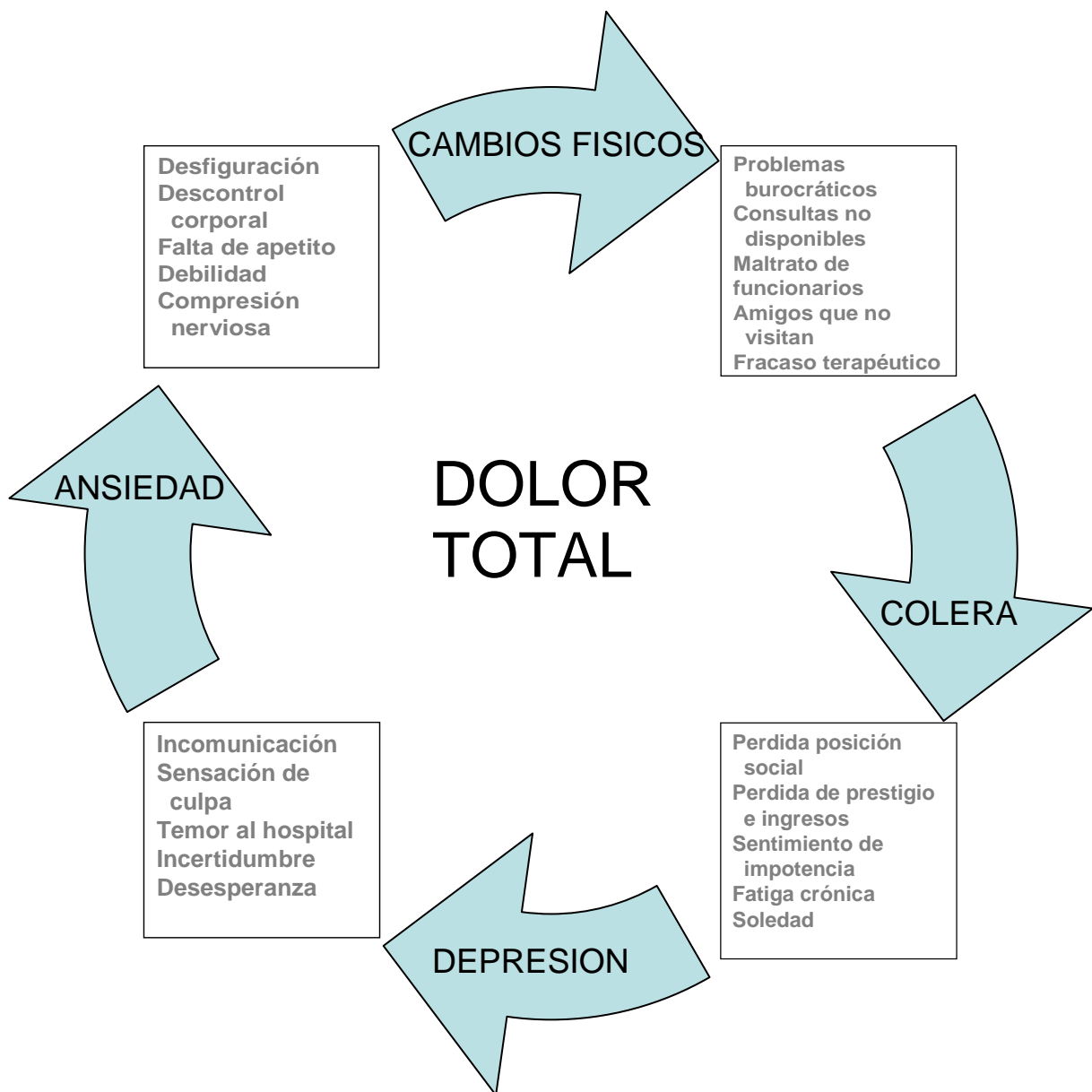


**Guías de Dolor FEDELAT**  
(Federación Latinoamericana de  
Sociedades de Dolor)  
**Volumen 3**

**DOLOR EN EL  
ADULTO MAYOR**

Dr. Edward Rabah Heresi

El dolor en el adulto mayor está habitualmente subtratado, su manejo requiere un enfoque sistémico y holístico hecho como traje a la medida para cada paciente considerando sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales. Como dijo Dickinson "El dolor es una sensación subjetiva y por lo tanto es lo que el individuo dice y no lo que los otros suponen que debiera ser". Cicely Saunders describió por primera vez el concepto de "DOLOR TOTAL" considerando todos estos parámetros mencionados. El reconocer un componente emocional y psicosocial en el dolor apunta a un enfoque multidimensional para un efectivo manejo del dolor.



