

Tema de reflexión

Dolor y fármacos en la vejez

Arturo Lozano Cardoso¹¹Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM

La definición del dolor es compleja, sin embargo, se puede concebir un tanto esquemática, como una sensación subjetiva molesta, incómoda y emocional muy desagradable. Es un proceso fisiológico complejo que incluye elemento de neurosensación con integración en la neurotransmisión que es procesada e integrada al sistema nervioso central de la memoria, con expectativas y emociones, recuerdos e influencias culturales. El manejo del dolor es un reto por la ausencia de «algómetros», no hay medidores en la sangre, ni electroencefalogramas, ni equipo de imagen que reflejen exactamente la cronología de su existencia, intensidad, localización y las características como experiencias. Los hechos más fiables son las descripciones del paciente; sin embargo, muchas veces es variable y confuso por la presencia de polipatología, deterioro cognoscitivo y la modalidad del dolor se puede presentar como confusión y *delirium*, y no como una queja directa. Las características para el manejo del dolor, si éste se ha categorizado en agudo o crónico. Para el manejo del dolor es a través muchas veces de un abordaje multidisciplinario, individualizado, compasivo y cálido.

Dolor agudo

Tiene causas obvias y es de corta duración, por ejemplo, traumas, quemaduras, infartos e inflamaciones como muestras de un proceso patológico. El dolor agudo se acompaña regularmente con signos del sistema nervioso autónomo, como es taquicardia, diaforesis, moderada hipertensión. La intensidad del dolor muchas veces indica la severidad de la lesión o de la enfermedad. Un dolor agudo puede constituir una urgencia que podría poner en peligro la vida y que requiere de atención inmediata.

Dolor crónico

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo considera crónico si tiene más de tres meses de duración. La intensidad está fuera de proporción a la patología observada. Los signos autonómicos con frecuencia están ausentes por la desensibilización a estímulos crónicos. Las causas son muchas, aunque conocidas, y con frecuencia es el más difícil de mitigar, aunque ante supuestas causas hay menos

respuestas favorables. Para su tratamiento existen muchas estrategias; sin embargo, sus respuestas son de corta duración y son difíciles de mantenerlas. El manejo del dolor crónico, a menudo es multidisciplinario, incluyendo desde luego drogas analgésicas y estrategias antiálgicas sin fármacos, hacia factores emocionales y de sensibilidad, así como ambientales. Para muchos viejos que sufren de «dolor crónico», sienten que se asocia a imágenes negativas y estereotipadas, a menudo unido con problemas psíquicos, con tratamientos inútiles, y que son además simuladores de enfermedades o adictos a fármacos, hacia factores emocionales y de sensibilidad, así como ambientales. El término «dolor persistente» ha sido favorecido en la literatura médica y puede adaptarse como una actitud positiva para pacientes y hacia los médicos, con la finalidad de una intervención más activa de seguimiento en el manejo de este problema recalcitrante. (Farrell y Codos).

Epidemiología

La prevalencia exacta de dolores en la población vieja es limitada y variable, aunque en esencia es alta y a la vez tiene dificultades para su evaluación y localización. El dolor agudo todos lo hemos sentido, pero tampoco hay datos precisos en prevalencia e incidencia. Los índices de prevalencia del dolor crónico varían ampliamente, y en relación a las muestras de población y los métodos de encuesta. Crook y colaboradores encontraron dolor persistente de 7.6% en sujetos de 18 a 30 años, aumentando hasta el 29% para aquéllos entre 71 y 80 años; otros estudios han encontrado disminuyendo el porcentaje en el grupo de 85 años, las causas son el estoicismo y la reticencia a quejarse, así como de herramientas inadecuadas de medición, junto al secuestro de enfermos en instituciones. Otras referencias señalan que después de los 60 años, el 65% padece alguna forma de dolor crónico.

