

**Tras La Información que Cura**



**Revista Electrónica**  
**Zoilo E. Marinello Vidaurreta**



**Volumen 38**

**Número 3**

**ISSN 1029-3027 | RNPS 1824**



**COMUNICACIÓN BREVE**

**Dolor en el adulto mayor. Un acercamiento necesario**

**Pain in the Elderly, a Necessary Approach**

**Autores:** Dr. Reynaldo Domínguez Torres\*, Dr. Mauricio José Suárez Rodríguez\*\*.

\* Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Máster en Longevidad Satisfactoria. Policlínico “Gustavo Aldereguía Lima”, Las Tunas.

\*\* Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Especialista de I Grado en Alergología. Profesor Instructor. Máster en Longevidad Satisfactoria. Policlínico “Piti Fajardo”, Las Tunas.

**Correspondencia a:**

Dr. Reynaldo Domínguez Torres

E-mail: [naguero@tu.sld.cu](mailto:naguero@tu.sld.cu)

**RESUMEN**

El dolor es un síntoma que puede ser orgánico o psicológico y que en su exploración requiere del conocimiento semiológico del médico. El adulto mayor es, atendiendo al deterioro progresivo de sus órganos, el grupo poblacional que más refiere este síntoma, siendo el sistema

osteomioarticular el más aludido. El objetivo de este artículo consiste en una revisión del tema para la actualización sobre el mismo. La conclusión principal es analizar individualmente cada longevo con dolor y adecuar el tratamiento atendiendo a sus características personales.

**Palabras clave:** ADULTO MAYOR; DOLOR.

**Descriptores:** ANCIANO; DOLOR.

**SUMMARY**

Pain is a symptom which can be organic or psychological and it requires the doctor's semiological knowledge for its exploration. The elderly are, taking into consideration the progressive deterioration of their organs, the age group that mostly suffers from this symptom, being the osteo-myo-articular system the most affected one. The objective of this article consists of a revision of the topic to update the doctors about it. The main conclusion is to analyze each elderly patient suffering from pain individually and adapt his/her treatment according to his/ her personal characteristics.

**Key words:** ELDERLY; PAIN.

**Descriptors:** AGED; PAIN.

## INTRODUCCIÓN

El dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional, asociada a daño hístico o potencial, o que se describe en función de esta lesión, y puede considerarse como una señal biológica de que algo en el organismo no anda bien. Es siempre subjetivo. (1)

En la percepción del dolor intervienen muchos factores que disminuyen el umbral del mismo, a saber: de causa múltiple, factores psicológicos como el aislamiento, introversión, depresión, pérdidas y dependencias.

Existe un deficitario conocimiento del manejo del dolor por los médicos y las enfermeras, lo que contribuye a un pobre resultado con los adultos mayores, ya que se prescriben fármacos que no siempre son los adecuados, violando con frecuencia la escala analgésica. Se debe, por tanto, entrenar a nuestro personal, incluyendo cuidadores y familiares; muchas veces son estos últimos los que brindan los elementos semiológicos del dolor, ya que en ocasiones hay ancianos que no pueden articular palabras y el síntoma capital debe ser pesquisado a través de señales conductuales, o la observación minuciosa de las personas que más tiempo permanecen junto al enfermo.

## DESARROLLO

El dolor en el adulto mayor está habitualmente subtratado, su manejo requiere un enfoque sistémico y detallado, hecho como traje a la medida para cada paciente, considerando sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales. Como dijo Dickinson: “El dolor es una sensación subjetiva, y por lo tanto es lo que el individuo dice y no lo que otros suponen que debiera ser”. Sin embargo, es difícil medir las experiencias subjetivas de otras personas, por lo que se adoptan diversos métodos, pero el más usado es la Escala Visual Analógica de Acott Huskieson, que consiste en una escala numérica del uno al diez, donde el paciente señala un valor relacionado con su impresión subjetiva de la intensidad de su dolor, que aunque sigue siendo subjetiva, aproxima a la realidad del mismo. (2)

El dolor, en términos generales, puede clasificarse en somatógeno (orgánico), explicable en términos de mecanismos fisiológicos; y psicógeno, que aparece sin patología orgánica suficiente para explicar la intensidad e incapacidad y que se supone relacionado principalmente con trastornos psicológicos. No debe asegurarse que la causa es psicógena, si no existe evidencia; si no se puede identificar un proceso

orgánico y la alteración psicológica no es clara, debe ser etiquetado el dolor como de causa idiopática.

Se dice que el dolor somatógeno puede ser nociceptivo o neuropático. El nociceptivo se supone proporcional a una activación progresiva de las fibras nerviosas sensibles al dolor, ya sean somáticas o viscerales. El primero puede ser superficial, (úlceras de decúbito, estomatitis, etc.) o profundo, (huesos, músculos, articulaciones, tendones y ligamentos, cápsula de órganos y membranas como pleura y peritoneo.) El visceral tiene su origen de estímulo en órganos sólidos o huecos, como masas tumorales y ganglios linfáticos profundos.

