

Epidemiología del dolor en ancianos

J.A. MONTIEL

RESUMEN

El análisis de las características del dolor y su prevalencia es difícil de comparar a partir de diferentes estudios epidemiológicos. En muchos no se valora por su corta duración, la escasa recurrencia o por la mortalidad. Muy pocos trabajos hacen referencia al impacto sobre la calidad de vida y los efectos de la comorbilidad. Existe un pico en la prevalencia a los 65 años de edad con una disminución progresiva en los grupos de edad de 75-84 años y en los mayores de 85 años.

La prevalencia del dolor articular se dobla en sujetos mayores de 65 años respecto a los de menor edad, aunque se ha observado que disminuye a partir de los 75 años. De hecho, disminuye alrededor de un 20% entre 75-79 años a un 8% en los mayores de 90 años, siendo menos acusado este descenso en mujeres.

La cefalea, el dolor abdominal, el visceral y el dolor torácico disminuyen con la edad. Respecto a la prevalencia de la lumbalgia difiere según las publicaciones consultadas aunque a grandes rasgos probablemente presenta un pico alrededor de los 65 años y disminuye en los muy ancianos.

Es razonable afirmar que el dolor es más frecuente en ancianos que en sujetos jóvenes o en edades medias de la vida, debido a enfermedades degenerativas, articulares o espinales. También deberían realizarse más trabajos epidemiológicos para deter-

SUMMARY

The pain is the most common complaint heard daily by different medical conditions. However a manifestation of physical pain does not always have its origin in a simple pathology but, on the majority of occasions, we find it intimately related with the functional, psycho-social, family and affective aspects of the patients.

Taking this multidimensional component of pain, the variability in this prevalence in old people is great, and difficult its measurement.

The sharp point of pain is in the 65 years old people, and decrease at 75 years.

The headache, abdominal and thoracic pain decrease with age.

The pain is more prevalent in old people, possible for degenerative, joint and spinal components.

Médico adjunto
Departamento de Medicina
Interna y Urgencias
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona

Dirección para correspondencia:
Dr. José Antonio Montiel Dacosta
Médico adjunto del Departamento de Medicina
Interna y Urgencias
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Sant Antoni M^a Claret, 167
08025 Barcelona
E-mail: jamontiel@hsp.santpau.es

minar los efectos del dolor sobre las actividades de la vida diaria y el grado de dependencia, el aislamiento psicosocial y el nivel socioeconómico.

Palabras clave: Dolor. Geriatria. Epidemiologia del dolor.

Key words: Pain. Olden People. Prevalence of pain.

INTRODUCCIÓN

El análisis de las características del dolor y su prevalencia es difícil de comparar y de dilucidar a partir de los diferentes estudios epidemiológicos practicados¹. Muchos de ellos no tienen en cuenta el dolor que aflige a los ancianos ya sea por su corta duración, la escasa recurrencia o por la mortalidad². Por ejemplo, el dolor y el sufrimiento asociados a las fracturas óseas o al cáncer usualmente no queda reflejado en este tipo de estudios. Por otra parte, muchos estudios de prevalencia no incorporan los datos necesarios para describir adecuadamente el dolor: localización, continuo o intermitente, calidad y gravedad en el tiempo, qué lo agrava y qué lo mitiga y, por último, cómo ha sido tratado.

También hay que señalar que muy pocos trabajos hacen referencia al impacto sobre la calidad de vida o los cuidadores y los efectos sobre y de la comorbilidad. Estos problemas se agravan si nos atenemos al hecho de que la mayoría de los trabajos no fueron diseñados con el objetivo primario de examinar el dolor. Generalmente el dolor es un aspecto menor o se deriva de una base de datos analizada posteriormente por un segundo grupo de investigadores. Probablemente la dificultad estriba en su coste, sobre todo por incorporar un elemento longitudinal en el diseño del estudio.

