

El dolor también debe ser adecuadamente tratado en el mayor

L. Rexach

Unidad de Geriátría. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) definió en 1979¹ el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con lesión tisular actual o potencial o descrita en términos de tal lesión. El dolor es siempre subjetivo, y cada individuo aprende a aplicar este término a través de sus experiencias traumáticas juveniles. Indudablemente se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo, pero además es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional¹.

En los mayores el dolor es un problema frecuente, tanto el agudo como el crónico, y su presencia se incrementa con la edad. Sin embargo, la mayoría de los estudios sugiere la existencia de un pico de prevalencia a los 65 años y un descenso en los más ancianos (75-85 años) y más aún en los mayores de 85 años². El 60% de ellos presenta dolor leve-moderado, y grave hasta el 6%. Hasta el 25-50% de los mayores que viven en su domicilio y el 45-80% de los que viven en residencias presentan dolor persistente³. Además, la prevalencia del cáncer aumenta conforme avanza la edad⁴ (el 60% de los cánceres aparecen en mayores de 60 años) y el dolor es uno de los síntomas más comunes en los pacientes con cáncer (lo padecen hasta el 80% de ellos).

Pese a la difusión de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵ y a la demostración de que su uso adecuado hace que se consiga controlar el dolor en más del 90 % de los casos^{6,7}, el control del dolor es aún pobre. Y esto es así mucho más aún en la población anciana, en la que es especialmente infravalorado e infratratado⁸.

Durante mucho tiempo se ha considerado que la persona mayor sentía menos dolor que la joven, y que por ello necesitaba menos tratamiento. Sin embargo, al revisar la bibliografía se percibe cierta discrepancia entre los diferentes estudios respecto a la sensibilidad al dolor que presentan los ancianos. Es cierto que en la mayoría de los estudios clínicos y experimentales se encuentran diferencias entre la percepción del dolor en los jóvenes y en los ancianos. Se ha hallado que en el mayor existe un pequeño aumento en el umbral al dolor en estudios experimentales, una alteración de la cualidad del dolor, una disminución de la sensibilidad a la estimulación dolorosa de baja intensidad y un incremento en la sensibilidad a estímulos de alta intensidad, así como una disminución en la tolerancia al dolor fuerte⁹.

Experimentalmente se ha observado que el envejecimiento se asocia con alteraciones de la transmisión a través de las fibras A-delta y C, pero se desconoce el efecto de este hecho sobre la experiencia personal del dolor. Asimismo, se ha descrito un déficit en la plasticidad después de producirse una lesión del sistema nervioso central y una reducción en la eficacia de la analgesia endógena⁹. La evidencia clínica sugiere también cambios en la percepción del dolor. Se ha descrito una relativa ausencia de dolor asociada a situaciones que sí producen dolor agudo en las personas jóvenes, como el infarto agudo de miocardio, la patología abdominal aguda (peritonitis, úlcera, obstrucción intestinal, isquemia mesentérica), diferentes tipos de cáncer y otros procesos inflamatorios. También se ha comunicado una disminución de la intensidad del dolor postoperatorio y diferencias en las características de la sensación dolorosa⁹. Un reciente

estudio multicéntrico¹⁰, que incluye a más de 1.000 pacientes con cáncer metastático, revela que los adultos jóvenes exponían 1,5 veces más dolor grave superior a 7 en la escala analógico-visual. Estas diferencias se mantuvieron incluso después de realizar ajustes en función de las variaciones en la fisiopatología del dolor según edad, el nivel de función física y los órganos afectados por el tumor.

Pero una disminución del umbral doloroso no significa que los ancianos tengan menos dolor cuando lo manifiestan. Los cambios en la sensibilidad no son uniformes para todos los rangos de intensidad. Además, la menor tolerancia a estímulos dolorosos fuertes haría necesaria la utilización de terapias más potentes en los mayores.

En realidad, lo que aún no se ha definido es si los cambios detectados en la percepción del dolor son consecuencia del proceso de envejecimiento o si dependen de otros problemas asociados a la edad, como la comorbilidad, las causas psicológicas, las influencias sociales o los efectos bioculturales. Muchas veces el paciente no comenta el dolor porque lo considera propio de la edad, porque tiene miedo al significado del dolor por la patología que pueda descubrirse, o por miedo a las consecuencias de «contar que tiene dolor» (pruebas diagnósticas, hospitalización, medicación, pérdida de la independencia o autonomía, etc.). Otros problemas que se presentan a la hora de valorar el dolor en el anciano se relacionan con la patología, como en los casos de demencia, de alteraciones del lenguaje o de alteraciones sensoriales. Así, muchas veces el dolor se manifiesta como confusión, aislamiento social o apatía.

Siempre que sea posible, el dolor debe ser descrito por el paciente³, y en esta tarea ayuda la utilización de otros términos, sinónimos del dolor, como quemazón, discomfort, escozor, pesadez³... Si existen alteraciones cognitivas se deberá valorar la presencia de posturas antiálgicas, gestos de dolor, deterioro funcional reciente, vocalizaciones sugerentes de dolor, agitación psicomotriz, y es importante la información que aporta el cuidador. A la hora de utilizar escalas para medir la intensidad del dolor en los ancianos se debe tener en cuenta que algunas de ellas (como la analógico-visual) son difíciles de entender para los mayores. En ellos las más útiles pueden ser las categóricas, que pueden utilizarse aun en presencia de deterioro cognitivo.

