

Rev. Soc. Esp. Dolor
8: 29-38, 2001

Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento

M. L. Franco* y A. Seoane de Lucas**

Franco ML and Seoane de Lucas A. Characteristics of chronic pain among the elderly: management. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 29-38.

SUMMARY

Chronic pain is a worldwide problem that has a particular significance, prevalence and relevance among the elderly, since it is associated to chronic diseases that increase with age. Pain is suffered by 50-80 % of the population older than 65. Chronic pain, also in the elderly, becomes a tiring experience linked to a psychological suffering associated to anxiety and depression that determines and increases pain perception. Despite the above, a high percentage of patients do not receive an appropriate treatment. Management of chronic pain among the elderly is based on the WHO analgesic scale: NSAIs, opiates, coadjuvant drugs (antidepressants, anticonvulsants...) and psychological support, the latter being very important, since pain and depression are symptoms frequently associated and overlapped, thus being very difficult to differentiate between both symptoms, and determining not only the type of treatment, but also its outcomes. © 2001 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.A.

Key words: Chronic pain. Aged patient. Treatment.

RESUMEN

El dolor crónico es un problema universal que tiene especial importancia y prevalencia en el anciano ya que se

asocia a enfermedades crónicas que aumentan con la edad. Entre un 50-80% de la población mayor de 65 años presenta dolor. El dolor crónico, también en el anciano, es una experiencia agotadora, unida a un sufrimiento psicológico con síntomas de ansiedad y depresión que condicionan y aumentan la percepción dolorosa. A pesar de ello un gran número de pacientes, no recibe el tratamiento adecuado. El tratamiento del dolor crónico en el anciano se basa en la escalera analgésica de la OMS: AINEs, opiáceos, medicación coadyuvante (antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.) y apoyo psicológico, punto este muy importante puesto que el dolor y depresión son síntomas que se asocian y se solapan con gran frecuencia, siendo muy difícil diferenciar un síntoma de otro, condicionando no sólo el tipo de tratamiento sino también sus resultados. © 2001 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.A.

Palabras clave: Dolor crónico. Paciente anciano. Tratamiento.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DEL ANCIANO
3. CLASIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES CUADROS DE DOLOR CRÓNICO
4. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS
 - 4.1. Evaluación del paciente anciano
 - 4.2. Tratamiento farmacológico
 - 4.3. Tratamientos no farmacológicos

1. INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es un problema universal que tiene especial importancia y prevalencia en el anciano ya que se asocia a enfermedades crónicas que aumentan con la edad. Entre un 50-80% de la población mayor de 65 años presenta dolor (1,2).

* Unidad del Dolor. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

** Clínica Vicente. San Sebastián. Bilbao.

Recibido: 4-05-00.

Aceptado: 4-09-00.

Asociado con trastornos del sueño, disminución y/o pérdida de las funciones físicas y sociales e incremento de la utilización de las residencias de ancianos o geriátricos. El dolor crónico es una experiencia agotadora, unida a un sufrimiento psicológico con síntomas de ansiedad y depresión que condicionan y aumentan la percepción dolorosa. A pesar de ello un gran número de pacientes ancianos no recibe el tratamiento adecuado (3). Las causas las podemos encontrar en 3 factores:

1. Dificultad en la valoración del dolor
2. Miedo a los secundarismos de las medicaciones (los AINEs, tratamiento habitual, presentan un alto índice de secundarismos a nivel gastrointestinal y renal fundamentalmente) y
3. A prejuicios entre la población sanitaria y de la sociedad en general a los opiodes y tratamientos alternativos: apoyo psicológico, programas de ejercicio, acupuntura, etc. El tratamiento del dolor crónico en el anciano se basa en la escalera analgésica de la OMS: AINEs, opiáceos, medicación coadyuvante (antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.) y apoyo psicológico, punto éste muy importante puesto que dolor y depresión son síntomas que se asocian y se solapan con gran frecuencia, siendo muy difícil diferenciar un síntoma de otro, condicionando no sólo el tipo de tratamiento sino también sus resultados. Como la resolución completa de dolor es improbable, es importante alcanzar un nivel aceptable de analgesia que tolere el paciente e incremente su calidad de vida (2,3). La meta del tratamiento será pues controlar el dolor con los mínimos riesgos, incrementando a su vez la capacidad funcional (4).

2. CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DEL ANCIANO

En 1986 los mayores de 65 años, representaban en España el 8,2% de la población, es decir, unos dos millones de personas aproximadamente. En el año 1990, el porcentaje había subido hasta el 13%, lo que significaba 5 millones, y en el año 2000, los valores estarán alrededor del 16%, con 6 millones de habitantes, de los que un millón y medio superarán los 80 años (5).

