se era anciano a los 25 años, mientras que en la actualidad se es anciano a los 75 años. Esta cifra de 75 años está propuesta por los geriatras y se sitúa por encima de la habitualmente aceptada hasta ahora de 65 años, ya que consideran que hasta los 75 años el deterioro producido por el envejecimiento, que convierte a los adultos sanos en personas vulnerables, con reservas fisiológicas disminuidas y sobre todo

con distintos grados de dependencia, no se ha hecho evidente.

La senescencia la definimos como el deterioro biológico establecido y es independiente de la edad cronológica. Así existirán personas de 50 años con gran deterioro biológico y otras de 80 años que conserven íntegras su salud y sus facultades mentales y físicas. De todas formas establecemos la edad de 75 años como referencia para la ancianidad.

Existe según la OMS, otro concepto es el llamado “anciano frágil”. Los ancianos que presenten alguna de las siguientes características pueden ser incluidos dentro de este concepto: edad superior a 80 años, vivir solo, presentar alguna enfermedad crónica y/o discapacitante, sexo femenino (viudas y solteras), bajo nivel económico, no tener hijos y vivir en instituciones. Los ancianos que se encuentran en esta situación de fragilidad tienen un equilibrio muy precario, tanto de factores biomédicos como de factores psicosociales y emocionales.

INFRATRAMIENTO DEL DOLOR EN EL ANCIANO

La indicación de tratamiento del dolor con opiáceos en el anciano es la misma que para otros grupos de edad, fundamentalmente la intensidad del dolor; no debiendo existir ninguna discriminación para el uso de opiáceos por motivos de edad o diagnóstico.

Este tipo de tratamiento rara vez se lleva a la práctica en pacientes no oncológicos, y como muestra de ello, en el estudio EPIDOR (Estudio

Epidemiológico del Dolor en Reumatología en España), se encontró que de forma global, el tratamiento con AINE estaba establecido en el 40 % de los pacientes con dolor osteoarttrítico y que el consumo más elevado de AINE, se establecía entre los 60 – 70 años. Sólo el 5.6 % de los pacientes con dolor osteoarttrítico que acudían a las consultas de Reumatología recibían tratamiento con opiáceos, y todo ello a pesar de que el 47 % refieren un alivio regular o malo de su dolor.

En otros estudios realizados en pacientes en atención domiciliaria en Inglaterra (nursing homes), se comprobó que un 16 % de los ancianos eran tratados solamente con paracetamol y lo que es más preocupante, que un 26 % de los ancianos referían dolor y no eran tratados con analgésicos.

A mayor abundamiento, entre los factores de mayor riesgo de no recibir analgésicos se encuentran: ancianidad, demencia, minorías étnicas y polifarmacia, es decir tres de estos cuatro factores pueden estar presentes en los casos de ancianidad, pues muy frecuentemente los pacientes ancianos están polimedicados y la demencia se evidencia de forma bastante frecuente por encima de los 80 años.

OBJETIVOS BASICOS

Debemos intentar que el tratamiento del dolor cumpla con dos objetivos:

1.- Mejoría de la confortabilidad: este es lógicamente el primer objetivo,

tratar el dolor “per se”, aunque ocasionalmente deberíamos tener límites realistas, por ejemplo: en ocasiones no podremos hacer desaparecer el dolor en toda su intensidad, pero sí mejorarlo de cara a reducirlo a límites entre 2-3 de la EAV (escala analógica visual).

2.- Restablecimiento Funcional: el tratamiento del dolor debe llevar asociado la mejoría de la capacidad física, la mejoría de la capacidad psicológica y la integración familiar y social, es decir minimizar la incapacidad a la que se ve sometido cualquier persona con dolor persistente consiguiendo la autosuficiencia del anciano.

VARIACIONES FARMACOCINETICAS QUE LIMITAN LA PRESCRIPCION DE OPIACEOS

Si bien no debe existir ninguna limitación en la prescripción de opiáceos en los ancianos, sí debemos ser conscientes de que la ancianidad conlleva unas alteraciones de la homeostasis que pueden desencadenar una mayor sensibilidad a los efectos de los fármacos opiáceos.

Normalmente la absorción intestinal está disminuida, lo que conlleva una disminución del agua corporal y a una disminución de proteínas plasmáticas, produciendo una reducción del volumen de distribución del opiáceo con un aumento de la concentración plasmática y por lo tanto un aumento de la toxicidad.

Por otra parte, en la ancianidad es muy frecuente la disminución de la tasa de filtrado glomerular, lo cual conlleva

un aumento de la toxicidad de los fármacos que se excretan por vía renal (metabolitos de la morfina).

Otro factor importante es el mal estado nutricional de los ancianos, sobre todo si están afectados de cáncer, con la consiguiente disminución de la albúmina sérica, con lo cual la fracción libre de los fármacos que se unen a proteínas estaría notablemente elevada, aumentando consecuentemente su toxicidad.

La ancianidad afecta también al metabolismo hepático de los fármacos, sobre todo a las reacciones tipo I (enzimas del citocromo P-450), y muy raramente a las reacciones tipo II (glucoronización). La morfina es metabolizada en el hígado por reacciones tipo II en dos metabolitos M3G (morfina 3 glucoronido) y M6G (morfina 6 glucoronido), ambos eliminados por vía renal y, como hemos referido anteriormente, la alteración de la función renal es muy frecuente en la ancianidad, por lo cual se acumulan ambos metabolitos. La M6G se une a receptores opioides y puede contribuir a la analgesia y a la toxicidad. Por su parte la M3G puede tener un efecto antagonista de la M6G y por ello ha sido implicada en casos de dolor con pobre respuesta la morfina.

En resumen, desde el punto de vista farmacocinético existe un aumento de la biodisponibilidad oral, una prolongación de la vida media y una disminución en el aclaramiento renal de los metabolitos activos. Por todo ello, al efectuar el tratamiento con opiáceos en los ancianos deberemos iniciar el tratamiento con dosis menores de las habituales y pautarlos cada 6 horas en

lugar de cada 4. Con posterioridad se individualizará la dosis teniendo en cuenta el axioma: empezar despacio y subir la dosis lentamente.

POLIMEDICACION

Aparte de estas consideraciones farmacológicas existen otros factores que hay que tener en cuenta a la hora de prescribir un tratamiento con opiáceos en el anciano.

Primeramente habrá que valorar la existencia de otras enfermedades como: alteraciones cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, EPOC, hipertrofia prostática, depresión... Todas las cuales nos harán valorar la disminución inicial de las dosis, así como tener más precaución en la aparición de efectos secundarios tanto en número como en intensidad. A este respecto los más acusados son el estreñimiento y el deterioro cognitivo.

Por otra parte esta existencia de pluripatología conlleva una polifarmacia, el 30 – 40 % de los ancianos llegan a tomar más de 20 comprimidos al día y esto provoca:

1.- Mayor posibilidad de interacciones farmacológicas.

2.- Mayor frecuencia de aparición de efectos secundarios indeseables (retención de orina, trastornos cognitivos...).

3.- Mayor incumplimiento terapéutico. El porcentaje de incumplimiento del tratamiento establecido se sitúa entre el 25 y el 60 % y es directamente proporcional al número de fármacos recetados.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EL TRATAMIENTO CON OPIACEOS

Afortunadamente, han pasado los tiempos en los que la disponibilidad de preparados de opiáceos mayores se restringía a morfina y meperidina por vía parenteral, soluciones de morfina (acuosa, de Twincross, de Bromphon...) y preparados comerciales de buprenorfina (oral y parenteral) y pentazocina. En la actualidad la disponibilidad de preparados comerciales, prácticamente abarca casi todas las vías de administración, disponiendo de morfina oral de liberación rápida y retardada, buprenorfina y fentanilo transdérmicos, oxicodona oral y fentanilo transmucosa oral.

Antes de desarrollar el tratamiento con opiáceos, creemos conveniente dejar claro que algunos opiáceos no están indicados en el tratamiento del dolor persistente en el anciano (ni en adultos como sería el caso de meperidina y pentazocina).

La meperidina no es útil en los ancianos por tener una vida media muy baja, 2-3 horas, presentarse únicamente en forma de administración por vía parenteral y tener un metabolito activo, normeperidina, que puede originar convulsiones. Tanto el dextropropoxifeno como la metadona, no son aconsejables por tener una vida media muy prolongada. En cuanto a la pentazocina, la producción de efectos psicomiméticos severos y su acción agonista-antagonista, hace que no sea recomendable en ancianos (ni en adultos). La buprenorfina sublingual puede producir un pico plasmático elevado indeseable en

pacientes ancianos con dolor persistente, aun así el concepto de su mecanismo de acción como agonista parcial esta hoy en día en revisión y se considera que se comporta como agonista puro hasta dosis elevadas de 12-14 mg/día, por lo cual en las formas de presentación transdérmicas, puede ser considerado como un fármaco útil en el anciano.

Para que el anciano pueda llevar a cabo con éxito un tratamiento con opiáceos, éste debe cumplir los siguientes requisitos:

1.- La vía de administración debe ser cómoda, prioritariamente recurrir a la vía oral o transdérmica. El 20 % de las personas de más de 65 años viven solas, la ausencia de un cuidador, unido a la disminución de las funciones cognitivas, visuales... hace que la simplificación del tratamiento evite el abandono del mismo.

2.- Los fármacos deben de ser de liberación retardada, al menos de 12

horas, o transdérmicos para evitar picos de concentraciones plasmáticas elevadas que favorecen la toxicidad, y para favorecer el cumplimiento del tratamiento.

3.- Debe de poseer pocos efectos secundarios, sobre todo ser poco astringentes.

Siguiendo estas recomendaciones no deben existir problemas a la hora de pautar tratamiento con opiáceos en pacientes ancianos, ahora bien en el caso del anciano frágil proponemos un tratamiento inicial con opiáceos mayores resumido en la **tabla 3**, donde se expone el fármaco con su dosis inicial, la vía de administración y la dosis equivalente en morfina para 24 h. La posibilidad de cortar los parches matriciales de buprenorfina y de fentanilo, nos permiten ajustar las dosis para cumplir con el axioma anteriormente referido de comenzar despacio y continuar lentamente.

Tabla 3. Opiáceos para el anciano frágil.

Fármaco	Vía	Pauta	Morfina mg/24 h
Fentanilo 25	TTS	72 h	50
Fentanilo 12.5	TTS	72 h	25
Buprenorfina 35	TTS	96 h	30
Buprenorfina 17.5	TTS	96 h	15
Morfina retard 10	VO	96 h	20

Esta tabla nos permite encontrar una dosis diaria equivalentes a 20-25 mg de morfina en 24 h mediante el uso de la vía transdérmica tanto de buprenorfina como de fentanilo.

Así mismo conviene recordar las dosis iniciales y máximas para los ancianos, de los opiáceos más comúnmente usados. Estas dosis se resumen en la **tabla 4** y advertimos que para los agonistas puros no existe techo analgésico, pero que a partir de las dosis descritas el seguimiento de los pacientes ancianos deberá ser muy estricto para tratar los efectos secundarios sobre todo de tipo deterioro cognitivo.

Conviene recordar brevemente los efectos secundarios de los fármacos opiáceos:

1.- Iniciales: Al comienzo del tratamiento son comunes: náuseas/vómitos, somnolencia, inestabilidad y confusión. Los

primeros pueden ser tratados con haloperidol, 0.5 a 1 mg por la noche (no más de 1.5 mg/día). Para la somnolencia etc.. sería necesario reducir la dosis.

2.- Tardíos: estreñimiento y sudoración suelen ser frecuentes al avanzar el tratamiento. Todos los pacientes que reciban opiáceos deberán tener medidas antiestreñimiento, comenzando con una buena hidratación, medida difícil de conseguir en pacientes ancianos.

3.- Ocasionales: sequedad de boca, prurito, retención aguda de orina, este último efecto secundario puede estar favorecido por la hipertrofia prostática.

4.- Excepcionales: La depresión respiratoria es el gran temor para el uso de opiáceos y cabe señalar que los efectos gastroerosivos y de hemorragia digestiva alta son más frecuentes y tienen mayor morbimortalidad que la posible depresión respiratoria por sobredosificación absoluta o relativa de opiáceos.

Tabla 4. Dosificación de opiáceos en el paciente anciano.

<i>Fármaco</i>	Dosis inicial	Dosis máxima*
Tramadol	25 mg/12h	300 mg/día
Morfina	5 - 10 mg/noche	10 - 20 mg/6-8 h
Morfina Retard	10 mg/día	60 mg/12h
Fentanilo TTS	12.5 mcg/h	150 mcg/h
Buprenorfina TTS	8.75 - 17.5 mcg/h	140 mcg/h

* Los fármacos agonistas puros no tienen dosis techo.