### **Incidencia del dolor en el adulto mayor**

Estudios han demostrado que las personas mayores pueden experimentar mayor dolor que los jóvenes, pero son menos propensos a quejarse de este. Un estudio en USA encontró que a lo menos un sexto de los mayores residentes en casa de reposo tenían dolor diario y que cuando se revisaban 60 a 180 días dos tercios de ellos reportaban haber tenido dolor diario de moderado a severo. Otro estudio encontró que en los mayores de 85 años era mucho más frecuente que no recibieran analgesia alguna frente a su dolor al compararlos con los más jóvenes. Resultados similares se encontraron en un estudio Australiano, que reportó que un 22% de los ancianos que reportaban dolor en los asilos no se les administraba medicación alguna.

Una razón para esta desatención del dolor pueden ser las inadecuadas herramientas de evaluación, especialmente para aquellos con demencia avanzada que no pueden comunicar sus necesidades de cuidados. Otras razones más comunes en nuestros pueblos latinoamericanos son las dificultades de prescribir medicación apropiada y adecuada, especialmente en zonas rurales. Sin embargo hay evidencia significativa de que aquellos ancianos que son enrolados por un equipo especializado tienen mucho mejor manejo de su dolor diario que los que no.

### **Barreras para un efectivo manejo del dolor**

La evidencia es sugerente de un deficitario conocimiento del manejo del dolor por las enfermeras y médicos contribuye a un pobre resultado con los pacientes mayores. Esta falta de conocimientos la mayoría de las veces es debida a que poseen muy poca educación formal en este tópico. Se hace imperativa la creación formal de programas educacionales que provean información definitiva y objetiva del uso de medicamentos para el alivio del dolor en los ancianos. En algunos países se notan algunos cambios, estos deben incluir la entrega de herramientas para evaluar y monitorear el dolor en el anciano y las estrategias de tratamiento correspondientes.

Es de suma importancia entrenar al personal que cuida ancianos para que posean la habilidad de observar y reportar el dolor de estos. Esta habilidad cobra real importancia

cuando no pueden articular palabras y el dolor debe ser pesquisado a través de señales conductuales.

El tratamiento efectivo del dolor puede también ser difícil en algunos ancianos por sus creencias culturales. Por ejemplo un estudio reciente encontró que en algunas comunidades indígenas hay un miedo considerable al uso de morfina en las etapas finales de la vida. La creencia popular es que la morfina era la droga que se usaba para “deshacerse de mi”, en este estudio además se señala que los indígenas temían a las agujas y no entendían acerca del uso de los medicamentos y cuidados paliativos para mitigar su sufrimiento, se hace hincapié en la necesidad de identificar los factores culturales de cada anciano en particular en todos los aspectos de sus cuidados.

Hay enorme evidencia demostrando que algunos de los miembros de equipos que cuidan ancianos tienen errores de concepto y mitos acerca del manejo del dolor y estos pueden ser una de las barreras mas importantes a vencer para un adecuado y efectivo alivio del dolor, la siguiente tabla provee una visión de algunos de estos mitos y los hechos reales de cada caso.