La medicina actual ha logrado esa supervivencia, pero en relación con la colectividad, podemos decir que "ha generado un secundarismo" importante, porque el envejecimiento supone la aparición de diferentes patologías ligadas a fenómenos degenerativos. La edad va produciendo de forma progresiva cambios estructurales, morfológicos y funcionales en todos los

órganos y sistemas, con una cadencia variable según el individuo; aunque debemos admitir que no es fácil definir la ancianidad o su comienzo, porque se trata de un proceso único e individual que se produce a diferente velocidad en distintas personas, órganos o sistemas. Un problema adicional es la aparición del anciano de alto riesgo, o anciano frágil (6) (Tabla I).

TABLA I. ANCIANO FRÁGIL

-
- Edad de más de 80 años
 - Patología asociada (ACV, IAM, EPOC, diabetes, etc.)
 - Problemas sociales
 - Soledad
 - Hospitalización reciente
 - Polifarmacia
 - Cambio de domicilio frecuente
 - Incapacidad funcional
 - Deterioro cognitivo
 - Depresión
-

Las principales características fisiológicas del anciano vienen determinadas por la disminución o alteración de los principales órganos o sistemas. Se producen alteraciones a nivel cardiovascular, musculoesquelético, urológico, metabólico, gastrointestinal, hepático, endocrino y del sistema nervioso central. A nivel cardiovascular se observa un aumento de fibrosis y calcificaciones valvulares y una disminución del número de células marcapasos. En los vasos aparece la arteriosclerosis que compromete el correcto flujo a los órganos principales como corazón y cerebro, así mismo se asocia a otras patologías como la hipertensión, arritmias, y la patología vasculoperiférica. El envejecimiento del aparato musculoesquelético cursa con un descenso de la masa ósea junto con una disminución progresiva de la resistencia ósea. Aparecen patologías como la osteoporosis que favorece la aparición de fracturas. La osteoartritis y artritis reumatoide entre otros ejemplos de alteraciones articulares del envejecimiento son especialmente incapacitantes por el dolor y las limitaciones que conllevan (7). Otra característica fisiopatológica del anciano es la variación de los efectos farmacológicos de los analgésicos y coadyuvantes. El consumo de fármacos en la población añosa es superior al resto de la población, destacando el empleo de tratamientos de larga duración. Más de la mitad de la población de 65 años, consume algún medicamento, y a menudo varios, con lo que las interacciones poten-

cialmente peligrosas son frecuentes (7,8). Los cambios farmacocinéticos en el anciano afectan a la distribución, metabolismo hepático y excreción renal (Tabla II).

TABLA II. MODIFICACIONES FARMACOCINÉTICAS ESTABLECIDAS EN EL ANCIANO

Distribución

- Aumento proporcional de la grasa corporal
- Disminución de la masa magra y del contenido hídrico
- Disminución de la albúmina plasmática

Metabolización hepática

- Disminución de la masa y tamaño hepático
- Reducción del flujo hepático
- No-disminución de la actividad del citocromo P-450 y de los enzimas de conjugación

Excreción renal

- Declive funcional renal medible y predecible
 - Disminución del flujo sanguíneo renal
 - Disminución del filtrado glomerular
 - Disminución de la función tubular

Grandes variaciones interindividuales, influencia de otros factores

- Enfermedades digestivas, hepáticas, etc.
- Interacciones farmacológicas

En el anciano se produce una disminución de la masa muscular con una alteración del Índice Grasa/Masa noble. Respecto al aparato circulatorio se modifica la respuesta de los diferentes receptores y sufren cambios los sistemas reguladores como la termorregulación, neurotransmisión o los sistemas superiores de la regulación endocrina, metabólica, etc. Muchas alteraciones del comportamiento o de la función mental tienen su origen en la pérdida neuronal y sináptica asociadas a la edad, en los diferentes sistemas de transmisión neuro-hormonal así como la pérdida de población nefronal es la responsable de la disminución de la función renal. En cuanto a la absorción de fármacos por vía oral no tenemos constancia de que esté alterada en ausencia de patología digestiva. No obstante no debe olvidarse que ésta es frecuente y que además se administran fármacos conjuntamente que modifican la motilidad gastrointestinal afectando a su vez la absorción de otros (8).

Los cambios fisiológicos ligados a la edad puede modificar la disposición y/o el lugar de acción de los fármacos en el organismo y en consecuencia alteran el efecto farmacológico de los mismos. Desdichadamente los pacientes ancianos están excluidos de los ensayos clínicos con analgésicos (2). No debemos olvidar que un fármaco produce varios efectos, uno principal y otros colaterales, indeseables o no, que influirán enormemente en el índice terapéutico del mismo. Aunque el paciente anciano tenga más probabilidad de experimentar efectos secundarios de los analgésicos, también es más sensible a los efectos analgésicos, especialmente de los opiáceos, con un mayor efecto y una mayor duración del mismo con dosis menores.

3. CLASIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES CUADROS DE DOLOR CRÓNICO

La clasificación del dolor crónico en diferentes cuadros fisiopatológicos puede ayudar al médico a seleccionar el tratamiento y establecer un pronóstico. En principio el objetivo será tratar la causa del dolor con lo que aumentan las probabilidades de éxito.

Los síndromes pueden ser clasificados en cuatro categorías básicas según figuran en la Tabla III.

El dolor nociceptivo puede ser visceral o somático y a menudo se produce por estimulación de receptores del dolor. El dolor nociceptivo puede estar producido por la inflamación de los tejidos, deformidades articulares que ocasionan dolor mecánico, lesiones intrínsecas y destrucción de las estructuras afectadas. Ejemplos son artritis y artrosis, síndromes miofasciales y alteraciones isquémicas. El dolor nociceptivo normalmente responde bien a los tratamientos tradicionales, incluyendo analgésicos comunes y abordajes no farmacológicos. *El dolor neuropático* se produce como consecuencia de alteraciones fisiopatológicas que rodean al sistema nervioso tanto central como periférico (9). Ejemplos de ello son, la neuralgia del trigémino, post-herpética, dolor radicular por patología degenerativa de columna, etc. Este tipo de dolor en principio no responde tan bien como el dolor neuropático a los analgésicos convencionales y sí responde a la combinación de fármacos coadyuvantes con actividad analgésica intrínseca, como los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), anticonvulsivantes (carbamacepina, gabapentina, lamotrigina, topimarato) y relajantes medulares (baclofen), junto con dosis bajas de analgésicos comunes. Los dolores mixtos o inespecíficos responden pobremente al tratamiento convencional y a menudo son necesarias diferentes estrategias terapéu-

TABLA III. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR*Dolor nociceptivo*

- Origen musculoesquelético: artropatías (artritis reumatoide, osteoartritis, artropatía post-traumática, artropatías, alteraciones mecánicas de columna cervical y lumbar)
- Síndrome miofascial
- Úlceras cutáneas y de mucosas
- Alteraciones inflamatorias no articulares (polimialgia reumática)
- Dolor isquémico (arteriopatía distal, arteriosclerosis, etc.)
- Dolor visceral (pancreatitis, cirrosis, etc.)

Dolor neuropático

- Neuralgia post-herpética
- Neuralgia del trigémino
- Neuropatía diabética dolorosa
- Dolor central (ACV, etc.)
- Dolor postamputación
- Dolor mielopático o radicular (estenosis espinal, aracnoiditis, fibrosis periradicular, etc.)
- Dolor facial atípico
- Síndromes mantenidos por el simpático (dolor regional complejo, causalgia, distrofia simpático-refleja, etc.).

Dolor mixto o patología indeterminada

- Cefalea crónica (cefalea tensional, migraña, cefaleas mixtas)
- Vasculopatías dolorosas

Dolor psicológico

- Somatizaciones
- Cuadros histéricos

ticas, solas o en combinación. Finalmente cuando el dolor tiene un origen psicógeno o está muy influido por factores psicológicos es necesaria una valoración y un seguimiento por parte del psicólogo/psiquiatra. En este tipo de dolor no está indicada y además es ineficaz la analgesia convencional.

4. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Para obtener buenos resultados (máximo beneficio/mínimo riesgo) es necesaria una sistemática de trabajo en cuanto a valoración del dolor en el anciano y trata-

miento posterior, que nos permita diseñar un tratamiento a la medida de cada paciente (Tabla IV).

TABLA IV. ESTRATEGIA TERAPÉUTICA*Evaluación del paciente anciano*

- Historia clínica y exploración
- Exploraciones complementarias (analítica, RX, etc.)
- Características del dolor en el anciano
- Escalas de medición del dolor

Tratamiento farmacológico

- Escalera analgésica de la OMS: AINEs, opiáceos, coadyuvantes

Técnicas no farmacológicas e intervencionistas

- Estimulación eléctrica transcutánea TNS
- Programas de ejercicio
- Técnicas de relajación
- Acupuntura
- Programas de distracción
- Bloqueos nerviosos
- Técnicas de neuromodulación (estimulación medular, infusión intratecal de fármacos)

*Apoyo psicológico***4.1. Evaluación del paciente anciano****4.1.1. Historia clínica**

En la primera visita es necesaria una historia clínica encaminada a determinar el tipo de dolor y las patologías acompañantes que frecuentemente presentan, junto con las medicaciones concomitantes (necesarias o no) que el paciente toma, muchas veces sin control médico o autoprescritas. Lo correcto es establecer una pauta de tratamiento conjuntamente con el médico de cabecera, internista o geriatra con el fin de pautar solamente los fármacos estrictamente necesarios, suprimiendo los restantes. Asimismo es necesaria una exploración física y controles analíticos basales y a lo largo del tratamiento para controlar las posibles repercusiones en el ámbito hepático y renal principalmente. Asimismo, las revisiones deben ser periódicas para evaluar el tratamiento y la aparición de efectos secundarios. Cuando el origen del dolor está identificado y es susceptible de ser tratado, los resultados del mismo mejoran notablemente.

