

Abordaje clínico del dolor crónico en el paciente geriátrico

Clinical approach to chronic pain in geriatric patients

¹ Fernando Gabriel Medina Andaluz, MD^{1*} ² Joselyn Vanessa Flores Fiallos, MD² ³ Sofía Belén Quisiguña Cárdenas, MD² ⁴ Marlon Alexander Chávez Solano, MD³ ⁵ José Rolando Chimbolema Chimbolema, MD⁴ ⁶ Hugo Patricio Roldán Simbaña, MD⁵ ⁷ Elizabeth Sánchez Andrango, MD⁶ ⁸ Janneth Karina Morales Guaminga, MD⁶ ⁹ Gissela Paulina Cofre Santo, MD⁷

¹Médico General. Centro de Salud Huachi Chico.

²Médico General. Hospital General Instituto de Seguridad Social Ambato.

³Médico General. Centro Salud Unión Milagrena.

⁴Médico Residente. Hospital Basico Becerra-Guaranda.

⁵Médico General. Centro De Salud Cebadas.

⁶Médico Residente. Hospital Básico Publio Escobar, Colta.

⁷Médico General. Cemoplaf C11 Latacunga.

*Autor correspondiente: Fernando Gabriel Medina Andaluz. Médico General. Centro de Salud Huachi Chico. República del Ecuador.

Correo electrónico: gabom61@gmail.com

Received/Recibido: 02/28/2021 Accepted/Aceptado: 03/15/2021 Published/Publicado: 08/10/2021 DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.5459330>

Resumen

El dolor crónico (DC) es un problema clínico altamente frecuente en la población de edad avanzada, imprimiendo consecuencias severas en la salud general, la funcionalidad e independencia cotidiana, y la calidad de vida. Casi invariablemente condiciona y refuerza problemas agregados como trastornos del sueño, afecciones musculoesqueléticas, reducción de la movilidad, caídas, malnutrición, deterioro neurocognitivo, depresión y otros trastornos mentales, y la polifarmacia. La carga asistencial y financiera del DC en la población geriátrica sobre los sistemas de salud es igualmente agravante, calculado en varios miles de dólares por paciente anualmente, atribuidos fundamentalmente a hospitalizaciones, cuidados paramédicos, medicación y consultas médicas. Estos gastos han mostrado una tendencia ascendente, rápida y prominente en años recientes. En este escenario, se hace menester una pauta de actuación médica clara, precisa y expedita, con un enfoque organizado. En este marco, el trabajo interdisciplinario brilla como elemento esencial, así como la integración de la familia y cuidadores. Por lo tanto, en este artículo se revisa el abordaje clínico del DC en el paciente geriátrico, incluyendo intervenciones psicosociales y farmacológicas.

Palabras clave: Dolor crónico, geriatría, envejecimiento, terapia del dolor.

Abstract

Chronic pain (CP) is a highly frequent clinical problem in the elderly population, which entails severe consequences for overall wellbeing, functionality and Independence, and quality of life. Almost invariably, CP causes and reinforces added conditions, such as sleep disorders, musculoskeletal alterations, reduced mobility, falls, malnutrition, neurocognitive decline, depression and other mental disorders, and polypharmacy. The work and financial burden of CP in geriatric patients on public health systems is equally aggravating, estimated in several thousands of dollars per patient annually, fundamentally attributed to hospitalizations, paramedical care, medications, and medical consultations. These expenses have shown a rapid upwards trend in recent years. In this scenario, clear, precise and quick medical intervention is necessary, with an organized focus. Interdisciplinary work shines in this respect as an essential element, along with the integration of the family and other caretakers. Thus, this article reviews the clinical approach to CP in geriatric patients, including psychosocial and pharmacologic interventions.

Keywords: Chronic pain, geriatric, aging, pain management.

El dolor crónico (DC) se define como el dolor recurrente que persiste por más de 3-6 meses, o que se prolonga más allá del período de curación esperado, y que puede o no estar asociado con una causa identificable o daño tisular verificable¹. Esta condición tiene una prevalencia estimada de 8-20,4% en la población general, con predilección por los grupos con menor instrucción académica y menos acceso a los servicios de salud². No obstante, a nivel mundial, la prevalencia del DC se magnifica en los adultos mayores, asciendo de manera consistente con la edad hasta alrededor de los 70-75 años, alcanzando estimados de 25-50% en la población geriátrica comunitaria, y hasta 83% en la población en instituciones y hogares de cuidado³.

