

El dolor en el adulto mayor

José Alfonso Maestre, M.D.*

RESUMEN

Se hace una revisión del dolor en el adulto mayor como grupo poblacional en aumento, destacando aspectos generales y comparativos con otros grupos de edad. Se revisan tópicos básicos como clasificaciones, cuantificaciones, fisiopatología y se resalta el manejo de equipo, mencionando como parte primordial el componente de rehabilitación que en muchas ocasiones no se tiene en cuenta como método terapéutico de elección durante el manejo conservador del dolor en personas mayores.

Palabras claves: Dolor. Analgesia. Adulto mayor. Adulto y dolor.

El dolor es una de las mayores causas de consulta en pacientes adultos mayores¹; por tal razón, es importante conocer cuál es el comportamiento y las variaciones que puede presentar este síntoma en relación con los demás pacientes. De hecho, los pacientes a menudo esperan que el dolor sea severo o intolerable para consultar al profesional. Puede ser un síntoma o una consecuencia de una lesión, enfermedad o cirugía. Una de sus definiciones es la percepción de una sensación desagradable y la experiencia emocional asociada con un daño tisular real o posible^{1,2}.

La percepción y experiencia del dolor se afectan por muchos factores que incluyen sus causas y las bases culturales del individuo, así como las experiencias y emociones previas; por tanto, su umbral y su tolerancia son variables en las diversas personas y aun en el mismo individuo en circunstancias diferentes¹⁻³. Las enfermedades dolorosas son de mayor interés en los mayores que en los jóvenes, pues aquéllos pueden tener condiciones que llevan a dolor de ambos tipos: crónico y agudo. Los procedimientos quirúrgicos se realizan con más frecuencia en los sujetos mayores pues ellos están más predispuestos a tener enfermedades de larga evolución asociadas con dolor significativo como osteoartritis,

osteoporosis con fracturas vertebrales, diabetes con neuropatía periférica, cáncer, enfermedad vascular periférica y neuropatía postherpética^{2,3}.

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Se clasifica de varias formas. El dolor agudo es de aparición reciente, con causa por lo general demostrable, pero no siempre, y puede persistir de minutos a días. El dolor con duración mayor de 72 horas se denomina subagudo mientras que el crónico se puede sufrir de meses a años, aunque su definición varía. Comúnmente se considera dolor crónico al que dura más de tres meses, pero este límite es bastante arbitrario.

Otros señalan como dolor crónico a cualquiera que dure más de lo esperado para la resolución de un problema. Con esta definición el tiempo permitido para catalogarlo como crónico es variable⁴.

Puede ser referido a un sitio distante de su origen y es común en afecciones de órganos internos o vísceras como riñones, colon, útero y recto que pueden referirlo a la región lumbosacra. La base anatómica del dolor referido son los tejidos somáticos y viscerales que están inervados por fibras aferentes del mismo segmento de la raíz espinal. Las vías nociceptivas primarias se

interconectan con otros segmentos espinales y así su percepción se puede localizar en un lugar distante al sitio de la enfermedad real. El estímulo nociceptivo puede producir hiperexcitabilidad en las células nerviosas de la médula espinal que pueden referir el dolor a los tejidos relacionados⁴. El dolor se puede irradiar desde su sitio de origen y producir una gran zona dolorosa. Algunos especulan que cuando se irradia a una zona grande, indica una lesión particularmente severa y que se localizará más a medida que se solucione el problema^{3,4}.