Junto con la valoración del dolor crónico es necesario estar atento a los incrementos de dolor o cambios en las características o localización del mismo que puedan indicar una patología concurrente y no una exacerbación del dolor crónico.

4.1.2. Características del dolor en el anciano

El dolor crónico en los ancianos presenta características propias que vienen determinadas por la disminución o pérdida de sus funciones vitales (deterioro mental, disminución de la capacidad visual, sordera, dificultad de expresión, etc.), sociales y familiares que en muchas ocasiones dificultan el diagnóstico y tratamiento del dolor. Por eso es necesario prestar atención a los signos indirectos del dolor como cambios en la expresión facial, gemidos, posturas antiálgicas y agitación que nos ayuden a establecer el dolor y su origen. Los factores psicológicos se asocian al dolor del anciano. Frecuentemente el anciano refiere como dolor lo que en realidad corresponde a un cuadro de ansiedad o depresión motivado por alguna alteración en su vida familiar o social; sin olvidarnos que también pueden ejercer un cierto “chantaje” hacia las personas que les cuidan con el fin de obtener una mayor atención. Los ancianos con estabilidad personal y familiar tienen significativamente menos dolor y alteraciones psicológicas (2). Las consecuencias del dolor crónico en el anciano son numerosas (1-3,8). Depresión, dificultades en la relación afectiva, alteración del sueño, incapacidad funcional y aumento de los gastos derivados de la utilización de los servicios de salud, se asocian con la presencia de dolor en los ancianos. Otros aspectos pueden afectarse por la presencia de dolor: alteración de la marcha, recuperación lenta y efectos secundarios de los múltiples medicamentos prescritos (1-3,7,8). A la hora de pautar un tratamiento analgésico debemos ser cautos, empezando con las dosis mínimas, incrementándolas lentamente.

4.1.3. Medición del dolor

Para medir el dolor son válidas las escalas conocidas como la Escala Visual Analógica (EVA) y la escala facial (Fig. 1), aunque al medir sólo la intensidad del dolor no contempla los otros componentes (angustia, depresión, etc.) por lo que es necesario un mínimo interrogatorio en ese sentido, al paciente y familiares/cuidadores. La versión abreviada del cues-

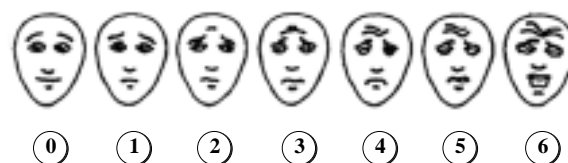


Fig. 1—Escala facial.

tionario de Mc Gill, propuesta por Melzack, compuesta por 15 descripciones del dolor, las 11 primeras referentes al componente sensorial del dolor y las cuatro restantes al componente afectivo, también es apropiada para usar en anciano con dolor (3).

Estas escalas tienen validez únicamente en el paciente con la capacidad mental conservada; si no fuera así, hay que valorar otros parámetros, gestos, posturas, etc. como indicábamos en la descripción de la característica del dolor.

En las reagudizaciones del dolor o ante la aparición de un dolor nuevo o de distinta localización, hay que valorar la aparición de una enfermedad intercurrente.

4.2 Tratamiento farmacológico

4.2.1 Escalera analgésica de la OMS

La base del tratamiento es la vía oral preferentemente, siguiendo la escalera analgésica de la OMS (Fig. 2). Aunque los pacientes ancianos son más predispuestos a los efectos secundarios de los analgésicos, la experiencia nos dice que éstos son seguros y eficaces en esta etapa de la vida. Para determinados analgésicos, sobre todo opiáceos, los ancianos presentan un incremento en la actividad analgésica (2,3). Debido a la variabilidad que presenta este grupo de pacientes resulta difícil establecer unos protocolos en cuanto a dosis y efectos secundarios por lo que es fundamental establecer un tratamiento individualizado, con lógica y sentido común, siguiendo el consejo de la sociedad americana de geriatría de “empezar lento y continuar despacio” para valorar los resultados, tanto los analgésicos como los secundarismos. En la Tabla V se recoge la guía de tratamiento. El tratamiento farmacológico es más eficaz cuando se combina con estrategias no farmacológicas tales como programas de ejercicio, técnicas de relajación y de modificación de conducta. La combinación de diferentes fármacos con propiedades analgésicas a pequeñas dosis puede ser necesaria para incrementar el efecto analgésico y disminuir los secundarismos.

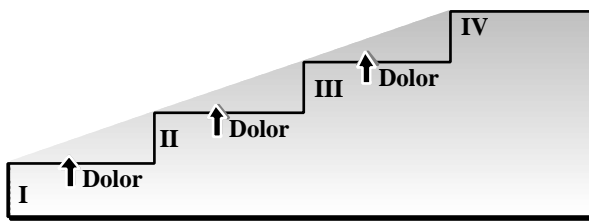


Fig. 2—Escalera analgésica de la OMS, modificada.

