

MANEJO PERIOPERATORIO  
DEL DOLORVol. 29. Supl. 1, Abril-Junio 2006  
pp S207-S209**Manejo del dolor en el paciente anciano**

Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez\*

\* Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.  
Departamento de Anestesiología. Instituto Nacional de Rehabilitación.

**INTRODUCCIÓN**

El dolor es “una experiencia sensorial y emocional no placentera; la cual se encuentra asociada a un daño real, potencial o descrita en términos de dicho daño”. Esta definición realizada por la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), incluye a los procesos fisiológicos y emotivos que generan al dolor, con la óptica de que este síndrome es multifactorial.

El dolor se clasifica respecto a su temporalidad en agudo y crónico; esta división aunque útil, resulta controversial. Esto se debe a que algunos autores consideran que el dolor crónico es aquel que sobrepasa el tiempo de restauración fisiológica y funcional posterior a un evento nocivo identificado. No obstante lo anterior, aún no hay un acuerdo respecto a la cantidad de tiempo necesario para establecer cronicidad. Estas discrepancias conceptuales, han favorecido que existan dificultades metodológicas para la realización de estudios epidemiológicos, orientados a documentar su presentación en diversos grupos poblacionales. Sin embargo, se estima que en el anciano, la prevalencia del dolor agudo es del 5% y del crónico entre el 32.9 y 50.2%.

La importancia de conceptualizar al dolor es este contexto, se debe a que afecta a un gran número de individuos. En México, de acuerdo a la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Salud, en el 2000 el 4.4% (4.2 millones de personas) de la población mexicana tiene más de 65 años. Esto significa que posiblemente en nuestro país, cerca de 2 millones de ancianos presentan dolor crónico y 210,000 dolor agudo. En este sentido, se ha estimado que en la Unión Americana para el 2030, uno de cada cinco individuos tendrá más de 65 años y se ha reportado que el 18% de la población adulta mayor consume regularmente fármacos analgésicos, 63% de estos los ha tomado por más de 6 meses.

**RETOS DEL MANEJO DEL DOLOR**

Una de las principales barreras para el manejo eficiente de este síndrome es considerar al dolor como un proceso normal del envejecimiento. Esta idea ha generado conductas que niegan la administración de analgesia, favoreciendo que la actividad física del paciente disminuya y condicionando la presencia de diversas morbilidades o agravan las ya existentes. Otra barrera para la selección y administración de la terapéutica antiálgica, son las dificultades que presenta la evaluación del dolor en el paciente geriátrico con alteraciones cognitivas u otras limitantes para comunicarse, lo que promueve que sean “infra-tratados” o que no reciban manejo analgésico.

El dolor es el síntoma cardinal de muchas de las enfermedades que afectan a este grupo poblacional; por tal motivo, su evaluación, caracterización y tratamiento deben considerarse como elementos imprescindibles de la consulta geriátrica. Algunas condiciones dolorosas que comúnmente afectan al anciano de forma aguda son: (1) exacerbaciones agudas de artritis, (2) fracturas por osteoporosis en cuerpos vertebrales, (3) enfermedades vasculares periféricas, (4) neuropatías periféricas, (5) la neuralgia del trigémino, (6) postoperatoria, (7) el dolor central postinfarto cerebral, (8) dolor de miembro fantasma, (9) dolor por úlceras cutáneas o en mucosas, (10) síndrome miofacial y (11) dolor visceral. Esta problemática, favorece que el paciente geriátrico frecuentemente consuma diversos medicamentos, los cuales incrementan la frecuencia de presentación de efectos adversos o de interacciones medicamentosas. De tal forma, que el manejo de una condición dolorosa puede agravar potencialmente un problema no relacionado al dolor.

El abordaje farmacológico racional enfocado al control del dolor debe contemplar la presencia de enfermedades asociadas o no al proceso doloroso y las modificaciones en la respuesta a un estímulo nocivo. En este sentido, el enve-

jecimiento se asocia a un incremento en la prevalencia de diversas enfermedades, condicionando una diversidad de síntomas (incluido el dolor). Las múltiples nosologías presentes en estos pacientes, favorecen el decremento funcional y el deterioro físico. Se ha documentado que el 48% de los pacientes mayores de 65 años y el 71% en los mayores de 80 años se encuentran discapacitados. Por otro lado, este grupo de pacientes frecuentemente presenta una respuesta disminuida al dolor, la cual puede enmascarar una situación de urgencia (el infarto al miocardio silencioso y emergencias intraabdominales silentes); la relevancia clínica del incremento del umbral al estímulo nociceptivo, aún es incierta.

### CONTROL DEL DOLOR EN EL ANCIANO

La presencia del dolor, frecuentemente es percibida por el paciente, como el empeoramiento de su estado físico y condiciona que el paciente no reporte su ocurrencia de forma espontánea. Esta autoconcepción de minusvalía genera cambios psicoafectivos como: depresión, ansiedad, agitación, aislamiento social, pérdida del apetito y alteraciones del sueño; y favorece: que disminuya la actividad física del paciente, se modifique la percepción del dolor, se agraven las condiciones pre-existentes, se incrementen los costos de salud, etc. Por tal motivo, el manejo del dolor es imprescindible para mejorar las condiciones de vida del anciano.

Con base en estas apreciaciones se considera que el manejo del dolor en estos pacientes debe enfocarse en lo siguiente: (1) la prevención del dolor debe realizarse conforme a los mecanismos que las enfermedades existentes pueden generar para su ocurrencia, (2) el empleo de diversas combinaciones de fármacos debe fundamentarse en los mecanismos que lo producen, (3) se debe proporcionar un abordaje analgésico que tome en consideración las necesidades fisiológicas y psicológicas del paciente y (4) emplear dosis horarias que eviten conductas de automedicación.