FISIOLOGÍA DEL DOLOR

La percepción del dolor empieza con el estímulo de los receptores primarios para el dolor en la piel o tejidos profundos. Los dos tipos de nociceptores, fibras A-delta y C pueden responder a estímulos térmicos, señales químicas, o deformación mecánica⁵. El número y tipo de receptores de dolor en los diversos tejidos varía; por ejemplo, los ligamentos y el periostio, son inervados ricamente por ellos, por cuya razón las lesiones en estas áreas son bastante dolorosas; en cambio, el cartílago articular normal no tiene receptores de dolor y es posible que se lesione severamente sin que haya dolor. La pleura visceral tampoco tiene receptores para el dolor, lo que explicaría que las enfermedades disemina-

* Profesor Asistente, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

das en el abdomen puedan ser poco dolorosas. Cuando el tejido se lesiona, se liberan varias sustancias químicas como histaminas, prostaglandinas y bradiquidinas⁵. Estas señales químicas no sólo estimulan el receptor de dolor, sino que también lo hacen hipersensible para futuros estímulos. Una vez que ocurre un daño o herida, el área afectada se vuelve particularmente sensible e irritable y la isquemia resultante subsecuentemente, en los tejidos dañados, produce dolor por la liberación de estos mensajeros químicos que, cuando afectan las células nerviosas, por el daño en los vasos sanguíneos, se considera la causa de neuropatías periféricas, como sucede en el diabético³⁻⁵. El receptor primario del dolor se comunica con la médula espinal a través de cada raíz nerviosa y hace sinapsis con otras neuronas antes que el estímulo doloroso ascienda a centros más altos en el tálamo y el cerebro^{3,5}.

La interpretación del estímulo doloroso se puede modificar en la médula espinal. Esta es la base del funcionamiento de algunos tratamientos como la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) y otras técnicas de contraestimulación sensitiva. En centros como el tálamo, el cerebro y la médula también se pueden presentar modificaciones en la aparición de dolor a través de vías inhibitorias descendentes. El cerebro y la médula espinal producen opioides endógenos, como las encefalinas y las endorfinas que reducen la percepción de dolor^{4,5}.

El daño en el tejido nervioso, tanto periférico como central, o en ambos, puede producir dolor neurogénico, que no está totalmente entendido aún; sin embargo, algunos estudios indican que el dolor en adultos mayores es más frecuentemente de origen neurogénico y produce un aumento en la percepción de su intensidad^{3,5}.

Estudios experimentales indican

que en ausencia de enfermedad, no hay edad relativa para diferencias en la percepción y tolerancia al dolor; sin embargo, esto se debe interpretar con cautela, pues el que se induce en forma experimental tiene poca relación con la experiencia clínica de dolor agudo y crónico; de manera que, el cambio en la percepción del dolor en el curso de la vida, en los distintos individuos, no ha sido bien estudiado y estos estudios no incluyen a pacientes muy mayores (de 85 ó más años), que es el rango de edad en el que se espera que sufran muchas enfermedades y dolor³⁻⁵.

Algunas revisiones^{4,5} indican que en personas de mayor edad, hay disminución en los niveles de endorfinas y encefalinas, mientras que otros expertos tienen la hipótesis que dicha reducción en los niveles de estos opioides endógenos y la posible reducción en los niveles de transmisores en las vías inhibitorias, pueden producir un aumento en la percepción del dolor en las personas mayores. Si eso fuera cierto, tratamientos como el TENS serían menos efectivos; sin embargo, hallazgos clínicos demuestran todo lo contrario: el TENS es efectivo en el tratamiento de dolores crónicos y problemas crónicos dolorosos en adultos mayores^{6,7}. A pesar del estereotipo de que los adultos mayores magnifican su respuesta ante estímulos dolorosos, se ha mostrado repetidamente que pueden ser menos susceptibles a dichos estímulos, porque ellos lo consideran como una experiencia normal de la vejez ("envejecer duele")^{7,8}. Asimismo, en grupos de todas las edades, pero sobre todo en personas añosas, las quejas de dolor pueden ser aumentadas por depresión, ansiedad y enfermedades largas⁸.

