

Rev Soc Esp Dolor
2017; 24(6): 365-368

Manejo del dolor neuropático en las personas mayores: consideraciones prácticas y propuesta de algoritmo de tratamiento

DOI: 10/20986/resed.2016.3499/2016

Sr. Director:

El dolor neuropático (DN) afecta con frecuencia a las personas mayores que, por lo general, también tienen varias comorbilidades. Muchos de estos pacientes a menudo están polimedcados, lo que aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas. En estos pacientes, especialmente en aquellos con problemas cognitivos, también puede haber restricciones en las habilidades de comunicación, lo que hace difícil la evaluación del dolor y el tratamiento. Por ese motivo, los médicos y demás profesionales de la salud podemos necesitar un método útil y sencillo para optimizar la detección y el manejo del DN en ancianos.

Un grupo multidisciplinar de expertos en Francia ha desarrollado un algoritmo de decisión para la evaluación del dolor y el manejo terapéutico en DN, particularmente centrado en los ancianos. El algoritmo se divide en cuatro pasos principales (1):

1. Detección y diagnóstico de DN: contexto patológico y signos clínicos.
2. Evaluación del DN y su impacto: autoevaluación y evaluación con escalas de comportamiento.
3. Pautas generales y enfoques en el tratamiento del DN.
4. Reevaluación del dolor y tratamiento.

La detección del DN es esencial para garantizar una gestión terapéutica exitosa. Es importante también evaluar el impacto del DN, en general con escalas autoadministradas, excepto en pacientes con dificultades para la comunicación, en los que se pueden utilizar escalas de comportamiento (1).

Consideraciones prácticas en el tratamiento del DN en ancianos

- La gestión eficaz del DN en pacientes de edad avanzada comienza con una evaluación completa y precisa para poder seleccionar la estrategia terapéutica más adecuada, incluyendo enfoques farmacológicos y no farmacológicos. La eficacia del tratamiento y los eventos adversos deben ser evaluados y reevalua-

dos. El tratamiento farmacológico es, por lo general, el tratamiento de primera línea para el DN, pero los enfoques no farmacológicos deben añadirse cuando sean posibles (2).

- La elección del tratamiento farmacológico en el paciente anciano dependerá de su situación clínica, comorbilidades, la función renal, otros medicamentos, y el estado cognitivo (Figura 1) (2).
- Las personas mayores pueden tener enfermedades graves previas, así como comorbilidades que, asociadas con la polifarmacia, pueden complicar la evaluación, gestión y el tratamiento del DN; además estos pacientes son más propensos a experimentar efectos adversos. Una serie de cambios fisiológicos pueden afectar al metabolismo de los fármacos, los cuales también se asocian con el envejecimiento, especialmente la disminución de la función renal (3).
- Los eventos adversos tales como estreñimiento, vómitos o náuseas deben preverse en pacientes de edad avanzada, especialmente en aquellos que usan opioides. Se prefieren fármacos con menor potencial de interacciones farmacológicas (4).
- En pacientes de edad avanzada se debe comenzar el tratamiento con la dosis más baja y ajustar la dosis en función de la eficacia y tolerabilidad. La monoterapia, los tratamientos locales y la vía oral deben preferirse a la vía intravenosa (5).
- La optimización de la relación beneficio/riesgo es importante, por lo que se debe planificar una monitorización frecuente para valorar sobredosis y la eficacia del tratamiento. La adherencia al tratamiento debe ser verificada incluso en pacientes que no tienen, o solo sufren deterioro cognitivo leve. Las creencias sobre el tratamiento y su coste, eficacia o los efectos adversos pueden conducir a la falta de adherencia en los pacientes mayores, que pueden llegar a tomar más de la dosis prescrita, presentar olvidos o abandonos de tratamiento (6).
- Los pacientes deben ser informados de que el inicio de acción con antidepresivos para el tratamiento DN puede tardar hasta 2 semanas y pueden requerir dosis más altas y, por lo tanto, deben continuar el tratamiento durante varias semanas. Los objetivos del tratamiento del dolor deben ser explicados a los pacientes, y ellos deben entender que la meta de ausencia del dolor rara vez se alcanza (1).
- Una nueva evaluación del dolor debe incluir una evaluación del impacto en la calidad de vida utilizando, por ejemplo, la escala de impresión global de