TABLA V. GUÍA DE TRATAMIENTO

- Diagnóstico del dolor
- Tratamiento individualizado
- Vía oral preferentemente
- Dosis iniciales bajas con incrementos lentos
- Combinación de fármacos
- Seguimiento del tratamiento
- Valoración psicológica
- La potencia de los analgésicos vendrá determinada por la intensidad del dolor y nunca por la supervivencia estimada del paciente
- Alternativas vía oral: parche transdérmico y morfina espinal

4.2.2. AINEs

En pacientes ancianos se deben usar con precaución por la alta incidencia de secundarismos a nivel gastrointestinal y renal. Debido a la retención hídrica que producen y a las interacciones con los hipotensores se deben de evitar o usar con precaución en el paciente hipertenso.

Indicados en el dolor nociceptivo de origen osteomuscular. En el dolor leve moderado el paracetamol es el fármaco de elección por su bajo riesgo de efectos secundarios. En la Tabla VI se recogen las dosis de los AINEs recomendados.

Los AINEs nunca se deben utilizar solos en el dolor severo, sí en combinación con opiáceos.

Debemos evitar los tratamientos prolongados y la combinación de dos AINEs a excepción del paracetamol, por el incremento potencial de los secundarismos (ejemplo: no asociar Voltaren e Ibuprofeno, si se puede Paracetamol e Ibuprofeno, Nolotil y AINE).

Es preferible el uso de AINEs de acción rápida y corta para evitar dosis acumulativas.

4.2.3 Opiáceos

Indicaciones

A pesar de la reticencia que produce el uso de opiáceos en el dolor crónico no maligno, éste está en clara expansión, cuando han fallado los tratamientos alternativos o han provocado secundarismos importantes (AINEs), y el dolor es de origen especialmente nociceptivo (óseo, articular, isquémico), aunque también han demostrado ser eficaces en el dolor neuropático severo, tiene una intensidad moderada-severa y se acompaña de incapacidad funcional marcada (2,3). No hay datos de adicción en pacientes mayores, pero el promedio de mayores de 60 años en los programas de metadona es menor del 1%. El miedo a la drogadicción y al abuso no justifica el no alivio del dolor especialmente en aquellas personas cerca del final de la vida. Por otra parte la experiencia de más de 10 años con los opiáceos en el dolor crónico no maligno nos enseña que son fármacos eficaces y seguros, que las dosis se mantienen estables, siendo menores que en el dolor oncológico en los tratamientos prolongados, que los efectos secundarios son controlables a largo plazo y que el tratamiento se puede suspender con un descenso gradual de las dosis en un plazo que oscila entre 15 y 90 días, sin objetivarse alteraciones significativas. Durante el periodo de descenso avisar del posible síndrome de abstinencia y recomendar dosis de rescate y ansiolíticos en pequeñas dosis. El mejor antídoto de los efectos secundarios de la morfina es el propio dolor. Actualmente disponemos de gran variedad de fármacos opiáceos, tanto en sus principios activos como en sus presentaciones (vía oral: gotas, comprimidos, solución, de acción rápida y retardada; vía transdérmica, vía intratecal, vía subcutánea) lo que facilita enormemente el tratamiento con estos fármacos y hace que se puedan administrar en los pacientes más deteriorados.

Criterios de utilización

En dolor ocasional, pautar fármacos de liberación rápida (tramadol, sevredol, solución de morfina oral) como dosis de rescate y no mantener tratamientos prolongados; en dolor continuo, utilizar fármacos de liberación controlada (codeína retardada, tramadol retard, morfina retard) y administrar dosis de rescate de fármacos de liberación rápida. La morfina es el único fármaco que no tiene límite de dosis, mientras se obtenga analgesia y no aparezcan secundarismos; no obstante no es recomendable rebasar la dosis máxima por la presencia de alteraciones cognitivas: somnolencia, pérdida de memoria, desorientación, etc. (Tabla VI).