El dolor neuropático se debe a una disfunción del sistema nervioso y se cree que es secundario a procesos somatosensitivos aberrantes del sistema nervioso periférico, del Sistema Nervioso Central (SNC) o de ambos. Puede depender de la función eferente del sistema simpático (dolor mediado por vía simpática) o de patología periférica (por ejemplo: compresión nerviosa, neuroma) o del SNC (por ejemplo: ictus, lesión medular). Generalmente el dolor forma parte de un trastorno neurológico definido. El dependiente de procesos periféricos puede subdividirse en dolor debido a mononeuropatías y el secundario a

polineuropatías; el dolor polineuropático más frecuente es el de la diabetes. El dolor secundario a procesos del SNC, denominado de desaferentización, puede dividirse en varios tipos (por ejemplo: invasión tumoral del plexo braquial o lumbosacro. Neuralgia post herpética, dolor de miembro fantasma).

Algunos síndromes dolorosos tienen una fisiopatología multifactorial; por ejemplo, la mayor parte de los síndromes de dolor canceroso tienen un importante componente nociceptivo, pero también incluyen el dolor neuropático, debido a lesión nerviosa por el tumor o su tratamiento y el dolor psicógeno, relacionado con la pérdida funcional y el temor a la progresión del proceso. El dolor nociceptivo puede ser predominante en los síndromes dolorosos, debidos a lesión ósea o articular crónica (por ejemplo: artritis).

La cefalea crónica es otro diagnóstico difícil de clasificar en cuanto a etiopatogenia, porque en muchos pacientes probablemente implica una interacción compleja de trastornos nociceptivos en los músculos y los vasos sanguíneos con factores psicológicos. La sintomatología más común y de limitación funcional en el adulto mayor es el sistema músculo-esquelético. El 40% de las

personas mayores de 60 años, padecen de artralgias. (1, 3)

Las enfermedades que causan el dolor articular son generalmente crónicas, incapacitantes y difíciles de tratar, lo cual genera frustración, tanto en el paciente, como en el médico. Hay que diferenciarlo, fundamentalmente, de otros dolores somáticos de causa periarticular o extraarticular, ya que la referencia difusa y poco exacta de la descripción del paciente, puede conducir a dudas al momento de la evaluación.

Se debe descartar que otras patologías, en particular infecciones o cáncer, sean las causantes del dolor articular, la fiebre, la pérdida de peso y el inicio agudo. Estas son pistas para determinar la causa, sin embargo, también pueden estar presentes en las patologías articulares. El dolor que no mejora con el reposo o con el cambio de posición es otra pista para un origen extra-articular.

El método clínico sigue siendo la herramienta fundamental para el diagnóstico acertado de un paciente longevo con dolor. Una anamnesis cuidadosa y sin prisa, donde intervenga el familiar o cuidador, junto a un examen físico correcto, ha de conducir hasta una hipótesis o impresión diagnóstica, que se contrastará con el resultado de los

complementarios que perfeccionen el diagnóstico final.

Por su frecuencia se esbozaron las principales características clínicas de algunas patologías del sistema osteomioarticular, productoras de dolor.

La osteoartrosis degenerativa es sin dudas la causa más frecuente de dolor articular en el adulto mayor, por cuanto está condicionada por el envejecimiento óseo, con la formación o no de osteofitos. Cursa con el dolor más importante cuando la articulación se somete a carga, aumenta con el movimiento y disminuye con el reposo, afecta fundamentalmente caderas, rodillas, columna lumbar, articulaciones interfalángicas distales y la primera articulación carpo-metacarpal; el dolor es habitualmente más importante en la mañana, al comenzar a moverse, y disminuye en el transcurso del día. (1, 2)

La polimialgia reumática es la enfermedad reumatológica sistémica más frecuente de inicio en el adulto mayor. Se caracteriza por dolor en el cuello, cintura escapular y/o pélvica bilateral, con rigidez matinal importante, (al menos dos de las localizaciones señaladas), generalmente de inicio agudo. Duración de las molestias durante un período superior a un mes, para excluir procesos víricos, ausencia de atrofia

y/o debilidad muscular, eritrosedimentación acelerada y excelente respuesta a los esteroides.

La Gota es una enfermedad relacionada con el depósito de cristales de uratos en los tejidos, fundamentalmente intra articular. Se presenta mono u oligo-artritis distal con dolor intenso en la articulación afectada, la cual generalmente está eritematosa, siendo más afectada la primera metatarso-falángica. Las siguientes en frecuencia son rodilla y codo. Puede tener síntomas sistémicos.