Los viejos que viven en la comunidad presentan dolores en un 25 a 50% y en los institucionalizados la prevalencia es de 45 a 80%. La localización en el músculo esquelético se ve en un 30 a 60% y la lumbalgia aparece en un 45%. Hay una relación entre los síndromes dolorosos con la depresión y el deterioro funcional hasta en un 30% (Lovsky, Brochet, Groux-Fechner).

La polipatología en el viejo modifica en general el umbral doloroso aumentándolo y hasta ausentarlo, por ejemplo, infarto al miocardio, tromboembolia pulmonar, urgencias abdominales, caries dentales. Muchos de estos cuadros son en portadores de neuropatías diabéticas; también cursan con poco dolor las fracturas de cadera y de cuerpos vertebrales. El porcentaje de pacientes viejos que asisten a las clínicas del dolor es de un 45%. Las causas son variables y están en relación a la institución a la que pertenecen (Cassiani).

El dolor crónico en la vejez interfiere con el disfrute de la vida por sus efectos indeseables y hasta nocivos sobre su estado de ánimo, de depresión, de ansiedad, de trastorno del sueño, de aislamiento y de deseos de morir, las que repercuten o interfieren en sus relaciones sociales y económicas; existen limitaciones funcionales, sobre todo de movilidad y, por lo tanto, de dependencias.

El viejo es portador de gran comorbilidad y, como consecuencia, aumenta el consumo de fármacos que muchas veces no son necesarios. Existen otras causas para su consumo por ejemplo «que se sienten mal» y/o tener muchos «achiques». Se calcula que después de los 65 años, se toman de dos a tres medicamentos de venta libre en los países desarrollados (ver más adelante).

Actualmente, los fármacos son más efectivos y por lo tanto habrá más prescripciones. Existen otros hechos que aumentan su consumo: poder adquisitivo, factores sociales y ambientales, el vivir solos, los psicológicos, la hipocondriasis, las depresiones. Muchos viejos consideran que gracias al consumo de fármacos «están vivos», y ahora se está en el riesgo de una polifarmacia y sus consecuencias. Los múltiples riesgos son: edad, cambios en su peso corporal, fragilidad, composición bioquímica, alteraciones en sus volúmenes corporales, sensibilidad de receptores, etc.; disfunciones por la comorbilidad, como son hepáticas, renales, etc., las que repercuten en la farmacocinecología y farmacodinamia. Con la polifarmacia hay más reacciones adversas, por lo tanto la pérdida benéfica de éstos, además, enmascaran enfermedades preexistentes o alguna que se inicie, conduciendo al paciente viejo a «una enfermedad medicamentosa en espiral».

Volviendo sobre el consumo y número de medicamentos Kaufman (2002) refiere que ya sea de venta libre, por autoconsumo, con los prescritos, más los recomendados por familiares y amigos en las personas de más de 65 años llegan hasta un total de 94%; el 57% con más de cinco medicamentos y el 12% con más de 10.

En otro grupo (Kaufman) respecto a los medicamentos prescritos por facultativos, han llegado hasta el 81% de cualquier droga y el 23% tenía más de cinco fármacos, las mujeres y las de más edad son las más consumidoras.

Con mucha frecuencia y por minusvaloración, el médico olvida preguntar a los pacientes sobre el consumo

de hierbas medicinales que desde luego tiene efectos farmacológicos y por consiguiente interacciona con otros medicamentos. La herbolaria, como medicina tradicional, puede ocasionar una potencial toxicidad. López A y Arroyo V en el Hospital General de México, llevaron a cabo un estudio en 210 pacientes para valoraciones preoperatorias, 47 pacientes (23.7%) tomaban hierbas medicinales, 41 mujeres (87.2%) y 6 hombres (12.7%), con edades entre 16 y 75 años, en total se emplearon 98 variedades de hierbas medicinales, entre las de mayor consumo fueron: sábila, árnica, manzanilla, nopal. Las de menor consumo fueron: ajenjo, cancerina, canela, cola de caballo, flor de azahar, marrubio, té verde, toronja, toronjil morado, valeriana. Solamente el 50% de los casos tuvieron relación con el síntoma. Las sobredosis de árnica, manzanilla y ajenjo tienen efectos tóxicos. La valeriana y hierba de San Juan pueden presentar interacciones durante la anestesia. La gincobiloba, el ginsén, y el licor de San Juan pueden causar efectos adversos como son hipoglicemias; la gincobiloba con la warfarina y con los AINES provocan hemorragias; el licor de San Juan (muy demandado en los Estados Unidos), puede bloquear los receptores de serotonina con antidepresivos.

