

DOLOR *en el* Adulto Mayor

Editor:
CARLOS FRANCISCO FERNÁNDEZ R.



DOLOR EN EL ADULTO MAYOR



*A Simón Fernández Salazar
con todo mi amor*

*A Mateo Fernández Pineda
con todo mi amor*

Para Myriam Hincapié Ch.

*A Sonia Perilla Santamaría
por su presencia perenne que induce proyectos;
soporta inconsistencias y brinda amor que vivifica*

*A Elsita Bejarano
por su presencia perenne que induce proyectos;
soporta inconsistencias y brinda amor sin interés*

DOLOR EN EL ADULTO MAYOR

EDITOR

CARLOS FRANCISCO FERNÁNDEZ R.



© ACED

*A María Rita Rincón,
gestora y soporte de mi vida y mis proyectos*

Presidente

Dr. John Jairo Hernández Castro

Ex presidente

Dr. Carlos Francisco Fernández Rincón

Vicepresidente

Enfermera Doris Montealegre Gómez

Secretario

Dr. Juan Carlos Acevedo González

Tesorera

Dra. Ruby Osorio Noriega

Fiscal

Dr. Mario Granados Sandoval

Vocales

Dra. Sandra Flores Rojas
Dra. Patricia Gómez López
Dr. Ómar Gomezese Ribero

CONTENIDO

	Pág.
LOS AUTORES	11
.....	13
John Jairo Hernández Castro	
.....	15
Carlos Francisco Fernández R.	
.....	21
Claudia Cecilia Trujillo	
.....	31
Ricardo Salazar	
.....	39
Ricardo Salazar	
.....	43
Sandra Patricia Flores Rojas	
.....	55
Franklin Ruiz	
Luis Fernando Cifuentes	
.....	69
María Ana Tovar Sánchez	

.....	81
Adriana M. Cadavid Puentes, Marta I. Berrío Valencia	
.....	91
Jorge Daza Barriga Yunia Villalobos Villa	
.....	129
Dora Luz Cardona Palacio	
.....	
Luis Vólmar Quintero Pacheco	
.....	147
Ana Isabel Gómez Córdoba	

Anestesióloga. Clínica Alivio del Dolor. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Docente Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia.

Médico fisiatra, Universidad Nacional de Colombia. Ex presidente de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor. Ex presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación. Vocal Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. Vocal Colegio Médico Colombiano. Miembro Junta Directiva Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor. Docente Universidad del Valle.

Especialista en Medicina Familiar, Dolor y Cuidado Paleativo, Profesora Universidad de la Sabana. Clínica Universitaria Teletom, Miembro ACED.

Especialista en Dolor y Cuidados Paliativos. Universidad Pontificia Bolivariana. Médico del equipo de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital San Andreu. Fundación Sociosanitaria de Manresa. Provincia de Barcelona. España. Máster en Bioética. Instituto Borja de Bioética. Universidad Ramón Llull. Barcelona. España. (en curso).

Magíster en Farmacología, Universidad Nacional de Colombia. Miembro ACED. Director Médico Regional para Centro y Suramérica. Grünenthal Colombiana.

Presidente ACED. Neurocirujano Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Colombia. Cirugía de Columna y Dolor. Profesor Distinguido Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Especialista en Medicina Interna y Neurología. Hospital Militar Central. Miembro ACED.

Magister en Farmacología, Universidad Nacional de Colombia. Miembro ACED. Director Médico Grünenthal Colombiana

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Universidad del Valle. Profesora Asistente Universidad del Valle. Directora del Programa de Medicina. Universidad del Valle.

Residente de Anestesiología y Reanimación. Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia.

Médico Intensivista. Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Medicina Paleativa y Algesiología, Universidad de Barcelona. Especialista en Bioética Inst. Borja de Bioética - España. Jefe Clínica de Dolor y Cuidado Paleativo Hospital Universitario Clínica San Rafael. Miembro ACED.

Anestesióloga y especialista en Dolor. Clínica Universitaria - Teletom.

Médico pediatra. Magíster en Bioética. Universidad del Bosque. Directora del Programa de Medicina y de los grupos de investigación en educación y bioética y derecho medico sanitario de la Universidad del Rosario.

EDITORIAL

Las cifras son contundentes. El dolor persistente en personas mayores de 65 años afecta del 58 al 70% de la población. La mayoría son dolores de espalda, articulares (osteoartritis) y en sitios de fracturas previas.

Pero lo más preocupante: es una población desprotegida, maltratada y con muy poco acceso a los servicios de salud. Muchos de ellos cursan con alteraciones en su esfera mental (demencia), otros se encuentran abandonados en los ancianatos o simplemente viven solos sin el concurso de un cuidador que esté pendiente de ellos.

Esa es la realidad de un grupo de personas que cada vez es más grande. En mi época de adolescencia nos decían que Colombia era un país joven; ahora es un país que está envejeciendo. Aparecen enfermedades que antes se consideraban poco frecuentes, y con ellas el dolor físico, el dolor del alma, la discapacidad y la pérdida de la autonomía.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), teniendo en cuenta todos estos argumentos, ha solicitado que le entreguemos un poco de alivio a los grupos desprotegidos, a los ancianos, a las personas que antes eran consideradas sabias y dadoras de una experiencia que siempre debía tenerse en cuenta. Personas que hoy son poco escuchadas, que son fácilmente reemplazadas por otras más jóvenes, con mayor «rendimiento», con «mejores ideas». Se desprecia al viejo.

La Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED) se ha unido a esta solicitud de la IASP, y se encuentra celebrando el año

de la lucha contra el dolor en el anciano. Sus actividades académicas y educativas las ha privilegiado hacia el alivio del sufrimiento de estas importantes personas que han rodeado nuestra vidas.

Sólo debemos pensar que pronto la mayoría de nosotros estaremos en ese momento crucial de la vida, que desearemos que nos traten adecuadamente, que no nos humillen, que alivien nuestros «achaque», que nos brinden calidad de vida y calidad de muerte cuando aparezca nuestro último hálito de vida.