La epidemiología del dolor es importante para conocer la magnitud del problema que nos permita una mejor y más justa distribución de recursos así como plantear cuestiones relevantes sobre patofisiología, psicopatología y patogénesis del dolor. Por ello, en los estudios de prevalencia en el anciano, necesitamos conocer cómo se ha seleccionado la muestra, si ésta procede de individuos de la comunidad, instituciones o clínicas del dolor, el método de recogida de la información, el nivel de respuesta, la distribución de la muestra por edad y las preguntas formuladas.

ESTUDIOS DE PREVALENCIA

Uno de los estudios que más pacientes reclutó fue el de Crook, et al.³ Aunque dicho trabajo tenía pocos participantes mayores de 80 años demostró claramente que la frecuencia del dolor aumentaba con la edad y señalaba éste como el principal problema para un gran número de ancianos. Por otra parte, encontró que el dolor ocasional tenía la misma prevalencia en todas las edades, hallazgo que también confirmó Kendig⁴.

Otros trabajos no confirman los resultados de Crook, et al.³ Verhaak, et al.⁵, Helme y Gibson⁶ revisaron recientemente diferentes estudios de prevalencia encontrando que en la mayoría de ellos existía un pico en la prevalencia a los 65 años de edad con una disminución progresiva en los grupos de edad de 75-84 años y en los mayores de 85 años. Este es un dato sorprendente si se tiene en cuenta que la enfermedad degenerativa ósea y el dolor derivado de ella aumenta con la edad⁷ y supone casi 2 tercios de las causas etiológicas del dolor en personas de edad avanzada⁸. Estos resultados contradictorios pueden explicarse por los sesgos ocasionados por las diferencias en la metodología empleada, el tamaño de la muestra, la tasa de respuesta, el nivel cultural y los problemas que ocasiona en la recogida de datos la presencia de demencia y alteraciones de la memoria en los sujetos encuestados. Por otra parte, el diseño de las preguntas referentes al dolor varía entre los estudios así como el tiempo de seguimiento.

LOCALIZACIÓN DEL DOLOR

Muchos trabajos han examinado la localización del dolor y su distribución según los diferentes grupos de edad. La prevalencia del dolor articular se dobla en sujetos mayores de 65 años respecto a los de

menor edad aunque se ha observado que disminuye a partir de los 75 años⁹. De hecho, disminuye alrededor de un 20% entre 75-79 años a un 8% en los mayores de 90 años, siendo menos acusado este descenso en mujeres¹⁰. La cefalea, el dolor abdominal, el visceral y el dolor torácico disminuyen con la edad¹¹. Respecto a la prevalencia de la lumbalgia difiere según las publicaciones consultadas aunque a grandes rasgos probablemente presenta un pico alrededor de los 65 años y disminuye en los muy ancianos^{9,10}.

SEXO Y DOLOR

Alrededor del 60% de los mayores de 65 años son mujeres, y se espera que en el año 2020 el 73% de los >85 años pertenezcan a este género¹². Muchos estudios epidemiológicos señalan que la prevalencia del dolor es significativamente mayor en mujeres que en hombres de edad comparable^{3,10}. Esta desproporción puede explicarse por la diferente patología que presentan. Enfermedades como artritis reumatoide, osteoartritis, cefalea y fibromialgia son mucho más comunes en el sexo femenino, mientras que la gota, espondilitis anquilosante y la cardiopatía isquémica son más frecuentes en hombres¹³. Las diferencias en cuanto a la educación que reciben hombres y mujeres, el rol social y el estilo de vida también determinan una forma particular de expresar el dolor como vivencia.

Por otra parte, aunque la prevalencia de cefalea es un 15% mayor en mujeres de edad media, esta diferencia entre géneros desaparece a partir de los 70 años de edad¹⁴. El dolor abdominal y visceral es más común en mujeres del grupo de edad 10-40 años pero es similar en ancianos de ambos sexos. Las diferencias se mantienen con la edad avanzada respecto a la lumbalgia y el dolor articular¹⁰.

¿POR QUÉ SE PRODUCE UN CAMBIO EN LA PREVALENCIA DEL DOLOR CON LA EDAD?