El proceso de envejecimiento favorece la presencia de cambios fisiológicos los cuales pueden afectar la farmacocinética y farmacodinamia de los analgésicos. La disminución de la función renal, el decremento de la función hepática y de los procesos oxidativos microsómicos, y la hipoproteinemia (hipoalbuminemia), condicionan la acumulación de los fármacos en sangre y favorecen la ocurrencia de interacciones farmacológicas. Estas eventualidades en conjunto, son responsables de que el anciano sea más susceptible al efecto de los analgésicos (especialmente los opioides).

No obstante a estas consideraciones, los estudios farmacológicos que evalúan la cinética de los analgésicos, frecuentemente excluyen a este grupo poblacional y actualmente carecemos de la evidencia suficiente acerca de las

características farmacológicas específicas que se presentan tras su empleo en este tipo de pacientes. Por lo anterior, se ha sugerido que la administración de estos fármacos debe encontrar el balance entre sus beneficios y sus efectos adversos; de tal forma, que se debe anticipar la ocurrencia de estos posibles efectos, al iniciarse su titulación y en el caso de presentarse, deben evaluarse de forma periódica.

Las expectativas sobre alivio del dolor agudo y crónico son diferentes debido a sus mecanismos de producción. El dolor agudo, por lo general, alcanza su clímax para posteriormente disminuir hasta desaparecer, conforme se corrige la condición que lo produjo. En el dolor crónico, debido a que los mecanismos que lo producen no se corrigen, se sugiere tener expectativas realistas respecto a su alivio, ya que este pudiera no erradicarse por completo. De igual forma, en ambos casos, se debe informar anticipadamente al paciente sobre los objetivos que se quieren alcanzar en relación al control del dolor y sobre la presentación de posibles efectos adversos. Esto con la finalidad de que no se suspenda la terapéutica por "ineficaz" o por efectos indeseables. En este sentido se sugiere "inicio con dosis bajas y con escaladas lentas".

El abordaje farmacológico, al parecer es más efectivo cuando se emplea conjuntamente con terapias no farmacológicas. Algunos autores sugieren, iniciar una terapia de rehabilitación física en aquellos pacientes con limitaciones funcionales que condicionan dolor. De igual forma, la aplicación de estimulación eléctrica transcutánea (TENS) o percutánea (PENS), pudiera beneficiar a algunos pacientes; sin embargo, el efecto analgésico de estas técnicas aún es controversial y no se recomienda su empleo único.

El control del dolor en diferentes contextos se vale del empleo de analgésicos no opioides, de opioides y otros. En el adulto mayor el consumo de antiinflamatorios no esteroides (AINE's) es común y se asocia a un incremento en la frecuencia de presentación de efectos adversos. Se ha documentado que mientras que el 1% de la población en general presenta riesgo de sangrado tras la administración de AINES's, en los mayores de 60 años éste se incrementa al 3-4% y en los ancianos con historia de sangrado previo el riesgo aumenta al 9%.

Debe considerarse el empleo racional de estos fármacos en el anciano, en los procesos inflamatorios el paracetamol proporciona analgesia sin el riesgo que presentan los AINE's; así mismo, el empleo de combinaciones de AINE's con misprotol, antiácidos, antagonistas de los receptores H2 o inhibidores de la bomba de protones, puede ser de utilidad para disminuir el riesgo de sangrado. El empleo de protectores gastrointestinales no es inocuo, ya que muchos de estos pueden alterar la función renal e interacciones farmacológicas.

De igual forma, el manejo de opioides en el dolor crónico es controversial y posiblemente en el anciano este recur-

so es infrautilizado. Esto se debe al miedo a producir adicciones; sin embargo, algunos autores han reportado que el abuso de opioides en el paciente con dolor crónico oscila entre el 0.028 y el 0.3%. Del mismo modo, sólo el 1% de los pacientes que acuden a programas de rehabilitación con metadona tienen más de 65 años. Por ello, estos temores no justifican que esta opción analgésica le sea negada al paciente con dolor. Así mismo, su empleo debe monitorizar la presencia de efectos adversos como la sedación, estreñimiento, náusea, mioclonias, déficit neurológico y depresión respiratoria; considerando que la ocurrencia de estos efectos dependen de la dosis y que la dosis efectiva es aquella que produce analgesia sin presentar efectos indeseables.

La utilización de diversos fármacos con el objetivo de tener un mismo resultado, se conoce como "*polifarmacia*". En el control del dolor, ocasionalmente se requiere de este abordaje y tiene la finalidad de disminuir los efectos adversos de un grupo farmacológico específico o bien, las dosis de otros analgésicos. Los fármacos que son utilizados con

este fin, se conocen como "adyuvantes"; su empleo debe considerar que algunos de ellos tienen cualidades analgésicas y que con su uso existe la posibilidad de que ocurran interacciones farmacológicas.

## CONCLUSIONES

En el paciente anciano el manejo del dolor mejora sus condiciones de vida. Por ello, debemos proporcionarles este beneficio. Así mismo, los cambios propios del envejecimiento lo hacen más susceptible al efecto de los fármacos. De tal forma, que el abordaje farmacológico racional, debe considerar los aspectos fisiológicos y emocionales que comúnmente se presentan en este grupo. Finalmente, el adulto mayor debe abordarse de forma integral y multidisciplinaria. Como en otros casos, es necesario generar la evidencia suficiente que norme nuestras conductas respecto al impacto que los fármacos tienen en nuestros pacientes.

## REFERENCIAS

1. ASG panel of chronic pain in older persons. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:635-651.
2. Barkin RL, Barkin SJ, Barkin DS. Perception, assessment, treatment and management of pain in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2005;21:465-490.