**TABLA 1: MITOS COMUNES EN EL MANEJO DEL DOLOR**

	<b>MITO</b>	<b>REALIDAD</b>
1	<b>El mejor juez para evaluar el dolor es la enfermeras o el medico que cuida al anciano</b>	<b>El paciente es la autoridad en su dolor. El autoreporte es el mejor indicador de la existencia e intensidad de su dolor</b>
2	<b>El anciano no debe recibir medicación hasta que la causa de su dolor esté diagnosticada</b>	<b>Alivio sintomático del dolor debe ser provista mientras se investiga su causa. Un dolor no aliviado es inaceptable y si es ignorado se cronifica, haciendo mas difícil su control posterior.</b>
3	<b>A la gente con demencia avanzada es imposible aplicarles escalas de evaluación del dolor</b>	<b>Usando escalas adecuadas para estos pacientes es posible cuantificar su dolor, dándole el tiempo necesario para elaborar su respuesta. Ejm 0-10.</b>

4	No hay razón para quejarse si no hemos encontrado la causa física del dolor	El dolor es una nueva ciencia, no todos sus aspectos son comprendidos. Sin causa aparente, el dolor es en sí la enfermedad y debemos tratarlo adecuadamente
5	Los cuidadores deben creer solo en sus intuiciones personales para creer cuando la opinión del anciano es válida para evaluar su dolor	La opinión del personal de cuidados no siempre es adecuada para determinar el manejo del dolor. Es necesario establecer el autoreporte del anciano como el estándar válido.
6	El dolor no mata a nadie	El dolor tiene muchos efectos adversos sobre el cuerpo humano, el más importante en el anciano es la depresión de sistema inmune que lo puede llevar hasta la muerte.
7	El tratamiento del dolor debe administrarse solo si el dolor está presente	Es mejor dar medicación por horario para evitar el dolor incidental provocado por el movimiento.

## Tipos de Dolor

No siempre es posible distinguir entre los diferentes tipos de dolor y esta dificultad hace caer en omisiones que nos impiden hacer una buena terapia del dolor. La literatura relacionada al dolor habitualmente señala tres tipos: **agudo**: relativamente breve y en relación al estímulo, dolor por **cáncer** y dolor **crónico no oncológico**. Sin embargo esta clasificación ayuda muy poco al enfoque terapéutico. Actualmente, el método de clasificar el dolor por su fisiopatología es el más utilizado por la orientación terapéutica que implica:

- ▣ Dolor nociceptivo (estímulo somático y visceral)
- ▣ Dolor neuropático (estímulo por injuria al sistema nervioso)

La tabla a continuación nos da un cuadro global de las características de cada tipo de dolor de acuerdo al origen del estímulo.

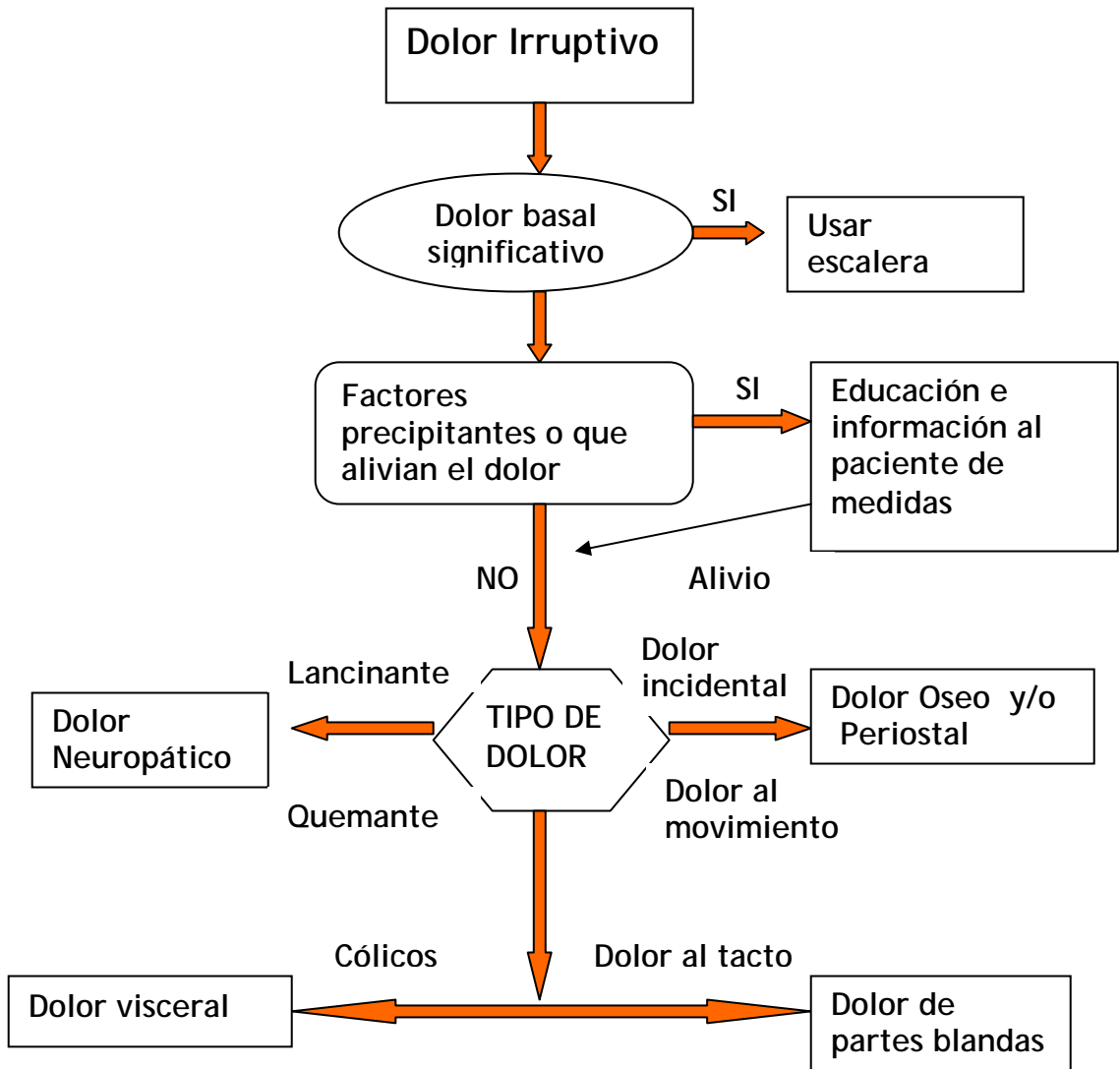
**TABLA 2: CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR DE ACUERDO A SU CLASIFICACIÓN FISIOPATOLÓGICA**