Por eso aparecen documentos que lo único que pretenden es tratar de formar un poco de conciencia dentro del grupo de trabajadores de la salud, como este manual, gestado y editado por el doctor Carlos Francisco Fernández Rincón, que espero se convierta en lectura obligada de médicos, personal de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos y cuidadores, y de todos aquellos que tengan que ver con la atención de nuestros abuelos, nuestros padres y madres, nuestra historia de vida.

Es necesario partir de una premisa: que las personas, que los ancianos que tenemos al frente, cuando nos consultan, cuando nos buscan pidiendo ayuda y consuelo, pueden ser esas personas queridas de nuestra familia o nosotros mismos. Si esto lo tenemos claro tomaremos la mejor decisión y daremos nuestra mejor atención con mucho diálogo, mucho cariño y mucha entrega.

Presidente ACED

TERCERA EDAD, MEMORIA OLVIDADA

CARLOS FRANCISCO FERNÁNDEZ RINCÓN

Para una sociedad fundada en el culto a la juventud y en el valor de lo inmediato y del ahora constituye una proeza mental preocuparse por lo que se verá en el futuro, y esa es una de las razones por las cuales muy pocos se toman siquiera un instante para pensar en la vida que se tendrá a la vuelta de unas cuantas décadas.

El envejecimiento y la tercera edad, con toda su complejidad, son temas que no están en la cabeza de nadie, salvo de los propios abuelos, y que tampoco ocupan un lugar importante en las agendas de los gobernantes o de los hacedores de política social, aun cuando el mundo envejece con rapidez.

En Colombia, según el último Censo General de Población, hay alrededor de 3 millones 800 mil personas con 60 años o más, que hacen parte de los cerca de 600 millones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay en el planeta.

Es claro que si se mantienen tendencias como la disminución de la fecundidad y la mortalidad y el aumento de la expectativa de vida (en buena medida gracias a los avances de la ciencia y la medicina), la cantidad de adultos mayores en el país se triplicará para el año 2050. Se calcula que para ese entonces esta población habrá superado, por primera vez en la historia, a los menores de 15 años. En otras palabras, Colombia será, de acuerdo con la tendencia global, una nación de viejos.

Corresponde a las presentes generaciones asumir el tema con seriedad y actuar en consecuencia: si no es posible evitar convertirnos en una sociedad longeva, sí lo es lograr que a esa edad se pueda contar con una calidad de vida tal que las personas sigan siendo social y económicamente productivas.

A eso no podrá llegarse si, como ahora, conseguir trabajo a los 40 años es imposible y si alcanzar la tercera edad equivale a la muerte social, especialmente cuando se pertenece a los sectores menos favorecidos. En el país la pobreza y el hambre –una realidad que no puede desconocerse si se quiere poner el tema del envejecimiento en la agenda pública– son factores que se constituyen en una fuente de riesgo para la vulneración de derechos de los ancianos.

Aunque no se tiene un diagnóstico exacto de la situación de los adultos mayores en Colombia, algunos datos permiten inferir que no es la más halagüeña: solo dos de cada 10 personas con 65 años y más reciben pensión, y entre los mayores de 55 años, tres millones están clasificados en los niveles 1 y 2 del Sisbén, es decir que viven en la pobreza.

Algunos expertos advierten que, en general, las condiciones no son buenas para esta población. Los más pobres están llegando a esta etapa de la vida sin protección alguna, porque la mayoría no cotizó para la seguridad social, y los de estratos más altos viven en la soledad e inactivos. Se estima que menos del 30 por ciento de los mayores de 60 años desempeñan algún tipo de labor remunerada.

El hecho de que, según el Ministerio de la Protección Social, la mayoría de los ancianos sigan viviendo con sus familiares –una ca-

racterística que se ajusta al modelo muy latinoamericano de hogar extendido— invisibiliza su condición real.

También oculta el hecho de que el país carece de redes de servicios para esta población y mucho menos cuenta con una política integral que proteja a los viejos de hoy y del futuro del abandono y el maltrato físico a que muchos son sometidos, incluso por sus propias familias.

De momento solo existen programas, en cabeza del Ministerio, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y de algunos entes territoriales que buscan aliviar la situación de los más vulnerables, mediante la provisión de comida o subsidios económicos mínimos, que resultan insuficientes porque no abordan la vejez en todas sus dimensiones.

Una de ellas tiene que ver con el dolor que, en muchos casos, conlleva el progresivo deterioro físico que llega con la edad. Este es un síntoma predominante entre los adultos mayores, pero los estudios muestran que solo el 15 por ciento de la demanda en este sentido es satisfecha.

La perpetuación del dolor, con toda su carga de sufrimiento, solo agrava la situación de este grupo de personas. Infortunadamente, muchos son conminados a mantener en silencio sus dolencias —bajo el argumento de que son ‘achagues’ normales de la edad— cuando no sometidos a intervenciones que, en esencia, desconocen su integralidad y el inmenso valor social que todos ellos tienen para su comunidad.

Urge, por eso, repensar el dolor y la forma de tratarlo en los adultos mayores, como un elemento de la responsabilidad que le cabe a un sector que ante todo debe velar por el bienestar de los pacientes.

La situación de los ancianos, en todos sus ámbitos, es un problema que el país entero está en mora de discutir y resolver, si lo que se quiere es que la vejez, ese estadio de tránsito común a todos los seres, sea la etapa de productividad, máxima autonomía y reconocimiento que todos quieren alcanzar.

Una sociedad que desconoce a sus mayores se desconoce a sí misma.