Bibliografía

1. Sanz-Ortiz J. Ancianidad y mundo opioide. *Med Clin (Barc)* 2004;122(6):227-230.
2. Espinosa JM, Muñoz F. Dolor crónico en el anciano. *Actualizaciones en dolor*. 2000;1(2):71-77.
3. Ruoff G. Management of pain in patients with multiple health problems: a guide for the Practicing Physician. *Am J Med*. 1998;105(1B):53S-59S.
4. Sutton L, Clipp E. Management of terminal cancer in elderly patients. *Lancet Oncol* 2003;4: 149-157.
5. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997; 70:3-14.
6. Franco ML, Seoane A. Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 29-38.
7. Popp B, Portenoy R. Management of chronic pain in the elderly: pharmacology of opioids and other analgesic drugs. Ferrell BR and Ferrell BA Editors. In *Pain in the elderly*. Seattle 1996, IASP Press 21-34.
8. Stein W. Cancer pain in elderly. Ferrell BR and Ferrell BA Editors. In *Pain in the elderly*. Seattle 1996, IASP Press 69-80.
9. Gloth III F. Pain management in elderly patients. Aronoff G Editors. In *Evaluation and treatment of chronic pain 3^a edition*. Baltimore 1998. Williams & Wilkins. 411-419.

FÁRMACOS ADYUVANTES

José M. Espinosa Almendro

CONCEPTO Y DEFINICIÓN

Es necesario diferenciar conceptos que generalmente se confunden en el lenguaje médico ordinario y no pocas veces en el lenguaje científico, para ello distinguimos:

- **Fármacos coanalgésicos:** son aquéllos que tienen un efecto clínico en el tratamiento del dolor y cuya prescripción obedece a alguna de las siguientes razones:

- 1.- Incrementar el alivio de ciertos tipos de dolor, de acuerdo con la fisiopatogenia del mismo, Vg.: corticoides en dolor provocado por compresión nerviosa.
- 2.- Tratar el efecto adverso de los analgésicos, Vg.: laxantes en pacientes que toman opioides.
- 3.- Tratar las alteraciones psicológicas que acompañan al dolor, Vg.: ansiolíticos en pacientes terminales con dolor y ansiedad.

- **Fármacos adyuvantes:** son aquéllos cuya indicación primaria es otra

diferente al dolor, pero posee efecto analgésico en determinadas condiciones de dolor.

RESPUESTA DEL DOLOR A LOS OPIOIDES

La respuesta del dolor a los opioides es un concepto a tener en cuenta en el manejo de fármacos adyuvantes; es el grado de analgesia que se alcanza con un fármaco opioide dentro de los límites tolerables de la toxicidad. Sabemos que la relación entre analgesia y toxicidad es variable y puede modificarse por intervenciones específicas entre las que destacan:

- El dolor neuropático.
- El dolor incidental.
- El dolor irrelevante a opioides.
- La tolerancia.
- La toxicidad tardía al opioide.

En todas estas circunstancias, se hace necesario el uso de fármacos adyuvantes, ya que sólo con el opioide

difícilmente se conseguirá una analgesia completa libre de toxicidad.

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS INVOLUCRADOS EN LA ALTERACIÓN DE LA RESPUESTA AL OPIOIDE

Actualmente se estudia e investiga en esta línea, presentamos los mecanismos actualmente descritos sin menoscabo de que en próximas fechas pudieran aparecer otros mecanismos diferentes. Los principales son:

- La pérdida de los receptores opioides: si se secciona experimentalmente un nervio periférico se observa que se pueden perder hasta el 70% de los receptores mu del asta posterior de la médula espinal. Esta reducción de la cantidad de receptores junto con la alteración de la neuromodulación requiere un incremento de la dosis de opioide para alcanzar el mismo nivel de analgesia.
- Los metabolitos de la morfina: la acumulación de estos metabolitos se relaciona con efectos tóxicos, Vg.: la acumulación de morfina-3-glucuronido provoca mioclonus.
- Los péptidos antiopioides: son polipéptidos no opioides capaces de alterar la configuración del receptor mu impidiendo la acción de la morfina.
- La dinorfina: es un opioide que está incrementado en el dolor neuropático y tiene afinidad por el receptor kappa, también está incrementado en situaciones de inflamación.

- Los receptores NMDA (N-metil-D-Aspartato): son uno de los tipos de receptores para el glutamato a nivel del asta posterior de la médula espinal. La estimulación de estos receptores disminuye la sensibilidad a opioides produciendo un estado hipersensitivo central. El llamado “efecto cuerda” mediado por estos receptores implicaría secundariamente la amplificación y la prolongación de la actividad de las neuronas nociceptivas a partir de la estimulación de las fibras C por diferentes estímulos. Los fármacos antagonistas NMDA reducirían la hiperalgesia y, si se administran junto con opioides, incrementarían el efecto analgésico de éste.

PRINCIPALES GRUPOS FARMACOLÓGICOS

Los grupos farmacológicos más empleados son:

- Corticoides.
- Antidepresivos.
- Anticonvulsivantes.
- Antagonistas de los receptores NMDA
- Anestésicos locales por vía sistémica.
- Otros fármacos que pueden emplearse.

Corticoides

Los efectos que producen son: efecto antiinflamatorio, antianorexígeno, euforizante, potencian la acción de los analgésicos y de los antieméticos. Se aconseja darlos en dosis oral única

matutina, ya que si se dan por la tarde pueden alterar el sueño.

Se aconsejan en:

- Dolor por aumento de presión intracraneal.
- Dolor por compresión nerviosa o medular.
- Dolor óseo.
- Dolor por hepatomegalia.
- Dolor por linfedema.

El corticoide más empleado es la dexametasona porque es el más potente. No tiene actividad mineralcorticoide por lo que no produce retención hidrosalina. Es de elección en metástasis cerebrales por su efecto en el edema cerebral.

Las equivalencias entre los distintos corticoides son:

0,75 mg de dexametasona	=
4 mg de metilprednisolona	=
5 mg de prednisona	=
7,5 mg de deflazacort	=
20 mg de hidrocortisona	=
25 mg de cortisona	

Antidepresivos

Históricamente se ha venido empleando la amitriptilina como fármaco de elección pero se ha puesto en cuestión en los últimos años debido a los efectos adversos que provoca, que se hacen más patentes en las personas mayores. Dado que la indicación debe ser siempre individualizada, se aconsejará únicamente en aquellos casos en los que los efectos

adversos sean asumibles en función de los beneficios a obtener.

Cada vez hay más estudios que aconsejan el empleo de antidepresivos no tricíclicos sabiendo que en su mayoría tienen un efecto analgésico más débil pero presentan un mejor perfil de efectos secundarios; destacan:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, la paroxetina es eficaz en la neuropatía diabética, mejora los sofocos en el cáncer de mama y el prurito en el cáncer avanzado, además es poco sedativa. La fluvoxamina puede tener efecto en el dolor neuropático, potencia la analgesia por opioides, pero tiene riesgo de pancreatitis.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina: los estudios demuestran que la venlafaxina tiene más potencia que los ISRS, teniendo un nivel de eficacia parecido a los antidepresivos tricíclicos pero con poca toxicidad, se indica sobretodo en el dolor neuropático con sensación urente, alivia los sofocos secundarios de la castración quirúrgica o química en el cáncer de próstata y en el de mama.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de aminas: la nefazadona aparece como fármaco adyuvante que tiene potencia similar a la amitriptilina con menos efectos secundarios.

Anticonvulsivantes

Consiguen la analgesia por su efecto estabilizador de la membrana. Clásicamente se han empleado la carbamazepina, el valproato o la difenilidantoína, hoy día apenas se emplean y han sido desbancados por la gabapentina

que tiene un perfil de efectos indeseables mucho más tolerable. Se comienza con 300 mg/24h y se va subiendo dosis hasta alcanzar los efectos deseados, suele rondar los 900-1800 mg/24h.

Antagonistas de los receptores NMDA

Son fármacos cuyo uso se reserva hoy día a unidades especializadas por los efectos secundarios que pueden presentar.

El receptor NMDA (N-metil-D-Aspartato) es un receptor de glutamato localizado en la 2ª neurona del asta posterior. Su activación provoca disminución de la sensibilidad a los opioides, así el mecanismo de acción más aceptado es como mediador de la resistencia a los mórficos en el dolor neuropático, la hiperalgesia y la alodinia y la tolerancia a los mórficos. La administración de este tipo de fármacos reduce el estado de hiperalgesia y mejora la respuesta a opioides. Los más importantes son:

- Ketamina: es un anestésico disociativo que tiene propiedades analgésicas a dosis subanestésicas. Está contraindicado en ACV y en insuficiencia cardíaca. Tiene importantes efectos secundarios entre los que destacan: sueños vividos desagradables, alucinaciones, mareos, cambios de humor... La vía oral es más potente y más segura que la vía subcutánea aunque también se puede emplear, se inicia con dosis de 25 mg/6h pudiendo llegar hasta 200 mg/6h.
- Dextrometorfano: es un derivado sintético opioide sin acción sobre los receptores de opioides, se emplea mucho como antitusígeno, para su efecto adyuvante aún no está esta-

blecida la dosis recomendable aunque es mucho mayor. Existen numerosos estudios en desarrollo aunque aún no existe evidencia.

- Metadona: el efecto analgésico lo obtiene por un doble mecanismo, uno opioide (isómero L) y otro no opioide (la D-metadona es un antagonista NMDA), su uso está especialmente reservado a unidades especializadas.
- Otros: la amantadina, la memantina o el magnesio están demostrando resultados esperanzadores aunque su uso aún no está generalizado.

Anestésicos locales empleados por vía sistémica

Su uso está también reservado a unidades especializadas. Presentan alta toxicidad, destacando la presencia de náuseas, vómitos, somnolencia, parestesias, encefalopatía o cardiotoxicidad. Entre los más estudiados destacan:

- La perfusión de lidocaína; el mecanismo de acción es por bloqueo de los canales del sodio, está indicado en el dolor neurítico intratable, se perfunden de 100 a 200 mg en una hora, si alivia se puede pasar a mexiletina por vía oral.
- Mexiletina oral, igual mecanismo de acción que la lidocaína, está especialmente indicado en la neuropatía diabética.
- Tocainamida, indicada en la neuralgia del trigémino.

Otros fármacos que pueden emplearse

- Bifosfonatos: dolor por metástasis ósea lítica.
- Clodronato, pamidronato, zoledronato: hipercalcemia.

- Calcitonina: metástasis ósea dolorosa, está desplazando a los bifosfonatos.
- Estroncio 89: dolor por metástasis ósea de tumores hormonodependientes.
- Nifedipino: tenesmo rectal, espasmo esofágico.
- Baclofeno: dolor neuropático lancinante.
- Benzodiacepinas: dolor con componente ansioso y/o contracturas musculares, entre los más aconsejados destacan: diazepam, lorazepam, alprazolam, midazolam y clonazepam.

Bibliografía

- 1.- Cancer pain relief 2nd edition. Organización Mundial de la Salud. Geneve 1996; 29-35.
- 2.- Dickenson A. Neurophysiology of opioid poorly responsive pain. En: Hanks Geoffrey; Palliative Medicine: problems areas in pain and symptom management. Cancer Surveys 1994; vol 21: 5-16.
- 3.- De Simone G. Fármacos coanalgésicos. En: Gómez Sancho M. Medicina paliativa en la Cultura Latina. Ed Arán. Madrid, 1999.
- 4.- Guía terapéutica en Atención Primaria basada en la Evidencia. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona, 2003.
- 5.- Martín Lesende I et al, Atención a las Personas Mayores desde la Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Semfyced. Barcelona, 2004.
- 6.- Gálvez Mateos R. Guía Práctica en Atención Primaria: Nociones sobre el Dolor Neuropático. Abadía Group. Granada, 2004.
- 7.- Boceta Osuna, J. et al. Cuidados paliativos domiciliarios, atención integral al paciente y su familia. Consejería de salud de la Junta de Andalucía, Sevilla 2004.
- 8.- Atención al anciano, semFYC.
- 9.- Atención al anciano y cuidados domiciliarios, samFYC.
- 10.- Guía farmacológica semFYC.
- 11.- Pascual, L; Pastor,V; En: Grupo de atención domiciliaria de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Domiciliaria al paciente con cáncer en los últimos días de vida. Edita: Fundación SVMFYC. Asta Médica. Madrid, 2000.
- 12.- Cuidados Paliativos: Proceso Asistencial Integrado: Consejería de Salud. Sevilla, 2002.
- 13.- Herrera Molina E., Bruera E.; Hiperalgnesia y tolerancia a opioides: relación con los receptores y antagonistas N-Metil-D-Aspartato. Med Pal 9 (1). 2002. 13' 21. Aran. Ed. Madrid 2002.
- 14.- Portenoy RK. Adjuvant analgesics in pain management. En: Derek Doyle et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 361-390. Second Edition. Oxford medical Publications. Oxford, 1998.
- 15.- De Simone G. Alivio del dolor IV: Fármacos coanalgésicos. En: Gómez Sáncho M et al. Cuidados Paliativos. Atención Integral a Enfermos Terminales. Vol I, pag 439-452. Ed ICEPSS. Las Palmas, 1998.
- 16.- Azanza Perea, JR et al, Antidepresivos. En Azanza Perea JR et al. Guía práctica de Farmacología del Sistema Nervioso Central. 4ª edición. Ed. 2001 ediciones. Madrid, 2001.