Con frecuencia, la presencia del dolor en los adultos mayores es ignorada, subestimada o infrarreportada, lo cual conlleva a exploraciones insuficientes y diagnósticos inadecuados, y, por ende, tratamientos inapropiados o inefectivos con un seguimiento ineficaz⁴. El DC imprime consecuencias severas en la salud general, la funcionalidad e independencia cotidiana, y la calidad de vida. Casi invariablemente condiciona y refuerza problemas agregados como trastornos del sueño, afecciones musculoesqueléticas, reducción de la movilidad, caídas, malnutrición, deterioro neurocognitivo, depresión y otros trastornos mentales, y la polifarmacia⁵. La carga asistencial y financiera del DC en la población geriátrica sobre los sistemas de salud es igualmente agravante, calculado en varios miles de dólares por paciente anualmente, atribuidos fundamentalmente a hospitalizaciones, cuidados paramédicos, medicación, y consultas médicas. Estos gastos han mostrado una tendencia ascendente rápida y prominente en años recientes⁶.

Además, el personal de salud podría estar empeorando este panorama por medio de actitudes negativas, restrictivas o pesimistas en relación al DC y al paciente de edad avanzada⁷. Estos factores confluyen en la denominada "inercia clínica", que describe los casos donde aunque el DC es reconocido como problema clínico relevante, no se toman medidas pertinentes o insuficientes para manejarlo de manera efectiva⁸. En este escenario, se hace menester una pauta de actuación médica clara, precisa y expedita, con un enfoque organizado. Por lo tanto, en este artículo se revisa el abordaje clínico del DC en el paciente geriátrico.

Evaluación integral del dolor crónico en los pacientes de edad avanzada

Una valoración completa del dolor incrementa la probabilidad de hallar un diagnóstico específico al cual pueda atribuirse el DC, y además orienta la selección óptima de los tratamientos y guía la fijación de metas terapéuticas paralelas y sinérgica con el alivio del dolor⁹. No obstante, la ejecución de estas actividades puede ser dificultosa en la consulta externa común debido a restricciones en la disponibilidad del tiempo, lo cual resalta la importancia de optimizar los recursos y organizar el estudio del paciente¹⁰. Otro punto a clave a considerar es que no existe un nivel de profundidad específico o estándar para la exploración clínica en estos casos, y la búsqueda de causas bien diferenciadas con frecuencia no retorna resultados claros. Por lo tanto, el criterio médico individual y caso por caso es la principal guía para la realización de exámenes paraclínicos, en relación al balance riesgo-beneficio y costo-beneficio¹¹.

En la elaboración de la historia clínica, la evaluación del DC debe ir más allá de las características clásicamente documentadas —cronología, ubicación, irradiación, severidad, carácter, agravantes y atenuantes, entre otros— e incluir aspectos adicionales de la experiencia integral. Esto incluye los componentes cognitivos, como las actitudes y creencias en relación al dolor y las expectativas asociadas con el tratamiento; y aspectos conductuales como las respuestas instrumentales al dolor y las interacciones familiares y sociales¹². El uso de herramientas estandarizadas para la evaluación del dolor permite su registro objetivo y uniforme, facilitando el seguimiento. En la población de edad avanzada es esencial la accesibilidad y sencillez para su completación. Se han recomendado varios instrumentos, incluyendo el Brief Pain Inventory, el Geriatric Pain Measure y el Short-Form McGill Pain Questionnaire¹³. La revisión exhaustiva de las comorbilidades y la medicación consumida es primordial, considerando que ambos factores tienden a ser la regla en los pacientes geriátricos y que influyen significativamente en la selección de alternativas terapéuticas¹⁴. Finalmente, es importante caracterizar el impacto que ejerce el DC en la funcionalidad y autonomía del paciente, y los recursos personales y ambientales de los cuales dispone o carece para lidiar con estas limitaciones¹⁵. La entrevista con el paciente con deterioro neurocognitivo requiere una aproximación modificada y jerarquizada, donde la obtención del reporte personal del paciente de la información relevante debe dar especial importancia a indicadores no verbales, como expresiones faciales, vocalizaciones y cambios en la postura. La complementación con información de los familiares es esencial, especialmente en relación a cambios en la conducta muy acusadamente por fuera del nivel de base, que usualmente indican la presencia o exacerbación del DC¹⁶.