Gráfico 1
Proporción de población colombiana, por grupo de edad

1950	17,9	24,7	52,4	4,1	0,9
1975	15,0	28,4	51,0	4,6	1,0
2000	11,3	21,4	60,4	5,1	1,8
2025	8,2	16,2	62,1	10,5	3,0
2050	6,8	13,5	58,1	14,1	7,5

Fuente: Ministerio de la Protección Social

Indicadores demográficos

1950	12'568.428	6,76	50,62	123,2
1975	25'380.952	4,34	61,72	73,0
2000	42'321.386	2,62	72,17	25,6
2025	59'757.925	2,15	76,34	13,8
2050	71'549.568	2,10	79,17	11,1

Fuente: Ministerio de la Protección Social

Proporción de afiliación, año 2005

Menor de 1 año	1	1,2
1 a 4 años	6	8,2
5 a 14 años	19	23,4
15 a 44 años	47	45,3
45 a 59 años	16	11,6
60 y más años	11	10,3

Fuente: Ministerio de la Protección Social

Primeras causas de mortalidad en Colombia, de 65 años y más (2004)

Enfermedades isquémicas del corazón	9.770
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4.519
Enfermedades cerebrovasculares	443
Enfermedad hipertensiva	2.181
Diabetes mellitus	2.018
Enfermedades isquémicas del corazón	8.803
Enfermedades cerebrovasculares	5.643
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3.691
Diabetes mellitas	3.108
Enfermedad hipertensiva	2.493

Fuente: Ministerio de la Protección Social

EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR EN EL ADULTO MAYOR

CLAUDIA CECILIA TRUJILLO

El dolor ha sido identificado como uno de los síntomas más comunes en la consulta médica general; dentro de los problemas relacionados con el envejecimiento este síntoma está adquiriendo cada vez mayor importancia por los cambios demográficos evidentes. Sin embargo, este tema no es abordado por investigadores y clínicos^{1,2,18}. En los adultos mayores, es un problema de salud pública, pues son más susceptibles a experimentar dolor en comparación con otros grupos de edad^{5,13,17}. Estudios de gran escala han estimado una prevalencia de dolor, entre un 25% y un 50%, en pacientes de la comunidad y 45-90% en instituciones especializadas⁷. Hasta el 61,7% de las personas con dolor toman algún medicamento y hay un 29% de autoprescripción ante la presencia del dolor².

La percepción y experiencia del dolor se afectan por muchos factores que incluyen sus causas y las bases culturales del individuo, así como las experiencias y emociones vividas previamente. Por este motivo, el umbral y la tolerancia son variables en las diversas personas y aún en el mismo individuo en circunstancias diferentes¹⁰. Desafortunadamente muchos pacientes y médicos ven incorrectamente el dolor como parte del proceso de envejecimiento normal; los adultos mayores tienen con frecuencia múltiples condiciones y su manejo médico es dirigido por lo general a la patología de base, pero se presta poca atención al alivio de los síntomas asociados como el dolor^{12,13,17}.

En el adulto mayor el dolor puede tener múltiples causas, presentaciones variables y numerosos significados; un dolor no controlado puede tener gran impacto en la calidad de vida, en el estado funcional y en el bienestar psicosocial. Las consecuencias del dolor incluyen limitación en movimientos, disminución en las actividades de socialización, depresión, trastornos del sueño, así como incremento en el uso y consumo de los recursos de salud⁷. El dolor también puede tener un impacto negativo en los grandes síndromes geriátricos incluyendo trastornos del equilibrio, caídas, polifarmacia, trastornos cognitivos y desnutrición. Por todo lo mencionado es recomendable que a los adultos mayores se les pregunte por este síntoma y sus características. A este grupo de pacientes se les debe brindar un tiempo para preguntar y entender, porque es normal el enlentecimiento en el pensamiento al envejecer; el dolor debe ser evaluado de forma correcta, dándole manejo en cualquier sitio y el personal de salud debe estar adecuadamente entrenado para hacerlo^{10,12,18}.

EN EL MUNDO Y LATINOAMÉRICA

El envejecimiento de la población entendido como el incremento de la proporción de personas mayores, así como el incremento de la edad media de la población, es consecuencia de diferentes factores como el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, el descenso en la natalidad y las migraciones. El envejecimiento poblacional sólo afecta a una pequeña parte del planeta, como son los países desarrollados; sin embargo y según lo previsto en próximos años, también los países en vías de desarrollo contarán con un mayor número de personas ancianas con enfermedades crónicas, degenerativas y oncológicas^{2,18}.

En 1995 el estudio SUPPORT encontró que la mitad de los pacientes con enfermedades que amenazaban la vida tenían dolor moderado a severo durante los últimos días de vida¹⁶.

En Latinoamérica se presenta una acelerada transición demográfica con disminución de las tasas de natalidad y mortalidad. En este momento la población es muy joven; sólo un 6-10% de la población es mayor de 65 años².

EN COLOMBIA

En la segunda Encuesta Nacional de Dolor realizada por la Asociación Colombiana para el estudio del Dolor, en el año 2002, se encuestaron vía telefónica 1.320 personas. De este estudio se pueden extraer algunos datos de importancia: el 18,6% eran pacientes de 55 o más años, un 68,1% de los casos eran de sexo femenino, un 50,4% de los encuestados manifestó haber tenido algún dolor en el último mes y de estos, la cabeza, el abdomen y los pies fueron los sitios con más alta localización; para el alivio del dolor un 33,5% de los encuestados se autoformuló, mientras que el 26,8% asistió a consulta médica.

Un 39,7% vio interrumpida su actividad diaria; el trabajo y el estudio fueron las labores que se suspendieron con mayor frecuencia.

VARIABILIDAD DEL DOLOR

Es un tema que genera gran controversia y no se ha logrado establecer si el sexo y las variables socioculturales determinan la variabilidad al dolor¹. Zyczkowska et al., en un estudio realizado para analizar la prevalencia de dolor en 800 ancianos canadienses ingresados en casa o en instituciones, encontró que los pacientes adultos mayores centenarios reportan menos dolor al parecer porque tienen más capacidad de soportar el dolor porque ellos se adaptan modificando sus actividades con la consiguiente reducción en la probabilidad de experimentar do-

lor¹⁹. También encontró que los hombres reportan menos dolor que las mujeres. Zarit et al.²⁰, en un estudio en Suecia, reportó que el dolor se incrementa con la edad en hombres y disminuye en las mujeres; estos hallazgos pueden indicar cambios en la experiencia dolorosa con la edad avanzada: de nuevo confirmar que es selección natural. Chung et al., en la discusión reportan que las mujeres presentan un dolor más severo y frecuente de larga duración al compararse con los hombres²².

PRINCIPALES SÍNDROMES DOLOROSOS

Existen diversas causas de dolor, entre las cuales encontramos una alta prevalencia de trastornos músculo-esqueléticos, incluyendo fracturas patológicas, cáncer, dolor por miembro fantasma, úlceras de presión y otras condiciones médicas^{1,5,8,13,15}.