	<b>Nocioceptivo Somático superficial</b>	<b>Nocioceptivo Somático Profundo</b>	<b>Nocioceptivo Visceral</b>	<b>Neuropático</b>
<b>Origen del estímulo</b>	Piel y tejido subcutáneo Mucosa de la boca, nariz, senos, uretra y ano	Huesos, músculos, articulaciones, tendones y ligamentos Cápsulas de Órganos y membranas mesoteliales (pleura y peritoneo)	Órganos sólidos o huecos Masas tumorales profundas Ganglios linfáticos profundos	Daño de las vías nociocéptivas
<b>Ejemplos</b>	Úlceras de decúbito Estomatitis	Artritis Distensión o inflamación de la cápsula hepática	Masas abdominales o torácicas profundas Cólico biliar o ureteral	Invasión tumoral del plexo braquial o lumbosacro. Neuralgia postherpética, dolor de miembro fantasma
<b>Descripción</b>	Clavada , ardor	Dolor sordo mantenido, localizado	Dolor sordo profundo, poco localizado	Agujas, quemadura, gavillado. Alodinia Dolor en área adormecida
<b>Localización Sitio del estímulo</b>	Muy bien definido	Bien definido	Pobrementemente definido	Distribución de dermatoma o nervio periférico
<b>Movimiento</b>	No altera dolor	Empeora el dolor	Puede mejorarlo	Empeora por tracción de nervios
<b>Referido</b>	No	Si	Si	Si
<b>Alteración local</b>	Si	Si	A veces	No
<b>Efectos autonómicos</b>	No	No	Nausea, vómitos, sudoración y cambios en presión arterial y pulso	Inestabilidad autonómica, enrojecimiento, sudoración, enfriamiento., cianosis. ( si SMP)

## **Dolor Irruptivo**

El termino “dolor irruptivo “ también llamado dolor intermitente es generalmente asociado a gente que mantiene un dolor basal que está bien controlado con analgésicos y opioides y que frente a la movilización u otra actividad de la vida diaria tiene episodios intermitentes de dolor que se escapa del control de su medicación de base, esto ocurre en pacientes con cáncer y también en los ancianos por patologías preexistentes, la incidencia de este dolor en al adulto mayor varía entre el 40 y 60% en varios estudios. No

se ha desarrollado ninguna herramienta para medir el dolor irruptivo en clínica, pero el algoritmo que mostramos a continuación es de gran utilidad.