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico tiene estrechos

componentes psicológicos, emocionales y sociológicos; se ha demostrado una fuerte relación entre él, la depresión y la ansiedad en grupos de todas las edades⁵. Esta relación es compleja, interactiva y poco entendida. Los efectos a largo plazo, en el bienestar físico, psicológico y social de un individuo, hacen que una persona adolorida crónicamente sea más propensa a la depresión, sobre todo si es mayor. Asimismo, un enfermo deprimido puede demorarse más para recuperarse y eso puede alterar su experiencia frente al dolor. Otros factores asociados con el dolor y la depresión son los altos niveles de desacondicionamiento o limitaciones físicas que producen y los bajos niveles de seguridad social donde se ubican estos pacientes^{5,9}. Los servicios de atención se sobresaturan por las demandas de cuidado de algunos adultos mayores con discapacidad y dolor de larga duración con cuadros depresivos de fondo, que se agravan más porque es difícil determinar qué fue primero: el dolor o la alteración psicológica. La depresión puede hacer que la prestación de los servicios y cuidados sea más difícil. En las personas mayores hay la tendencia a un sistema de seguridad social más limitado o excluyente⁹, aunque en Colombia tengan en teoría protección constitucional.

Carecer de afiliación al Sistema de Seguridad Social para un soporte de salud adecuado es, por lo general, la causa del aumento del uso de formas costosas de servicios de atención y eventualmente de institucionalización, casi siempre, en centros estatales.

Hallazgos más recientes indican que la edad no tiene efectos en la asociación entre dolor crónico y depresión; sin embargo, pocos estudios muestran que el estoicismo y el conocimiento superficial en estas áreas, pueden ser parte de la situación actual del dolor crónico en adultos mayores^{9,10}.

MEDICIÓN DEL DOLOR

La medida del dolor en adultos mayores es crítica para su evaluación y control. Tiene componentes que se pueden calcular como intensidad, localización, cualidad y duración. Una de las formas más comunes de medir la intensidad del dolor es una escala verbal en la que se interroga al paciente para que indique su nivel de dolor en una escala de 0 a 10, donde el 0 indica ausencia de dolor y el 10, el peor dolor posible.

La escala visual análoga (EVA) presenta las medidas de intensidad de dolor en una gráfica, donde el paciente marca su nivel de padecimiento. Los diagramas corporales indican su localización espacial y una lista de palabras descriptivas, como las presentadas en la prueba del dolor de McGill⁵, informan de su calidad. Todos estos métodos para medir el dolor se han seguido en estudios clínicos con personas mayores; sin embargo, el déficit cognoscitivo que presentan pacientes con enfermedad de Alzheimer o entidades semejantes, puede dificultar el uso de escalas complejas, como la prueba de dolor de McGill.

Después del examen médico general, se analizarán las áreas dolorosas del cuerpo para buscar hallazgos que correlacionen el análisis con la historia y las escalas evaluativas del dolor aplicadas, se inspeccionará la piel a fin de encontrar cambios en el color, edema, pérdida de vello o cabello, presencia o no de sudor, atrofia o espasmo muscular, pilo-erección en algún dermatoma, asociado con lesión de raíz o con síndrome doloroso regional complejo. La palpación localizará áreas dolorosas o cambios en la intensidad de las mismas, presencia o no de puntos gatillo que, junto con la correlación entre la respuesta verbal y no verbal del paciente, clarificará el diagnóstico acer-

tado. Siempre se debe tener presente que el adulto mayor es más lento para responder que los demás enfermos y que habrá que dedicarle más tiempo y más atención. Por último, es importante considerar al adulto mayor como un todo y no sólo la localización dolorosa. Creer al paciente es de importancia máxima, tanto como el tiempo que se le pueda dedicar.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

El dolor se puede tratar con métodos conservadores o pasivos, e invasivos o activos. El método pasivo más conocido para tratarlo es la medicación. El tratamiento farmacológico es conveniente, de empleo común y por lo general efectivo en personas mayores, pero se debe usar con mucho cuidado por las respuestas alteradas a los medicamentos, las interacciones medicamentosas y las reacciones adversas, que son más frecuentes en adultos de edad.