Dolor osteoarticular

La osteoartrosis degenerativa es la causa más frecuente de dolor osteoarticular en el anciano; afecta a más del 80% de los adultos mayores generándoles dolor, incomodidad y diversos grados de discapacidad. Este síntoma también se reporta en el paciente adulto mayor con patología reumatológica^{2,20}.

Dolor de origen oncológico

Se puede presentar en cualquier localización y puede ser primario o secundario a diseminación del tumor⁴. Más del 70% de los pacientes con cáncer sufren de dolor causado por la enfermedad o por el tratamiento¹⁷. El estudio del Eastern Cooperative Oncology Group mostró que el 41% de los 300 pacientes del estudio sufrían por no tener un adecuado manejo del dolor, y los que tenían más de 70 años fueron los que tenían menor control del dolor¹⁴.

Dolor lumbar

El dolor lumbar es un síntoma complejo y más en los adultos mayores. Los signos y síntomas que están presentes pueden ser de patología benigna o maligna, por lo cual el médico debe realizar una historia clínica minuciosa además de un examen físico y la solicitud de imágenes diagnósticas pertinentes; estos componentes son esenciales para descartar patologías y disminuir la morbimortalidad^{8,20}. Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años reportan dolor lumbar y cerca del 10% de las consultas por esta causa son de pacientes adultos mayores.

Herpes zoster y neuralgia postherpética

La neuralgia postherpética, otro de los síndromes dolorosos frecuentemente observados en estos pacientes, tiene una incidencia entre 7,2 y 11,8 casos por 1.000 personas al año, en mayores de 65 años. La probabilidad de desarrollar herpes zoster aumenta exponencialmente con el envejecimiento. Se estima que en Estados Unidos entre 500.000 y 1.000.000 de personas sufren de neuralgia postherpética⁹. Según Gloth¹³, el herpes zoster ocurre en el 1 a 2% de la población anciana.

Dolor de origen vascular

Las patologías más frecuentes en los ancianos son el síndrome de isquemia arterial y la insuficiencia venosa crónica².

Dolor en pacientes institucionalizados

Existen algunos estudios en los que se menciona que el dolor de los pacientes institucionalizados es inadecuadamente tratado. Entre un 45 y 80% de los ancianos institucionalizados presenta un dolor

moderado a severo^{12,15,18-21}. Cerca de una cuarta parte de los ancianos ingresados reportan dolor diariamente, un 41,2% continúa experimentando dolor moderado diariamente, incluso después de seis meses de haber sido ingresados^{4,12,20}. Soldado et al., en el estudio muestran que el dolor diario es común en pacientes adultos mayores institucionalizados en Europa, estando presente en cerca del 46% de los participantes y esta condición está asociada con un riesgo elevado de desarrollar discapacidad; esta asociación se hace más fuerte si se le suman la intensidad de dolor y el número de sitios dolorosos²¹.

Un 40% de los residentes con patologías oncológicas y un 25% con patologías no oncológicas no recibían analgésicos para el manejo de su dolor a pesar de manifestar este síntoma diariamente⁴.

Las causas más comunes de dolor son lumbalgias, dolor articular, dolor en miembros inferiores y superiores, cervicalgias, cefaleas, dolor abdominal y dolor torácico¹².

En el estudio realizado por Won¹¹, el dolor crónico fue prevalente en ancianos con historia de fracturas (62,9%) o cirugías (63,6%) en los seis meses anteriores. Un cuarto de los pacientes no recibían analgésicos; sin embargo, cuando se usaban recibían acetaminofén un 37,2%, propoxifeno en el 18,2%, hidrocodona en el 6,8% y tramadol en el 5,4%. Solamente el 46,9% de los analgésicos eran administrados en dosis correctas. El acetaminofén era administrado en el 65,5% de los casos a demanda y en dosis menores de 1.300 mg/día. Las dosis de antiinflamatorios no esteroideos fueron prescritas de manera adecuada en un 70% de los casos y en más de un tercio de los casos los antiinflamatorios no esteroides fueron indicados en dosis mayores a las recomendadas.

Dolor en pacientes de la comunidad

A pesar del buen manejo de los síntomas que se realiza, un alto porcentaje de pacientes presentan dolor, causando discapacidad, que

puede hacer que el dolor se empeore y lleve en algunos casos a episodios de depresión⁵. Entre el 15% y el 25% de los adultos sufren de dolor crónico en cualquier momento; esto se incrementa a un 50% en las personas mayores de 65 años¹⁷⁻¹⁸. Alrededor del 80% de los ancianos americanos toman medicamentos por horario para el manejo del dolor y acuden a consulta por esta causa¹⁵.

Al revisar datos sobre el consumo de medicamentos se sugiere que el dolor es un problema que se trata con analgésicos hasta en un 57% de los casos; de estos los grupos farmacológicos más prescritos son los medicamentos para el alivio de condiciones músculo-esqueléticas⁵. Hay una gran aversión por parte del personal de salud en prescribir medicamentos opioides débiles y fuertes por el inadecuado conocimiento, la creencia de volver adicto al paciente, así como el uso concomitante en este grupo especial de pacientes de otros medicamentos depresores del SNC⁶.

Utilización de recursos

La utilización de recursos en salud se incrementa, aumentando el número de consultas a diferentes especialistas, el ingreso a urgencias y las hospitalizaciones innecesarias, el número y costo de los medicamentos, así como los efectos adversos derivados de los mismos. Por este motivo el dolor crónico requiere que se realice un abordaje multidisciplinario; a veces se utilizan diferentes dosis de analgésicos junto con otras medidas coadyuvantes, con el objetivo de lograr una mejor calidad de vida en el paciente y su familia^{2,18,20,22}.

En recursos sociales, el dolor crónico genera mayor grado de agotamiento en el paciente y en la familia, pudiendo presentar el síndrome de sobrecarga del cuidador. En pacientes con trastornos cognitivos los familiares conocen cuando el paciente presenta dolor; sin embargo, ya que piensan que el dolor es algo normal o por miedo al uso de analgésicos potentes, prefieren no mencionar este síntoma^{12,13,18,21}.