La pseudogota tiene características parecidas a la gota, aunque es más frecuente que la gota en el adulto mayor. Generalmente asociada a estrés metabólico (como en el período postoperatorio). Puede tener afección sistémica.

La artritis reumatoide es poco frecuente que tenga su inicio en el adulto mayor. Se caracteriza generalmente por poliartritis distal simétrica y afecta de manera predominante las articulaciones pequeñas, no afectando, por lo regular, las interfalángicas distales. Puede tener síntomas sistémicos. Para este diagnóstico se requieren cuatro características de las siguientes: rigidez matutina de más de 30 minutos de duración, artritis en al menos tres áreas articulares, afectación en manos, simetría, nódulos reumatoides, factor

reumatoide positivo, alteraciones radiográficas compatibles. Las cuatro primeras deben estar presentes por lo menos seis semanas. (2)

El tratamiento efectivo del dolor puede ser también muy difícil en algunos longevos, por sus creencias culturales, umbral del dolor, deterioro cognitivo o anamnesis y examen físico inadecuados, que impida la detección de patologías asociadas y desconocidas hasta entonces, como causas del mismo.

Con frecuencia el dolor es tratado sólo de manera sintomática, y no siempre se investigan sus causas. La identificación del origen del dolor es esencial para poder establecer un tratamiento adecuado. Ello es particularmente importante en caso de dolor agudo, en el que el tratamiento del síntoma debería ir precedido de un diagnóstico preciso

En la osteoartritis el fármaco de elección es el acetaminofén (paracetamol). Se debe recordar que la osteoartritis se caracteriza por exacerbaciones y remisiones, por lo que el tratamiento no es continuo en la mayoría de los casos. Durante las exacerbaciones se pueden emplear antiinflamatorios no esteroides (AINE), recordando asociarlos con protectores gástricos, para prevenir la aparición de enfermedad ácido péptica, o advertir que se ingieran con alimentos por la

misma causa. Debe valorarse riesgo – beneficio en el uso de estos fármacos en pacientes hipertensos. (4)

La sospecha diagnóstica de polimialgia reumática obliga a una referencia urgente al especialista. De no ser esta posible y en ausencia de contraindicación, puede iniciar tratamiento de prueba con 20 mg de prednisona cada 24 horas. La respuesta suele ser “espectacular” cuando el diagnóstico es correcto, puede tardar en aparecer hasta una semana. (4, 5)

La gota, una vez diagnosticada, tiene su tratamiento bien definido, tanto higieno – dietético como medicamentoso, a base de alopurinol para el mantenimiento y la colchicina durante las crisis.

La presentación de la artritis reumatoide de inicio tardío puede ser muy atípica y confundirse incluso con la osteoartritis. De confirmarse este diagnóstico los salicilatos, AINE, esteroides y drogas inmunomoduladoras e inmunosupresoras de forma escalonada, según evolución y con las recomendaciones pertinentes, constituyen la terapéutica a emplear. (6, 7)

## **CONCLUSIONES**

La actividad física revierte muchas consecuencias fisiológicas de envejecimiento; específicamente, el ejercicio mantiene la masa muscular y ósea, disminuye el aumento en la proporción grasa – músculo, asociada con el envejecimiento y preserva la función física. Cada vez más las pruebas han mostrado el valor del ejercicio para las personas con artritis. El ejercicio preserva la función, reduce los síntomas y el número de días enfermos en los trastornos reumatológicos inflamatorios y osteoartritis. El ejercicio prescrito debe considerarse una parte esencial del tratamiento de todos los trastornos reumatológicos.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Organización Panamericana de la Salud. Dolor articular. 2 ed. Quebec: Maloine, 1997.
2. Rabah Heresi Edward. Dolor en el adulto mayor. En: Guías de dolor. FEDELAT. (Federación Latinoamericana de Sociedades de Dolor), 2010
3. Beers MH y Berkow R. Musculoskeletal Disorders. The Merck Manual of Geriatrics. Madris: Harcourt; 2001.
4. Fernández Alfonso L A. Manual de Diagnóstico y Tratamiento de Especialidades Clínicas. La Habana: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, 2002
5. Boveda R, Barbera R, Alcántara A y cols. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con productos adecuados. Instituto de Biomecánica de Valencia. Valencia: Ediciones Insero, 2004
6. Porrás-Juárez C, Grajales-Alonso I, Hernández-Cruz M, Alonso-Castillo M, Tenahua-Quitl I. Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física. (Spanish). Revista Médica Del IMSS [serial on the Internet]. (2010, Mar), [cited February 26, 2013]; 48(2): 127-132. Available from: Academic Search Premier.
7. Díaz Pita Gicela Fca, Vergara López José Luis. Influencia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor. Consultorio "El Morro", Municipio Sucre. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2013 Feb 26] ; 13(2): 290-300. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942009000200031&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200031&lng=es).