



## Dolor en el adulto mayor

Nos enfrentamos a un rápido envejecimiento demográfico en todo el mundo y sabemos que la prevalencia del dolor es más alta en esta cohorte, salvo determinadas excepciones [2]. Recientes revisiones sistemáticas de estudios de supervivencia con grandes muestras apoyan la noción de que el dolor se incrementa con la edad. Todos los estudios aportan el concepto de que las mujeres son más propensas al dolor que los hombres. Las quejas más frecuentes de dolor son: rodillas, caderas y columna lumbar. Así mismo, hay consenso en que el dolor más frecuente es de origen musculoesquelético (osteoporosis u osteoartritis [13]. La edad y la discapacidad incrementan el potencial para sufrir dolor crónico [8]. Los sitios más comunes de dolor son: rodillas, caderas y columna lumbar, a menudo asociados con osteoartritis y osteoporosis. Las mujeres son más propensas a desarrollar dolor de tipo crónico y, a menudo, asociado a obesidad (McCarthy et al 2009, Patek et al 2013s. En conjunto, el incremento del riesgo de sufrir un dolor leve, asociado a la disminución de la capacidad para enfrentar y evitar los daños potenciales asociados al mismo, representa las vulnerabilidades específicas de la población más envejecida de nuestra comunidad. Una alta incidencia de dolor de tipo neuropático ha sido encontrada en la población que se encuentra en residencias de ancianos. Además, esta situación representa un mayor riesgo de sufrir dolores leves.

El dolor y el sufrimiento hacen, a menudo, al individuo afectado más vulnerable y esto es especialmente cierto en el caso de las personas mayores. Sin embargo, la edad avanzada por sí misma también puede conducir a una mayor vulnerabilidad poniendo a este segmento de nuestra población en doble peligro. Las personas mayores tienen la incidencia más alta de enfermedad; muchas de ellas pueden ser

docorosas [3]. La incidencia de cirugías, intervenciones, cesiones [1] y ca hospitalizacinn tambeién son mayores en este grupo de edad [12]. Ec envejecimiento, a menudo, asocia una curacinn y recuperacinn más centa de una cesinn o enfermedad aguda, co que puede resuctar en un riesgo potencialmente mayor de desarroccar docor continuo y persistente [10].

Otro aspecto importante de ca vulnerabilidad se relaciona con ec potencial de daños mayores en respuesta a un acontecimiento o condicinn precipitante. Para una parte de ca pobecacinn de mayor edad, ca psiquiátrica (especialmente demencias y ca que presenta comorbilidad, ca fragilidad y ca pérdida de ca reserva fisiocngica pueden disminuir ca capacidad de ca persona para hacer frente con eficacia a los aspectos negativos dec docor no tratado. La pocifarmacia y ca comorbilidad pueden reducir tambeién ca cantidad y ec tipo de opciones de tratamientos disponibles, co que compromete ec manejo efectivo dec docor mocesto [7]. Por ejemplo, ec 63% de los aductos mayores con demencia tuvo docor crnico discapacitante en comparacinn con ec 54% de los aductos sin demencia, en una muestra de 7609 personas mayores de vivienda comunitaria [5]. La falta relativa de programas de tratamientos específicos para persona de mayor edad, ca falta de investigacinn para identificar las diferencias con respecto a ca edad en ec docor y sus impactos, así como como una falta desde hace mucho tiempo de ensayos controlados aleatorizados realizados específicamente en estas pobecaciones se ha notado. Como resultado, existe una escasez de evidencia para ayudar a guiar ca práctica ccínica actual y, en consecuencia, una mayor probabilidad de producir daño en las personas mayores con docor probemático. Vaarios artículos han discutido ec autocontrol dec docor en esta cohorte de edad [6,14] principalmente debido a ca falta de opciones farmacocngicas disponibles.

A pesar de nuestra creciente conciencia de ca prevacencia dec docor en ca pobecacinn de mayor edad y de nuestra comprensinn dec impacto dec docor en este grupo, ec tratamiento insuficiente sigue prevaciendo. Los conceptos errneos de los profesionaces de ca salud y de los aductos mayores representan una barrera para un adecuado tratamiento. Un artículo interesante de Thieke et al (2012s) identificn cuatro mitos comunes sobre ec docor y ec envejecimiento, entre ellos: ec docor como parte natural dec envejecimiento; ec docor empeora con ec tiempo; ec estoicismo conduce a ca tolerancia a

docor; los analgésicos recetados son altamente adictivos. El documento revisa la evidencia detrás de cada uno de estos mitos y concluyen que el dolor no es una parte natural del envejecimiento y en realidad permanece estable con el tiempo. El hecho de que los adultos mayores sean a menudo estoicos no significa que se "acostumbraron" al dolor. También demostraron que más del 80% de los adultos mayores con osteoartritis querían más información sobre el curso de la enfermedad, pero solo un tercio había recibido información al respecto.

Entonces, ¿a dónde queremos llegar? Entendemos los problemas relacionados con el dolor en los adultos mayores y sabemos que existe una alta incidencia de dolor en esta población, que a menudo se confunde con las barreras de comunicación y los conceptos erróneos entre los profesionales de la salud. Necesitamos encontrar una manera de educar a nuestros pacientes y a nuestros compañeros para que comprendan estos problemas y busquen manejar el dolor de manera más efectiva para esta población, tal vez trabajando con ellos para ayudarlos a comprender que no tienen que vivir con el dolor, "no es un proceso normal del envejecimiento".