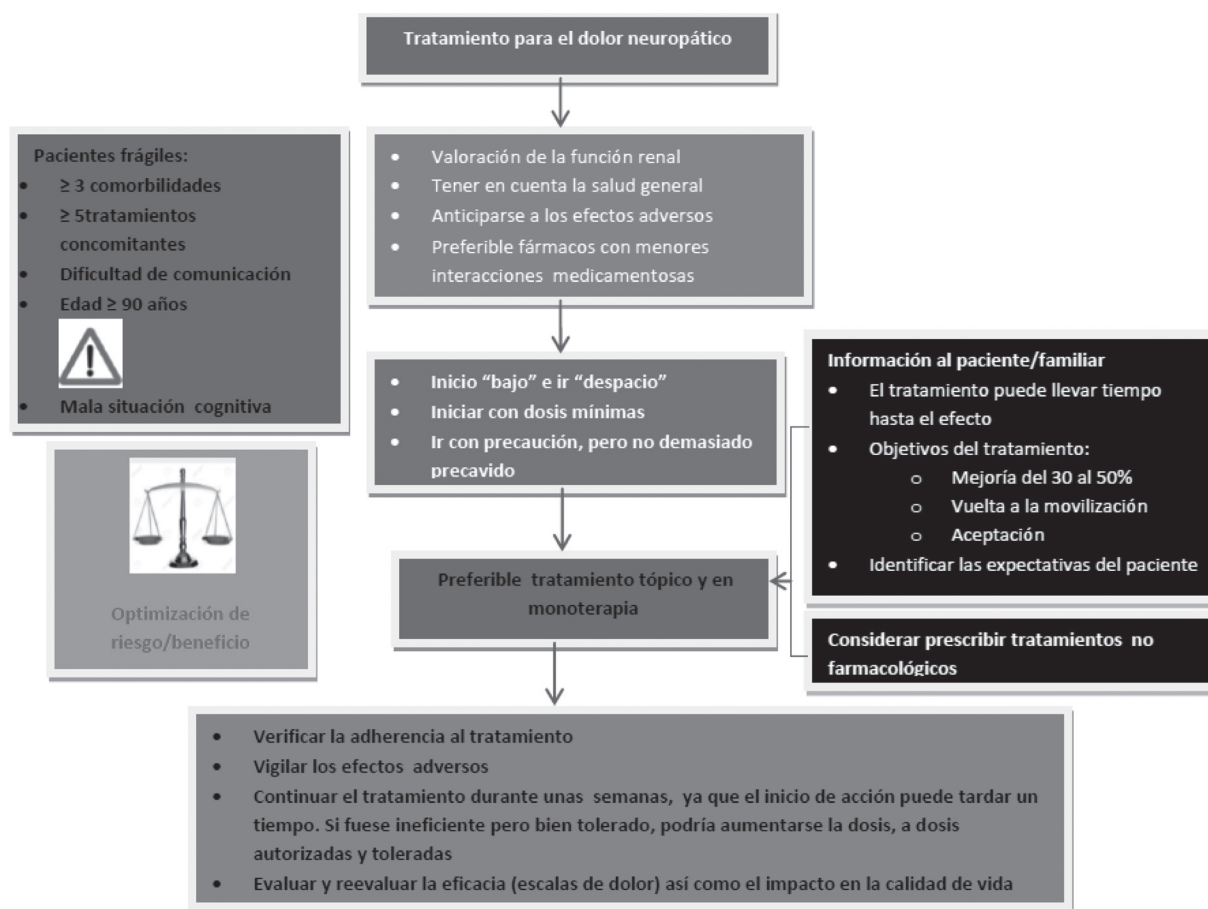


Fig. 1. Algoritmo de tratamiento del dolor neuropático en ancianos (traducida de cita 1).

cambio en el paciente (*Patient Global Impression of Change* –PGIC–). Si el paciente sufre deterioro cognitivo, tendremos que reevaluar con las escalas de comportamiento, observar todos los puntos anteriores y supervisar los eventos adversos (1).

- El dolor puede ser difícil de diagnosticar en los pacientes que están agitados y que presentan alteraciones conductuales o psicológicas, así como síntomas de demencia. Sin embargo, los fármacos para los síntomas de demencia (incluyendo antipsicóticos, anticonvulsivantes, antidepresivos, ansiolíticos, inhibidores de la colinesterasa y moduladores del receptor N-metil-D-aspartato) solo deben usarse después que el dolor haya sido eliminado como causa de los síntomas, y después de que se hayan intentado los tratamientos no farmacológicos (2).
- El tratamiento farmacológico del DN ha sido bien descrito, pero se requieren consideraciones especiales en los pacientes ancianos, especialmente aquellos con deterioro cognitivo, ya que por lo general han sido excluidos o están insuficientemente representados en los ensayos clí-

nicos. El tratamiento de primera línea para el DN incluye antidepresivos, antiepilépticos, el apósito de lidocaína al 5 % y el parche de capsaicina al 8 % (7).

