



Cuidados paliativos para personas mayores con dolor

En todo el mundo, la población mayor de 60 años se duplicará para 2050 [11]. A medida que las personas viven más tiempo, un mayor número de éstas vivirán y morirán con morbilidad múltiple, fragilidad y afecciones crónicas de salud, como insuficiencia renal o cardíaca. Además, las personas mayores pueden experimentar situaciones psicosociales estresantes significativas, como el duelo y la pérdida de independencia.

¿Qué son los cuidados paliativos?

Los cuidados paliativos tienen como objetivo mantener o mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento, mediante la identificación temprana, la evaluación detallada y el tratamiento de los síntomas [4]. En las personas mayores esto:

- Combina la medicina geriátrica y los cuidados paliativos centrándose en una evaluación integral para integrar factores sociales, espirituales y ambientales.
- Requiere una comprensión de la morbilidad múltiple, la prescripción segura y un enfoque multidisciplinario.
- Prioriza la buena comunicación, considerando la autonomía, la participación en la toma de decisiones y la existencia de dilemas éticos.
 - Trabaja con personas mayores y sus familias en todos los entornos (hogar, cuidados a largo plazo, hospitales de cuidados paliativos y hospitales) y durante las transiciones [7].

Evaluación del dolor

La forma en que las personas mayores experimentan e informan sobre el dolor está mediada por una serie de factores sociales y psicológicos, incluido el estoicismo, que pueden llevar a una notificación insuficiente del dolor [2]. El "gold standard" sigue siendo la autoevaluación. [3]. La investigación sobre el dolor en geriatría incluyen tres dimensiones clave: 1) sensorial, 2) afectiva y 3) de impacto [8].

Demencia y deterioro cognitivo.

Informar sobre el dolor puede ser un desafío para las personas mayores con deterioro cognitivo secundario a la demencia y a otras enfermedades neurodegenerativas, accidentes cerebrovasculares, factores culturales o del lenguaje. Muchas personas con demencia pueden informar sobre el dolor de manera fable [12], pero es esencial obtener un historial adicional. La observación directa o las escalas de dolor validadas reconocen cómo el dolor o el malestar pueden llevar a un cambio de comportamiento [9]. Las guías de la Sociedad Americana de Geriátrica [3] incluyen una serie de indicadores:

	Esfera	Ejemplo
1	Expresiones faciales	Fruncir el ceño
2	Verbalizaciones y vocalizaciones	Quejas, gruñidos
3	Movimiento corporales	Proteger una parte de su cuerpo, pasear
4	Cambios en las relaciones interpersonales	Retirarse, agredir
5	Cambios en los patrones de actividad o rutinas	Apetito, actividades de la vida diaria, sueño
6	Cambios de estado mental	Delirio, lágrimas, llanto

La mayoría de las herramientas de observación del dolor contienen elementos de estas esferas. Las herramientas más utilizadas incluyen la Escala de Dolor Abbey [1], la Evaluación del Dolor en la Demencia Avanzada (PAINAD) [10] y la Lista de Verificación de la Evaluación del Dolor para Personas Mayores con Capacidad Limitada de Comunicarse (PACSLAC) [5].

Principios de tratamiento

El tratamiento no farmacológico, como el ejercicio, las estrategias de apoyo o la relajación [2], o las preparaciones tópicas, incluidos los AINEs para el dolor musculoesquelético localizado [2], pueden ser eficaces como primera opción. El tratamiento farmacológico del dolor en personas mayores puede ser un desafío. La polifarmacia es común y los cambios en la forma en que se metabolizan y excretan los medicamentos aumentan el riesgo de interacciones y efectos secundarios. Se han realizado recomendaciones [2] (AGS 2009) para disminuir el riesgo de eventos adversos:

- Prescribir utilizando la escala de dolor de la OMS (<http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>).
- Comenzar con un medicamento a bajas dosis y aumentar la dosis lentamente para lograr una respuesta.
 - Utilizar la vía de administración menos invasiva.