CONCLUSIONES

- El dolor continúa siendo el síntoma reportado con mayor frecuencia por los pacientes mayores de 65 años en consultas ambulatorias y de urgencias.
- Debemos dejar a un lado la premisa “Todo viejo tiene dolor”, pues ellos pueden presentarlo como manifestación de una enfermedad o como una patología ya constituida.
- No se debe olvidar una minuciosa exploración del síntoma, tener en cuenta la alta prevalencia de trastorno cognitivo, lo que obliga a hacer empatía con el cuidador, y donde cobra una mayor importancia el reconocimiento del síntoma y el abordaje para darle un adecuado manejo⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Helme, R. Gibson, S. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med* 2001; 17(3): 417-431.
2. Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. <http://www.segg.es/segg/tratadogeriatria/main.html>
3. Dolor en poblaciones especiales: Dolor en ancianos. MD Anderson Cancer Center. <http://www.mywhatever.com/cifwriter/library/48/cpg2311.html>
4. López, A. Dolor oncológico. Protocolo de actuación en residencias de ancianos. Sociedad Española de Médicos de Residencias. <http://www.semer.es/docs/DolorOncolog.pdf?PHPSESSID=b901ab09b50f7182bccddb843cf25cf>
5. Cowan, D. Fitzpatrick, J. Roberts, J. The assessment and management of pain among older people in care homes: current status and future directions. *International Journal of Nursing Studies* 2003; 40: 291-298.
6. Health Survey for England (HSE), 2000. The General Health of Older People and their Use of Health Services. Department of health, The Stationary Office.

7. Charette, S. Ferrell, B. Rheumatic Diseases In the elderly: Assessing Chronic pain. *Clin Geriatr Med* 2005; 21: 563-576.
8. Broder, J. Snarski J. Back Pain in the Elderly. *Clin Geriatr Med* 2007; 23: 271-289.
9. Schmader, K. Herpes Zoster and Postherpetic Neuralgia in Older Adults. *Clin Geriatr Med* 2007; 23: 615-632.
10. Maestre, J. El dolor en el adulto mayor. *Colombia Médica*. 2001; 32(4): 184-188.
11. Won, A. Lapane, K. Vallow, S. Long-term effects of analgesics in a population of elderly nursing home residents with persistent non-malignant pain. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61(2): 165-169.
12. Leland, J. Chronic pain: Primary care treatment of the older patient. *Geriatrics* 1999; 54(1): 23-37.
13. Gloth, M. Geriatric pain. Factors that limit pain relief and increase complications. *Geriatrics* 2000; 55(10): 46-54.
14. Cleeland, C. Goñi, R. Hatfield, A. et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 592-596.
15. Cristian, A. Thomas, J. Nisenbaum, M. et al. Practical considerations in the assessment and treatment of pain in adults with physical disabilities. *Phys Med Rehab Clin N Am* 2005; 16: 57-90.
16. The SUPPORT Principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA* 1995; 274: 1591-1598.
17. Brennan, F. Carr, D. Cousins, M. Pain Management: A Fundamental human Right. *Pain Medicine* 2007; 105(1): 205-221.
18. Gibson, S. IASP global year against pain in older persons: highlighting the current status and future perspectives in geriatric pain. *Exper Rev. Neurotherapeutics* 2007; 7(6): 627-635.
19. Zyczkowska, J. Szczerbinska, K. Jantzi, M. et al. Pain among the oldest old in community and institutional settings. *Pain* 2007; 129: 167-176.
20. Zarit, S. Griffiths, P. Berg, S. Pain perceptions of the oldest old: a longitudinal study. *The Gerontologist* 2004; 44(4): 459-468.

21. Soldado, M. Liperoti, R. Landi, F. et al. Non malignant daily pain and risk of disability among older adults in home care in Europe. *Pain* 2007; 129: 304-310.
22. Chung, J. Wong, T. Prevalence of pain in a community population. *Pain Medicine* 2007; 8(3): 235-242.

ENVEJECER NO ES SUFRIR

RICARDO SALAZAR

Palabras clave: Adulto mayor – Opioide – Coadyuvante – Efecto adverso – Efecto secundario – Sedación.

El formar parte de los grupos de alto riesgo para mala objetivización del dolor y por ende una subóptima analgesia hace que el adulto mayor junto a los niños menores de 5 años, los sordomudos y los pacientes con limitación verbal, posean una necesidad de mayor atención, grupos especializados de manejo y un mejor conocimiento de su especial condición fisiológica, que determina su fragilidad ante las terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas, propias del manejo del dolor.

El envejecer no es otra cosa que biomolecularmente observar un microcosmos de actividad celular y enzimática en descenso, unido a cambios dados en la genética misma de nuestro código de reproducción y funcionalidad celular, cambios tales como:

- Pérdida del potencial replicativo, basado en el modelo fibroblástico, que demuestra que tras 50 divisiones el código presenta cambios degenerativos que llevan a una apoptosis programada.
- Acumulación de radicales libres, que en interacción con las membranas bilipídicas celulares genera su deterioro y expone dramáticamente a la célula a destrucción por cambios osmóticos que habitualmente debe tolerar.

- Pérdida en la capacidad de degradación intracelular de desechos tales como los pigmentos de residuo metabólico, los cuales generan un efecto deletéreo en las mitocondrias, órganos clave en la respiración celular y génesis de energía (ATP).
- Defectos en la formación y constitución de neurotransmisores y catecolaminas centrales cerebrales.
- Relación entre genes activadores y supresores de actividad replicativa procancerígena y coformadora de efectos mutágenos.

Todo lo anterior contribuye a los cambios orgánicos funcionales propios del adulto mayor; estos avances en el conocer la *biología del envejecimiento* nos sustentan los cuidados a tener en la formulación y aproximación terapéutica de estos pacientes.