En México se han identificado 5,000 especies de hierbas con aplicaciones curativas, y el 60% de la población las ha consumido en algún periodo de su vida.

En los Estados Unidos, de 14 a 22% emplea la herbolaria; las autoras de esta información comentan sobre la creencia entre la gente y los pacientes e, incluso entre algunos profesionales de la salud, sobre la supuesta inocuidad de estos productos, este desconocimiento puede poner en riesgo a los pacientes tanto en el periodo perioperatorio como en otras circunstancias de la práctica médica. El árnica se recomienda como antiinflamatoria y analgésica; por vía interna es tóxica, además provoca alteraciones en el sistema nervioso (cefaleas y nerviosismo), digestivos (vómitos y diarrea), reacciones alérgicas. Su uso externo ocasiona eccemas y dermatitis por la acción de las lactosas sesquiterpénicas. La flor del árnica por vía oral tiene efectos cardiotóxicos. El árnica y el clopidogrel por los componentes cumarínicos pueden provocar sangrados.

En China, el 82% de la población considera que la herbolaria es útil para fomentar la salud y el 10% como terapéutica, en los Estados Unidos el 22% en pacientes prequirúrgicos lo ha usado; en Australia, el 14%; en Francia el 9% y en el Reino Unido, 4.9%.

Reacciones adversas

Uno de los motivos es que no hay ensayos clínicos suficientes ni publicaciones en los que sean incluidos los viejos; otra de las causas es por evaluaciones incompletas. Aho-

ra al médico le queda la duda de cuál será el medicamento de elección, por lo tanto, sin saber si debe tomarlos o suspenderlos; por ejemplo, una de las recomendaciones sería si un medicamento ocasiona cualquier intolerancia, debe tomarlos o suspenderlos; por ejemplo, una de las recomendaciones sería si un medicamento ocasiona cualquier intolerancia, debe suspenderse. Más de dos medicamentos aumentan las probabilidades de reacciones adversas o indeseables. La indicación de fármacos se hace cuando los beneficios sobrepasan el riesgo de los mismos, es decir, que deben indicarse si realmente son necesarios y deben indicarse a dosis menores. Existen casuísticas de información en la frecuencia a reacciones adversas así como su prevención, una de ellas se refiere que en 564 casos de reacciones adversas por orden de frecuencia en el sistema nervioso fueron los antipsicóticos con 23%, los antidepresivos con 13%, los sedantes e hipnóticos con 13%. En otro grupo, un 20% fueron los antibióticos. Se agrega que de éstos, 276 casos fueron previsibles y 270 no lo fueron. El mismo autor (Gurwitz) informa que el tipo de reacciones adversas en un 27% fueron los medicamentos neuropsiquiátricos los que provocaron caídas en 12%, los gastrointestinales, 12%, los alérgicos dermatológicos 11% y las hemorragias 10%.

De éstos fueron previsibles el 30%, 20%, 11%, 3% y 14%, respectivamente. Los ingresos hospitalarios por estas causas son en su mayoría pacientes entre 40 y 70 años.

Drogas analgésicas, su uso racional y efectos aditivos

Uso racional de fármacos analgésicos

Cualquier paciente que tenga dolor y repercuta sobre su estado funcional o calidad de vida, es candidato a la terapéutica farmacológica. Toda intervención farmacológica debe considerarse el balance entre beneficios y riesgos. Las drogas analgésicas son seguras y efectivas si se utilizan racionalmente.