EFFECTOS SECUNDARIOS DIGESTIVOS DE LOS AINE EN LA POBLACIÓN ANCIANA

Ángel Álvarez Sánchez

CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGIA

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se encuentran entre los fármacos más utilizados en todo el mundo por sus propiedades antiinflamatorias y analgésicas, su tolerancia y su rapidez de acción. No obstante, los efectos secundarios son frecuentes (hasta en el 30% de los pacientes) con potencial grado de morbi-mortalidad (1). En la actualidad se conocen con detalle los mecanismos de acción de este grupo farmacológico y sus efectos secundarios, entre los que destacan por su frecuencia y potencial gravedad los que afectan al aparato digestivo.

El progresivo envejecimiento de la población junto al incremento de la expectativa de vida sobre todo en los países desarrollados, entre los que podemos incluir a España, ha originado un cambio en los esquemas de atención sanitaria ya que la población anciana presenta una serie de características fisiológicas que condicionan los diferentes aspectos fisiopatológicos generales. De igual manera, la utilización de este grupo farmacológico en este grupo de

población está muy extendida. Se calcula que aproximadamente entre el 10 al 20% de la población mayor de 65 años utilizan AINE diariamente (2). De igual manera, se han ampliado progresivamente las indicaciones de este tipo de fármacos, como por ejemplo es el caso de las dosis bajas de aspirina como profilaxis de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Todo esto facilita el hecho de que este grupo farmacológico esté entre los más prescritos, así en España se calcula que aproximadamente se realizan 27 millones de prescripciones anuales de AINE (3).

Los efectos secundarios de los AINE son frecuentes. Los efectos adversos gastrointestinales de estos fármacos son posiblemente los más comunes, seguidos de las reacciones adversas renales (alteraciones en la hemodinámica renal e insuficiencia renal), las cutáneas (fenómenos de hipersensibilidad, urticaria o eritema multiforme), neurológicas (cefaleas, tinnitus) o hepáticas (elevación de enzimas hepáticas).

Se han identificado varios factores de riesgo para el desarrollo de efectos secundarios gastrointestinales por AINE que están en relación con el propio paciente, con la utilización de otros fármacos y con los AINE en sí mismos (tipo, dosis y tiempo de tratamiento) (Tabla 1) (4).

Se ha determinado que la edad mayor de 60 años se ha constituido como uno de los factores de riesgo más importantes. Como posible causa podrían estar, por un lado el gran porcentaje de prescripciones de este grupo de edad. Un reciente estudio transversal multi-céntrico observacional en unidades de

Tabla 1. Factores de riesgo de los efectos secundarios digestivos por ingesta de AINE.

Factores propios del paciente	Fármacos asociados	Relativos a los AINE	No confirmados
Edad > 60 años	Corticoides	Tipo	Sexo femenino
Antecedentes ulcerosos	Anticoagulantes	Dosis	Alcohol y tabaco
Antecedentes de hemorragia digestiva		Tiempo de tratamiento	Enfermedades crónicas
Grado de discapacidad (artritis reumatoide)			<i>Helicobacter pylori</i>

Geriatría realizado en España y aún no publicado (Verdejo C et al.) determina que hasta el 15% de la población mayor de 65 años utiliza de forma continuada AINE. Por otro lado se han descrito

numerosos cambios a los que se ve sometido el tubo digestivo como producto del envejecimiento, que podrían desempeñar un factor fisiopatológico importante (Tabla 2).

Tabla 2. Cambios fisiopatológicos digestivos en el curso del envejecimiento.

Esófago	Incoordinación motora Retraso relajación del EES Aparición ondas terciarias Disminución aclaramiento Disminución resistencia mucosa
Estómago y duodeno	Alteración flujo sanguíneo mucoso Disminución secreción de moco Aumento reflujo duodenogástrico Disminución capacidad regenerativa mucosa Alteraciones en el vaciamiento gástrico

Los efectos secundarios farmacológicos en la población anciana son muy frecuentes. Un estudio italiano multicéntrico ha determinado que hasta el 3,5% de los ingresos hospitalarios en este grupo son debidos a reacciones adversas farmacológicas, de las que destacan por su frecuencia las gastrointestinales (hasta el 20%). En este mismo trabajo se han identificado como factores de riesgo independientes en el desarrollo de reacciones adversas farmacológicas en los ancianos a la edad, la comorbilidad y la polimedicación (5).

FISIOPATOLOGIA Y CLINICA

El efecto terapéutico de los AINE se debe a su capacidad para inhibir la enzima ciclooxigenasa (COX). Existen dos tipos de COX: la COX-1 está presente en todos los tejidos y es fundamental en las acciones fisiológicas de las prostaglandinas, mientras la COX-2 es responsable del aumento de prostaglandinas en los procesos inflamatorios. Los efectos secundarios sistémicos de

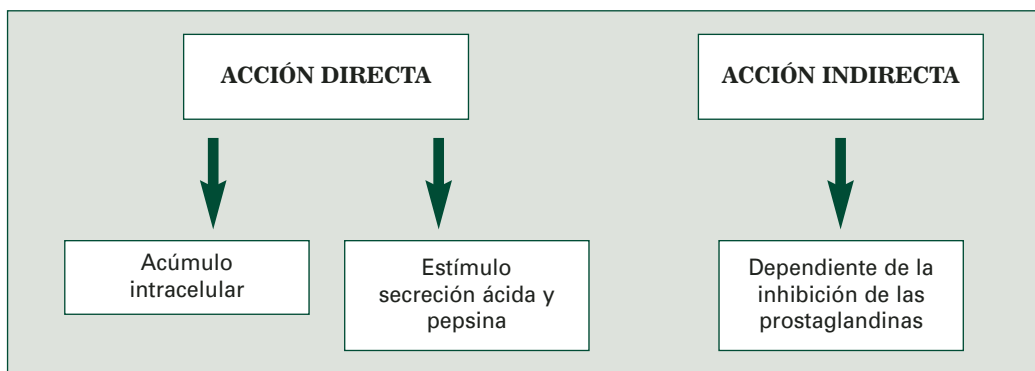
los AINE son debidos a la inhibición de la isoenzima COX-1.

Los AINE son ácidos débiles que en contacto con el medio ácido gástrico adquieren protones, convirtiéndose en una forma protónica no ionizada, altamente liposoluble, que atraviesa fácilmente la capa de moco y las membranas plasmáticas. En el interior celular (alcalino) los AINE se ionizan (liberan H⁺) convirtiéndose en formas ionizadas hidrosolubles que no difunden fácilmente a través de la membrana y quedan atrapadas en el interior celular.

El atrapamiento iónico daña la célula secundariamente por alteración de su metabolismo y de la permeabilidad celular con retrodifusión de hidrogeniones e inhibición de la fosforilación oxidativa, manifestándose morfológicamente como cariólisis, disrupción de las uniones intercelulares, necrosis, erosiones y finalmente hemorragia (6).

Por tanto el proceso fisiopatológico generador de lesiones a nivel gastroduodenal sería doble (Figura 1).

Figura 1. Mecanismos de lesión gastroduodenal de los AINE.



De forma directa mediante el acúmulo intracelular del fármaco y mediante la estimulación de la secreción de ácido y pepsina. Indirectamente también causan lesión debido a la inhibición de la síntesis de prostaglandinas. De forma más detallada, al inhibir la isoenzima COX-1, encargada de la síntesis de las prostaglandinas, el daño se produciría en tres niveles:

1. Preepitelial: disminuye la secreción y viscosidad del moco, los fosfolípidos de membrana y la hidrofobicidad, así como la síntesis de bicarbonato.

2. Epitelial: disminuye la proliferación celular e inhibe la formación de factores de crecimiento plaquetario.

3. Postepitelial: disminuyendo el flujo vascular, produciendo adhesión leucocitaria y aumentando los radicales libre y la síntesis de leucotrienos.

En cuanto a la clínica de las complicaciones gastroduodenales de la ingesta de AINE en la población anciana, ésta puede ser de un amplio espectro (7). Aunque son muy variadas la prevalencia de síntomas y lesiones endoscópicas proporcionadas en la literatura, aproximadamente un 20% de los que toman un AINE presentarán clínica dispéptica y algo más del 50% presentarán lesiones endoscópicas. Aunque es más probable la presencia de lesiones

entre pacientes sintomáticos, se encontrarían lesiones en casi el 50% de los pacientes asintomáticos si se les realizara una endoscopia (8).

Para clasificar las lesiones endoscópicas asociadas a AINE, la clasificación más frecuentemente utilizada es la de Graham, que distingue 4 grados de menor a mayor severidad. Así, en el grado 0 no existen lesiones endoscópicas, grado 1 con presencia de múltiples petequias sin lesiones erosivas de la mucosa, grado 2 con erosiones de la mucosa y grado 3 en donde se objetiva la presencia de una úlcera (9).

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

La medida primordial en el manejo de los efectos secundarios digestivos por AINE en la población anciana es individualizar el tratamiento en cada caso y prescribir estos fármacos cuando estén realmente indicados para evitar en la medida de lo posible la aparición de efectos secundarios severos (7,10). Se deberá siempre que sea posible, dado que la edad avanzada es un factor de riesgo comprobado, utilizar otros fármacos (AINE selectivos inhibidores de la COX-2) y si esto no es posible utilizar los AINE menos gastroerosivos, a la dosis mínima eficaz y durante el menor tiempo posible (Tabla 3) (11).

Tabla 3. Riesgo relativo de complicaciones gastrointestinales según el tipo de AINE no selectivo.

AINE	RIESGO RELATIVO
Ibuprofeno	1
Aspirina	1,6
Diclofenaco	1,8
Sulindac	2,1
Diflunisal	2,2
Naproxeno	2,2
Indometacina	2,4
Piroxicam	3,8
Ketoprofeno	4,2

Cuando se produce una gastropatía por AINE, la primera decisión a tomar es qué hacer con respecto al AINE. Siempre que sea posible es preferible suspender el AINE, ayudándonos de las posibilidades ofrecidas por los tratamientos no farmacológicos y el uso de analgésicos sin acción gastrolesiva.

Sin embargo, no siempre es posible suspender o evitar la administración de un AINE y cuando esto ocurre debemos recurrir a utilizar el AINE con menor capacidad lesiva, a la mínima dosis que sea eficaz evitando la asociación con corticoides u otros AINE.

En la actualidad, existe numerosa evidencia científica que aconseja la utilización de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en el tratamiento y prevención de la gastropatía por AINE (12). Además se ha comprobado que su administración reduce la sintomatología

aunque ésta no esté asociada a lesiones endoscópicas (12, 13). Por tanto, es preciso su utilización en los pacientes mayores de 65 años al ser éste un factor de riesgo comprobado. El misoprostol, análogo sintético de la prostaglandina E 1, ha demostrado también en numerosos estudios su efectividad en la profilaxis de la gastropatía por AINE. No obstante, se desaconseja su administración en ancianos debido a los efectos secundarios habituales que presenta (sobre todo diarrea) que provocan la suspensión del tratamiento.

El papel del *Helicobacter pylori* (otro factor fisiopatológico clave en la génesis de lesiones gastroduodenales) no está totalmente clarificado en la actualidad, si bien se recomienda erradicar en el caso de iniciar un tratamiento con AINE de novo y en el caso de que el consumo sea crónico no es preciso siempre y cuando se administren IBP (14).

Con respecto al tipo de IBP a utilizar y las dosis, existen estudios que muestran la efectividad de todos los utilizados actualmente, si bien será preciso identificar posibles interacciones medicamentosas, habituales en pacientes polimedicados como pueden ser los ancianos, realizando el seguimiento oportuno.