Las cuatro clases principales de fármacos no opioides más utilizados son: 1. Antiinflamatorios no esteroideos (AINES). 2. Antidepresivos. 3. Anticonvulsivantes. 4. Neurolépticos. En condiciones específicas, algunas medicaciones son más efectivas que otras, razón por la cual se tratará de elegir el fármaco más adecuado dentro de cada grupo. Hay otras medicaciones que, aunque no se incluyen dentro de estos grupos, han demostrado ser terapéuticamente beneficiosas, como los anestésicos locales, esteroides, antihistamínicos, psicoestimulantes, clonidina, ansiolíticos, calcitonina, radio fármacos, baclofén y fenoxibenzamina; también se incluyen las posibles aplicaciones de analgésicos adyuvantes como los antagonistas de los canales de calcio, adenosina L-triptófano y cafeína¹¹.

Las modalidades terapéuticas tér-

micas, como el calor y el frío son otros métodos pasivos que generalmente se utilizan en su tratamiento. Una ducha tibia en el remolino o en el tanque de Hubbart, produce relajación, aumenta la circulación, disminuye el espasmo muscular y reduce el dolor. El uso de hielo o paquetes fríos puede ayudar en el dolor agudo, especialmente cuando hay inflamación o edema. La crioterapia reduce el flujo sanguíneo en el área de aplicación, disminuye la secreción de agentes químicos causantes de dolor y puede servir como un antiinflamatorio, al disminuir la percepción dolorosa¹⁰. Se ha demostrado que tratamientos como el calor y el frío son efectivos en la reducción del dolor en adultos mayores; sin embargo, con estos métodos, hay que estar muy seguros que el paciente no tenga disminución de la sensibilidad o circulación pues esto puede producir daño en sus tejidos¹⁰.

Contraindicaciones como la disminución de la sensación o de la circulación son comunes en diabéticos o pacientes con cualquier déficit neurológico, situaciones muy comunes en adultos mayores. Los adultos de edad con severo déficit cognoscitivo, como en la enfermedad de Alzheimer, no son capaces de alertar al terapeuta acerca de los posibles problemas cuando se usan las modalidades térmicas¹⁰.

Como a la percepción del dolor la modulan la ansiedad y el estrés, algún grado de relajación puede ayudar a reducirlo; por eso el masaje es un buen mecanismo para relajar y disminuirlo, especialmente cuando proviene de daño muscular, de espasmos o lesión de tejidos blandos. El masaje da los beneficios del tacto terapéutico y, por sus efectos mecánicos, aumenta la circulación, disminuye el edema y reduce la compresión tisular; pero hay que tener mucho cuidado, sobre todo en personas muy mayores, para garantizar que la piel pueda tolerar el estrés

del masaje. El entrenamiento en relajación mental e imaginación son prácticas que también facilitan la relajación muscular y de tejidos blandos. Algunos estudios indican que los profesionales de la salud se inclinan menos al uso de este tipo de método en pacientes mayores, por falta de tiempo, pero no hay razón para que estas técnicas no se puedan utilizar con ellos en el tratamiento del dolor^{9,10}.

Las posiciones corporales pueden servir para reducir el dolor y las ayudas ortopédicas para disminuir el peso o el estrés en un área determinada; un método común en la disminución del peso en una articulación dolorosa es el uso de artefactos auxiliares como un bastón, un caminador, o una órtesis, un collar cervical o un zapato ortopédico. Las órtesis pueden, además de dar soporte, prevenir daños adicionales⁸⁻¹⁰.