Como se ha comentado en los párrafos anteriores, a pesar del incremento de la "carga patológica" en el anciano y del dolor que de ella puede derivarse (mayor riesgo de padecer osteoartritis en sus diferentes manifestaciones, osteoporosis, fracturas vertebra-

les o de extremidades, cefalea, accidentes vasculares cerebrales y neuralgia postherpética) la frecuencia del dolor parece disminuir con la edad. Estos cambios pueden explicarse por diferentes razones¹⁵. Una de ellas es que los ancianos con elevada comorbilidad y enfermedades dolorosas suelen estar institucionalizados¹⁶, por lo que no son recogidos en estudios realizados en la comunidad. Por otra parte, la tasa de respuesta de los cuestionarios es menor en ancianos "viejos", sobre todo en aquellos con enfermedades debilitantes y con más probabilidad de sufrir dolor; incluso infravaloran el hecho de padecer dolor pues existen otras circunstancias significativas de su vida que les preocupan más: han perdido a su compañero/a, pérdida de la independencia y elevados niveles de comorbilidad. La percepción general es que los ancianos son más estoicos respecto al dolor y suelen atribuirlo al mismo proceso de envejecimiento. Por último, cabe la posibilidad de que se produzcan cambios con la edad en las vías nerviosas nociceptivas que se traduzcan en una disminución de la sensibilidad al dolor⁶.

CONCLUSIONES

La frecuencia del dolor aumenta con la edad hasta aproximadamente los 70 años. Son necesarios estudios futuros más exhaustivos para explicar el hecho de que no se incremente por encima de esta edad a pesar de la mayor prevalencia de enfermedad osteoarticular y otras patologías que causan dolor. Por otra parte, también es razonable afirmar que el dolor es más frecuente en ancianos que en sujetos jóvenes o en edades medias de la vida, debido sobre todo a enfermedades degenerativas articulares o espinales. También deberían realizarse más trabajos epidemiológicos para determinar los efectos del dolor sobre las actividades de la vida diaria y el grado de dependencia, el aislamiento psicosocial y el nivel socioeconómico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, et al. Epidemiology of Pain. Seattle, WA: IASP Press 1999:1-23.
2. Mobily PR, Herr KA, Clark MK, et al. An epidemiologic analysis of pain in the elderly: The Iowa 65+ Rural Health Study. J Aging Health 1994;6:139.
3. Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. Pain 1984;18:299.

4. Kendig H, Helme RD, Teshuva K, et al. Health status of older people project: Data from a survey of the health and lifestyles of older Australians. Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation 1996.
5. Verhaak PMF, Kerssens JJ, Dekker J, et al. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: A review of the literature. *Pain* 1998;77:231.
6. Helme RD, Gibson SJ. Pain in older people. En: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, et al. *Epidemiology of pain*. Seattle, WA: IASP Press 2000:103.
7. Wiesel SW, Tsourmas N, Feffer HL, et al. A study of computer-assisted tomography. The incidence of positive CAT scans in an asymptomatic group of patients. *Spine* 1984;9:549.
8. Brochet B, Michel P, Barberger-Gateau P, et al. Pain in the elderly: an epidemiology study in southwestern France. *Pain Clin* 1991;5:73.
9. Anderson HI, Ejlertsson G, Leden I, et al. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain* 1993;9:174.
10. Grimby C, Fastbom J, Forsell Y, et al. Musculoskeletal pain and analgesic therapy in a very old population. *Arch Gerontol Geriatr* 1999;29:29.
11. Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al. Management of pain in elderly patients with cancer. *JAMA* 1998;279:1877.
12. Ruda MA. Gender and pain. *Pain* 1993;53:1.
13. Berkeley KJ. Sex and chronobiology: Opportunities for focus on the positive. Newsletter of the International Association for the Study of Pain. Enero, 1993.
14. D'Alessandro R, Benassi G, Lenzi PL, et al. Epidemiology of headache in the republic of San Marino. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988;51:21.
15. Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in older people. En: Ferrell BA. *Clinics in Geriatric Medicine*. Pain management in the elderly. Philadelphia: WB Saunders Press 2001:417-31.
16. Fox PL, Raina P, Jadad AR, et al. Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *Can Med Assoc J* 1999;160:329-33.