- Los antidepresivos tricíclicos (ATC) presentan efectos anticolinérgicos (visuales, urinarios, gastrointestinales), por lo que deben utilizarse con precaución en pacientes de edad avanzada, así como en aquellos con enfermedades cardiovasculares y cardíacas. Los antidepresivos también tienen muchas interacciones farmacológicas, que necesitan ser monitorizadas (2).
- Los gabapentinoides también constituyen un tratamiento de primera línea y tienen un mejor perfil de seguridad que los ATC, con un bajo riesgo de interacciones farmacológicas, sin interferencia con las enzimas hepáticas; sin embargo, pueden inducir efectos adversos centrales, incluyendo la sedación, ataxia, o edema (7,8).
- Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (IRSN) (por ejemplo, venlafaxina, duloxetina, milnaciprán) tienen un mejor perfil de seguridad que los ATC. Sin embargo, estos medicamentos tienen el potencial de producir eventos

adversos como náuseas, estreñimiento, sofocos, hiperhidrosis, palpitaciones, sequedad de boca, hipertensión e interacciones farmacológicas, así como el riesgo de síndrome serotoninérgico y, por lo tanto, debe usarse con mucho cuidado en el paciente mayor (2).

- Los tratamientos tópicos pueden ser una opción válida en el tratamiento del dolor crónico a corto plazo en el anciano por su seguridad (7).
- El tramadol es un analgésico efectivo de segunda línea para el DN, pero puede dar lugar a efectos adversos tales como náuseas, estreñimiento, somnolencia, convulsiones y puede aumentar el deterioro cognitivo. No debería usarse en combinación con antidepresivos, prescritos comúnmente en los ancianos debido al riesgo del síndrome serotoninérgico, que rara vez es letal, pero incrementa la confusión en pacientes de edad avanzada (2,7).
- Los opioides potentes (morfina, oxiconona, metadona, tapentadol) han demostrado ser eficaces en el tratamiento del DN periférico. Algunos de sus efectos secundarios, como estreñimiento, náuseas o vómitos, deben ser controlados y tratados en los pacientes de edad avanzada, especialmente en aquellos con deterioro cognitivo, recomendándose una titulación lenta e hidratación adecuada del paciente. Estos fármacos se consideran actualmente como tratamiento de tercera línea debido al riesgo potencial de abuso, un mayor riesgo de la mortalidad relacionada con sobredosis, desvío, mal uso y la morbilidad (7).
- Otros antiepilépticos, como carbamazepina y valproato sódico, que se puede utilizar como tercera línea de tratamiento en DN, tienen muchos efectos secundarios y presentan interacciones farmacológicas y, por lo tanto, deberían ser utilizados con precaución en los ancianos (2).
- En los ancianos, como en cualquier paciente con dolor, se requiere a veces de una combinación de medicamentos, que deben tener diferentes mecanismos de acción. Se recomienda un enfoque multimodal que incluya tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas. El papel de los tratamientos no farmacológicos para el tratamiento del dolor en las personas mayores cada vez es más importante, ya que son seguros, pueden aliviar el dolor, y pueden mejorar los efectos del tratamiento farmacológico. Además, muchos de los tratamientos no farmacológicos utilizados para los pacientes con deterioro cognitivo, como técnicas de comportamiento y el ejercicio, pueden reducir el dolor y, en algunos casos, mejorar la funcionalidad. Sin embargo, estudios a más largo plazo se necesitan en poblaciones de edad avanzada (4,9).
- La eficacia del tratamiento del dolor en pacientes de edad avanzada con trastornos de la comunicación y la cognición deben ser periódicamente reevaluada en

colaboración con todas las personas involucradas en el cuidado de estos pacientes. Un objetivo importante es reducir al mínimo los efectos adversos de los tratamientos con fármacos y, por lo tanto, mejorar la relación riesgo-beneficio. Las evaluaciones deben repetirse con frecuencia, de forma multidisciplinar, decidiendo cambios en la estrategia terapéutica si fueran necesarios (Figura 2) (2).

