



# ¿SABÍAS QUE...

20/04/2022

Autores: Silvia Spina, Cintia Martinez.

## ¿Sabías que existen distintas opciones de manejo para adultos mayores con dolor crónico?

El dolor es una experiencia subjetiva compleja que puede afectar enormemente la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores. El dolor crónico deteriora la funcionalidad generando discapacidad y sufrimiento. A su vez, la íntima relación entre dolor y depresión, también contribuye al deterioro en la calidad de vida.

Si bien el dolor es una experiencia universal, tiene **especial prevalencia en el adulto mayor** por estar asociado a enfermedades crónicas que aumentan con la edad.

Documentar el **impacto** que el **dolor** tiene en la funcionalidad del paciente, nos permitirá establecer **objetivos en base a la funcionalidad** que se pretende recuperar, más que en la reducción del dolor en sí.

El manejo de dolor crónico insume mucho tiempo de consulta y gran predisposición por parte del profesional, ya que es un problema multifactorial que se puede abordar de diversas aristas y que no tiene una progresión lineal, sino períodos de remisión parcial y recaídas.

En este documento se plantean varias opciones de manejo que pueden contribuir a un mejor abordaje. Sin embargo, remarcamos que una **buena relación médico paciente** y la **evaluación del contexto** son los **aspectos claves** para poder acompañar y asesorar a estos pacientes.



## Opciones NO farmacológicas

- **Ejercicio físico:** Acquagym o Tai Chi son buenas opciones que se podrían sugerir, pero lo más importante es encontrar una **opción** que **se ajuste a las preferencias y capacidades de cada paciente**.
- **Dispositivos de descarga** (ejemplo bastón): considerarlos para **pacientes con artrosis de cadera o de rodilla** que no tengan indicación quirúrgica o no elijan ese tipo de tratamiento.
- **RPG:** se sugiere **no derivar pacientes mayores de 65 años** a este tipo de rehabilitación porque es poco probable que logren cambios posturales en ese grupo etario.
- **Terapia ocupacional:** buena opción para **dolor en mano y codo:** prensiones, funcionalidad, cirugías de mano y codo, rizartrrosis, sudek, artritis reumatoidea.
- **Osteopatía:** tratamiento integral de pacientes con dolores generalizados, difusos, de difícil manejo.
- **Acupuntura:** para dolores mecánicos (lumbalgia, cervicalgia) o generalizados.
- **Kinesiología:** determinar bien el diagnóstico y objetivo de la indicación y no derivar pacientes solo para que "se muevan". Por ejemplo, en gonalgias y lumbalgias se suelen indicar ejercicios de fortalecimiento muscular. Un diagnóstico podría ser "gonalgia" y se deriva para "fortalecimiento de cuádriceps".
- **Equipos especializados en dolor:** Tratamiento integrado complementario (TIC), Evaluación del dolor en ancianos, Evaluación del dolor por Anestesia.

Se sugiere **derivar con nombre y apellido del profesional y armar red con el equipo** al que se deriva para mejores resultados.

El servicio de kinesiología del HIBA creó una sección en la **intranet** con **videos e imágenes** de ejercicios de estimulación y manejo de dolores mecánicos o posturales (se pueden descargar e imprimir para darle a los pacientes).

En la **página de GAP** encontrarán una lista de profesionales sugeridos para el manejo de dolor en adultos mayores y cómo acceder a estos recursos.



## Opciones farmacológicas

**Paracetamol:** no superar los 3-4 g en los adultos mayores más robustos y 2-3 g/día en los más frágiles.

**AINEs: no son de primera opción.** De utilizarlos que no superen los 3-5 días, utilizando la menor dosis posible. Los AINEs locales pueden ser una opción adecuada en este grupo etario.

### Opioides:

- **Tramadol:** Es una **buena opción** en adultos mayores. Se sugiere iniciar con 25 mg/día e ir aumentando, según necesidad, de 25 a 50 mg, idealmente dar en dosis divididas. En mayores de 75 años, tratar de no superar los 300 mg diarios. Existe la formulación en gotas y la dosis varía según la marca, por ej. Calmador 30 gotas equivalen a 50 mg.
- Efectos adversos más comunes: náuseas, vómitos y constipación (síntoma que de por sí, es frecuente en los adultos mayores). Los síntomas digestivos por lo general se presentan al inicio, para luego ceder (desarrollo de tolerancia). Si la duración de tratamiento se prevé que será mayor a 2 semanas, se sugiere adicionar un laxante (ej. lactulon). Recordar que es un fármaco que tiene acción anticolinérgica y puede generar mareos (secundariamente caídas), confusión y retención urinaria.
- **Codeína:** Es una **buena opción** para este grupo etario. La dosis máxima en pacientes robustos es de 240 mg/día y en frágiles, de 180 mg/día. Solo se comercializa en asociación con Paracetamol o con Diclofenac. Es importante detallárselo a los pacientes para no duplicar analgésicos. Asociación con Paracetamol 30 mg codeína/ Paracetamol 500 mg es el Dolofrix o 60/300 Dolofrix Forte. Asociación con diclofenac 50/50 mg Novo klosidol
- **Buprenorfina:** opción para pacientes que tienen **dificultad para tragar o dolor severo**. Viene en presentaciones de parches de 5/10/20 mg. Se coloca 1 parche por semana y pueden cortarse.



### **Miorrelajantes:**

- Ejemplos: Carisoprodol (Flexicamin), Clorzoxazona (Ibupirac Flex), Ciclobenzaprina (Dorixina Relax), Pridinol, (Blokium flex)
- Son **potencialmente inapropiados** según los Criterios de Beers, en general no están recomendados en adultos mayores por los efectos adversos: somnolencia, debilidad, mareos y aumentar el riesgo de caídas. En pacientes seleccionados (robustos) se podría utilizar por cortos períodos de tiempo.

### **Anticonvulsivantes:**

- **Pregabalina**: comenzar con 25 mg/día por la noche e ir titulando la dosis. Dosis máxima: 600 mg/día (si lo toleran y está indicado realmente).
- Efectos adversos relevantes en adultos mayores: mareos, inestabilidad y somnolencia.
- **Gabapentina**: comenzar con 100 mg por la noche e ir subiendo de forma paulatina.

### **Antidepresivos:**

- **Duloxetina**: Comenzar con 15-30 mg/d, máximo 60 mg. Pueden traer somnolencia y confusión. Pueden ser una buena opción en pacientes con **dolor crónico asociado a alteración anímica** (combinación bastante frecuente en la práctica). Es más potente que venlafaxina.
  - **Venlafaxina**: menos evidencia para su uso, pero igualmente recomendable. Dosis de inicio: 37.5-75 mg/día.
  - **Amitriptilina**: es un fármaco **potencialmente inapropiado** según los Criterios de Beers en adultos mayores por la cantidad de efectos adversos que pueden traer. Si se desea iniciar este fármaco, comenzar con dosis bajas (12.5 mg) y evaluar tolerancia. Máximo 25 mg/día en pacientes robustos.
  - Efectos adversos relevantes en adultos mayores: somnolencia, boca seca, caídas, deterioro cognitivo, hipotensión ortostática, retención urinaria, constipación.
-