El examen físico debe centrarse, en primera instancia, en la evaluación del sistema musculoesquelético y el sistema nervioso, buscando evidencias de patología inflamatoria o signos de debilidad muscular o neuropatía periférica. Ante el hallazgo de debilidad muscular, es importante diferenciar entre una paresia o plejía verdadera en contraste con la afectación funcional mediada por el propio dolor¹⁷. Asimismo, la estimación del riesgo de caídas y el funcionamiento y movilidad física global también deben ser abordados, en particular la observación de la marcha y el equilibrio¹⁸. Por último, la solicitud de exámenes de laboratorio y exploraciones imagenológicas debe ser sopesado cuidadosamente. Con frecuencia, no retornan ningún dato útil o revelan hallazgos incidentales de importancia incierta, que conducen a la realización de más estudios, y por ende más gastos y desgaste para los pacientes y cuidadores¹⁹. Se recomienda el apoyo en estas herramientas sólo cuando los hallazgos de la anamnesis y el examen físico sugieren un diagnóstico específico, o cuando aparecen síntomas alarmantes, como el empeoramiento del dolor en pacientes con cáncer, la presencia de factores de riesgo añadidos para las infecciones y síntomas constitucionales como pérdida de peso o apetito, y aumento de la temperatura, entre otros²⁰.

Conducta terapéutica ante el dolor crónico en el paciente geriátrico

En los pacientes de edad avanzada, el tratamiento del dolor es complicado por numerosos factores. En primer lugar, aunque con frecuencia no se identifica una causa concreta para el DC,

con el envejecimiento se hacen comunes los problemas relacionados con el dolor neuropático y nociceptivo²¹. Asimismo, se hacen más frecuentes las consecuencias adversas de los tratamientos y elementos como los cambios fisiológicos propios de la edad en la absorción y excreción de drogas y la influencia de comorbilidades complican y restringen las opciones de tratamiento; mientras que la información limitada para la toma de decisiones clínicas puede causar confusión o desconfianza en las elecciones terapéuticas¹⁸. Estas circunstancias demandan intervenciones dedicadas, con la participación de un equipo interdisciplinario, donde los actores fundamentales son el especialista en la terapia del dolor, el personal de enfermería y los cuidadores principales del paciente como núcleo guía del proceso de tratamiento y rehabilitación²².

En este contexto, es importante considerar los componentes psicosociales de cada caso. Es fundamental contemplar la dinámica familiar y los estilos de comunicación y afrontamiento de cada uno de los miembros, puesto que el DC del paciente a menudo suele afectar de manera significativa el funcionamiento familiar²³. Es menester prestar especial atención al cónyuge del paciente y al cuidador principal en caso de ser otra persona, puesto que suelen ser quienes llevan la mayor carga de responsabilidad en estas situaciones, así como el mayor impacto emocional²⁴. Para estos objetivos, la visita domiciliaria puede ofrecer información añadida valiosa. Si bien puede no ser indispensable en todos los casos, puede ser útil para clarificar los motivos para la falta de cumplimiento de alguna medida terapéutica, obtener información de terceros, o datos que no son evidentes en una consulta rutinaria, además de fortalecer notoriamente la relación médico-paciente²⁵. Las intervenciones psicológicas también tienen un lugar importante en el tratamiento del DC. La terapia cognitivo-conductual puede ayudar a los pacientes a ganar control sobre su vivencia del dolor mediante la modificación de sus pensamientos, creencias, actitudes y emociones en relación al DC, a través de técnicas estructuradas²⁶. Esto se ha instrumentado a través de programas guiados de auto-cuidado, que adoptan una posición educativa en relación a los componentes cognitivos, conductuales y afectivos del dolor, y persiguen la adquisición de estrategias efectivas para el manejo independiente del dolor y la promoción de la autonomía. Este tipo de programas ha retornado resultados positivos en estudios preliminares²⁷.