El médico fisiatra puede prescribir otras modalidades más especializadas o las puede usar la fisioterapeuta para calmar el dolor como el ultrasonido, TENS o movilizaciones articulares de la extremidad dolorosa afectada¹⁰. El ultrasonido es una forma de energía mecánica y térmica que puede favorecer la mejoría y reducir el dolor. El TENS es la aplicación de corriente eléctrica a través de electrodos en la piel para inhibir la transmisión de impulsos nociceptivos⁸⁻¹⁰. Otra forma de estimulación eléctrica puede provocar la relajación del músculo con espasmo o actuar como antiinflamatorio. La movilización temprana, los movimientos activos, las movilizaciones articulares para mantener un rango de movimiento articular y los ejercicios suaves, pueden disminuir la rigidez, mejorar la circulación y disminuir el dolor. Usualmente, en la recuperación de una cirugía o de una lesión hay que escoger, entre el reposo necesario para recobrar la salud y el movimiento para prevenir la rigidez, la debilidad y el

dolor¹⁰. El proceso de cicatrización resulta del depósito de colágeno adicional y estos tejidos se deben movilizar para prevenir las pérdidas funcionales y el dolor adicional. En todas las personas, pero más en las mayores, hay que iniciar estos programas precozmente con actividades suaves, para evitar la pérdida de la función pues de lo contrario es muy difícil, sino imposible¹⁰, por el aumento del círculo vicioso: inmovilidad dolor-dolor-inmovilidad.

El dolor extremo que se asocia con enfermedades terminales como el cáncer, requiere tratamientos especiales, con grandes dosis de medicamentos opioides o procedimientos quirúrgicos como las neurectomías, cordotomías o infusión intraventricular de morfina. Estos procedimientos han mostrado ser también efectivos en todos los grupos de edad¹⁰, pero se presentan con mayor frecuencia en adultos mayores.

Otro aspecto importante en el control del dolor, que algunas veces es relegado en los individuos mayores, es el componente educacional, que resulta en un adecuado entendimiento cognoscitivo y una reducción de la ansiedad; se ha demostrado que los mayores son más propensas que los jóvenes, para percibir que no han recibido información suficiente acerca de las causas y consecuencias de su situación frente al dolor pero que, cuando se les dan instrucciones adecuadas sobre lo que se espera de sus sensaciones, son capaces de reducir la percepción dolorosa^{9,10}.

PRECAUCIONES ESPECIALES EN CIERTAS PERSONAS MAYORES

Aunque el dolor en algunas situaciones agudas no cambia con la edad, hay condiciones que, paradójicamente, pueden ser menos dolorosas en la

ancianidad que en la juventud p.e., un infarto de miocardio puede ser “silencioso” y ocurrir sin angina. En el adulto mayor frágil, la confusión y la fatiga pueden ser señales de enfermedad, más que los síntomas clásicos de dolor o síntomas sistémicos⁸⁻¹⁰.

Las personas mayores con trastornos cognoscitivos severos presentan un problema especial cuando se trata del manejo del dolor; pueden describir su experiencia dolorosa inmediata, pero sus problemas de memoria hacen difícil obtener la información acerca de la interacción con la enfermedad, lesión o dolor y el manejo del dolor, a largo plazo, es más complejo¹⁰.

MANEJO DEL DOLOR EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Algunas situaciones de dolor crónico en ancianos, pueden tener modificaciones especiales en su manejo, como la neuralgia del trigémino y la post-herpética, que son difíciles de controlar y donde el TENS ha sido de especial efectividad, además del manejo convencional. El TENS se puede usar también para el tratamiento de neuropatías periféricas en personas diabéticas, donde métodos como el calor están contraindicados por los problemas sensoriales y circulatorios asociados. Con frecuencia en adultos mayores ocurren fracturas patológicas por osteoporosis o cáncer. Los ejercicios activos o activos asistidos, a pesar de ser dolorosos, son importantes para mantener la función y prevenir la debilidad. Las ayudas ortopédicas, el uso de aparatos, ejercicios y piscinas de hidroterapia, combinadas con medicación analgésica y analgésica adyuvante, son ejemplos de métodos para controlar el dolor y promover la funcionalidad⁸⁻¹⁰. La estenosis espinal o estrechamiento del canal raquídeo ocurre asimismo en adul-