Bibliografía

1. McCarthy DM. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs. The clinical dilemmas. *Scand J Gastroenterol* 1992 (suppl):9-16.
2. Griffin MR. Epidemiology of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastrointestinal injury. *Am J Med* 1998;104: 23S-29S.
3. Lanás A. Patogenia y profilaxis de la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. *Revis Gastroenterol* 1998;1:155-172.
4. Álvarez Sánchez A, Díaz-Rubio M. Factores de riesgo en la gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos. En: AINE y Aparato Digestivo: puntos de vista del reumatólogo y del gastroenterólogo. JI Arenas y M Figueroa, eds. Madrid; Editorial Ergón, 1996: 49-56.
5. Onder G, Pedone C, Landi F et al. Adverse drug reactions as cause of hospital admissions: results from the Italian Group of Pharmacoepidemiology in the elderly (GIFA). *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1962-1968.
6. Hawkey CJ, Cullen DJ, Greenwood DC et al. Prescribing of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in clinical practice: determinants and consequences. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:293-298.
7. Phillips AC, Polisson RP, Simon LS. NSAIDs and the elderly. Toxicity and economic implications. *Drugs Aging* 1997;10:119-130.
8. Singh G, Ramey DR, Morfeld D et al. Gastrointestinal tract complications of non-steroidal anti-inflammatory drug treatment in rheumatoid arthritis. *Arch Intern Med* 1996; 156:1530-6.
9. Graham DY. The relationship between nonsteroidal anti-inflammatory drug use and peptic ulcer. *Gastroenterol Clin N Amer* 1990; 19:171-82.
10. Beyth RJ, Shorr RI. Epidemiology of adverse drug reactions in the elderly by drug class. *Drugs Aging* 1999;14:231-239.
11. Henry D, Lim LL, Garcia Rodriguez LA, Perez Gutthann S, et al. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis. *BMJ*. 1996 312:1563-6.
12. Laine L. The role of proton pump inhibitors in NSAID-associated gastropathy and upper gastrointestinal symptoms. *Rev Gastroenterol Disord* 2003;3 (suppl 4):S30-S39.
13. Kimmey MB, Lanás A. Review article: appropriate use of proton pump inhibitors with traditional nonsteroidal anti-inflammatory drugs and COX-2 selective inhibitors. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004 Feb;19 Suppl 1:60-5.
14. Hunt RH, Bazzoli F. Review article: should NSAID/low-dose aspirin takers be tested routinely for H. pylori infection and treated if positive? Implications for primary risk of ulcer and ulcer relapse after initial healing. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004 Feb;19 Suppl 1:9-16.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ANCIANO

Feliciano Sánchez Domínguez

En los próximos años, una de cuatro personas, mayores de 65 años, desarrollará un cáncer. Según la OMS, sólo un tercio de las mismas será curada de su enfermedad, mientras que el resto, padecerá en un tiempo variable, de pocos meses o años, diversos y molestos síntomas como el dolor (presente en un 60-90% de los cánceres avanzados).

La OMS define de manera genérica los Cuidados Paliativos como el cuidado integral activo de pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) se refiere de manera más concreta a los Cuidados Paliativos, como aquellos cuidados que requieren los pacientes que padecen una enfermedad terminal, definiendo este grupo de enfermos con las siguientes características:

- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Ausencia de posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos con fines curativos.

- Pronóstico de vida inferior a seis meses.
- Un gran número de problemas y síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, por la presencia, explícita o no, de la muerte.

Los pacientes con cáncer son en donde puede establecerse claramente la definición de enfermedad terminal, siendo más problemático en el resto de enfermedades crónicas. Por esto, la mejor definición de los Cuidados Paliativos, desde mi punto de vista, sea la propuesta por el subcomité del programa Europa contra el cáncer, que define los Cuidados Paliativos como *“La atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus*

familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el periodo de duelo". En esta definición se da especial importancia a la atención integral del enfermo, cubriendo todas las esferas, no sólo la física, sino la psicológica, social y espiritual; además, la unidad a tratar es la unidad familiar, en clara contraposición con la medicina tradicional, donde el objeto de la misma es el enfermo únicamente; y, además, se da una gran importancia al trabajo en equipo y al equipo multidisciplinar; como herramienta óptima para lograr la mayor calidad de vida del enfermo y de la familia.

Esta definición tiene un clara ventaja sobre las anteriores, no marca tiempo, por lo que no tenemos el problema de cuándo un enfermo es subsidiario de Cuidados Paliativos.

Por lo tanto, los objetivos básicos de los Cuidados Paliativos los podemos resumir en:

- Atención integral.
- El enfermo y la familia son la Unidad a tratar.
- Concepción activa y rehabilitadora.
- Objetivo de bienestar y calidad de vida, frente a cantidad de vida.
- Dignidad y autonomía del enfermo.

Para conseguir estos objetivos, los que nos dedicamos a los Cuidados Paliativos contamos con una serie de herramientas, que son las siguientes:

1. Control adecuado de síntomas.
2. Apoyo emocional y comunicación franca y sincera con el enfermo y la familia.

3. Trabajo en Equipo Multidisciplinar.

4. Conseguir cambios en la Organización.

De todas estas herramientas la principal, y en la que se sustentan todos los demás principios de los Cuidados Paliativos, es el control de síntomas. Las características generales de los síntomas podemos resumirlas en seis:

1. **Síntomas múltiples:** en un mismo paciente coexisten siempre diversos síntomas, y esto es más frecuente en el paciente anciano, que presenta una gran pluripatología, con presentación atípica de enfermedades que pueden enmascarar la presencia de síntomas a controlar; fundamentalmente el dolor o el síndrome confusional agudo.

2. **Síntomas intensos y largos:** la intensidad de los síntomas depende de muchos factores (percepción, significado, ánimo, moral, etc.). Clásicamente, Melzak ya identificaba factores de modulación de la percepción, y Twycross describe el ánimo, el significado y la moral como los moduladores de la intensidad de la percepción ante un mismo estímulo nociceptivo. Podemos asociar al grado de control de los síntomas, la compañía, la distracción, el afecto y los factores modificadores del ambiente, y tendremos una buena base terapéutica para atender bien a nuestros enfermos, ya que la mejora de estos factores aumentará el umbral de la percepción haciéndolos más controlables. Estos factores son de especial importancia en

el anciano, ya que la mayoría de ellos presentan aislamiento social, soledad, pobreza, viudedad reciente, cambio de domicilio, etc...

3. **Síntomas multifactoriales:** existen causas muy diferentes de un mismo síntoma, y conocer las causas permitirá un tratamiento farmacológico específico, con bases fisiopatológicas y aumentará la eficacia del mismo. En la mayoría de los casos podremos establecer las causas con una buena anamnesis y exploración física correcta. En el anciano es fundamental la valoración geriátrica correcta englobando la evaluación física y funcional del mismo.
4. **Síntomas cambiantes:** Es muy importante que tengamos una actitud preventiva-activa que detecte precozmente los signos de deterioro. En el anciano es fundamental la actitud rehabilitadora, llevada a cabo por los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales que tienen mayor habilidad en el reconocimiento de necesidades funcionales de estos pacientes.
5. **Carácter multidimensional total:** el carácter total del dolor y los demás síntomas fue descrito en 1967 por C. Saunders. La importancia de este planteamiento es, fundamentalmente, terapéutico, puesto que síntomas como el dolor o la disnea requieren un planteamiento terapéutico total.
6. **Probabilidad de control de los síntomas.**

Por lo tanto, es imprescindible establecer una metodología racional

para el control de síntomas que siga una serie de pasos:

1. **Evaluar antes de tratar:** es preciso
 - a. Evaluar la causa: definiendo su tipología, patrón, factores desencadenantes y de alivio, y respuesta al tratamiento previo.
 - b. Medir su intensidad.
 - c. Medir el impacto sobre la actividad.
 - d. Medir el impacto emocional.
2. **Iniciar siempre tratamiento combinado:** combinando medidas farmacológicas y generales:
 - a. Medidas farmacológicas: tratamiento que debe ser causal, con administración fija y regular y preferentemente oral.
 - b. Medidas generales: Físicas (cambios posturales, masajes, calor local, etc..), ambiente (relajado, de soporte..), aumento del umbral de percepción (compañía, distracción, terapia ocupacional, información, esperanza, etc...).
3. **Prevenir los efectos secundarios.**
4. **Estrategia gradual planificada:** con objetivos realistas, alcanzables, graduales y escalonados. Promover la adaptación temprana si hay escasas posibilidades de control o mejora.
5. **Prevención y control de las crisis.**
6. **Seguimiento individualizado.**
7. **Actuar en equipo.**
8. **Accesibilidad, disponibilidad y flexibilidad.**

La casa es el ambiente ideal para proporcionar al anciano los cuidados paliativos, ya que ahí están los miembros de su familia, que con la orientación del personal de salud y una buena disponibilidad, pueden ejercer excelentes cuidados a su familiar. La razón prioritaria de los cuidados paliativos domiciliarios es la de respetar el deseo del paciente terminal que quiere ser atendido y morir en su domicilio. Pero para esto es preciso establecer una serie de principios básicos:

1. Garantizar la atención y el acompañamiento al paciente y su familia durante el proceso de la enfermedad y hasta que se produzca la muerte.
2. Dispersar atención integral.
3. Lograr un buen control de síntomas.
4. Dar soporte emocional.
5. Establecer una comunicación eficaz entre el paciente y la familia.

Para todo esto es preciso que se den una serie de condiciones favorables que permitan este tipo de atención. Dentro de estas condiciones favorables nos encontramos con:

- Motivación e interés por este tipo de trabajo por parte de los profesionales implicados.

- Dedicación a tiempo completo y exclusividad.
- Atención continuada.
- Formación específica.
- Experiencia en la atención de este tipo de enfermos.
- Madurez personal de los miembros del equipo.
- Trabajo en equipo.
- Comunicación entre los distintos niveles asistenciales.
- Colaboración por parte de la familia.
- Posibilidad de ingreso.

Saber morir dignamente es la mayor prueba que puede afrontar un ser humano. Para ello es preciso prepararse con tiempo, saber integrar la vida en la última etapa y por fin, con sabiduría, poder cantar como José Luis Martín Descalzo:

“Morir es sólo morir. Morir se acaba. Morir es una hoguera fugitiva, es cruzar una puerta a la deriva y encontrar lo que tanto se buscaba”

MANEJO DEL DOLOR EN EL ANCIANO AL FINAL DE LA VIDA

Francisco Robles Agudo

INTRODUCCION

La Asociación Americana de Geriatria ha publicado diversos documentos sobre la necesidad de mejorar la calidad de los cuidados en los momentos finales de la vida, recomendando que se ofrezcan cuidados paliativos (Lynn 1997, Sepúlveda y Jiménez 1999). La adopción de una actitud terapéutica activa inicial para revertir la crisis aguda no debe impedir realizar un control sintomático simultáneo (actitud mixta o de solapamiento de tratamiento curativo y paliativo). En la atención al mayor en su fase final no tiene por qué existir un punto y aparte entre el tratamiento curativo y el paliativo.

Los cuidados paliativos constituyen la forma más adecuada de atención del paciente con cáncer en fase terminal. La propia OMS recomienda la extensión de esta forma de atención a otras patologías (Sepúlveda y Jiménez 1999). Pero es difícil establecer cuándo un mayor con enfermedad avanzada de órgano es candidato a cuidados paliativos (Von Gunten, Twaddle 1996, Grupo de trabajo

de la SEGG 1999) y debemos llamar la atención sobre la tendencia en algunos ámbitos de la medicina de “paliativizar” la atención al mayor (American Geriatric Society 1997).

Con la utilización de enfoques terapéuticos exclusivamente paliativos en mayores con enfermedades no oncológicas corremos el riesgo de privar a esta población (muy heterogénea y vulnerable) de un tratamiento adecuado. En el mayor es fácil confundir situaciones de comorbilidad, de incapacidad, de iatrogenia y de reversibilidad, con situaciones de terminalidad. Para dar respuesta a este desafío en los últimos años se ha desarrollado el concepto geriátrico de “Cuidados al final de la Vida” (Grupo de trabajo de la SEGG 1999). En parte por la dificultad de establecer un pronóstico de vida inferior a 6 meses, como criterio guía de terminalidad en la patología no oncológica y por las peculiaridades de una población (pluripatología, polifarmacia, presentación atípica de enfermedades, síndromes geriátricos, farmacocinética y farmacodinámica específicas, alteraciones funcionales,

mentales y sociales, etc.) que se beneficia de atención geriátrica especializada (American Geriatric Society 1997).

En el mayor los cuidados paliativos deben formar parte de los cuidados geriátricos continuados, englobados en los cuidados al final de la vida (Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la SEGG 1999, Sepúlveda y Jiménez 1999). Los cuidados al final de la vida deben formar parte de un proceso asistencial que compatibilice los cuidados paliativos de calidad con el manejo terapéutico adecuado y riguroso de las enfermedades crónicas y sus procesos intercurrentes (Sepúlveda y Jiménez 1999).

La elección de una actitud terapéutica paliativa en los mayores se debe realizar tras una valoración integral (clínica, funcional, mental y social), llevada a cabo por equipos especializados, para los que el conocimiento de los criterios de enfermedad avanzada de órgano es sólo un elemento más.

Resulta artificial hablar de “cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas”

como si fuera algo diferente a la continuidad en los cuidados que debemos ofrecer al mayor a medida que avanza su enfermedad. Es más adecuado promover en la práctica clínica la adopción de actitudes paliativas en el plan terapéutico global que situar los cuidados paliativos como una actitud terapéutica aislada a partir de un punto de corte determinado en la evolución de la enfermedad.

