

Procedimientos intervencionistas en el tratamiento del dolor del paciente geriátrico

M.V. RIBERA CANUDAS

INTRODUCCIÓN

Durante la segunda mitad del siglo XX se han producido grandes avances en la medicina, lo que ha provocado un aumento de población de personas mayores de 65 años en todo el mundo. El envejecimiento del organismo comporta cambios apreciables en prácticamente todos los sistemas fisiológicos. El paciente geriátrico presenta múltiples enfermedades que cursan con dolor crónico; de entre ellas destacamos tres grandes grupos: las de origen nociceptivo, las de causa neuropática y el dolor por cáncer. La causa más frecuente de dolor en el paciente geriátrico es, con mucho, la enfermedad del aparato locomotor en cualquiera de sus manifestaciones. A nivel del sistema musculoesquelético (incluye músculos, huesos y articulaciones), observamos una tendencia a la reducción de la masa ósea y disminución de la resistencia del esqueleto. Aparecen enfermedades como la osteoporosis, que facilitan las fracturas. La artrosis es un ejemplo de alteraciones articulares asociadas al envejecimiento. También las úlceras cutáneas por presión, enfermedad vascular periférica y el dolor abdominal son causas de dolor crónico en el paciente geriátrico.

Dentro de las causas de dolor neuropático destacamos la neuralgia postherpética, la neuropatía diabética, el dolor central, el dolor postamputación y las radiculopatías de causa cervical o lumbar. Dentro de las causas de dolor oncológico destacamos el dolor provocado por el cáncer primario, por sus metástasis o por los tratamientos instaurados.

Los pacientes con dolor crónico que no responden a las terapias convencionales pueden ser tributarios de la realización de procedimientos intervencionistas en función del tipo de enfermedad que presenten. Sin embargo, estos procedimientos se deben emplear

con prudencia debido a las frecuentes enfermedades concomitantes y múltiples tratamientos que reciben habitualmente los pacientes de edad avanzada. Sea cual fuere la técnica que se utilice, la selección del paciente y el seguimiento exquisito es clave para los buenos resultados.

Se pueden realizar bloqueos nerviosos con anestésicos locales, técnicas de radiofrecuencia, bloqueos del plexo celíaco, bombas de infusión espinal de fármacos, y técnicas de estimulación medular.

Los bloqueos nerviosos los podemos clasificar en: bloqueos de cabeza y cuello, bloqueos de la extremidad superior, bloqueos de la extremidad inferior, bloqueos torácicos, bloqueos intraarticulares, bloqueos simpáticos.

Las técnicas de radiofrecuencia se pueden realizar a nivel de nervios periféricos, del ganglio estrellado, del ganglio de Gasser y a nivel lumbar, fundamentalmente.

En neoplasias abdominales, sobre todo de páncreas, estaría indicado un bloqueo de plexo celíaco con agentes neurolíticos. En otro tipo de neoplasias se pueden colocar reservorios espinales.

En determinadas enfermedades, cuando todos los demás procedimientos han fracasado, se puede colocar una bomba interna espinal para la administración de fármacos y también se pueden realizar técnicas de estimulación medular.

BIBLIOGRAFÍA

- Esteban Moreno S. Calidad de vida. *Dolor* 1987;2(4):247-52.
Ferrell BA. Pain management in elderly people. *Progress in geriatrics*. JAGS 1991;39:64-73.
Pilowsky I. Pain and chronic illness behavior. En: Bonica J. The management of pain. 2.^a ed. Filadelfia (PA): Lea Febiger; 1990. p. 300-9.
Ribera MV. Sistemas implantables en el tratamiento del dolor. *Tratamiento del dolor. Teoría y práctica*. Barcelona: Permanyer; 2002. p. 551-7.

Dirección para correspondencia:

M.^a Victoria Ribera Canudas
Unidad de Dolor
Hospital Vall d'Hebron
Barcelona

Jefe de la Unidad de Dolor
Hospital Vall d'Hebron
Barcelona