	Indicación	Comentarios
Paracetamol/acetaminofeno	Dolor musculoesquelético y osteoartritis	Analgésico eficaz y seguro
Antiinflamatorios no esteroideos (ej: naproxeno, ibuprofeno)	Dolor musculoesquelético y osteoartritis cuando paracetamol no es efectivo	Alto riesgo eventos adversos. Sangrado gastrointestinal, efectos secundarios cardiovasculares (mayor riesgo de hipertensión, insuficiencia cardíaca) y

		empeoramiento de enfermedad renal crónica
Codeína	Opioide débil para dolor moderado	Sedación, alucinaciones, delirio, náuseas, vómitos, estreñimiento, retención urinaria, caídas, fracturas. El fentanilo y la buprenorfina están disponibles como parches, pero no pueden usarse en pacientes sin tratamiento previo con opioides
Morfina, oxiconona, fentanilo	Opioides fuertes para dolor severo oncológico o no oncológico	
Amitriptilina	Dolor neuropático	Hipotensión postural, arritmias cardíacas, retención urinaria, glaucoma y empeoramiento cognitivo
Pregabalina, gabapentina	Dolor neuropático	Efectos ansiolíticos y sedantes

Conclusión

Un enfoque de cuidados paliativos asegura que los síntomas y los objetivos del tratamiento se deben revisar regularmente. Establecer un “límite máximo de atención” con la persona o su familia para desarrollar un plan de escalada de tratamiento facilita un buen manejo del dolor al considerar decisiones como discontinuar intervenciones dolorosas. Puede reducir los riesgos de las personas que se someten a transferencias angustiosas hacia el final de la vida, especialmente en los hospitales [6]. En cuidados paliativos, consideramos el concepto de dolor total explorando la aflicción psicológica, que puede influir en la percepción del dolor y el sufrimiento.

REFERENCIAS

- [1] Abbey J, Piller N, De BA, Esterman A, Parker D, Giles L, Lowcay B. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *IntJPalliatNurs* 2004;10(1):6-13.
- [2] Abdulla A, Bone M, Adams N, Elliott AM, Jones D, Knaggs R, Martin D, Sampson EL, Schofeld P. Evidence-based clinical practice guidelines on management of pain in older people. *Age Ageing* 2013;42(2):151-153.
- [3] American Geriatrics Society. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6 Suppl):S205-224.
- [4] Davies E, Higginson IJ. Better palliative care for older people, 2004.
- [5] Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain ManagNurs* 2004;5(1):37-49.
- [6] Obolensky L, Clark T, Matthew G, Mercer M. A patient and relative centred evaluation of treatment escalation plans: a replacement for the do-not-resuscitate process. *J Med Ethics* 2010;36(9):518-520.
- [7] Pautex S, Curiale V, Pfsterer M, Rexach L, Ribbe M, Van Den Noortgate N. A common definition of geriatric palliative medicine. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(4):790-791.
- [8] Royal College of Physicians, British Geriatrics Society, British Pain Society. The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series, Vol. 8, 2007.
- [9] Scherder E, Herr K, Pickering G, Gibson S, Benedetti F, Lautenbacher S. Pain in dementia. *Pain* 2009;145(3):276-278.
- [10] Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *JAmMedDirAssoc* 2003;4(1):9-15.
- [11] World Health Organisation. Global Health Observatory (GHO) data; mortality and global health estimates, Vol. 2017, 2017.
- [12] Zwakhalen SM, Hamers JP, Berger MP. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia. *Pain* 2006;126(1-3):210-220.

AUTOR

Elizabeth L Sampson, PhD

Marie Curie Palliative Care Research Department, University College London
London, United Kingdom

Sophie Pautex, MD

Division of Palliative Medicine

University Hospital Geneva, Geneva University Geneva, Switzerland

REVISORES

Alejandro Martínez

Residente de anestesiología y reanimación

Hospital regional Universitario de Málaga

Málaga, Andalucía, España

Alex 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](#).