En los pacientes mayores no oncológicos es más difícil establecer un pronóstico que en los oncológicos. Hay intentos de establecer criterios rígidos de terminalidad en los mayores con patologías no oncológicas (cardiológicas, respiratorias y neurológicas) que podrían privarles del manejo correcto de las diferentes patologías en sus fases avanzadas. Los criterios pronósticos más empleados para determinar la situación de terminalidad de las patologías no oncológicas son útiles, pero deben considerarse sólo orientativos y analizarse junto a otros elementos a través de la valoración geriátrica integral (Tabla I) (Von Gunten 1996).

Tabla 1. Elementos pronósticos en enfermedades no oncológicas (Von Gunten 1996, Sepúlveda y Jiménez 1999).

- Insuficiencia cardíaca: grado IV de la NYHA.
- Neuropatías: FEV1 < 30% del valor previsto.
- Enfermedad de Parkinson: Estadio V de Yahr.
- Hepatopatía crónica: estadio C de Child.
- Deterioro funcional no rehabilitable: Índice de Barthel < 20.

La valoración geriátrica integral es fundamental para evaluar junto al diagnóstico principal otros muchos factores con capacidad pronóstica: la comorbilidad, los síndromes geriátricos (malnutrición, depresión, déficits sensoriales, caídas, incontinencia, úlceras por presión, polifarmacia,...), el deterioro funcional y mental, la situación social (cuidador principal, soporte social).

La dinámica de valoración en la medicina paliativa, es semejante a la habitual en Geriatria, y exige una historia clínica específica, con la elaboración de un listado de problemas, un plan de cuidados y un seguimiento interdisciplinario.

Al listado de problemas y al plan de cuidados, específico de la medicina paliativa, se deberían añadir los propios que pueden aparecer en el mayor, sobre todo en la patología terminal no oncológica, como el síndrome de deprivación sensorial, el síndrome de inmovilidad, las caídas, el deterioro cognitivo con su estadiaje y la presencia de sus trastornos conductuales, la iatrogenia medicamentosa, la nutrición enteral, la úlceras por presión o la incontinencia de esfínteres, todos ellos síndromes geriátricos.

Los cuidados paliativos tradicionalmente se han centrado en unidades hospitalarias específicas y en unidades domiciliarias. Sin embargo, la mayoría de los mayores fallecen en unidades hospitalarias de agudos y víctimas de patologías de larga evolución. Las unidades de Geriatria y de otras especialidades médicas que atienden a mayores con enfermedad en fase terminal pueden

beneficiarse de la aplicación de los conocimientos de la medicina paliativa y/o de las unidades del dolor.

La impregnación del hospital de los conocimientos de la medicina paliativa y de las unidades del dolor no debe entenderse como un intento de sustituir las unidades específicas de cuidados paliativos, sino de acercar la filosofía de los cuidados paliativos a los pacientes tanto oncológicos como sobre todo no oncológicos con enfermedad en fase terminal, que se encuentran con frecuencia ingresados en salas de geriatría, medicina interna, etc para aportarles unos cuidados adecuados en los momentos finales de la vida y garantizar la continuidad de los mismos.

Al mismo tiempo, los mayores pueden beneficiarse también de los conocimientos de la medicina geriátrica y de la geriatrización de otras especialidades, incluyendo las unidades para el tratamiento del dolor y las unidades de cuidados paliativos. En el cuidado del mayor en la fase final de su enfermedad la geriatría aporta: 1) Conocimientos específicos del manejo y evolución de las fases terminales de determinadas patologías irreversibles en estadio avanzado 2) visión integral del enfermo con trabajo interdisciplinario 3) experiencia en la asistencia domiciliaria 4) experiencia en la coordinación con los diferentes niveles asistenciales, manteniendo una fluida relación con los profesionales de atención primaria y residencias para asegurar la continuidad de cuidados y 5) conocimiento de los recursos sociosanitarios existentes para la atención de estos pacientes.

Entre los criterios de calidad de cuidados al final de la vida debemos resaltar el respeto a la autonomía del enfermo, el control de los síntomas y la necesidad de un control ético en la toma de decisiones (Ferrel 1991, Von Gunten, Twaddle 1996, American Geriatric Society 1997, American Geriatric Society 1998, Gómez Pavón 2000, Wenger y Rosenfeld 2001)

Queda un gran camino por recorrer en el desarrollo de unos cuidados al final de la vida de calidad, los datos referentes a los estudios realizados revelan deficiencias en el medio hospitalario, domiciliario y residencial. El dolor producido por el cáncer y otras enfermedades continúa estando infratratado. Así, en el medio hospitalario, en el estudio SUPORTT (The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments), más de la mitad de los pacientes tenían un inadecuado control del dolor desde su ingreso hasta su muerte (The SUPPORT JAMA 1995). Otro estudio de la Eastern Cooperative Oncology Group mostró que el 41% de los pacientes con cáncer sufrían de un manejo inadecuado del dolor. El factor de riesgo más importante para un mal control del dolor era ser mayor de 70 años (Cleeland, Gonin 1994). La situación no es mejor en el domicilio y en el medio residencial (Luchins, Hanrahan, Murphy 1997, Donaldson, Friel 1998, Cobbs 2001).

El dolor es el síntoma más frecuente en las fases finales de la enfermedad y uno de los que más sufrimiento genera (O'Brien, Welsh, Dunn 1998). Afecta a dos terceras partes de los pacientes oncológicos avanzados y al menos a una

tercera parte de los no oncológicos. Si bien hay una predisposición por parte de los profesionales para buscar y tratar el dolor oncológico tal vez no ocurra lo mismo en el resto.

MANEJO DEL DOLOR

Con tratamiento adecuado podemos conseguir el control del dolor en el 75-90% de los pacientes, pero este porcentaje no se obtiene en la práctica clínica habitual. Algunos problemas en el control del dolor en el mayor surgen de una inadecuada valoración del dolor, del desconocimiento posológico o el miedo a utilizar determinados analgésicos como los opioides.

El dolor crónico o persistente (el dolor mal controlado) incapacita a más personas que el cáncer o las cardiopatías. Es la queja más frecuente que oímos los médicos y la principal razón de que la gente consuma medicinas. La mayoría de los enfermos terminales son mayores, cualquiera que sea su etiología (neurológica, cardiológica, hepática, oncológica,...). En esta fase irreversible de la enfermedad el dolor es uno de los síntomas que más repercuten en la calidad de vida, por lo que el médico dedicado a la atención al mayor debe estar preparado para controlarlo eficazmente (Miller 2001).

El mayor presenta un mayor riesgo de recibir analgesia inadecuada. El insuficiente alivio del dolor está condicionado por múltiples causas: falta de una formación adecuada de los médicos en el manejo del dolor, la inadecuada prescripción y/o posología de fármacos

analgésicos, la prescripción de analgésicos “en caso de necesidad” o “a demanda cuando el paciente los solicita”, la resistencia de los médicos a recetar opioides por el temor exagerado a producir adicción o depresión respiratoria, el abandono del tratamiento por el paciente, la desconexión entre los Centros de Atención Primaria, las Residencias y Atención Especializada (Miller 2001).

El control adecuado del dolor que presenta el mayor con enfermedad en su fase final de la vida requiere de una cuidadosa valoración integral y un plan de cuidados que permita controlar el dolor y otros muchos síntomas y síndromes comunes en la práctica geriátrica (inmovilidad, estreñimiento, incontinencia urinaria, trastornos del sueño, cuadro confusional agudo, demencia con alteraciones del comportamiento, etc) (Wenger, Rosenfeld 2001). Además, como en otras edades, para obtener buenos resultados en el tratamiento del dolor es esencial asumir el concepto acuñado por Saunders de “Dolor total”: que la terapia cubra los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del dolor y ofrezca cuidados continuados con enfoque multidisciplinar (Sepúlveda y Jiménez 1999).

En resumen para mejorar el control del dolor en los mayores son recomendables algunas normas generales (American Geriatric Society 1998, The Management of Persistent Pain 2002):

1. Preguntar siempre a los pacientes si padecen dolor y aceptar su valoración sobre la intensidad del mismo.
2. Realizar una historia y un diagnóstico del dolor lo más exactos posibles.
3. Empleo de la escalera analgésica de la OMS.
4. Escoger el fármaco más adecuado a la naturaleza y severidad del dolor.
5. Utilizar preferentemente la vía oral.
6. Utilizar medicamentos de vida media corta para evitar acumulación de metabolitos y de efectos secundarios.
7. Iniciar los tratamientos con dosis bajas y aumentar la dosis con mayor lentitud.
8. Emplear dosis equianalgésicas iniciales de un 50-75% a las usadas en la población general.
9. La medicación debe administrarse regularmente, con horarios fijos, sobre todo los fármacos opioides.
10. No limitar el empleo de opioides en los mayores en general, ya se trate de pacientes oncológicos o no oncológicos. Utilizarlos cuando estén indicados, y en las dosis necesarias. Considerar a lo largo de la evolución los fenómenos de tolerancia, dependencia y abstinencia (también en los no narcóticos).
11. Revisiones periódicas para ajustar la dosis y reforzar el cumplimiento terapéutico.
12. Evaluar la comorbilidad, la polifarmacia y sus posibles interacciones con los medicamentos seleccionados.

13. Anticiparse a los efectos secundarios vigilando su aparición, disminuyendo las dosis, cambiando el fármaco o asociando tratamiento preventivo.
14. Emplear fármacos y técnicas coadyuvantes cuando el control del dolor sea insuficiente con analgésicos convencionales y la situación lo requiera: dolor neuropático, componente psicológico,...
15. Conocer las alternativas farmacológicas en caso de analgesia insuficiente, y la existencia de otras técnicas (bloqueos, etc.) que pueden ser solicitadas al especialista oportuno.
16. Informar al paciente y sus familiares acerca del tratamiento analgésico y sus probables efectos secundarios.
17. No hay lugar para los placebos en la valoración o el manejo del dolor. El dolor no es un problema inherente a la edad.
18. Evitar la sedación excesiva, como efecto de los analgésicos.
19. Respetar y potenciar el descanso nocturno.
20. Valorar la situación psíquica (ansiedad, depresión, etc.) que puede enmascarar el cuadro doloroso (American Geriatric Society 1998).
21. Facilitar el acceso a otras especialidades a modo de interconsulta (mediana paliativa, radioterapia oncológica, anestesia, cirugía, traumatología,...).

Junto a estas normas generales para un control adecuado del dolor es preciso un enfoque multidisciplinar y considerar los diversos tipos de tratamientos disponibles: No farmacológico y farmacológico.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

Las intervenciones no farmacológicas pueden ser utilizadas solas o en combinación con el tratamiento farmacológico para el manejo del dolor crónico. En el mayor, donde el riesgo de efectos secundarios es elevado, las opciones no farmacológicas generalmente son menos costosas y mejor toleradas. Así, algunas medidas como la educación del paciente, el reposo, la fisioterapia, la aplicación de calor, frío o masaje, la acupuntura, la radioterapia y las técnicas psicológicas pueden ser útiles.

También la modulación del dolor mediante la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) indicada en: causalgia, dolor de miembro fantasma, muñón doloroso, ciática, artrosis, neuropatías y neuralgias (postherpética, diabética, intercostal...), dolor muscular y miofascial, síndrome del dolor regional complejo. No se debe usar en portadores de marcapasos.

O la interrupción de la vía dolorosa con la realización de:

1. Bloqueos nerviosos químicos. Inyección de alcohol o fenol para producir una destrucción del tejido nervioso. Es la técnica de elección para el bloqueo del plexo celiaco en el dolor por cáncer de páncreas.

- Métodos neuroquirúrgicos. Consisten en técnicas para interrumpir las vías nerviosas a lo largo de las cuales discurren los impulsos dolorosos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

El tratamiento farmacológico es más efectivo cuando se combina con estrategias no farmacológicas. La elección del fármaco adecuado se hará en función del tipo de dolor y de su intensidad, así como de las necesidades individuales del paciente y de la experiencia del profesional. Ante un paciente mayor tratado por primera vez de dolor crónico se debe comenzar con el fármaco con mejor perfil de tolerabilidad, menos potente y con la menor dosis necesaria. Se le deberá controlar frecuentemente y subir la dosis, cambiar de fármaco si no es suficiente y/o asociar otros, siguiendo las recomendaciones de la “escalera analgésica de la OMS”, con algunas consideraciones en esta población (Gómez Pavón 1999):

PRIMER ESCALÓN. FÁRMACOS NO OPIOIDES

Los no opioides son generalmente la primera línea de terapia para el dolor leve a moderado (Tabla II). En el mayor es preferible comenzar con paracetamol hasta dosis máximas (1 g/6 horas). Dosis mayores no se asocian con mayor analgesia y pueden ser tóxicas. El metamizol posee un efecto relajante sobre la musculatura lisa, lo que lo hace útil en el dolor de tipo cólico. El riesgo de hemorragia gastrointestinal es comparable al presentado por paracetamol, es decir bajo.