El tratamiento del dolor, también en el anciano, se basa en el uso de analgésicos. Todos los ancianos con dolor son candidatos a tratamiento farmacológico³. Desgraciadamente, los pacientes mayores han sido excluidos sistemáticamente de los ensayos clínicos de estos fármacos. Toda intervención farmacológica conlleva un equilibrio de riesgos y beneficios. El éxito del tratamiento es máximo cuando el clínico conoce de manera adecuada la farmacología de los fármacos que prescribe y monitoriza de forma regular sus efectos. Es raro que 2 pacientes respondan con el mismo grado de control de dolor o de efectos secundarios al mismo analgésico. Por lo tanto deben elaborarse estrategias terapéuticas individualizadas para cada paciente ajustando la dosis mientras se vigilan los efectos terapéuticos y adversos, y teniendo presente cuáles son las metas objetivas y subjetivas que se pretende alcanzar. Lógicamente, los pacientes con dolor muy agudo requerirán un ajuste del tratamiento más rápido para conseguir un adecuado control del síntoma. El aumento de dosis y los cambios en la medicación sólo podrán realizarse de manera segura si se sigue al paciente muy de cerca⁸.

El paracetamol es el fármaco de elección del primer escalón para el tratamiento del dolor de intensidad leve-moderada. Los opiáceos son fármacos adecuados para el tratamiento del dolor moderado y grave. La edad es un factor predictor independiente de respuesta a los opiáceos, y existe una asociación lineal continua desde los 40 años independiente de los datos morfométricos del paciente. Por ello las dosis que se utilizan en los ancianos son más bajas y se administran a intervalos de tiempo más prolongados que en los jóvenes. Como ya se ha mencionado, en el mayor puede existir un incremento de la sensibilidad a estímulos de alta intensidad así como una disminución de la tolerancia al dolor fuerte⁹⁻¹¹, hecho éste que explicaría que la dosis de opiáceos posquirúrgica o en otras situaciones de dolor muy agudo pueda ser similar a la de los pacientes más jóvenes, como se dice en un artículo publicado en este número¹².

El desconocimiento del comportamiento de los analgésicos en los mayores y el miedo a la aparición de efectos secundarios hace que estos pacientes estén infratratados, especialmente los mayores de 85 años y los que presentan deterioro cognitivo. Este hecho es preocupante, sobre todo si tenemos en cuenta que con una correcta utilización de los analgésicos se podría conseguir un adecuado control del dolor hasta casi en el 90% de los casos.

Los pacientes mayores son, en general, más susceptibles a presentar reacciones adversas a fármacos, pero también son más sensibles a sus propiedades analgésicas, especialmente los opiáceos³. Así pues, existen estudios que demuestran que, en el anciano, la morfina y otros opiáceos consiguen un mejor control del dolor debido a cáncer y a procesos postoperatorios y una mayor duración de la acción que en los jóvenes³. Por ello, los analgésicos y otros fármacos coadyuvantes pueden utilizarse de manera segura y efectiva en esta población.

El dolor es un problema frecuente en el anciano, y no se ha demostrado que estos pacientes sean menos sensibles al dolor, aunque es posible que exista una menor o más difícil comunicación del dolor por parte del anciano. En esta población no se hace una valoración adecuada del dolor, existe un desconocimiento de su manejo y hay mayor dificultad en la utilización de la medicación, dado que el anciano es más susceptible a la aparición de efectos secundarios. Sin embargo, los analgésicos pueden usarse con eficacia y seguridad en los ancianos, por lo que todo anciano debe ser tratado de una forma adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. IASP. Subcommittee on taxonomy of pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979;6:249-51.
2. Helme RD, Gibson S. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Ger Med* 2001;17:417-31.
3. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *JAGS* 2002;50:S205-24.
4. Parker SL, Tong T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1996. *CA Cancer J Clin* 1996;46:5-27.
5. Stjernsward J. WHO cancer pain relief programme. *Cancer Surv* 1988;7:195-208.
6. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann K. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain* 1995;63:65-76.
7. Levy MH. Pharmacologic treatment of cancer pain. *N Engl J Med* 1996;335:1124-32.
8. Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al. Grupo de estudio SAGE. Management of pain in elderly patients with cancer. *JAMA* 1998;279:1877-82.
9. Gibson SJ, Helme RD. Age-related differences in pain perception and report. *Clin Geriatr Med* 2001;17:433-56.
10. Caraceni A, Portenoi RK. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes IASP Task Force on pain. *Pain* 1999;82(3):263-74.
11. Gibson SJ, Helme RD. Cognitive factors and the experience of pain and suffering in older persons. *Pain* 2000;85:375.
12. Muñoz Ramón JM, Herreras JL, Reguera A, Aparicio P, Criado A. Analgesia postoperatoria en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39:227-31.