La farmacoterapia es a menudo fuente de controversia en relación al DC debido a los retos añadidos de las interacciones farmacológicas, prescripción en presencia de comorbilidades, y cambios farmacocinéticos del envejecimiento. Un precepto útil en este escenario es preferir las combinaciones de fármacos a dosis bajas que el uso de monoterapia a dosis altas, lo cual suele asociarse a más resultados adversos²⁸. El paracetamol representa el tratamiento de elección para el dolor leve-moderado en el paciente geriátrico, debido a su excelente perfil de seguridad, sin efectos adversos significativos a nivel cardiovascular, renal o gastrointestinal. No obstante, el riesgo de sobredosis no intencional es mayor en esa población, y los pacientes y familiares deben ser instruidos para no exceder la dosis máxima diaria de 4 g²⁹. En contraste, los efectos adversos en estas esferas de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son bien conocidos, y tienden a incrementar con la edad. No obstante, estos fármacos

pueden ser útiles para exacerbaciones puntuales del DC. En esta clase farmacológica, el naproxeno podría ser el menos lesivo, en comparación con otros AINE menos selectivos como el ibuprofeno, u otros selectivos como el celecoxib³⁰. Estos efectos adversos pueden ser minimizados drásticamente mediante el uso tópico de los AINE, que puede ser especialmente conveniente para el dolor localizado³¹.

Puede considerarse el uso de opioides cuando el DC no ha respondido a otros tratamientos, o ante la persistencia de la limitación funcional asociada. Si bien su eficacia en este grupo etario está bien establecida, con mejoría en hasta 66% de los pacientes, especialmente aquellos con trastornos musculoesqueléticos, alrededor de 48% suele descontinuar su uso a largo plazo debido a la instalación de efectos adversos intolerables, como constipación, alteraciones del estado mental, y náuseas y vómitos, entre otros³². Por lo tanto, es esencial valorar el equilibrio riesgo-beneficio en cada instancia, y monitorear estrechamente las metas terapéuticas y los efectos adversos en relación a las dosis administradas, puesto los segundos tienden a ser dosis-dependientes³³. Si bien no existen guías concretas para la selección de un opioide específico en esta población, algunos factores clínicos pueden guiar esta decisión, incluyendo las experiencias previas del médico y el paciente, y la disponibilidad local. Asimismo, no se recomienda el uso de opioides de alta potencia, como la morfina y la hidrocodona, en pacientes que nunca han recibido fármacos de esta categoría³⁴.

Conclusiones

A pesar de la ubicuidad del DC como problema clínico en la población geriátrica, abundan aún incógnitas a responder sobre este tema. Algunos de estos aspectos incluyen la identificación de los métodos óptimos para la evaluación del DC, con base tanto en datos observables como reportes subjetivos, el papel de las intervenciones psicológicas, el abordaje de la exploración de la vivencia del DC en el paciente con deterioro neurocognitivo, la búsqueda de estrategias para maximizar la adherencia terapéutica y prevenir el uso inadecuado de los tratamientos farmacológicos, entre muchos otros. La resolución de estos planteamientos demanda investigación dedicada a futuro, manteniendo como norte la oferta de una mejor calidad de vida al adulto de edad avanzada. En este marco, el trabajo interdisciplinario brilla como elemento esencial, así como la integración de la familia y los cuidadores.

Referencias

1. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7.
2. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya, C, Nahin R, Mackey S, DeBar L, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults — United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018;67(36):1001-6.
3. International Pain Summit of the International Association for the Study Of Pain. Declaration of Montréal: Declaration That Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right. *J Pain Palliat Care*