El resto de los AINE (Antiinflamatorios No Esteroides) están más indicados como coadyuvantes, para el dolor por metástasis óseas o para tratamientos de corta duración y siempre con gastroprotección. Cuando haya indicación de utilizar un AINE, por ejemplo en el dolor por metástasis óseas, debemos considerar los derivados del ácido propiónico (ibuprofeno, naproxeno,...) por tener menos efectos secundarios. También disponemos de los inhibidores preferenciales

Tabla 2. Dosis equianalgésicas entre distintos fármacos no opioides (Dosis equivalentes a aproximadamente 10 mg de morfina vía oral).

Analgésicos no opioides	
Paracetamol 650	Ibuprofeno 400
Ácido acetilsalicílico 650	Naproxeno 275
Metamizol 1.000	Ketorolaco 30

Adaptada de la Unidad Didáctica 3. Plan Nacional para la Enseñanza y Formación en Técnicas y Tratamiento del dolor.

de la COX-2 (meloxicam, nimesulida, nabumetona) y de los inhibidores selectivos de la COX-2 (celocoxib, rofecoxib, valdecoxib, parecoxib). Los inhibidores selectivos de la COX-2 son más seguros en términos de morbilidad gastrointestinal y efectos antiplaquetarios (The Management of Persistent Pain 2002). Los AINE no selectivos deberían ser evitados para tratar a pacientes que requieren tratamiento analgésico diario a largo plazo. Tampoco debemos asociar dos AINE, ya que no aumentamos su potencia analgésica, consiguiendo solamente aumentar lo efectos secundarios.

El margen de seguridad entre los niveles terapéutico y tóxico de los AINE es más estrecho en el mayor. Los AINE pueden producir reacciones alérgicas, hemorragias gastrointestinales, aumento del tiempo de coagulación, insuficiencia cardíaca congestiva, afectación renal y cuadros confusionales. Todos los AINE pueden tener efectos colaterales a nivel del sistema nervioso central, siendo la indometacina la más propensa a causar depresión y confusión. Los pacientes en tratamiento con AINE a largo plazo deben ser periódicamente valorados para síntomas y signos de sangrado gastrointestinal, insuficiencia renal, edema, hipertensión e interacciones.

SEGUNDO ESCALÓN. FÁRMACOS OPIOIDES MENORES.

La **codeína** está disponible combinada con AAS (Ácido Acetil Salicílico) o paracetamol, si bien estas mezclas no son recomendadas. Al comienzo es mejor titular la dosis adecuada con precisión. Los efectos secundarios más frecuentes son las náuseas, el estreñimiento y la sedación.

El **tramadol** debería sustituir a la codeína por tener menos efectos secundarios (estreñimiento y molestias gástricas), siendo semejantes los efectos de sedación. Puede administrarse por vía oral, rectal, subcutánea o intravenosa. Es de gran utilidad la presentación en solución, sobre todo al inicio del tratamiento, para comenzar con dosis bajas y subir cada 24-48 horas hasta alcanzar la dosis óptima. En tratamientos prolongados conviene utilizar las formulaciones retardadas debido a la comodidad posológica que éstas aportan (100, 150, 200mg cada 12 horas). Disponemos también de la combinación de tramadol con paracetamol, con dosis menores que los componentes por separado, para conseguir así una buena eficacia analgésica en el dolor moderado con mejor seguridad.

TERCER ESCALÓN. FÁRMACOS OPIOIDES MAYORES.

Los mayores requieren dosis menores de opioides para producir el mismo grado de analgesia, la duración aumenta (disminución del volumen de distribución, insuficiencia renal, alteraciones farmacodinámicas, etc) y son más propensos a desarrollar efectos colaterales, tales como depresión respiratoria, supresión de la tos, estreñimiento y confusión. Todo ello obliga a iniciar el tratamiento con opioides a dosis menores de las habituales y aumentar la dosis de forma más paulatina (Toral Revuelta 2000, The Management of Persistent Pain 2002). Aún así, por tratarse de una población muy heterogénea la dosis óptima y los efectos secundarios son difíciles de predecir (Tabla III) (Núñez Olarte 1998, Benítez 1998).

Tabla 3. Dosis equivalentes de opioides (Nuñez Olarte 1998 y Benítez 1998).

Opioide	Potencia oral	Potencia parenteral	Duración de acción
Morfina sulfato rápida	1		4 horas
Morfina sulfato retardada	1		12 horas
Morfina HCl	1	2 (SC) y 3 (IV)	4 horas
Codeína	1/12		4 horas
Dihidrocodeína	1/10		12 horas
Tramadol	1/4	1/10 MP	4-6 horas
Metadona	1 a 20	1 a 20 MP	4-24 horas
Meperidina	...	1/8 MP	3 horas
Buprenorfina	60-80 SL	30 a 40 MP	6-8 horas
Fentanilo parenteral	...	68 MP	½-1 horas

SL: sublingual; SC: subcutánea; IV: intravenosa; MP: de morfina parenteral.

En general los opioides de administración transdérmica son de gran utilidad en el mayor por su seguridad (no hay picos plasmáticos), biodisponibilidad adecuada (sin primer paso hepático), comodidad de aplicación y posibilidad de administrar dosis bajas equivalentes a 15 mg de morfina en 24 horas (medio parche de buprenorfina de 35 µg/hora).

En la actualidad disponemos de morfina oral de liberación inmediata y retardada, buprenorfina y fentanilo en forma de administración transdérmica, metadona en administración oral, fentanilo en administración transmuco-sa oral y oxicodona oral de liberación retardada (Sanz 2004).

La **morfina** es el opioide de elección (agonista puro). La **buprenorfina** es un agonista parcial treinta veces más potente que la morfina con un

favorable perfil de seguridad: menor capacidad para provocar depresión respiratoria, no requiere ajuste de dosis en insuficiencia renal, presenta una baja tasa de estreñimiento y un bajo riesgo de producir interacciones. El parche de buprenorfina se puede cortar por la mitad sin pérdida de eficacia. Esto nos permite obtener la dosis mínima eficaz, en muchos casos inferior a 15 mg de morfina/ 24 horas, con concentraciones constantes las 24 horas del día y administración hasta 96 horas por vía transdérmica (Sanz 2004).

El **fentanilo** tiene menos efectos secundarios sobre todo de vómitos y estreñimiento y mayor potencia analgésica que la morfina. El fentanilo transdérmico comienza su acción a las 12 horas de su colocación y acaba a las 12 horas de su retirada. No debe utilizarse para conseguir una analgesia rápida y en general no es la primera opción para pacientes que toman opioides por

Tabla 4. Opioides mayores en el mayor (Sanz 2004).

Fármaco	Vía	Pauta	Morfina, mg/24 horas
Fentanilo, 25 µg/h	Transdérmica	Cada 72 h	60
Buprenorfina, 35 µg/h	Transdérmica	Cada 96 h	30
MSTc, 10 mg	Oral	Cada 12 h	20
Buprenorfina, 17,5 µg/h	Transdérmica	Cada 96 h	10-15

primera vez por la dificultad de ajustar la dosis con precisión. Actualmente se dispone también de citrato de fentanilo oral transmucoso efectivo en 15 minutos. Si bien, su altísimo coste y su presentación en forma de “polo” complican su utilización en el mayor.

En la tabla IV se exponen los opioides más adecuados para su utilización en el mayor, su pauta de administración y la dosis equivalente de morfina en 24 horas.

Otros opioides no son recomendables en los mayores. Entre ellos: la meperidina cuyo metabolito normeperidina (convulsionante) puede causar adicción; fármacos de vida media muy prolongada, como el dextropropoxifeno y la metadona; la buprenorfina sublingual, que produce un pico plasmático elevado, y los agonistas-antagonistas como la pentazocina (Sanz 2004).

FÁRMACOS COADYUVANTES

Son fármacos con otras indicaciones específicas que se utilizan para potenciar los efectos analgésicos de opioides y AINE, para minimizar los efectos adversos de éstos y/o para el tratamiento sintomático de ciertos síndromes dolorosos (neuralgias

postherpética, del trigémino y del glossofaríngeo, polineuropatía diabética, dolor del miembro fantasma, síndrome de atrapamiento, lesiones medulares y lesiones miofasciales, etc) (Gabliese, Melzak 1997).

Los analgésicos coadyuvantes más recomendables en el mayor se muestran en la Tabla V. Las benzodiacepinas y los neurolépticos no se deben utilizar como analgésicos en la vejez, excepto si el dolor se relaciona con ansiedad, reacciones psicóticas o cuadros confusionales.

ANTIDEPRESIVOS. Alivian el dolor crónico de las neuralgias posherpéticas, neuropatía diabética, cefaleas, dolor lumbar crónico, dolor talámico, dolor facial y dolor del miembro fantasma, entre otros. Su eficacia analgésica parece ser independiente de su acción antidepressiva. El bloqueo de la recaptación de serotonina y noradrenalina explican, en parte, su eficacia analgésica. La elección y dosis de los antidepressivos debe ser individualizada. Los antidepressivos más eficaces en el tratamiento del dolor neuropático son los tricíclicos. Su utilización en el mayor está limitada por sus efectos anticolinérgicos, mayores con la amitriptilina que con la nortriptilina o la desipramina. Son mejor tolerados los nuevos antidepressivos, como los

Tabla 5. Analgésicos coadyuvantes (Toral 2000).

Fármaco	Indicación	Dosis inicial	Comentarios
Amitriptilina Desipramina Imipramina Nortriptilina	Dolor neuropático Trastornos del sueño	10-25 mg	Efectos anticolinérgicos, caídas, ortostatismo. Subir lentamente la dosis
Carbamazepina	Dolor lancinante	100 mg	Subir lentamente Vigilar hemograma y función hepática Riesgo de ataxia y caídas
Gabapentina	Dolor neuropático	100 mg	Subir lentamente Efectos adversos idiosincrásicos
Clonazepan	Dolor neuropático	0.25 a 0.5 mg	Riesgo de ataxia y caídas
Baclofeno	Dolor neuropático Espasmos musculares	5 mg	Retención urinaria No interrumpir bruscamente
Prednisona	Inflamación	2.5 a 5 mg	Hiper glucemia, osteoporosis
Capsaicina	Dolor neuropático	Tópica, cuatro veces al día	Vacía los nervios de sustancia P; produce analgesia local. Inicialmente puede aplicarse lidocaína en pomada, para evitar la sensación de quemarse

inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (citalopram, sertralina, paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina) y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (venlafaxina) si bien no han demostrado que sean tan eficaces como los antidepresivos clásicos para el tratamiento del dolor (The Management of Persistent Pain 2002). Cuando se desea facilitar el descanso nocturno es útil la trazodona, por su acción sedante (López 2000).

ANTICOMICIALES. Los anticonvulsivantes (carbamazepina, fenitoína, ácido valproico y clonazepam y más recientemente gabapentina, lamotrigina

y topiramato) son utilizados para el tratamiento del dolor neuropático. En el mayor la gabapentina se considera fármaco de elección para el control del dolor neuropático frente a los antidepresivos y a la carbamazepina, por su mejor tolerancia. El principal efecto secundario es la sedación. Lamotrigina y topiramato han comunicado resultados similares en cuanto a eficacia.

BENZODIACEPINAS. Carecen de actividad analgésica específica. Se utilizan como ansiolíticos, hipnóticos o relajantes musculares. En el mayor se recomiendan las benzodiazepinas de vida media corta o muy corta

(loracepam, oxacepam, midazolán). No se aconseja utilizar benzodicepinas de vida media larga (diazepam) por el mayor riesgo de efectos secundarios.

NEUROLÉPTICOS. Se utilizan como antieméticos asociados a los opioides, potenciando así los efectos sedantes de éstos, o bien con los antidepresivos para el alivio del dolor neuropático (pimocida, levopromazina, etc).

El más utilizado en el medio hospitalario es el haloperidol que está siendo desplazado en los últimos años por los nuevos antipsicóticos (risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, etc), en teoría con menos efectos secundarios; si bien en fechas recientes la Agencia Europea del Medicamento ha comunicado que la utilización de olanzapina y risperidona en pacientes con demencia vascular esta relacionada con un aumento de enfermedad cerebrovascular y muerte, desaconsejando su utilización en el mayor (Gablies, Melzak 1997, López 2000).

CORTICOIDES. Alivian el dolor óseo, el relacionado con la compresión nerviosa o de la médula espinal o la cefalea por aumento de la presión intracraneal debido a edemas peritumorales. Por su efecto euforizante, se aconseja su administración por la mañana, evitando la noche para no producir insomnio.

Otros fármacos como: psicoestimulantes, bifosfonatos, calcitonina, baclofeno, anestésicos locales (lidocaína, mexiletina), delectores de la sustancia P (capsaicina, civamida), bloqueantes de los receptores NMDA (ketamina, dextrometorfano, memantina) entre otros, pueden ser utilizados, sobre todo para el alivio del dolor neuropático.

Con estos recursos conseguimos el alivio del dolor en más del 70% de los pacientes. En el resto hay que buscar otras alternativas terapéuticas. No obstante, apenas existen estudios propios en población anciana, por lo que la mayoría de la información es extrapolada de la experiencia en adultos jóvenes y sobre todo del dolor debido al cáncer (Miller 2001).