Para muchos analgésicos, la dosificación no es fácil en algún momento. El viejo es muy sensible a los opioides; sin embargo, en esta población tan heterogénea, la dosis óptima y los efectos secundarios son difíciles de predecir para ellos. Como un tiempo musical de Adagio «iniciar lento y continuar lento», esta recomendación en las prescripciones es probablemente lo más apropiado para evitar reacciones adversas y con la finalidad de obtener un alivio óptimo del dolor.

La combinación de fármacos opioides con acetaminofeno o con AINEs puede producir un sinergismo analgésico (útil en casos con metástasis óseas). Existe experiencia en que el uso de combinaciones de varias drogas analgésicas tiene potencialmente problemas; no obstante, la combinación de drogas puede reducir globalmente las dosis de medicamentos sin muchos riesgos, y así se pueden disminuir las dosis cuando se

emplea un solo medicamento. Un monitoreo es lo indicado para pacientes con polipatología y con varios fármacos analgésicos. Con la administración de fármacos como serían opioides y AINEs no se obtendrán más ventajas analgésicas, pero sí se incrementan reacciones adversas (Cuadro 1).

Vía de administración

La más recomendada es la vía oral; las menos, las invasivas. Existen otras vías como son: subcutáneas, intravenosas, transcutáneas, sublinguales, rectales. Algunas drogas tienen una ruta exclusiva. La vía oral es la más indicada por la conveniencia de que los niveles sanguíneos a través de esta vía son bastante estables. Su efecto aparece a partir de los 30 min a las 2 h; puede no ser la indicada para casos agudos y fluctuantes. Con el bolo intravenoso se obtiene generalmente una respuesta rápida, pero de corta duración, su indicación es para el dolor agudo y para control en el postoperatorio. La inyección subcutánea o intramuscular, tiene la desventaja de fluctuaciones en su absorción y con una rápida caída de su acción, si se compara con la vía oral. La vía transcutánea, rectal y sublingual, se reservan para pacientes con dificultades en la deglución.

Tiempo de administración

Para dolores agudos o intermitentes se usarán por razones necesarias. En casos de dolores continuos, los medicamentos deben regirse bajo un horario; esta conducta mejora el dolor a través de una estabilidad en los niveles sanguíneos de la droga y el bienestar es más marcado para el paciente. Los medicamentos «de larga duración» solamente se usarán para dolores continuos, aunque también pueden necesitar asociar medicamentos que actúen rápidamente para aminorar el dolor. Muchas veces las fallas antiálgicas pueden estar en los bajos

Cuadro 1. Drogas analgésicas, su uso racional y efectos aditivos.

- A. Uso racional de fármacos analgésicos
 - 1. Elección específica para el tipo de dolor
 - 2. Ruta de administración para cada tipo de dolor
 - 3. Conocimiento farmacológico de la droga descrita
 - 4. Existe la posibilidad de combinación de drogas
- B. Efectos aditivos
 - 1. Evitar combinaciones que produzcan sedación
 - 2. Observar y tratar los efectos colaterales: Depresión respiratoria, sedación, náuseas y vómito, constipación, mioclonía, temblores y mareos, sobre todo en viejos.
 - 3. Reconocer: Tolerancia, dependencia física y psicológica
 - 4. Manejo de la tolerancia: Cambio a otra droga, a dosis efectivas
 - 5. Prevenir supresiones inmediatas. Efecto «rebote»
 - 6. No usar placebos

niveles sanguíneos de la droga; otra variable en la falla puede ser una actividad física exagerada (que es manejable); los dolores espontáneos son vistos en las neuropatías, son fluctuantes, difíciles de tratar y predecir.

El dolor crónico es una experiencia exhaustiva, puede ocasionar un descondicionamiento físico, alteraciones del sueño, ocasionar anorexia, lo que crea un círculo vicioso. El clínico junto con los cuidadores tratarán de apoyar al paciente en sus actividades cotidianas, para modificar y mejorar sus estilos de vidas

Respecto a los fármacos analgésicos, hay otras variables en las aplicaciones, como la indicación «en lugar blanco», hay intracapsulares, los bloqueos periféricos (plexos), los epidurales, los intratecales, los autonómicos como la simpatectomía lumbar, los neuroquirúrgicos; la cordotomía, radiaciones, etc., etc. A continuación se presentan los fármacos analgésicos más empleados por vía oral y su clasificación.