*Modificada de: American Cancer Society. CANCER vol 94 N° 3, 2002 832-839, 2002*

Se deben además considerar las características especiales del dolor irruptivo: duración, intensidad, características, factores precipitantes, factores que alivian el dolor, comienzo brusco o paulatino, relación entre su ocurrencia y la hora de administración de los analgésicos, número de ocurrencias en 24 horas.

## **Dolor Incidental.**

Es el dolor resultante de un evento específico frente a un individuo específico, tal como la movilización de una parte de su cuerpo o la curación de una herida. Este dolor es diferente a su dolor basal y deben identificarse los factores gatillantes y los factores preventivos de este. El manejo apropiado incluye la administración de analgésicos de forma que su nivel máximo de acción coincida con el evento que desencadena el dolor.

## **Herramientas de evaluación del dolor**

La evaluación del dolor debe incluir una buena historia clínica y un buen examen físico del paciente, estos deben incluir localización, tipo de dolor, frecuencia, severidad y como altera las actividades de la vida diaria. Un estudio que comparó la simple pregunta “tiene usted dolor” con una evaluación de tres herramientas de medida del dolor como VAS(escala visual análoga), caras y escala descriptiva de dolor encontró que el uso de estas herramientas permitió que fuera mucho mejor evaluado y tratado el dolor que con la simple pregunta.

Tenemos una gran variedad de escalas y herramientas de evaluación del dolor, estas están descritas en el volumen de “Apendices” de estas Guías con el detalle de su utilización, dentro de las más conocidas podemos mencionar:

- ❑ Escala de dolor funcional: *Functional Pain Scale* (FPS)
- ❑ Escala de evaluación numérica: *Numeric Rating Scale* (NRS)
- ❑ Cuestionario de Mc Gill: *Mc Gill Pain Questionnaire* (MPQ)
- ❑ Inventario Abreviado de Dolor: *Brief Pain Inventory* (BPI)
- ❑ Escala Visual Análoga: *Visual Analogue Score* (VAS)



- ❑ Escala de Caras: *Faces Scale (FS)*.
- ❑ Escala Descriptiva de Dolor o Escala Verbal de Dolor: *Verbal Rating Scale (VRS)*.
- ❑ Escala de Dolor en Demencia Avanzada: *Pain Assessment in Advanced Dementia (PANAID)*
- ❑ Escala del Termómetro: *Thermometer Scale (TS)*
- ❑ Indicadores no Verbales de Evaluación del dolor: *Nonberval Pain Indicators (NPI)*

## Manejo Farmacológico

La elección de la medicación debe estar de acorde a la severidad del dolor y no al estado de la enfermedad que la genera. La Escalera Analgésica de la OMS recomienda ascender en esta en la medida que los escalones inferiores no funcionen, con una titulación progresiva de las dosis. Por otro lado se recomienda el siguiente enfoque de acuerdo al nivel de dolor:

**Dolor leve:** Analgésicos no opioides (AINES)+ coadyuvantes

**Dolor Moderado:** AINES + Opioide Débil + coadyuvantes.

**Dolor Severo:** AINES + Opioide Potente + coadyuvantes.

### Analgesicos:

El uso de analgésicos no opioides es habitualmente suficiente para el dolor leve, es preferible en estos casos usar Paracetamol (acetaminofeno) que los AINES dada la alta incidencia de complicaciones Gastrointestinales, Renales y Hepáticas de estos últimos. Los AINES los reservaremos para pacientes con Artritis Reumatoides donde se ha demostrado mejor efecto que el Paracetamol, pero solo por periodos de tiempo corto. (5 a 7 días) por su alta toxicidad en los ancianos.

El Paracetamol es considerado el fármaco de primera elección en el dolor leve a moderado en el anciano por ser relativamente seguro su uso tanto agudo como crónico en ese grupo etario en dosis que no superen los 3 gramos al día, no teniendo efectos colaterales tampoco.