TABLA VI. ANALGÉSICOS Y COADYUVANTES, DOSIS Y EFECTOS SECUNDARIOS

<i>AINEs</i>	<i>Dosis inicial</i>	<i>Dosis máxima*</i>	<i>Cambios farmacológicos</i>
Paracetamol		4002 mg.24 h ⁻¹ (4-6 horas)	Hepatotoxicidad con dosis mayores
Acetil salicilato de lisina	1300 mg.12 h ⁻¹	7202 mg.24 h ⁻¹ (4-6 horas)	sangrado gástrico, alter. plaquetaria
Ibuprofeno	400 mg.12 h ⁻¹	2400 mg.24 h ⁻¹ (6-8 horas)	alter. renal, gástrica, plaquetaria, edemas
<i>Opiodes</i>			
Codeína	30 mg.12 h ⁻¹	30-60 mg (4-6 horas)	Observaciones (a) (b) asociada a paracetamol techo analgésico
Dehidrocodeína (contugesic)	60 mg.24 h ⁻¹ (noche)	60 mg.12-24 h ⁻¹	©
Tramadol (adolonta)	50 mg.24 h ⁻¹ (noche)	50 mg.8-12 h ⁻¹	©
Tramadol retard	100 mg.24 h ⁻¹ (noche)	100-200 mg.12-24 h ⁻¹	©
Morfina, liberación rápida	5-10 mg.12 h ⁻¹ (noche)	60 mg.8-12 h ⁻¹ (d)	Inicio e incrementos lentos 20-25% dosis inicial cada 3-4 días
(Sevredol, Solucion de morfina)			alcanzar analgesia y reconvertir en morfina retardada
Morfina, liberación retardada	10 mg.24 h ⁻¹	60 mg.12 h ⁻¹	
MST, Skenan, Oglos			
<i>Coadyuvantes</i>			
Gabapentina (Neurontin)		1200 mg.24 h ⁻¹ (C 8 horas)	Empezar por la noche incrementos cada 3-7 días
Amitriptilina (tryptizol)		75 mg.24 h ⁻¹	empezar con 5-10 mg dosis única por la noche; incrementos cada 7-15 días
			contraindicados en prostáticos; glaucoma, arritmias

* Ver texto

(a) Pautar laxantes durante todo el tratamiento, antieméticos al inicio y en los incrementos de dosis

(b) Incrementos / 3-4 días, empezar por la noche

© Por encima de las dosis máximas, no se produce analgesia y sí secundarismos

(d) Valorar alternativas cuando se alcanza la dosis máxima y no se consigue analgesia y/o se producen secundarismos.

Realizar valoraciones frecuentes para comprobar la analgesia y prevenir y tratar los efectos secundarios.

Prevenir y tratar el estreñimiento asociando laxantes, durante todo el tratamiento, y las náuseas y vómitos con antieméticos (metocloprapida) en los días iniciales del tratamiento.

Avisar de los efectos sedantes en el inicio del tratamiento y la recomendación de no conducir y tener precaución en cuanto a posibles caídas y accidentes.

Si persisten las náuseas y la sedación a pesar del tratamiento, cambiar a otro opiáceo, lo que se llama rotación de opiáceos, aunque tenga menor potencia (como cambiar morfina por tramadol o codeína) o a otra vía de administración: transdérmica, espinal.

Si la vía oral no es viable o no recomendable por la polifarmacia debida a patologías añadidas, utilizar el parche transdérmico de fentanilo.

Efectos secundarios de los opiáceos en el tratamiento de dolor crónico

Los efectos secundarios de los opiáceos son perfectamente controlables en el tratamiento del dolor crónico. Los podemos clasificar en iniciales, tardíos y ocasionales.

—*Iniciales*: náuseas, vómitos, somnolencia, inestabilidad, confusión.

—*Tardías*: estreñimiento, sudoración, náuseas, vómitos, somnolencia.

—*Ocasionales*: sequedad de boca, mioclonías, prurito, retención urinaria, intolerancia a la morfina.

Siempre que recetemos un opiáceo debemos prevenir los efectos secundarios y advertir al paciente de su posible aparición para evitar el abandono del tratamiento ante la presencia de éstos, con el consiguiente mal control del dolor.

La depresión respiratoria en el tratamiento del dolor crónico es una complicación muy rara que sólo ocurre en el inicio del tratamiento si se emplean altas dosis o éstas se ingieren por error. Es excepcional en el tratamiento con morfina por vía oral.

Recomendaciones para la utilización del parche de fentanilo

Empezar por la dosis más baja, $25 \mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$, aunque hayan sido tratados con opiáceos por otras vías.

Si no se ha seguido tratamiento con opiáceos, la experiencia propia y los resultados preliminares del estudio multicéntrico llevado a cabo por la Sociedad Cantábrica para el Estudio y Tratamiento del Dolor (SOCETD), recomiendan iniciar el tratamiento con $12,5 \mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$ (partiendo el parche por la mitad, o mejor doblar la capa protectora y así poder aprovechar la mitad restante, dato interesante dado el coste del producto).

Los incrementos siempre serán con $25 \mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$ y en pacientes deteriorados con $12,5 \mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$.

Aunque la duración recomendada del parche es de 72 horas, en condiciones de asistencia reales, oscila entre 48 y 96 horas, no siendo en absoluto mala práctica, si se consigue un buen nivel de analgesia y no aparecen efectos secundarios, el cambio en este periodo de tiempo.

Los criterios de utilización y los efectos secundarios son los mismos que para los opiáceos, con la diferencia que estos últimos en principio son de baja intensidad.