Bibliografía

1. American Geriatric Society Ethics Committee. Measuring quality of care at the end of life: A Statement of Principles. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 526-527.
2. American Geriatrics Society Panel on Chronic Pain in Older Persons: *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 635-651.
3. Benítez del Rosario MA. Tratamiento del Dolor Oncológico. Equivalencias Analgésicas Recomendadas. SemFYC CP 1998: 19-34.
4. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK: Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 592-596.
5. Cobbs MD. Improving Quality in end of life care: Dying at Home: *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 831-832.
6. Donaldson MS, Friel JM. Measuring Intern Med 1998; 158: 121-128.
7. Ferrell BA. Pain Management in Elderly People: *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 64-73.
8. Gabliese L, Melzak R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997; 70: 3-14.
9. Gloth FM. Pain Management in Older Adults: Prevention and Treatment. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(2): 188-199.
10. Gómez Pavón J. Cuidados geriátricos en las unidades de cuidados paliativos hospitalarias. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999; 34 (S2): 13-23
11. Gómez Pavón J. Control de síntomas. *Med Pal* 2000; S1:120-121.
12. Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la SEGG. Geriatria y Medicina Paliativa. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999; 34 (2): 119-120.
13. López F. Manejo del dolor oncológico en Geriatria. En: Ribera JM y Gil P. *Oncología Geriátrica*. EDIMSA, Madrid. 2000; 225-236.
14. Luchins DJ, Hanrahan P, Murphy K. Criteria for enrolling patients in hospice. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1054-1059.
15. Lynn J. Measuring Quality of Care at the End of Life: A Statement of Principles. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 526-7.
16. Miller KE, Miller MM and Jolley MR. Challenges in Pain Management at the End of Life. *Am Fam Physician* 2001; 64: 1227-34.
17. Núñez Olarte JM, Conti M, López C, Luque JM. Protocolos de Manejo del dolor refractario canceroso de la UCP del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. *Medicina Paliativa* 1997; 4 (2): 81-92.
18. O'Brien T, Welsh J, Dunn FG. ABC of Palliative Care. Non-malignant conditions. *Br Med J* 1998; 316: 286-9.
19. Schonwetter R. Care of the Dying Geriatric Patient. *Clin Geriatr Med* 1996; 12 (2): 253-66.
20. Sepúlveda D y Jiménez C. Cuidados paliativos en unidades geriátricas de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999; 34 (S2): 5-12.
21. Sanz-Ortiz J. Ancianidad y mundo opioide. *Med Clin* 2004; 122 (6): 227-30.
22. The Management of Persistent Pain in Older Persons. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: S205-S224.
23. The SUPPORT Principal Investigators: A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The Study to Understand prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatment (SUPPORT). *JAMA* 1995; 274: 1591-1598.
24. Toral Revuelta A. *Dolor en Geriatria*. Edición: Encuentros Profesionales, SL. 2000. Madrid.
25. Von Gunten CH, Twaddle ML. Terminal Care for Noncancer patients. *Clin Geriatr Med* 1996; 12 (2): 349-358.
26. Wenger NS, Rosenfeld K. Quality indicators for end of life care in vulnerable elders. ACOVE Project. *Ann Intern Med* 2001; 135: 677-685.

EL INSUFICIENTE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ANCIANO PUEDE SER UNA FORMA DE NEGLIGENCIA MÉDICA

Francisco Sánchez del Corral Usasola

*"El dolor no tratado es inaceptable en cualquier ámbito"
Stein, 2001*

1. INTRODUCCION

En los últimos años, se han ido acumulando evidencias en la literatura sobre un insuficiente tratamiento del dolor en todas las edades, pero particularmente en las personas mayores. Otros autores de esta misma obra han expuesto datos concluyentes de diferentes estudios, que corroboran esta realidad.

A pesar de las diferencias en los diversos estudios publicados (población a la que van dirigidos, tipo de dolor estudiado, metodología,...) se pueden aceptar cifras de prevalencia de dolor en la comunidad entre el 25 y el 50%, y hasta el 45 y el 80% en residencias; más de 50% de las personas mayores sufren alguna forma de dolor persistente (1). También se acepta que esta prevalencia aumenta con la edad, hasta ser máxima en torno a los 75 años, comunicando algunos autores cifras superiores al 80% de cualquier tipo de dolor (2).

En cuanto al porcentaje de personas mayores cuyo dolor no es tratado

adecuadamente, son significativos dos estudios realizados en el medio residencial: Ferrell y cols encuentran que solamente el 15% de ancianos institucionalizados que sufrían dolor músculoesquelético habían recibido analgesia durante las 24 horas previas, aunque el 84% lo tenían prescrito (3); y McClean y cols comunican que el 16% de ancianos con dolor no tenían tratamiento pautado y que el 22% no recibían analgesia (4).

En un estudio más reciente, sobre personas mayores frágiles con dolor crónico que viven en la comunidad, Chodosh y cols valoran el cumplimiento de los indicadores de calidad asistencial en el dolor crónico desarrollados por expertos del *American College of Physicians* dentro del proyecto ACOVE (valoración de cuidados a los ancianos vulnerables) (5). Entre sus resultados se puede destacar que solamente se preguntó por la presencia de dolor al 69% de los ancianos durante la primera valoración integral y al 39% cada dos años (el estándar de calidad es del 100% en ambos casos). Solamente se realizó historia clínica dirigida en el mes

siguiente a la aparición de un nuevo dolor al 39%. A un 14% no se le ofreció tratamiento y a un 34% no se revisó posteriormente la respuesta a los analgésicos.

En cuanto a la utilización de analgésicos específicos, cuando se pautó un antiinflamatorio no esteroideo, solamente en el 10% se recogió en la historia los antecedentes de úlcera gastroduodenal y solamente al 11% de los pacientes con factores de riesgo se ofreció protección gástrica.

Respecto a la utilización de opioides, en el 39% de los casos no se informó sobre el estreñimiento ni se pautó dieta laxante.

CONSECUENCIAS DEL INSUFICIENTE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ANCIANO

Sin embargo, son bien conocidas las consecuencias de un insuficiente tratamiento del dolor, en particular cuando afecta al anciano frágil. Estas consecuencias pueden afectar tanto a su capacidad funcional como a la esfera afectiva y también provocar o empeorar un síndrome geriátrico, así como repercutir negativamente en las relaciones sociales.

Stein realiza una aproximación a la prevalencia de estas consecuencias en personas mayores que viven en residencias, mediante entrevista (6). Las principales repercusiones notificadas fueron las siguientes:

- Deterioro en las actividades de ocio: 54%

- Deterioro de la marcha: 53%
- Deterioro postural: 49%
- Alteraciones del sueño: 45%
- Depresión: 32%
- Ansiedad: 26%
- Estreñimiento: 15%
- Anorexia: 14%
- Alteraciones de la memoria: 12%
- Incontinencia urinaria: 8%

También se han descrito, con menos frecuencia, ideación suicida, disminución de las relaciones sociales, cuadros confusionales, inmovilismo, caídas e incluso úlceras por presión.

Estas consecuencias afectan también al cuidador y al resto de familiares y relaciones: "Si hay algo peor que ser un paciente con dolor, es ser un familiar que observa a quien ama que tiene dolor" (7).

Respecto a las barreras para tratamiento óptimo del dolor, Fujimoto las clasifica en tres grandes grupos (8):

1. Factores relacionados con el sistema sanitario:
 - a. Regulación restrictiva de fármacos.
 - b. Baja prioridad dada al tratamiento del dolor.
 - c. Provisión inadecuada de reembolso.
2. Factores relacionados con los profesionales sanitarios:
 - a. Conocimientos inadecuados de analgésicos y tratamientos.
 - b. Deficiente valoración del dolor.

- c. Preocupación con la supervisión regulatoria.
 - d. Miedo a la adicción del paciente y a la tolerancia.
 - e. Preocupación por los efectos secundarios.
3. Factores relacionados con el paciente:
- a. Retraimiento a consultar el dolor.
 - b. Resistencia a tomar analgésicos.

Por su parte, Desbiens considera que los factores principales son (8):

- Inadecuada valoración del dolor: 76%
- Aprensión a prescribir opiáceos: 61%
- Conocimientos inadecuados del abordaje de dolor: 52%

Estos factores son particularmente importantes en el caso de las personas mayores.

ASPECTOS ETICOS

Sin ánimo de profundizar excesivamente en este punto, y siguiendo el magnífico artículo de Moya y Barbero, “Malos tratos en personas mayores: marco ético” (9), se puede inferir fácilmente cómo un tratamiento insuficiente del dolor en las personas mayores contraviene a los cuatro principios fundamentales de la bioética.

El principio de “no maleficencia” obliga a los profesionales de la salud a no hacer daño biológico ni emocional al paciente ni a su familia. Su cumpli-

miento es exigible en derecho, “lo que todos están obligados a no hacer”, es decir, no ser negligente, imprudente, imperito ni actuar con “ignorancia culpable”. Por tanto, no hacer lo contraindicado y hacer lo indicado. Es evidente la indicación médica de tratar el dolor, máxime si se tienen en cuenta las consecuencias en el anciano de un tratamiento insuficiente, ya comentadas anteriormente (6).

Desde el punto de vista de este principio ético, las principales causas del manejo inadecuado del dolor (8), se podrían considerar: la inadecuada valoración del dolor, como ignorancia culpable, impericia o negligencia; la aprensión a prescribir opiáceos en personas mayores, negligencia, impericia o ignorancia culpable, dada la evidencia existente en la actualidad sobre la seguridad de uso de estos fármacos en el anciano; y los conocimientos inadecuados del abordaje del dolor, como impericia o hasta ignorancia culpable (en relación a las consecuencias más lesivas para el paciente de un tratamiento insuficiente).

En ocasiones, la causa de la falta completa de tratamiento del dolor o de un tratamiento insuficiente puede ser una negligencia médica. Este sería por ejemplo, el caso, desafortunadamente nada infrecuente, del médico de cabecera que sistemáticamente no realiza visitas domiciliarias a sus pacientes recluidos en domicilio, a pesar de los reiterados requerimientos de los familiares. El paciente quedaría así sin tratamiento de sus dolencias; o le sería prescrito un tratamiento sin una valoración previa, pudiendo este comportamiento

llegar a ser etiquetado de imprudente, en función de los fármacos utilizados y sus posibles efectos secundarios.

El principio de justicia obliga a la distribución equitativa de cargas y beneficios, y a la no discriminación de ningún paciente por ninguna causa, tampoco por la edad. Ordena la distribución justa de los recursos limitados y la accesibilidad a éstos. Ya se ha expuesto la evidencia disponible del insuficiente tratamiento del dolor en las personas mayores, que supone en sí mismo un atentado obvio a este principio de la bioética.

Los principios de justicia y de no maleficencia, conforman una "ética de mínimos", el mínimo de deberes exigible a cualquier profesional de la sanidad en su quehacer profesional. Queda establecido por la sociedad y su incumplimiento comporta una responsabilidad legal.

El principio de autonomía, recientemente regulado legalmente en nuestro país (10), establece que todas las personas, incluidas las de mayor edad, son, en principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces de tomar decisiones. Para que el paciente pueda ejercer este derecho plenamente, debe recibir información comprensible, que incluya diferentes alternativas de diagnóstico y tratamiento. En el caso de las personas mayores, el profesional sanitario debe realizar un esfuerzo especial para evitar conductas paternalistas o dirigirse sólo al cuidador; además, debe aceptar las decisiones tomadas por el paciente, según dicta el principio de fidelidad. "No es posible hacer el bien a nadie sin respetar su autonomía".

Este principio sería aplicable, por ejemplo, al uso de opioides en personas mayores que sufren dolor moderado-severo sin respuesta a otros analgésicos. Se debe informar de los beneficios de estos fármacos y sus posibles efectos secundarios, y posteriormente aceptar la decisión del paciente en cuanto a su uso.

Por último, el principio de beneficencia, "procurar el mayor beneficio posible y limitar al máximo los riesgos o perjuicios", sin olvidar el respeto a la autonomía, no tiene limitaciones en su aplicación y es cada profesional quien decide su grado de implicación en el proceso asistencial. El nivel de autoexigencia conformaría una "ética de máximos", no exigible desde el ámbito laboral ni legal. Es obvia la relación de este principio ético a la atención a personas mayores que sufren cualquier tipo de dolor.

No se debe olvidar que "no ser maleficente no implica necesariamente ser un buen profesional".

MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

Un paso más allá de la vulneración de los principios fundamentales de la bioética, sería la posibilidad de que determinadas conductas que los profesionales que atienden a los ancianos pudieran encuadrarse dentro de las definiciones de los diferentes tipos de maltrato a las personas mayores, cuando no tratan de forma suficiente y adecuada el dolor de sus pacientes.