BARRERAS PARA EL ADECUADO MANEJO DEL DOLOR

En el adulto mayor los conceptos culturales y sociales se mezclan junto a un cada vez más disminuido relacionar entre el paciente y su equipo asistencial, abonando un panorama clínico viciado, con dificultades y barreras para su manejo ideal; ya conocemos los efectos de las mismas, pero tenemos claridad en que son impactables y modificables, por medio de educación y sensibilización de los técnicos y profesionales de la salud. A continuación analizaremos algunas de ellas:

- La cultura ha asumido el papel simplista de habituar al adulto mayor a padecer dolor, por la sencilla razón de ser viejo; por tanto la hipótesis consiste en tener que someterse al dolor y enfrentarlo con tesón, ya que quejarse será símbolo de debilidad y si lo hiciese, la posibilidad de tener un tratante abierto y dispuesto a ayudarlo, es baja.

- La comorbilidad sitúa al adulto mayor en un punto crítico para identificación de su génesis dolorosa, dado que varias patologías pueden variar la presentación o impedir el manejo habitual en toda su amplitud.
- La polimedicación como situación común de estas edades presenta serias dificultades para la combinación de analgésicos, pueden llevar al paciente prácticamente a alimentarse con grageas, y exponerlo a los efectos secundarios sumativos o cruzados de su esquema analgésico con sus patologías de base o su medicación coexistente.
- El paciente puede presentar efectos secundarios, conocidos de los analgésicos tradicionales y sus coadyuvantes, con importante variación en la forma y su intensidad, en especial los que involucran acciones sobre el sistema nervioso y cardiovascular.
- El desconocer los cambios fisiológicos de estos pacientes plantea el problema de no corregir adecuadamente ciertas dosis, titulaciones y relaciones medicamentosas, que en general en el resto de la población son seguras.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En Estados Unidos de Norteamérica 33 millones de personas mayores de 65 años sufren de dolor crónico benigno incapacitante, de igual forma el 62% de los residentes de hogares geriátricos lo padecen; en nuestro país la situación respecto al análisis del mismo es idéntica, guardando la respectiva proporción poblacional. En Colombia el 71% de los pacientes activos en programas de Cuidado Paliativo mayores de 65 años padecen dolor crónico maligno.

Lo antes descrito dimensiona una realidad, que los servicios sanitarios del país no tienen cómo resolver, no solo en la falta de estructura asistencial especializada sino en el contenido curricular de los programas de pre y pos grado actuales, deficientes en sensibilización y contenido.

OBJETIVIZACIÓN DEL DOLOR

Uno de los mayores retos es identificar el dolor percibido por el paciente cuando media un déficit de comunicación o en el peor de los casos, un déficit de estado de conciencia, además de la coexistencia de la enfermedad demencial; por tal razón, diversos estudios han intentado valorar la real validez de análisis basados en la *observación*, durante el examen clínico, encontrándose utilidad en los siguientes parámetros que, por facilidad nemotécnica, presentaré como sus iniciales en inglés (FLACC), en donde la apreciación juiciosa de estas variables puede mejorar nuestra sensibilidad a determinar la presencia del síntoma.

Face:	Observa la gesticulación facial.
Legs:	Observa la actividad motora espontánea de las piernas.
Activity:	Observa la actividad motora generalizada.
Cry:	Observa la presencia de llanto espontáneo sin presencia de evento emocional relacionado.
Consolably:	Observa la capacidad de controlar el dolor a través del manejo verbal al paciente.

En Europa se establece el Quinteto Geriátrico como sistema de control de calidad de vida en el adulto mayor; consiste en garantizar que los parámetros que contiene sean vigilados y que lo enunciado tenga políticas y formulaciones coherentes con su cuidado, a saber:

1. Menor percepción (visual, auditiva, táctil).
2. Reducción de la movilidad (locomoción ineficiente).
3. Homeostasis alterada.
4. Incontinencia.
5. Enfermedad por iatrogenia (polimedicación, evaluación ineficiente).

Es importante considerar cambios orgánicos macro, fruto de los cambios antes mencionados y que interfieren con el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor, así:

- Sistema gastrointestinal con mucosas tanto en su parte gástrica como colorrectal disminuidas en su espesor y en vascularización, haciéndolas más sensibles a los antiinflamatorios y a la radioterapia; a su vez una motilidad disminuida, convirtiendo el estreñimiento mediado por opioides en un reto para readecuar el hábito intestinal del paciente.
- Riñones con menor capacidad de filtración; estudios serios de determinación de la tasa de filtración glomerular muestran cómo una disminución de 0,5 se presenta cada 7 años después de los 50 años.
- Hígado con menor capacidad de captación y metabolismo, por cambios intracelulares del hepatocito, que modifican la disponibilidad de los sistemas enzimáticos, como los mediados por citocromo.
- Los compartimientos corporales en agua y electrolitos se modifican en contra de la dinámica de los fármacos hidrofílicos.

- Sistema vestibular con menor tolerancia a las modificaciones que generan algunos anticonvulsivantes y neurolépticos, rutinariamente usados en esquemas analgésicos, favoreciendo la aparición de vértigos de difícil manejo.
- Sistema nervioso central ostensiblemente más frágil a cambios en concentraciones de electrolitos, neurotransmisores y catecolaminas centrales.
- Piel con mayor sensibilidad de tipo dermorreactivo a la irradiación radioterápica.
- Médula ósea con mayor riesgo de mielosupresión a fármacos tóxico- medulares y a procedimientos como la quimioterapia y radioterapia.
- Por su comorbilidad y debilitamiento orgánico pueden, a pesar de tener indicación quirúrgica con intención analgésica, no ser intervenidos por el riesgo anestésico.

Siendo consecuentes con lo revisado, es necesario hacer algunas precisiones sobre algunos medicamentos que revisten especial cuidado al utilizarse en el adulto mayor.

Morfina	Presenta efecto de primera dosis de mayor intensidad, por lo cual su titulación debe ser muy cuidadosa y atenta a efectos neurológicos y en víscera hueca.
Meperidina	La toxicidad cardiaca es muy evidente cuando se utiliza por más de dos semanas, al igual que su toxicidad neurológica, la cual se aprecia en la presencia de descargas epileptogénicas en pacientes con predisposición eléctrica previa o con desórdenes electrolíticos.

Oxicodona y metadona

Ambas son moléculas de depósito que pueden, al ser mal utilizadas, acumularse en presencia de un metabolismo enlentecido y potenciar sus efectos adversos.