Morfina espinal

Cuando el dolor no se controla por los tratamientos convencionales o los efectos secundarios de los opiáceos son intolerables, está indicada la utilización de la morfina espinal a través de bomba implantable, sola o en combinación con anestésico local y clonidina (9).

La experiencia en pacientes ancianos cuando la indicación es correcta es extraordinaria, en cuanto a calidad de analgesia, incremento de la calidad de vida y ausencia prácticamente de efectos secundarios. Las dosis necesarias son muy bajas (dosis promedio/día de morfina 2 mg).

Medicación coadyuvante

Este tipo de fármacos está indicado principalmente en el dolor neuropático y en combinación con los analgésicos para controlar el dolor crónico.

Se deben utilizar a dosis bajas, preferentemente aquellos fármacos que presenten un mejor perfil de seguridad y con incrementos graduales. El seguimiento de los pacientes debe ser cuidadoso. Los principales fármacos coadyuvantes son: corticoides, antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivantes (Tabla VI).

4.3. Tratamientos no farmacológicos

La combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico debe tenerse en cuenta en el planteamiento de atención de este grupo de pacientes. La mayoría, como el apoyo psicológico, acupuntura, TNS, etc. apenas presentan efectos secundarios y en muchas ocasiones son de gran utilidad logrando disminuir las dosis de los fármacos y por ello también los efectos secundarios. El ejercicio físico dirigido alivia enormemente el dolor. No olvidar como decíamos antes que estos pacientes pueden referir como dolor lo que en realidad es angustia o depresión y que mejorarán notablemente con tratamiento adecuado.

Farrell y cols. Han desarrollado a lo largo de tres décadas programas de educación para los pacientes ancianos con dolor, los familiares y cuidadores tanto en domicilio como en residencias. Básicamente los programas se dividen en tres partes: 1ª parte: revisión general del dolor, incluyendo diagnóstico, medición del dolor, tratamientos y la involucración de la familia y cuidadores en los mismos; 2ª parte: tratamiento farmacológico del dolor, donde además de la administración y revisión del tratamiento, se enseña a superar los miedos y mitos en relación con la dependencia y adicción de los fármacos, fundamentalmente narcóticos. Asimismo se controlan los síntomas asociados: náuseas, estreñimiento, etc. 3ª parte: que abarca el tratamiento sin drogas, como complemento al tratamiento farmacológico y que mejor se acomoda a las características propias de cada paciente.

Al incluir a la familia-cuidadores, se disminuye el sentimiento de indefensión de los pacientes a la vez que aumentan los recursos de familia-cuidadores en la atención de los mismos.

CORRESPONDENCIA

M^a Luisa Franco Gay
Unidad del Dolor
Hospital de Cruces
Pza de Cruces, s/n
48903 Baracaldo (Vizcaya)

Siguiendo las pautas de Farrel y Esteban (10,11) ha desarrollado una importante labor en este sentido, contando con la colaboración de un equipo multidisciplinar, en la Fundación Privada Torres Falguera. En este centro, se hace hincapié en el ejercicio físico, la rehabilitación, la estimulación y la distracción continuada según protocolos semanales que se adaptan personalmente a cada paciente. Las actividades incluyen: gimnasia, taller de costura, cestería, grupos de conversación, música, cine, entre otras. No sólo se tiene en cuenta el tratamiento del dolor, sino que se da importancia al confort y mantenimiento de sus actividades diarias.

CASOS PRÁCTICOS

Caso N°1

Paciente de 92 años remitida a la Unidad por presentar dolor neuropático secundario a estenosis de canal lumbar.

Antecedentes personales: artrosis degenerativa, estenosis de canal lumbar, epigastralgias.

Historia del dolor: la paciente refiere desde hace un año aproximadamente, dolor incapacitante en MMII de características neuropáticas. Intensidad severa (VAS 8-10) en relación con el movimiento, no-dolor de reposo. El dolor aparece con la bipedestación en forma de calambres intensos por cara latero-posterior de ambas MMII (L5-S1). La paciente lleva un año sin salir de casa como consecuencia del dolor. Al margen de ello, el estado general, físico y psíquico, de la misma es extraordinariamente bueno para su edad. Había sido tratada con AINEs y tramadol sin beneficio y sí con secundarismos importantes: mareo, vómitos e inestabilidad. En octubre del 98 se inicia tratamiento con Durogesic 25 $\mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$ más coadyuvantes obteniéndose analgesia durante 48 horas, sin presentar secundarismos. El incremento a Durogesic 50 $\mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$ produce analgesia pero también mareo y náuseas por lo que se decide realizar el cambio del parche a las 48 horas. Con esta dosificación el dolor ha desaparecido (VAS 0) así como los secundarismos y la paciente ha reanudado su vida normal. Cada vez que se hace un intento de disminuir la dosis, el dolor reaparece y si incrementamos la dosis reaparecen los secundarismos, por lo que se ha optado por la dosificación de 25 $\mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$ cada 48 horas.