## Opioides:

En caso de un dolor moderado debemos adicionarle un opioide débil como la Codeína o el Tramadol, su mezcla produce un efecto sinérgico que permite tener mayor efecto analgésico con los opioides sin aumentar sus efectos colaterales.

Lo mismo en caso de dolor severo, aunque en estos casos debemos utilizar un opioide potente como morfina, fentanyl, metadona, oxycodona o buprenorfina.

Las dosis de los fármacos las encontramos en los “Apéndices” de estas guías.

Respecto a los opioides existen muchos errores de concepto en los médicos y entre la población en general, estos son de fácil titulación y altamente efectivos en pacientes con dolor crónico, siendo los fármacos de elección en los pacientes bajo cuidados paliativos, tanto oncológicos como no oncológicos.

## Mitos de la Morfina

- ❑ La morfina por vía oral es inefectiva: **falso**, si bien su absorción es pobre, solo debemos usar dosis mayores que la parenteral para lograr su efecto.
- ❑ Le acortara la vida al paciente: **falso**.
- ❑ Lo transformará en drogadicto: **falso**: no lleva a drogadicción el uso de morfina en control del dolor.
- ❑ El poseer morfina induce su robo: **falso**: no es de fácil venta ni solicitada en mercado negro.
- ❑ Desarrolla tolerancia rápidamente: **falso**: una vez que se ha controlado el dolor es posible mantenerse semanas o meses con las mismas dosis o levemente superiores si el dolor ha permanecido estable.

- ❑ Provoca euforia: **falso**: provoca sedación y en aquel que no tiene dolor tendrá somnolencia y náuseas.
- ❑ Induce depresión respiratoria: **falso** si es usada adecuadamente y no se usan dosis excesivas en ancianos o pacientes debilitados.

Como toda medicación, los opioides tienen una serie de efectos colaterales que debemos considerar para prevenirlos y/o aliviarlos adecuadamente. Estos son:

- ❑ Constipación: el más frecuente, prevenirlo con indicaciones dietéticas, laxantes y propeperistálticos.
- ❑ Náusea y vómitos: habitualmente por comenzar con dosis muy altas o titulación muy rápida, usar Metoclopramida y Haloperidol en profilaxis al usar opioides débiles como Codeína o los potentes
- ❑ Mareos o alteración de la atención: habitualmente mejora con los días.
- ❑ Boca seca
- ❑ Retención Urinaria: mucho más común en los pacientes mayores o con adenoma o cáncer de próstata.
- ❑ Mioclonos multifocales: puede mejorarse con una rotación del opioide.
- ❑ Delirio Hipo o Hiperactivo: habitualmente responde a bajas dosis de Haloperidol
- ❑ Alteraciones del Sueño: cuidado con el uso de Benzodiazepinas que pueden provocar un efecto paradójico.

Mayores detalles de dosis, vías de administración y conversión de dosis, podemos encontrarlas en el volumen de Dolor por Cáncer de estas Guías.

## Manejo no farmacológico del dolor

Una revisión sistemática de la literatura de dolor encontró que la identificación de receptores no-opioide y el desarrollo de productos que los estimulen son los dos cambios que han alterado la forma de que los clínicos enfoquen el tratamiento del dolor. Una técnica simple como el uso de la temperatura ya sea frío o calor debe intentarse en dolores localizados; por ejemplo, el frío se utiliza para evitar que se liberen productos desde el

sitio de la lesión y el calor para estimular la producción de opioides endógenos. Otra revisión sistemática revisó el uso de TENS (estimulación eléctrica transcutánea) en 19 trabajos randomizados y no se obtuvieron conclusiones respecto a esta terapia, debido probablemente a que no se señalan los parámetros de corriente utilizados en TENS no pudiendo tampoco concluir que dosis y técnica es útil en dolor crónico.

Una revisión sistemática del uso de los ejercicios con resistencia progresiva para fortalecer la fuerza muscular ha demostrado ser beneficioso. Los revisores concluyeron que tiene un efecto benéfico sobre las limitaciones funcionales de las personas mayores. También concluyeron que las personas con dolor por osteoartritis se benefician con el entrenamiento físico. No siendo adecuado para pacientes con alteraciones cognitivas severas o demencia.