Por tanto, el algoritmo presentado podría ser una herramienta útil en la práctica cotidiana, y se podría adaptar a las personas mayores con deterioro cognitivo, ayudando al diagnóstico y a un manejo terapéutico adecuado en estos pacientes. Su limitación principal es que no ha sido validado todavía en la vida real.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

A. Alcántara Montero y A. González Curado

Unidad del Dolor. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Don Benito, Badajoz. España

Correspondencia: Antonio Alcántara Montero
a.alcantara.montero@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Pickering G, Marcoux M, Chapiro S, David L, Rat P, Michel M, et al. An Algorithm for Neuropathic Pain Management in Older People. *Drugs Aging* 2016;33(8):575-83. DOI: 10.1007/s40266-016-0389-7.
2. 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. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02376-x.
3. Tracy B, Sean Morrison R. Pain management in older adults. *Clin Ther* 2013;35(11):1659-68. DOI: 10.1016/j.clinthera.2013.09.026.
4. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing* 2013;42(Suppl 1):i1-57. DOI: 10.1093/ageing/afs200.
5. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *JAMA* 2014;312(8):825-36. DOI: 10.1001/jama.2014.9405.
6. Molton IR, Terrill AL. Overview of persistent pain in older adults. *Am Psychol* 2014;69(2):197-207. DOI: 10.1037/a0035794.
7. Finnerup NB, Attal N, Haroutounian S, McNicol E, Baron R, Dworkin RH, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2015;14(2):162-73. DOI: 10.1016/s1474-4422(14)70251-0.

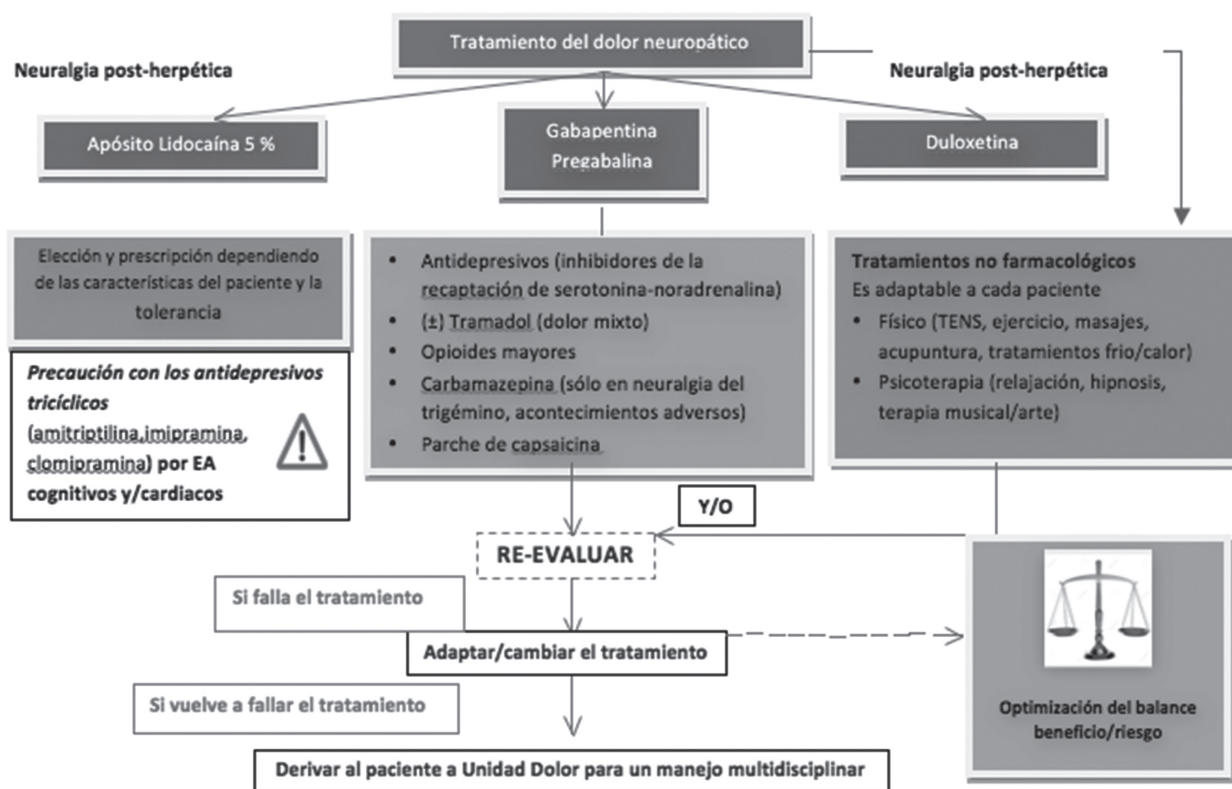


Fig. 2. Algoritmo de tratamiento y re-evaluación del dolor neuropático en ancianos (traducida de cita 1).

8. Pickering G. Antiepileptics for post-herpetic neuralgia in the elderly: current and future prospects. *Drugs Aging* 2014;31(9):653-60. DOI: 10.1007/s40266-014-0202-4.

9. Fine PG. Treatment guidelines for the pharmacological management of pain in older persons. *Pain Med* 2012;13 (Suppl 2):S57-66. DOI: 10/1111/j.1526-4637.2011.01307.x.