Tramadol

Su actividad epileptogénica y arritmogénica cardiovascular cobran toda la importancia en pacientes con arritmias supraventriculares y en casos en que exista hipertensión endocraneana. La náusea y el vómito, importantes efectos secundarios de este opioide, son causa de incumplimiento de la prescripción, por la usual intensidad de estos, en pacientes de edad avanzada.

AINES

- COX 2 – COX 3

Especial atención merece la nefrotoxicidad de este grupo cuando coexisten funciones renales subóptimas; su impacto sobre la mucosa gástrica es importante, por lo cual su uso debe ser por lapsos cortos de tiempo y acompañado de protectores de membrana o inhibidores de producción de ácido. Los inhibidores de la COX 2 presentan mejor protección al efecto gastrolesivo, pero a nivel cardiovascular su posibilidad de modificar las cifras de presión arterial sistólica y su actividad trombogénica dificultan su uso prolongado en algunos pacientes, en quienes coexiste la enfermedad cardiovascular. El acetaminofén, mientras no tenga contraindicación expresa en el paciente, es *la primera alternativa de analgesia leve y forma parte de muchos esquemas analgésicos de alta potencia.*

Los neurolépticos y las benzodiacepinas expresan en mayor medida sus efectos sedantes y de cambios en la conducta psíquica y motora, llevando a estados que requieran discontinuación de la terapia, pero en general una titulación cuidadosa, acompañada de una instrucción al paciente y su cuidador, le permitirán al tratante seguir de cerca el devenir de los efectos secundarios del esquema analgésico.

Es claro entender que con la problemática que gravita alrededor del adulto mayor, la utilización de medidas como la fisioterapia, la estimulación eléctrica transcutánea (TENS), la radiofrecuencia y otras se constituyen como excelentes coadyuvantes para lograr una reducción efectiva del número de analgésicos y de sus dosis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bond, M. Committee on Quality Assurance Standards. American Pain Society, World Congress of Pain. New York, 1998.
2. Ferrel, B. Pain management in elderly people. *J Am Geriatric Soc* 2003; 51: 35-47.
3. Lisson, L. Ethical issues related to pain control. *Pain* 2002; 45: 90-99.
4. Ruiz, R. President of Spain Committee of Pain Practice. Guidelines in old patient and ethical coments. World Congres of Pain, Barcelona, 2004.
5. Sternbach, W. The joint commission looks to the future in pian. *JAMA* 2004; 238: 951-957.
6. Young, M. National Poblacion Análisis in U.S.A.. *Patient Care*, 2000.
7. Zeth, O. Pain practice in elderly patient. *J Am Ger Soc* 2004; 52: 42-44.

NO MALEFICENCIA Y ADULTO MAYOR

RICARDO SALAZAR

La no maleficencia es un principio de la bioética, que se extracta de otro que le antecede en tiempo y análisis, la propia beneficencia (siempre se propenderá por el bien del paciente o el mejor resultado), ocurre dentro de las afirmaciones de la misma, la cual incluye: “No se debe infligir daño o mal”; por tanto, la necesidad de darle identidad propia con todas sus afirmaciones y omisiones es fundamental, ya que en ella encontraremos respuesta a la gran mayoría de interrogantes en las discusiones al final de la vida y el mismo actuar sanitario frente a la integridad de los pacientes, muy especialmente frente al adulto mayor.

En general, la no maleficencia se diferencia de la beneficencia por el hecho de que la segunda no posee como tal riesgos propios en su cumplimiento, ser beneficiante y garantizarlo no involucra inconvenientes en su ejercer, pero en la no maleficencia se asumen riesgos en el permanente decidir de conductas, tanto de intención como de omisión en la práctica clínica; por tanto este valor ético involucra muy estrechamente el proceder, sentir y ser del tratante, además del contexto en el cual se desarrolle el caso clínico.

De manera general se considera no maleficiente el estar atento y cumplir cabalmente los preceptos de control de daño y muerte, y esto mismo genera obligaciones en el entender, que situaciones de toma de

decisión, frente a tratar o no tratar un paciente, al igual que diferenciar entre matar y permitir morir, plantean al final juicios de valores permanentes en donde la situación particular, la legislación local y el acuerdo común, basado en la no transgresión de la integridad del paciente, se convierten en estrategia de mantenimiento del valor en mención.

Es evidente la claridad necesaria para entender que preceptos como paliación, futilidad y soportes extraordinarios son vitales para el adecuado proceder en la toma de decisiones frente a pacientes, en los que su posibilidad de cura es inexistente, a la luz de la ciencia presente al momento del análisis del caso; es así como al proteger de la no maleficencia, se actúa en acción, pero mucho más en la decisión de no acción frente a estrategias médicas o abordajes terapéuticos que no mejorarán la condición del paciente, pero que incluso sí deterioran la calidad de vida del mismo; de tal forma la calidad de vida del paciente será permanente bastión a proteger, mantener y restablecer en los estados clínicos de no curación que estamos planteando.

Tradicionalmente se ha discutido sobre cómo definir que un tratamiento no se considere eficiente y sea establecido como fútil; algunas consideraciones, como el revisar si los inconvenientes del tratamiento pueden superar su beneficio en el caso en particular y el identificar que un abordaje terapéutico es inútil en no poder corregir la condición de irreversibilidad de una entidad patológica, pueden en sí mismos ser las dos herramientas más eficaces para dar el juicio de valores de emprender o no una terapia.

Ante una condición de terminalidad de la enfermedad, el encontrar lesiones orgánicas no reversibles, al igual que estados de pendiente hacia debajo de la condición clínica, permitirán encontrar momentos en el tiempo en los cuales decidir el no tratar o permitir morir sea una posición adecuada y no maleficente en el contexto de proteger la integridad general del individuo; se debe tener especial cuidado con las

terapias que en esta situación puedan generar aceleración del proceso de muerte por su actuar el organismo: la situación del doble efecto, planteado como el intentar controlar síntomas disconfortantes del paciente en estado terminal y que estos medicamentos generen en forma secundaria un estado de mayor indefensión y favorecer el proceso de muerte. Dado lo anterior, la utilización de medicación neuromoduladora en estos estados requiere de un adecuado entrenamiento y conocimiento de los desenlaces previsibles del proceso.