- Pharmacother. 2011;25(1):29-31.
4. Noroozian M, Raeesi S, Hashemi R, Khedmat L, Vahabi Z. Pain: The Neglect Issue in Old People's Life. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018;6(9):1773-8.
 5. Dahan A, van Velzen M, Niesters M. Comorbidities and the Complexities of Chronic Pain. *Anesthesiology.* 2014;121(4):675-7.
 6. Lazkani A, Delespierre T, Bauduceau B, Pasquier F, Bertin P, Berrut G, et al. Healthcare costs associated with elderly chronic pain patients in primary care. *Eur J Clin Pharmacol.* 2015;71(8):939-47.
 7. Makris UE, Higashi RT, Marks EG, Fraenkel L, Sale JEM, Gill TM, et al. Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities – why older adults may not seek care for restricting back pain: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2015;15(1):39.
 8. Aujoulat I, Jacquemin P, Darras E, Rietzschel E, Wens J, Hermans M, et al. Factors associated with clinical inertia: an integrative review. *Adv Med Educ Pract.* 2014;5:141-7.
 9. Kress H-G, Ahlbeck K, Aldington D, Alon E, Coaccioli S, Coluzzi F, et al. Managing chronic pain in elderly patients requires a CHANGE of approach. *Curr Med Res Opin.* 2014;30(6):1153-64.
 10. Liberman O, Freud T, Peleg R, Keren A, Press Y. Chronic pain and geriatric syndromes in community-dwelling patients aged ≥ 65 years. *J Pain Res.* 2018;Volume 11:1171-80.
 11. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health.* 2013;13(1):1229.
 12. Kim Y-S, Park J-M, Moon Y-S, Han S-H. Assessment of pain in the elderly: A literature review. *Natl Med J India.* 2017;30(4):203-7.
 13. Jones J, Sim T, Hughes J. Pain Assessment of Elderly Patients with Cognitive Impairment in the Emergency Department: Implications for Pain Management—A Narrative Review of Current Practices. *Pharm Basel.* 2017;5(2):30.
 14. Tang M, Wollsen M, Aagaard L. Pain monitoring and medication assessment in elderly nursing home residents with dementia. *J Res Pharm Pract.* 2016;5(2):126-31.
 15. Das Ra, Kumar Sg, Roy G. Morbidity pattern and its relation to functional limitations among old age rural population in Kerala, India. *J Fam Med Prim Care.* 2017;6(2):301-4.
 16. van Kooten J, Delwel S, Binnekade TT, Smalbrugge M, van der Wouden JC, Perez RS, et al. Pain in dementia: prevalence and associated factors: protocol of a multidisciplinary study. *BMC Geriatr.* 2015;15(1):29.
 17. Elsayy B, Higgins KE. The Geriatric Assessment. *Am Fam Physician.* 2011;83(1):48-56.
 18. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of Persistent Pain in the Older Patient: A Clinical Review. *JAMA.* 2014;312(8):825-836.
 19. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Chronic pain and health services utilization: is there overuse of diagnostic tests and inequalities in nonpharmacologic treatment methods utilization? *Med Care.* 2013;51(10):859-69.
 20. Dansie EJ, Turk DC. Assessment of patients with chronic pain. *Br J Anaesth.* 2013;111(1):19-25.
 21. Morlion B. Pharmacotherapy of low back pain: targeting nociceptive and neuropathic pain components. *Curr Med Res Opin.* 2011;27(1):11-33.
 22. Booker SQ, Herr KA. Assessment and Measurement of Pain in Adults in Later Life. *Clin Geriatr Med.* 2016;32(4):677-92.
 23. Wong AYL, Forss KS, Jakobsson J, Schoeb V, Kumlien C, Borglin G. Older adult's experience of chronic low back pain and its implications on their daily life: Study protocol of a systematic review of qualitative research. *Syst Rev.* 2018;7(1):81.
 24. Riffin C, Fried T, Pillemer K. Impact of Pain on Family Members and Caregivers of Geriatric Patients. *Clin Geriatr Med.* 2016;32(4):663-75.
 25. van Kempen JA, Robben SH, Zuidema SU, Rikkert MGO, Melis RJ, Schers HJ. Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. *Br J Gen Pract.* 2012;62(601):e554-60.
 26. Keefe FJ, Porter L, Somers T, Shelby R, Wren AV. Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications. *Br J Anaesth.* 2013;111(1):89-94.
 27. Du S, Yuan C, Xiao X, Chu J, Qiu Y, Qian H. Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3):e299-310.
 28. Marengoni A, Nobili A, Onder G. Best Practices for Drug Prescribing in Older Adults: A Call for Action. *Drugs Aging.* 2015;32(11):887-90.
 29. American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(8):1331-46.
 30. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ.* 2011;342:c7086-c7086.
 31. Arnstein PM. Evolution of Topical NSAIDs in the Guidelines for Treatment of Osteoarthritis in Elderly Patients. *Drugs Aging.* 2012;29(7):523-31.
 32. Reid MC, Henderson CR, Papaleontiou M, Amanfo L, Olkhovskaya Y, Moore AA, et al. Characteristics of older adults receiving opioids in primary care: treatment duration and outcomes. *Pain Med Malden Mass.* 2010;11(7):1063-71.
 33. Stephan BC, Parsa FD. Avoiding Opioids and Their Harmful Side Effects in the Postoperative Patient: Exogenous Opioids, Endogenous Endorphins, Wellness, Mood, and Their Relation to Postoperative Pain. *Hawaii J Med Public Health J Asia Pac Med Public Health.* 2016;75(3):63-7.
 34. Lester P, Remolana R, Sandhu S, Scott J. Road Map for Opioid Management in the Inpatient Setting: A Structured Approach to Opioid Selection and Titration. *MedEdPORTAL Publ.* 2016;12:10470.