

Medicina basada en la evidencia en la evaluación y el tratamiento del dolor persistente en ancianos

D. Ruiz

RESUMEN

El dolor es una experiencia sensorial y emocional ingrata. El dolor persistente puede ser definido como una experiencia dolorosa que dura un período prolongado y que puede asociarse o no a enfermedades. A los 75 años las personas suelen ser algo frágiles y tener enfermedades crónicas. El mayor cambio de la medicina geriátrica está representado por los ancianos más enfermos y más frágiles con múltiples problemas médicos y escaso apoyo social. El panel de esta guía práctica es para ellos. El objetivo es proveer al lector de una visión de los principales principios del manejo del dolor y la aplicación específica en los ancianos con recomendaciones específicas que ayuden en el proceso de decisión clínica.

Palabras clave: Manejo del dolor. Fragilidad. Geriátrica.

SUMMARY

Pain is an unpleasant sensory and emotional experience. Persistent pain can be defined as a painful experience that continues for prolonged period of time that may or may not be associated with recognizable disease process. By age 75 many persons exhibit some frailty and chronic illness. The greatest challenges in geriatric medicine are represented by older, sickest, and most frail patients with multiple medical problems and few social supports. The guideline panel focused its attention on this group. The goal is to provide the reader with an overview of the principles of pain management as they apply specifically to older people and specific recommendations to aid in decision making about pain management for this population.

Key words: Pain management. Fragility. Geriatric Medicine.

Director Unidad Funcional de Geriátrica
Departamento de Medicina Interna y Urgencias
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona

Dirección para correspondencia:
Dr. Domingo Ruiz Hidalgo
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Sant Antoni M^a Claret, 167
08025 Barcelona
E-mail: druiz@hsp.santpau.es

INTRODUCCIÓN

Los ancianos como grupo no suelen estar suficientemente representados en los grandes ensayos clínicos en los que se basan la mayoría de las decisiones terapéuticas de la práctica médica diaria. No obstante, el advenimiento de la corriente de la Medicina Basada en la Evidencia o, quizás más propiamente en nuestro idioma, basada en las pruebas, ha permitido poner en orden conocimientos sobre aspectos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos que hasta ahora estaban perdidos o en manos de la variabilidad subjetiva de los médicos.

El dolor persistente es frecuente en los ancianos que viven en la comunidad y en los que están ingresados en residencias; se estima una prevalencia del 25 al 50% y del 45 al 85%, respectivamente^{1,2}. Podríamos decir, sin duda alguna, que el dolor es el síntoma más frecuente en los ancianos.

La Sociedad Americana de Geriátrica ha publicado recientemente³ una guía de práctica clínica para el manejo del dolor persistente en los ancianos, que creo que puede ser de gran utilidad para todos los médicos que atienden ancianos. Este artículo resume las recomendaciones sin entrar a fondo en la justificaciones. En la tabla 1 se describe la calidad y la fuerza de las evidencias.

RECOMENDACIONES SOBRE LA EVALUACIÓN CLÍNICA

- I. Cuando un anciano accede por primera vez al sistema de salud, el profesional de la salud debe evaluar al paciente para descubrir si tiene dolor persistente (IIB).
 - II. Cualquier dolor persistente tiene impacto en la función física, psicosocial y otros aspectos de calidad de vida, por lo que debe reconocerse como un problema importante (IIA).
 - III. El objetivo de la evaluación clínica es identificar aquellos factores que puedan ser tratados. Esta evaluación debe focalizarse en la historia cronológica del dolor actual y establecer un diagnóstico, un plan de cuidados y un pronóstico (IIIB).
- A. Historia clínica
1. La evaluación inicial del dolor actual incluye las características del dolor, los factores precipitantes y relevantes (IIIA).
 2. La evaluación inicial del dolor incluye el impacto sobre la función física y social (IIA).
 3. La evaluación inicial incluye la historia analgésica con la eficacia y los efectos secundarios (IIIB).
 4. Las actitudes del anciano y sus opiniones han de ser evaluadas para tenerlas en cuenta en el plan terapéutico (IIB).