Hasta el momento presente, las definiciones más aceptadas de maltrato a las personas mayores son las que utiliza el "Consenso Nacional de Maltrato al Anciano", de Estados Unidos (11).

Esta institución define el maltrato a las personas mayores en general como "cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurre en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente". Otra definición más antigua es la de "Acción contra el Maltrato al Anciano", de Inglaterra, adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Abuso contra los Ancianos (INPEA) (12): "acto único o repetido, o falta de acción apropiada, que ocurra en el seno de cualquier relación en que haya expectativa de confianza, que cause daño o distrés a un anciano".

En relación al problema del tratamiento insuficiente del dolor en el anciano, podemos destacar los siguientes puntos de ambas definiciones:

- "Acto u omisión" "o falta de acción apropiada".
- "Daño intencionado o no" (principios de no maleficencia / beneficencia).
- "Vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica o el principio de autonomía". Volvemos a insistir aquí en las consecuencias de un tratamiento insuficiente del dolor.

- "En el seno de cualquier relación en que haya expectativa de confianza", como ocurre en la relación médico paciente.

Por tanto, al menos de forma general, se podrían incluir en estas definiciones algunas conductas de los profesionales sanitarios que no llevan al alivio del sufrimiento físico.

Respecto a los diferentes tipos de maltrato al anciano, el mismo Consenso Nacional de Maltrato al Anciano recoge, entre otras, las siguientes (11):

Negligencia: "rechazo, negativa o fallo para iniciar, continuar o completar cualquier parte de las obligaciones o deberes a un anciano, de forma voluntaria o involuntaria". Quedando fuera de discusión que, dentro de las obligaciones o deberes de un médico hacia su paciente anciano figura el alivio del dolor, que es posible en la inmensa mayoría de los casos, mediante la utilización juiciosa del arsenal analgésico actualmente disponible (13).

Se puede producir, por ejemplo, una negativa a iniciar tratamiento con mórficos sobre la base de la creencia errónea de que este tipo de fármacos está contraindicado en la edad avanzada o bien de que con la edad disminuye la severidad del dolor (negligencia involuntaria, en estos casos).

También puede producirse un fallo para aumentar la dosis inicial de este mismo tipo de fármacos cuando aún no es adecuado el control del dolor.

Aunque no exista una relación directa con el tratamiento insuficiente

del dolor, creo que merece la pena incluir en este apartado otros dos tipos de maltrato a las personas mayores:

El abuso físico se define como "daño corporal, dolor o deterioro físico, producidos por fuerza física o violencia. Incluye el uso inapropiado de fármacos y las medidas de restricción física". Cuando son inapropiadas, estas medidas de restricción, pautadas con cierta frecuencia por el personal facultativo de hospitales y residencias (o incluso administradas por personal subalterno sin previa orden médica, en algunos casos) causan al anciano ansiedad, angustia y dolor físico, en ocasiones hasta lesiones y magulladuras en tobillos, muñecas y cintura. Por tanto, no hablaríamos ya de tratamiento insuficiente del dolor, sino de la posibilidad de producirlo al establecer medidas de restricción cuando no estén claramente indicadas (lo que ocurre muy ocasionalmente en la práctica geriátrica).

El abuso psicológico, "causar intencionadamente angustia o estrés mediante actos verbales o no verbales. Incluye tratar al anciano como a un niño, no considerar sus opiniones... y la llamada conspiración de silencio", que consiste en ocultar al paciente el diagnóstico o el pronóstico de su enfermedad, generalmente con el objetivo de evitarle angustia. Si este atentado contra el principio de autonomía del paciente podría ser comprensible en el ámbito familiar, rara vez tiene justificación la complicidad de los profesionales sanitarios, conducta ésta merecedora de un reproche deontológico e incluso legal, según nuestra legislación actual (10).

Entre las posibles consecuencias para el paciente al que se aplica la conspiración de silencio, figura un tratamiento insuficiente del dolor (se evita el uso de opioides para no levantar sospechas en el paciente; el paciente "va soportando" el dolor porque "pronto va a mejorar"; la falta de información sobre su proceso incluye a las posibles medidas de tratamiento paliativo, etc.).

En el otro extremo de esta situación se puede encuadrar el "encarnizamiento terapéutico": "actuación dirigida a prolongar la vida biológica de un paciente con enfermedad irreversible o terminal, con medios tecnológicos desproporcionados y beneficio nulo o que el paciente entiende que son extraordinarios y los rechaza por considerarlos molestos o dolorosos", que con mucha frecuencia, incluye uso de técnicas o procedimientos dolorosos.

OPINION DE LAS PERSONAS MAYORES Y DE LOS PROFESIONALES

Dado que, en cierta forma, los argumentos presentados hasta el momento se basan en estudios empíricos y en definiciones susceptibles de controversias, que no incluyen ni las opiniones de las propias personas mayores ni las de los profesionales que de forma cotidiana los atienden, a continuación se exponen algunas conclusiones de dos estudios cualitativos realizados recientemente por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología en colaboración con el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, que recogen el sentir de ambos colectivos.

En el primero de estos estudios, sobre la perspectiva de las personas mayores españolas sobre el maltrato al anciano (14), realizado a nivel nacional, nuestros mayores incluyen como "maltrato en la esfera pública o institucional" diversas quejas por demora para procedimientos diagnósticos o terapéuticos y el hecho, constatado por ellos, de que algunos profesionales médicos tienden a achacar a la edad cualquier padecimiento, tratando de transmitirles cierta resignación ante achaques que consideran solucionables y merman su calidad de vida.

Consideran también como "maltrato sanitario" a la actitud de algunos médicos de escatimar esfuerzos en razón de la edad:

"... hay muchos que son viejos y les dice el médico, a una señora que iba a ver cómo, porque le dolía este brazo y decía: eso ya es la edad. Y la señora, ya, humm, claro, oiga usted, doctor, usted está equivocado, ¿eh? Éste tiene la misma edad que éste y no me duele... (risas)"

"... y quiero saber por qué me duele éste, y me despacha enseguida. Luego, después, no sé cómo decirlo, que se preocupen de, de atender sanitariamente a los, a los ancianos..."

En cuanto a la opinión de los profesionales, en un estudio realizado también a nivel nacional (15), éstos definieron la negligencia como "la ausencia de una acción, con consecuencias físicas o psíquicas para la persona mayor". Y exponen, entre otros, los siguientes ejemplos:

- Omitir una valoración.
- Uso indebido de medios de contención.
- No control de la prescripción de medicamentos.
- No prestar atención médica suficiente.
- Prescripciones médicas sin ver al paciente.

Y las siguientes causas:

- Falta de formación /especialización..
- Motivación de los profesionales.
- Voluntarismo-profesionalidad.
- Dureza del trabajo.
- Indefinición de los contenidos laborales (no trabajo en equipo).
- Corporativismo.
- Falta de recursos.

Como ejemplo final de la importancia de un tratamiento adecuado del dolor en las personas mayores, a continuación se citan algunas Normas Técnicas Mínimas incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, cuyo cumplimiento es obligatorio:

- Servicio 313: atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
 - N.T. 313. 4: al menos:
 - ..
 - Presencia/ausencia de síntomas físicos.
- Servicio 314: atención a pacientes terminales.
 - N.T. 314. 3: al menos los siguientes síntomas:
 - Dolor.
 - Estreñimiento.
 - Insomnio.
 - Anorexia.

Bibliografía

1. AGS panel on persistent pain in older persons. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: S205-24
2. Helme R, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med*. 2001; 17: 417-431
3. Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 409-14
4. McClean WJ, Higginbotham NH. Prevalence of pain among nursing home residents in rural New South Wales. *Med J Aust* 2002; 177: 17-20
5. Chodosh J, Solomon DH, Roth CP, Chang JT, MacLean CH, Ferrell BA et al. The quality of medical care provided to vulnerable older patients with chronic pain. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52: 756-61
6. Stein WM, Ferrel BA. Pain in the nursing home. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 601-13.
7. Ferrell B. Pain observed: the experience of pain from the family caregiver's perspective. *Clin Geriatr Med* 2001; 17: 595-609
8. Fujimoto D. Regulatory issues in pain management. *Clin Geriatr Med* 2001; 17: 537-51
9. Moya A, Barbero J. Malos tratos en personas mayores: marco ético. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003; 38: 177-185.
10. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002
11. The National Elder Abuse Incidence Study conducted by National Center on Elder Abuse 1998.
<http://www.aoa.gov/abuse/report/Cexecsum.htm>
12. OMS, INPEA. Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37: 319-331. También en: OMS/INPEA. Missing Voices: Views of older people on elder abuse. OMS/NMH/NPH/02.2 Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002
13. Levy MH. Pharmacologic treatment of cancer pain. *N Engl J Med* 1996; 335: 1124-32
14. Sánchez del Corral F, García Armesto S, Pajares G, Otero A y Ruipérez I. Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39: 72-93.
15. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. La percepción de los profesionales sobre negligencia, abuso y maltrato a las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39: 240-254.

CONCLUSIONES

- La experiencia dolorosa en ancianos es compleja y multidimensional y requiere un manejo multidisciplinar.
- Es preciso individualizar el tratamiento antiinflamatorio-analgésico en cada paciente, tratando de evitar en la medida de lo posible la utilización de los AINE.
- La utilización de los IBP (a dosis estándar) en la prevención de efectos adversos digestivos por la ingesta de AINE en la población anciana (profilaxis primaria) está plenamente indicada. De igual manera, su administración es la mejor opción terapéutica en el caso de presentar estas complicaciones o evitar su nueva aparición una vez resueltas aquéllas.
- Junto a las medidas básicas de manejo de los trastornos de conducta, parece razonable realizar un tratamiento analgésico.
- El envejecimiento predispone al dolor nociceptivo.
- La nocicepción puede presentar algunos cambios con la edad que entorpezcan el proceso diagnóstico, pero son poco significativos en la percepción dolorosa y su impacto.
- Las causas más frecuentes de dolor nociceptivo en las personas mayores están relacionadas con los cambios en el aparato locomotor.
- Pequeños acontecimientos somáticos o afectivos pueden desequilibrar la nocicepción de alteraciones aparentemente adaptadas.
- El diagnóstico de los mecanismos nociceptivos a esta edad, al igual que otras, es imprescindible en el enfoque terapéutico, debiéndose poner especial atención en los ancianos debilitados.
- Los fármacos que se utilizarán en el dolor neuropático en el anciano serán elegidos según la sintomatología espontánea y evocada recogida. Las precauciones a considerar serán: deterioro cognitivo o caídas, que son causa primaria de fracturas y en segundo término, de una dependencia.
- La medida primordial en el manejo de los efectos secundarios

digestivos por AINE en la población anciana es individualizar el tratamiento en cada caso y prescribir estos fármacos cuando estén realmente indicados para evitar en la medida de lo posible la aparición de efectos secundarios.

- No existe contraindicación en función de la edad para efectuar tratamiento con opiáceos en los pacientes ancianos, incluido el grupo de anciano frágil.
- Los objetivos básicos del uso de opiáceos son el tratamiento del dolor y minimizar la incapacidad funcional, para conseguir así la autosuficiencia del anciano.
- Debemos tener en cuenta las peculiaridades farmacocinéticas de este grupo de pacientes para ajustar las dosis.
- Emplear los opiáceos por vías de administración cómodas y de efecto prolongado, que supongan un mayor cumplimiento del tratamiento. Recomendamos la vía transdérmica y la vía oral de liberación prolongada.
- Debemos prevenir y tratar precozmente los efectos secundarios, con especial atención por su frecuencia, al estreñimiento.
- Pautar las dosis según el axioma: comenzar despacio y aumentar la dosis lentamente, con dosis iniciales de morfina en torno a 20 mg/día o su equivalente por vía transdérmica.
- Los coadyuvantes pueden y deben ser empleados en el tratamiento del dolor crónico en el anciano.
- El domicilio es el ambiente ideal para proporcionar al anciano los cuidados paliativos, ya que ahí están los miembros de su familia, que con la orientación del personal de salud y una buena disponibilidad, pueden ofrecer excelentes cuidados a su familiar.
- El control del dolor en el mayor al final de la vida se va a beneficiar de una atención sectorizada y coordinada, de la continuidad de los cuidados y del trabajo interdisciplinar de múltiples disciplinas: atención primaria, geriatría, medicina interna, paliativos, oncología, anestesia, cirugía, traumatología, neurología, psicología, psiquiatría, fisioterapia, etc.
- Siguiendo la mejor evidencia científica disponible sería recomendable el desarrollo equilibrado de las distintas disciplinas en todas las áreas sanitarias y la coordinación entre los Centros de Atención Primaria, las Residencias y la Atención Especializada compatibilizando el aprovechamiento eficiente de todos los recursos con nuestro objetivo final: “el alivio del dolor”.
- El grupo de edad de mayores cada vez es mayor y presenta una prevalencia de dolor elevada que además es tratado de una manera inadecuada, aspecto éste que debe ser paliado, pues existen en la actualidad medios y fármacos disponibles para su resolución.