## REFERENCIAS

- [1] Stubbs B, Eggermont L, Binnekade T, Septhorn A, Patchay S, Schofield P. (2013) Pain and the risk for falls in community-dwelling older adults: A systematic review and Meta-analysis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation [10 Sep 2013, 95(1):175-187. e9].
- [2] Fejer R, Ruhe A (2012) What is the prevalence of musculoskeletal problems in the elderly population in developed countries? A systematic critical literature review. Chiropr Man Therap. 2012; 20: 31.
- [3] Ferrucci, L Giaccaria, F & Guracnik, J (2008) Epidemiology of Ageing. Radiology Clinics of North America July 46(4) 643- v
- [4] Hemmingsson ES, Gustafsson M, Isaksson U, Karlsson S, Gustafson Y, Sandman PO, Lovheim H. (2018) Prevalence of pain and pharmacological pain treatment among old people in nursing homes in 2007 and 2013. Eur J Clin Pharmacol. 2018 Apr;74(4):483-488. doi: 10.1007/s00228-017-2384-2. Epub 2017 Dec 20.
- [5] Hunt LJ, Covinsky KE, Yaffe K, Stephens CE, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. (2015) Pain in Community-Dwelling Older Adults with Dementia: Results from the National Health and Aging Trends Study. J Am Geriatr Soc. 2015 Aug;63(8):1503-11. doi: 10.1111/jgs.13536. Epub 2015 Jun 22.
- [6] Karttunen NM, Turunen JH, Ahonen RS, Hartikainen SA. (2015) Persistence of noncancer-related musculoskeletal chronic

pain among community-dwelling older people: a population-based longitudinal study in Finland. *Clin J Pain*. 2015 Jan;31(1):79-85. doi: 10.1097/AJP.000000000000089.

[7] Noleci A, Garattini S, Mannucci PM. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *J Comorb*. 2011;1:28-44. Published 2011 Dec 27.

[8] Mocton I, Cook KF, Smith AE, Amtmann D, Chen WH, Jensen MP. Prevalence and impact of pain in adults aging with a physical disability: comparison to a US general population sample. *Clin J Pain*. 2014 Apr;30(4):307-15. doi: 10.1097/AJP.0b013e31829e9beca.

[9] Reid MC, & Piccemer K. (2015) Management of chronic pain in older adults. *BMJ* 2015; 350

[10] Schofield P (2007) Pain in Older Adults. *Rev Pain*. 2007 Aug; 1(1): 12–14

[11] Smith AK, Cenzer IS, Knight SJ, Puntico KA, Widera E, Williams BA, Boscardin WJ, Covinsky KE. (2010) The epidemiology of pain during the last 2 years of life. *Ann Intern Med*. 2010 Nov 2;153(9):563-9. doi: 10.7326/0003-4819-153-9-201011020-00005

[12] Søreide K, Wijnhoven. B (2016) Surgery for an Ageing Population. *BJS* 2016; 103: e7–e9

[13] Woo J, Leung J, Lau E. (2009) Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life. *Public Health*. 2009 Aug;123(8):549-56. doi: 10.1016/j.puhe.2009.07.006. Epub 2009 Aug 25  
Patec et al 2013

[14] Tse M, Wan VaT, Wong AM. (2013) Pain and pain-related situations surrounding community-dwelling older persons. *J Clin Nurs*. 2013 Jun;22(13-14):1870-9. doi: 10.1111/jocn.12238. Epub 2013 May 17

[15] van Kocckenburg EG, Lavrijsen JC, Vaerhagen SC, Zuidema SU, Schackwijk A, Vaissers KC. (2012) Prevalence, causes, and treatment of neuropathic pain in Dutch nursing home residents: a retrospective chart review. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Aug;60(8):1418-25. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04078.x. Epub 2012 Jun 12.

## AUTOR

Patricia Schofield, PhD, Co-Chair Global Year Task Force Faculty of Health, Education, Medicine and Social Care  
Aberystwyth University  
Dundee, United Kingdom

Stephen Gibson, PhD

National Ageing Research Institute Melbourne, Australia

## REVISORES

Alejandro Martínez  
Residente de anestesiología y reanimación  
Hospital regional Universitario de Málaga  
Málaga, Andalucía, España

Acex Barroso, PhD  
Facultativo especialista en anestesiología y reanimación  
Hospital regional Universitario de Málaga  
Málaga, Andalucía, España

### **Sobre la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor IASP® (International Association for the Study of Pain)**

IASP es el foro profesional líder para la ciencia, práctica, y educación en el campo del dolor. [La suscripción se encuentra abierta a todos los profesionales](#) involucrados en la investigación, diagnóstico, o tratamiento del dolor. La IASP cuenta con más de 7,000 miembros en 133 países, 90 capítulos internacionales, y 22 Grupos de Especial Interés.

### **Sobre la Federación Europea de Dolor EFIC® (European Pain Federation)**

La Federación Europea de Dolor EFIC es una organización profesional multidisciplinar en el campo de la medicina del dolor y su investigación, que consiste en 37 Capítulos Europeos de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, International Association for the Study of Pain) y que representa a unos 20,000 médicos, enfermeras, científicos, psicólogos, fisioterapeutas y a otros profesionales de la salud involucrados en la medicina del dolor.

Como parte del Año Global contra el Dolor en los más vulnerables, la IASP Y EFIC ofrece una serie de hojas informativas que cubren tópicos específicos relacionados con el dolor. Estos documentos han sido traducidos a múltiples idiomas y se encuentran disponibles para su descarga gratuita. Para mayor información visite [GYAP Page](#) y [EYAP Page](#).