Tabla 1. Calidad y fuerza de las evidencias

CALIDAD DE LA EVIDENCIA

NIVEL I	Evidencia de un gran ensayo clínico aleatorizado y controlado
NIVEL II	Evidencia de un ensayo clínico bien diseñado pero sin aleatorización, estudios de cohortes, caso-control, múltiples series temporales o resultados espectaculares en experimentos no controlados
NIVEL III	Evidencia de autoridades respetadas, basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o comités de expertos

FUERZA DE LA EVIDENCIA

A	Buena evidencia para utilizar la recomendación. Debe hacerse siempre
B	Evidencia moderada para utilizar la recomendación. Debería hacerse la mayoría de las veces
C	Evidencia pobre para utilizar la recomendación. La recomendación puede o no seguirse
D	Evidencia moderada en contra de la recomendación. La recomendación no debe seguirse
E	Buena evidencia en contra de la recomendación. Está contraindicada

5. La eficacia de tratamientos anteriores eficaces debe ser tomada en cuenta (IIIB).
 6. La satisfacción del paciente con el tratamiento actual del dolor debe evaluarse (IIIB).
- B. Exploración física (EF)
1. Debe incluir una exploración cuidadosa del lugar donde el paciente tiene el dolor, donde se irradia y de las localizaciones frecuentes de dolor en el anciano (IIIA).
 2. La EF debe focalizarse en el sistema musculoesquelético. Los médicos de cabecera deben ser entrenados (IIIA).
 3. La exploración neurológica comprende la búsqueda de debilidad, hiperalgesia, hiperpatía, alodinia, parestesias u otros déficits neurológicos (IIIA).
 4. Dentro de la evaluación inicial debe observarse la función física, incluyendo medidas de actividades de la vida diaria como el Índice de Barthel o el test de Levántate y anda (IIA).
- A. Una evaluación integral del dolor debe incluir exploraciones complementarias. No deben realizarse si no implican un cambio de tratamiento (IIIB).
- B. La evaluación inicial debe incluir una evaluación afectiva (depresión, ansiedad), habilidades con el dolor y miedos respecto al dolor (IIA).
- C. La evaluación inicial debe incluir una evaluación del apoyo social, de los cuidadores, de las relaciones familiares, de la historia laboral, del entorno cultural, de la religiosidad y de la accesibilidad al sistema de salud (IIB).
- D. Delante de un empeoramiento del estado mental debe realizarse una evaluación de la función cognitiva (IIA).
- E. Los ancianos que cognitivamente están bien o que tienen una demencia leve o moderada deben ser preguntados directamente (IIA).
1. Las impresiones sobre dolor de los clínicos o de los familiares de los ancianos nunca deben sustituir lo que refiere el propio anciano por muy complicado o difícil que sea la comunicación con él (IIA).
 2. Para la evaluación del dolor en los ancianos deben ser utilizados también términos como quemazón, pesadez, dolorimiento, estiramiento (IIIA).
 3. La evaluación cuantitativa del dolor con una escala estandarizada del dolor que sea sensible a los déficits cognitivos, sensoriales y de lenguaje. Las escalas con descriptores verbales, los termómetros del dolor, las escalas numéricas y las escalas faciales son válidas y aceptables para la mayoría de los ancianos (IIA).
 4. Los instrumentos multidimensionales para la evaluación del dolor como *Pain Disability Index* o el *Brief Pain Inventory* deben tenerse en cuenta (IIB).
 5. A los ancianos con problemas de atención o cognitivos se les debe repetir las preguntas y esperarse más tiempo para que respondan. La evaluación puede realizarse en varias etapas y puede requerir que la familia o el cuidador vengan en próximas visitas (IIIB).
 6. Los pacientes deben ser preguntados acerca de síntomas o signos que puedan indicar dolor. Deben ser observados para detectar conductas verbales y no verbales y cambios en el funcionamiento habitual. En la tabla 2 se muestran los patrones de conducta relacionados con el dolor en ancianos con alteración cognitiva (IIA).
 7. Los pacientes deben ser preguntados por el dolor de la semana pasada (IIB).
 8. Las preguntas a los ancianos con la cognición alterada deben realizarse en modo de presente (IIB).
- IV. En los ancianos con demencia moderada o grave o aquellos que no pueden hablar, el médico debe evaluar el dolor por observación o a través de la familia o cuidadores (Fig. 1).
- A. Los ancianos deben ser evaluados mientras se mueven para observar si tienen dolor (IIA).
 - B. Cualquier conducta inusual en un anciano con demencia grave debe hacer pensar en el dolor como causa potencial (IIA).
- V. El riesgo y beneficio de las evaluaciones y de los posibles tratamientos deben ser discutidos con los pacientes y las familias, teniendo en cuenta sus preferencias (IIIC).