tos mayores y pueden causar dolores severos en las extremidades inferiores; algunos de estos estrechamientos requieren cirugía descompresivas, pero muchos no son candidatos para este procedimiento, por las enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento. Entonces, el dolor en esos pacientes se puede reducir por posiciones que ayuden a disminuir la presión en el canal espinal, el uso de modalidades terapéuticas para el control de síntomas y las ayudas de aparatos ortopédicos. Todos los pacientes, sin tener en cuenta la edad, pueden presentar circunstancias únicas que precisen planes costosos e individualizados de atención y manejo del dolor. En personas de edad, estas consideraciones especiales son necesarias para un tratamiento adecuado; se debe anotar aquí que el manejo del dolor, no sólo en los mayores sino en todas las edades debe ser una conducta de grupo donde el equipo de rehabilitación juega un papel importante^{3,9,10}.

CONCLUSIÓN

El dolor es un problema significativo para la población que envejece, aunque por lo general no expresan en forma adecuada lo que se relaciona con el dolor, porque lo considera incorrectamente algo normal del proceso de envejecimiento. Los tratamientos tradicionales como la medicación son efectivos, pero debe tenerse gran precau-

ción por los cambios en la farmacodinámica y farmacocinética que se presentan en personas de mayor edad. Otros tratamientos que pueden ser efectivos incluyen las modalidades térmicas como el calor y el frío, TENS, relajación y control de la imaginación, ayudas ortopédicas auxiliares, tratamientos activos como el ejercicio, estiramiento y compresión para reducir la inflamación y mejorar la circulación y la educación para tener un entendimiento cognoscitivo del dolor. La experiencia indica que a pesar de todos los problemas con el dolor, muchos adultos mayores son capaces de mantener niveles de actividad funcional. El manejo debe ser de grupo y dentro de éste el equipo de rehabilitación debe estar presente.

SUMMARY

A revision of the pain is made in the old persons as populational group in increase, highlighting general and comparative aspects with other age groups. Basic aspects are considered as classifications, quantifications, physiopathology and the team handling is stood out, mentioning as a primordial part the rehabilitation component that in many occasions one doesn't keep in mind as therapeutic method of election during the conservative management of the pain in the old persons.

Key words: Pain. Analgesia.
Pain in elderly people.
Old people and pain.

REFERENCIAS

1. Ferrall BA. Pain management in elderly people. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 64-73.
2. Gibson SJ, Katz B, Corran TM, Farrell MJ, Helme RD. Pain in older persons. *Disabil Rehabil* 1994; 16: 127-139.
3. Portenoy RK. Pain: general recommendations. *In Current therapy in neurologic disease*. 5th ed.; St. Louis, Toronto: Mosby, 1997. Pp. 65-71.
4. Coni N, Davison W, Webster S. *Geriatría*. México: Manual Moderno 1990. Pp. 77, 78, 237, 238.
5. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatric Soc* 1998; 46: 635-651.
6. Maestre JA. Dismovilidad e inmovilidad en el anciano. *En Medicina geriátrica*. Reyes-Ortiz CA, Moreno CH (eds.). Cali: Editorial Catorse, 1999. Pp. 399-405.
7. Reyes-Ortiz CA, Moreno CH. *En Medicina geriátrica*. Reyes-Ortiz CA, Moreno CH (eds.). Cali: Editorial Catorse, 1999. Pp. 177, 180, 184, 190.
8. Hamdy RC. Remediable causes of pain in the hip. *Geriatr Med* 1980; 10: 74-75.
9. Allen B, McCrary SV. Legal aspects of geriatric rehabilitative care. *In Rehabilitation of the aging and elderly patient*. Felsenthal G, Garrison SJ, Steinberg FU (eds.): Baltimore: Williams & Wilkins, 1994. Pp. 539-549.
10. Felsenthal G, Lehman J, Stein B. Principles of geriatric rehabilitation. *In Physical medicine & rehabilitation*. Braddom R (ed.). 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co., 2000. Pp. 1343-1367.
11. Sunshine A, Olson NZ. Non-narcotic analgesic. *In Textbook of pain*. Wall PD, Melzack R (eds). 2nd ed. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 1994. Pp. 923-942.