Caso N°2

Paciente de 78 años que consulta por dolor en MMII.

Antecedentes personales: artropatía degenerativa, síndrome facetario, cardiópata.

Historia del dolor: refiere dolor de características neuropáticas y claudicación neurológica en MMII, cara anterior de ambas piernas (L4-L5); calambres nocturnos. VAS 5-6. No-respuesta a fármacos del 2º escalón de la OMS. Se inicia tratamiento con morfina oral en dosis crecientes (dosis final 60 $\mu\text{g}\cdot 24\text{h}$) con antidepresivos, relajantes medulares y anticonvulsivantes, sin obtener mejoría y sí secundarismos indeseables: temblor, mareo y desorientación, motivo de la suspensión del mismo. Posteriormente se realiza test de morfina epidural junto con bupivacaína con idéntico resultado. En julio de 1998 se pauta Durogesic 25 $\mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$ y se obtiene una reducción en el VAS de 4-5 puntos (VAS 1-2), que se mantiene durante tres meses. Al aumentar el dolor se pauta Durogesic de 50 $\mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$ con morfina de rescate y morfina de liberación retardada 20 $\mu\text{g}\cdot\text{día}^{-1}$, durante tres meses más, con idea de aumentar el parche hasta 75 $\mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$, dosis que no tolera por mareo, inestabilidad, sopor y prurito, volviendo a la dosis de 25 $\mu\text{g}\cdot\text{h}^{-1}$. Se realizan infiltraciones transacras e infiltración intratecal con anestésico local y corticoide en un periodo de seis meses, con lo que se consigue reducir el dolor de nuevo hasta alcanzar un VAS de 1-2, retirando el parche de fentanilo al cabo de cuatro meses al persistir la analgesia, administrando morfina durante 15 días en dosis descendentes sin observar ningún síntoma de privación de opiáceos. Actualmente dolor controlado con AINEs en los periodos de reagudización del dolor.

Caso N.º 3

Paciente de 73 años remitida para tratamiento por dolor secundario a neuralgia post-herpética.

Antecedentes personales: Herpes zóster torácico T4-T5-T6 derecho de 1 año de evolución. Artropatía por pirofosfato, ictus transitorio.

Historia del dolor: Dolor quemante, con parestesias y disestesias y crisis lancinantes frecuentes en 24 horas (VAS 9-10). Incapacidad funcional marcada y alteración del sueño. Se inicia tratamiento con iontoforesis y medicación del 2º escalón de la OMS (codeína 240 mg.24 h⁻¹ y posteriormente adolonta 300 mg.24 h⁻¹) junto con antidepresivos y anticonvulsivantes sin obtener mejoría. Con morfina oral de

liberación retardada a las dosis de 30 mg en 24 horas las crisis desaparecen persistiendo un dolor leve moderado. En 15 días se incrementa la dosis hasta 60 mg.24 h⁻¹. Se administran conjuntamente laxantes. Durante el periodo de titulación no aparecen secundarismos reseñables. El tratamiento se mantiene durante un año con una analgesia aceptable, VAS 3, con periodos libres de dolor e incrementándose la calidad de vida, sueño conservado. Al año de tratamiento no habiéndose observado en las revisiones mensuales aumento del dolor, se pauta morfina en dosis descendente, en el periodo de un mes, hasta retirarla completamente. No se observa ningún tipo de secundarismos. En la actualidad está dada de alta de la Unidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lamberg L. New guidelines on managing chronic pain in older persons. JAMA 1998; 280: 331.
2. Connelly P. The management of chronic pain in older persons. JAGS 1998; 46: 635-51.
3. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. Pain 1997; 70: 3-14.
4. Leland JY. Chronic pain: primary care treatment of the older patient. Geriatrics 1999; 54: 23-8, 33-4, 37.
5. Resel L, Salinas C. Cirugía urológica de alto riesgo en el anciano. Madrid: Editorial Complutense, 1994; 37: 182.
6. Bartres Faz D, Sanchez-Aldeguer J. Aspectos básicos de la fisiología y psicobiología del envejecimiento. Dolor 1999; 14: 163-71.
7. Moreno MR, Mico JA. Farmacocinética de los analgésicos en el anciano. Dolor 1998; 14: 172-87.
8. Esteban S. Dolor y la ancianidad. Dolor 1999; 14: 157-8.
9. Franco ML. Morfina espinal en dolor crónico no maligno. Estudio retrospectivo en 39 pacientes. Rev. Soc Esp Dolor 1999; 6: 420-9.
10. Farrel BA. Patient education and non nondrugs interventions in pain in the elderly. Task Force on Pain in the Elderly. IAPS. Seattle: Press, 1996; 35-44.
11. Esteban Moreno S, et al. Tratamiento del dolor. El dolor y su abordaje interdisciplinar desde una residencia asistida. Rev Soc Esp Dolor 1999; 6: 240-54.