Tabla 2. Conductas de dolor comunes en ancianos con déficit cognitivo**EXPRESIONES FACIALES**

Ceño fruncido, cara de tristeza, asustado
 Muecas de dolor, cabizbajo
 Ojos cerrados o semicerrados
 Parpadeo rápido

VERBALIZACIONES

Suspiros, gemidos, quejidos
 Gruñidos, gritos
 Respiración dificultosa
 Solicitar ayuda
 Insultos

MOVIMIENTOS CORPORALES

Postura tensa, rígida
 Postura de protección
 Movimiento nervioso
 Restricción de movimiento
 Cambios en el equilibrio y la marcha
 Aumento del paseo y del desequilibrio

CAMBIOS EN INTERACCIONES PERSONALES

Agresividad, actitud de lucha
 Resistencia a los cuidados
 Disminución de las interacciones sociales
 Conducta social inapropiada y disruptiva
 Ensimismamiento

CAMBIOS EN LOS PATRONES DE ACTIVIDAD O RUTINAS

Cambios en el apetito, rechazo a comer
 Aumento de los períodos en cama
 Cambios en los patrones del sueño
 Cese súbito de las rutinas comunes

CAMBIOS EN EL ESTADO MENTAL

Gritos y lágrimas
 Aumento de la confusión
 Irritabilidad

VI. Los pacientes con dolor persistente deben ser reevaluados de forma regular para evaluar la mejora, empeoramiento o complicaciones (IIIA).

A. Una tabla con las variables intensidad del dolor, tratamiento farmacológico, respuesta al tratamiento, humor y actividades asociadas debe ser considerada (IIIC).

B. La misma escala cuantitativa del dolor debe ser usada al inicio y en el seguimiento del paciente (IIIA).

C. La reevaluación incluye evaluar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, los efectos indeseables y el cumplimiento del tratamiento (IIIA).

D. Las preferencias de los pacientes deben ser siempre consideradas (IIIB).

RECOMENDACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

I. Todos los ancianos con dolor persistente, que tengan déficit funcional o disminución de la calidad de vida como consecuencia, son candidatos a tratamiento farmacológico (IA).

II. Los placebos no desempeñan ningún papel en la evaluación y tratamiento del dolor (IC).

III. El tratamiento menos tóxico que controle el dolor debe ser usado. La vía de administración preferente debe ser la no invasiva (IIIA).

IV. El paracetamol es el fármaco de elección en el dolor musculoesquelético leve o moderado (IB).

V. Los antiinflamatorios no esteroideos tradicionales deben ser evitados para tratar a los ancianos con dolor a largo plazo. Los inhibidores selectivos de la COX-2 o los salicilatos no acetilados deben preferirse en los ancianos que requieran antiinflamatorios (IA).

VI. Los analgésicos opioides pueden ayudar a mejorar el dolor moderado o grave, sobre todo si es nociceptivo (IA).

A. Los opioides para tratar el dolor episódico deben prescribirse según necesidad (IA).

B. Las preparaciones de liberación retardada o larga acción son preferibles para el dolor continuo (IA).

1. El dolor que se adelanta debe identificarse y ser tratado con fármacos de inicio rápido y acción corta (IA):

a. El fallo de final de dosis es consecuencia de la disminución de niveles plasmáticos del analgésico, lo cual ocasiona un aumento del dolor