Fármacos

Grupo I

No opioides

	Dosis oral
Ácido acetilsalicílico (Aspirina)	1,000-1,500 mg
Acetaminofeno (Tylex)	500-1,500 mg
Diflumidazol (Dolobid)	500-1,000 mg

Antiinflamatorios no esteroides: AINEs

Naproxeno	(Naxen) 250-500 mg
Ketoprofen	(Profenid) 100-200 mg
Indometacina	(Indocid) 50-75 mg
Ketorolaco	(Supradol) 10-20 mg
Diclofenaco	(Voltaren) 50-199 mg
Sulindac	(Clinoril) 200-400 mg
Piroxican	(Feldene) 10-20 mg
Metamizol	(Prodolina) 500 mg

Antiinflamatorios no esteroides. AINEs. Selectivos

Dosis oral:

Mobicox (Meloxicam)	7.5-15 mg
Celecoxib (Celebrex)	100-200 mg
Etoricoxib (Arcoxia)	60-90 mg
Lumiracoxib (Prexide)	400 mg

Grupo II

Opioides y antagonistas:

Morfina, codeína, meperidina (Demerol), tramadol (Tradol), nalbufina (Nubaine), propoxifeno (Darvon)

Grupo III

Analgésicos-Coadyuvantes

Carbamazepina. Antihistamínicos, dexedrina, antidepresivos, drogas alternativas. Aplicaciones tópicas, novocaína, capsaicina (chile)

Otras variantes: Acupuntura, psicoterapia, apoyos sociales

Nota: Los del grupo II, conocidos como opioides o antagonistas no son muy recomendables a los viejos por sus efectos colaterales severos.

Tratamiento: otras variables

Contraindicaciones

Calor directo o indirecto: Sensaciones deterioradas, hemorragias, inflamación aguda/septicemia, traumatismo agudo.

Crioterapia: Insuficiencia arterial, cicatrización de heridas, antec. enf. de Reynaud

Hidroterapia: Individual

Ultrasonido y diatermia: Procesos malignos, infecciones agudas, tromboflebitis

Corrientes interferenciales: Marcapaso, acupuntura, psicoterapia, apoyos sociales, etc.

Nota: Las aplicaciones de estas variables deben estar perfectamente indicadas por riesgos lesionales locales y generales

Conclusiones

Sugerencias para mejorar en cumplimiento de las prescripciones.

- Minimizar el número de medicamentos
- Minimizar la dosis e indicarlos a horarios fijos
- Etiquetar impresos con letras grandes
- Evitar envases «a prueba de niños»
- Educar y reeducar al paciente de sus enfermedades y la necesidad del tratamiento
- Red de apoyos

Referencias

1. Ferrell BA, Chodos HJ. Pain management. In: Principles of geriatric medicine, Hazzard WR et al. Ed. Mc Graw-Hill 2003: 303-321.
2. Katz B, Helmer D. El dolor en la tercera edad en geriatría. Brockle Hurst's, 6th ed. 2005: 1391-1398.
3. AGS Panel on persistent pain in Older Person, J Am Geriatr Soc 2002: 5205-24.
4. López HG, Arroyo VA. Consumo de hierbas medicinales en pacientes prequirúrgicos en el Hospital General de México, S.S. Rev Med Hosp Gral México. 2008; 71-1: 6-10.
5. Gutiérrez RLM. El dolor persistente un enfoque holístico en geriatría. d'Hyvert C, Gutiérrez RLM, ed. El Manual Moderno 2006: 527-533.
6. Cassiani A. Clínica de dolor. Hosp. Gral. de Méx. Comunicación personal 2008.