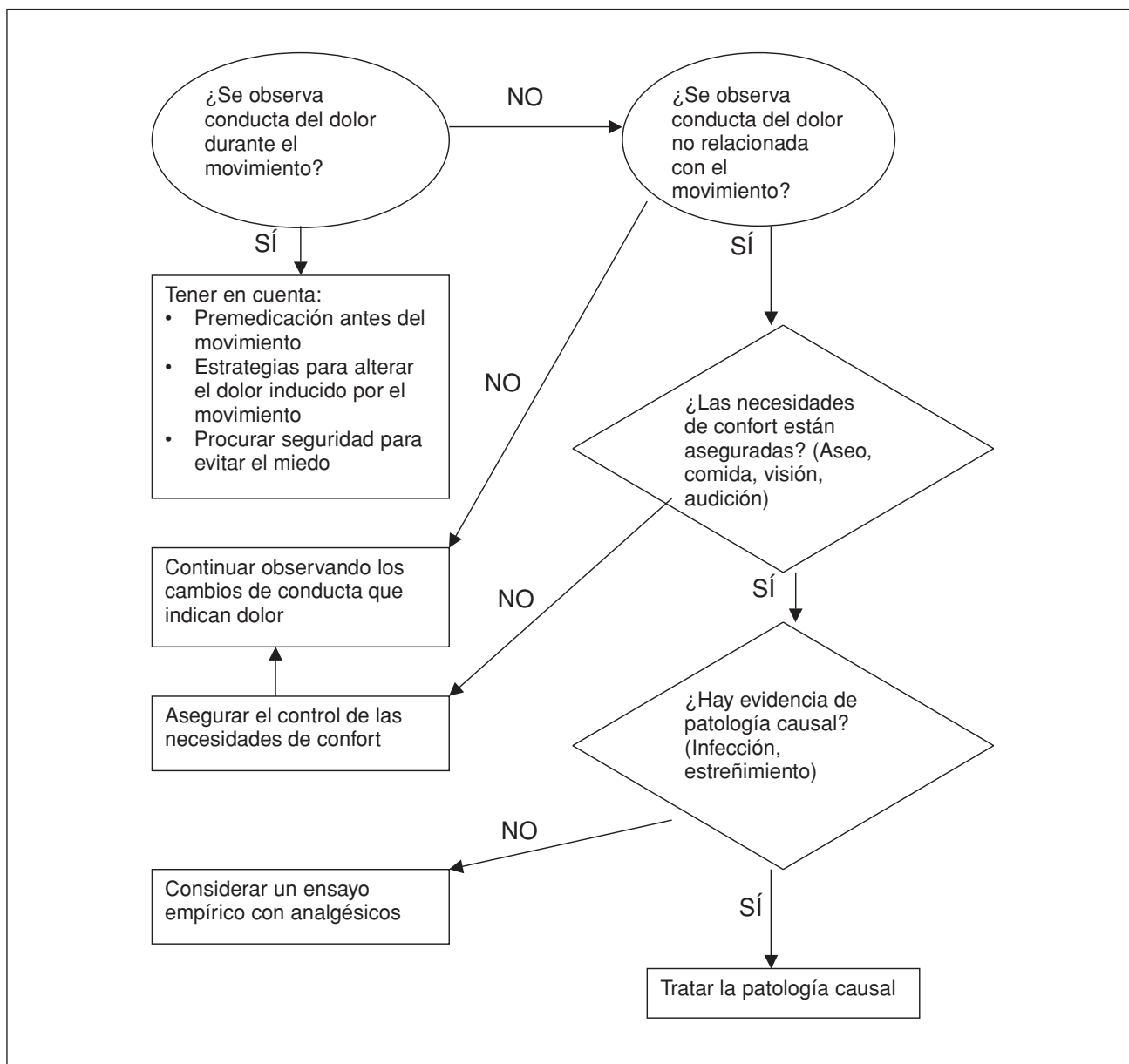


Figura 1. Algoritmo para la evaluación del dolor en ancianos con déficit cognitivo grave.

- antes de la dosis siguiente. Deben reducirse los intervalos entre dosis o mantener los intervalos y aumentar las dosis, pero esta última opción suele producir efectos secundarios indeseables (IIIB).
- b. El dolor incidente suele ser causado por la actividad. Debe anticiparse administrando analgésicos antes de la actividad (IB).
 - c. El dolor espontáneo suele ser neuropático y difícil de predecir (IC).
2. La titulación de la dosis debe realizarse de forma muy cuidadosa (IA).
 - a. La titulación de la dosis de mantenimiento se basa en la necesidad de controlar el dolor que se adelanta (IA).
 - b. La titulación debe basarse en las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los fármacos en los ancianos, las interacciones con otros fármacos y las circunstancias clínicas y sociales individuales (IIIA).

- c. Los efectos adversos de los opioides deben ser anticipados o tratados rápidamente (IIA).
- 1. El estreñimiento y los síntomas gastrointestinales secundarios a los opioides deben ser prevenidos (IA).
 - a. La evaluación de la evacuación debe formar parte de todas las visitas en los ancianos que reciben analgésicos (IA).
 - b. La profilaxis de los efectos secundarios intestinales debe iniciarse siempre que el tratamiento con opioides sea largo (IA).
 - c. Los laxantes de volumen deben utilizarse con precaución en pacientes inmóviles y en aquellos en los que la hidratación adecuada es cuestionable (IIIB).
 - d. Debe fomentarse la ingesta hídrica (IIIB).
 - e. Debe fomentarse el ejercicio, el paseo, los hábitos higiénicos y la actividad física (IIIB).
 - f. Si aparece impacto fecal debe administrarse un enema o realizar extracción manual (IIIA).
 - g. Los laxantes estimulantes (senna) deben prescribirse para obtener una evacuación regular a la dosis necesaria para el objetivo fijado (IIIA).
- 4. Cuando un opioide se administra por primera vez o se aumenta la dosis debe pensarse en la sedación leve que puede aparecer o la alteración de las habilidades cognitivas y mientras éstos se mantengan (IIIC).
 - a. Los pacientes no deben conducir (IIIB).
 - b. Los pacientes y los cuidadores deben tener precauciones para evitar caídas y accidentes (IIIA).
 - c. Cuando se aumenta las dosis de forma rápida o de forma excesiva puede producirse una sedación excesiva, coma o depresión respiratoria (definida como una frecuencia respiratoria inferior a 8 respiraciones por minuto o una saturación de oxígeno inferior al 90%) que debe tratarse como naloxona de forma muy cuidadosa, a dosis progresivamente más altas y procurando evitar el antagonismo total que precipitaría una crisis autonómica (IA).
- 5. Aquellos pacientes en los que la sedación no puede controlarse y limita la calidad de vida puede cambiarse de opioide o utilizar un psicoestimulante como el metilfenidato durante una temporada corta (IB).
- 6. Las náuseas graves y persistentes pueden precisar tratarse con fármacos antieméticos (IIIB).
 - a. Las náuseas leves se resuelven espontáneamente en días (IIIB).
 - b. Si las náuseas persisten puede cambiarse de opioide (IIIB).
 - c. Deben escogerse los fármacos antieméticos con el perfil más bajo de efectos secundarios en los ancianos (IIIA).
- VII. Las combinaciones de opioides con paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos pueden ser de utilidad en el tratamiento del dolor leve o moderado (IA).
 - A. La dosis máxima recomendada no debe superarse para minimizar la toxicidad del paracetamol y de los antiinflamatorios no esteroideos (IA).
 - B. Si la dosis máxima segura se alcanza y el dolor no ha sido suficientemente controlado se recomienda utilizar preparados que no contengan la combinación de fármacos (IA).
- VIII. Los pacientes que toman analgésicos deben ser monitorizados de forma cerrada (IA).
 - A. Deben ser reevaluados frecuentemente para conocer la eficacia del fármaco, los efectos secundarios, titular las dosis o cambiar de analgésico (IA).
 - B. Los pacientes que toman analgésicos a largo plazo deben ser evaluados para conocer la eficacia y los efectos secundarios (IIIA).
- 1. Los pacientes que toman opioides a largo plazo deben ser evaluados periódicamente para detectar usos inapropiados o peligrosos (IIIA).
 - a. El médico debe vigilar indicaciones de fármacos prescritos por otros y el uso de drogas (IIIC).
 - b. El médico debe preguntar por las prescripciones de opioides realizadas por otros médicos (IIIA).
 - c. El médico debe observar los signos que indican uso inapropiado de opioides (IIIA).
 - d. Cuando se realiza un cambio de opioide debe evaluarse la tolerancia, la progresión de la enfermedad, la conducta inapropiada (IIIA).

- e. Estas evaluaciones deben hacerse como se haría con otros fármacos que se toman a largo plazo, no creando en el paciente miedos innecesarios ni "opiofobia" (IIIA).
 - f. La utilización de escritos en los que se está de común acuerdo favorece el cumplimiento y el plan de cuidados (IIIC).
2. Los pacientes que tomen AINE durante largo tiempo deben ser evaluados de forma periódica para detectar síntomas o signos de hemorragia gastrointestinal, insuficiencia renal, edema, hipertensión, interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad (IA).
- IX. Los fármacos analgésicos no opioides pueden ser apropiados para algunos pacientes con dolor neuropático y otros dolores persistentes (IA).
- A. Los fármacos con un perfil más seguro son los de elección. Los pacientes que tienen la piel intacta y tienen síndromes dolorosos localizados o regionales pueden beneficiarse de tratamientos tópicos como la crema de capsaicina o el parche de lidocaína (IB).
- B. Estos fármacos pueden usarse solos, pero suelen utilizarse en combinación con otros fármacos (IIB).
- C. El tratamiento debe iniciarse a la dosis más baja e ir aumentándola progresiva y lentamente para evitar la toxicidad (IA).
- D. Los pacientes han de ser monitorizados de forma cerrada para evaluar los efectos adversos (IA).
- X. Los objetivos del tratamiento son la disminución del dolor, el aumento de la funcionalidad, la mejora del estado de ánimo y del sueño (IIIB).
- supervisado, que tenga como objetivos mejorar la amplitud articular y disminuir la debilidad de los músculos que se asocian al dolor, puede ser beneficioso (IA).
- C. Para los pacientes sanos sedentarios puede realizarse un programa moderado de ejercicios (IIIC).
- D. Para los pacientes que son incapaces de un intenso entrenamiento puede realizarse un entrenamiento de 8 a 12 semanas supervisado por un profesional con conocimientos de las necesidades de los ancianos (IA).
- II. Los niveles moderados de actividad física deben mantenerse (IIIC).
- III. Cualquier programa de actividad física en ancianos debe incluir ejercicios que mejoren la flexibilidad, la fuerza y la resistencia (IA).
- IV. Los programas de educación a los pacientes forman parte del manejo integral de los síndromes de dolor persistente (IA).
- A. Los contenidos incluyen información sobre técnicas de autoayuda, conocimiento de la causas del dolor, objetivos del tratamiento, opciones terapéuticas y uso de analgésicos (IIA).
- B. Los contenidos educativos deben ser reforzados en cada visita (IIIA).
- C. La educación debe realizarse antes de aplicar tratamientos o procedimientos especiales (IIIC).
- D. Se debe animar a los pacientes a formarse en los recursos disponibles (IIIC).
- V. Las terapias formales cognitivoconductuales son de ayuda en muchos ancianos con dolor persistente (IA).

RECOMENDACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- I. En todos los ancianos debe prescribirse un programa de actividad física (IA).
- A. Las actividades físicas deben individualizarse según las preferencias y necesidades de cada paciente (IA).
- B. Para algunos ancianos con déficit grave de la función física un programa de rehabilitación
- A. La terapia cognitivoconductual debe ser dirigida por un profesional en el marco de un programa estructurado que incluya la educación, métodos para adquirir habilidades con dolor, habilidades en general y que prevenga las recaídas (IIIA).
- B. Los planes de habilidades durante las exacerbaciones del dolor deben estar incluidas como parte del tratamiento (IIIC).
- C. Las parejas de los pacientes deben participar en las terapias cognitivoconductuales (IA).

- I. Otras modalidades (calor, frío, masajes, linimentos, acupuntura, electroestimulación transcutánea) ofrecen con frecuencia un alivio temporal y pueden usarse como terapias adyuvantes (IIIC).

Finalmente, la guía práctica para el dolor persistente en ancianos contiene un apartado de recomendaciones para los sistemas de salud que, si bien no son aplicables a otros modelos sanitarios, indican algunos aspectos que pueden ser extrapolables. En primer lugar, los sistemas de salud y sus planificadores deben asegurar la accesibilidad a los servicios especializados de dolor, y en segundo lugar, los sistemas salud deben de proveer educación conti-

nuada a todos los profesionales en lo que respecta a la evaluación y manejo del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study Finish primary health care. *Pain* 2001;89:175-80.
2. Ferrell BA. Pain evaluation and management in the nursing home. *Ann Intern Med* 1995;123:681-7.
3. The Management of Persistent Pain in Older Persons. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6):205-24.