La entera protección a los individuos que adolecen de independencia de toma de decisiones (menores de edad, adultos mayores con demencia, interdictos mentales por enfermedad mental, etc.) deben ser manejados con consentimiento delegado en su mentor establecido por la legislación local, igualmente las directrices por anticipado, elaboradas por el enfermo, en donde no se presenten vicios de conocimiento causal, ni interrogantes sobre el estado de lucidez del paciente en el momento que diligencia la directriz, deben ser respetadas.

Deseo hacer un especial énfasis en los puntos de constitución de la no maleficencia, que jurídicamente hablando, en la práctica clínica fácilmente pueden verse vulnerados y el tratante no ser consciente de ello, lo que tipifica serios inconvenientes de calidad asistencial y potenciales compromisos legales; estos son:

1. No realizar tratamientos en enfermedades incurables, bajo esa intención terapéutica.
2. No convertir por impericia o imprudencia una situación curable, en incurable.
3. Evitar sufrimientos innecesarios.
4. Actuar rápidamente y con buen ánimo.

El anterior panorama demuestra el alto nivel de integridad y compromiso del tratante en el proceso asistencial; especialmente en casos de patologías al final de la vida, su responsabilidad es plena y de no asumirla tiene la opción de trasladar el caso a un colega que tenga mayor experticia en el tema.

EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL ANCIANO

SANDRA PATRICIA FLORES ROJAS

No hay una definición universalmente aceptada de vejez; el envejecimiento debe entenderse mejor como un proceso de cambios graduales desde la vida hasta la muerte, que lleva consigo la aparición de patologías y condiciones dolorosas que deben evaluarse. Es por esto de vital importancia tener un alto nivel de sospecha de la presencia de dolor en este grupo etáreo.

Los principios éticos de beneficencia (el deber de beneficiar al otro) y no maleficencia (el deber de no hacer daño) obligan a los profesionales de la salud a proporcionar manejo de dolor y confort a todos los pacientes, incluyendo aquellos individuos que representan un reto y son vulnerables e incapaces de hablar. Proporcionar un cuidado de calidad, comparable a individuos que no pueden reportar su dolor, se relaciona directamente con el principio de justicia. El respeto por la dignidad humana orienta el esfuerzo por el cuidado apropiado y humano. Con base en el principio de justicia, este cuidado se da con compasión y sin hacer distinciones por atributos personales, estado económico o la naturaleza del problema de salud.

Honrando el derecho de una adecuada evaluación y tratamiento del dolor, deben implementarse protocolos de evaluación en las instituciones, cuyo éxito supone estar enmarcados en unos atributos ambientales, los cuales implican que:

1. Los ancianos son escuchados y se les cree.
2. Los ancianos y sus familias se ven como coequiperos en el cuidado.
3. El cuidado es individualizado y holístico. Esto necesita la implementación de varias escalas que se ajusten a las necesidades del paciente.
4. El cuidado está centrado en la familia.
5. Se tiene un enfoque colaborativo y multidisciplinario proporcionado por profesionales idóneos.
6. Se presta atención a sistemas y temas organizacionales que garanticen que el cuidado efectivo del dolor sea una realidad.

Cuando se trata de la evaluación de dolor, es importante el desarrollo de algunas preguntas puntuales que van de lo general a lo específico en la población que nos ocupa.

¿ES POSIBLE MEDIR EL DOLOR?

La experiencia dolorosa es subjetiva y privada, y no siempre fácilmente accesible a terceros.

Hay que definir si se desea medir o evaluar el dolor. Cuando hablamos de medir dolor, nos referimos a un calificador único de dolor (entiéndase: intensidad, frecuencia, duración, efecto relacionado con el dolor, discapacidad asociada al dolor). Cuando se habla de evaluación de dolor, se está queriendo significar la calificación de todas o varias de las facetas de medición de dolor. En pacientes con dolor

crónico, es imprescindible utilizar escalas de evaluación multidimensional de dolor.

En pacientes ancianos, es particularmente importante tomar una historia médica, conducir un examen físico completo e interrogar sobre la presencia de comorbilidades. Si bien estos datos no están directamente relacionados con la evaluación del dolor, son imprescindibles a la hora de adoptar conductas.

¿CUÁNDO SE DEBE MEDIR EL DOLOR EN EL ANCIANO?

Siempre. Debe vigilarse de manera anticipada cualquier indicio de dolor. Es imperativo evaluarlo y registrarlo a intervalos regulares, como el quinto signo vital. Un dolor intenso, inesperado, particularmente si es súbito o se asocia a signos vitales alterados como hipotensión, taquicardia o fiebre, debe ser evaluado inmediatamente.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EVALUAR EL DOLOR EN EL ANCIANO?

El objetivo de la evaluación de dolor es asegurar que se instituyan procedimientos efectivos y procesos para minimizarlo o prevenirlo.

La evaluación adecuada del dolor es esencial para poder proporcionar un tratamiento adecuado. En pacientes ancianos, particularmente en aquellos que tienen limitaciones cognitivas, el dolor se evalúa pobremente, y esto debe cambiar.

Los ancianos son población vulnerable a tratamiento inadecuado del dolor, y su calidad de vida está en riesgo por evaluación inadecuada de sus condiciones dolorosas.

CARACTERÍSTICAS DE UNA BUENA MEDICIÓN DE DOLOR

Idealmente, un instrumento de evaluación del dolor debe:

- Definir qué dimensión del dolor se está midiendo.
- Reflejar de manera exacta la experiencia subjetiva del individuo.
- Ser una medida más ordinal que nominal.
- Ser acorde al nivel cognitivo del paciente.
- Ser aplicable en la cabecera del paciente: fácilmente medible y rápidamente entendida por el paciente.
- Cumplir con las siguientes propiedades psicométricas: validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad.

Debemos definir los tipos de medición de dolor más comunes. Ellos son:

- Autorreporte.
- Observación de comportamientos de dolor.
- Medidas fisiológicas.

Las medidas fisiológicas no son confiables como único elemento de evaluación. Son más útiles para dolor corto o lancinante y en pacientes con dolor crónico pueden estar atenuadas.

Desafortunadamente, hay pocos instrumentos para evaluar el dolor que estén estandarizados en la población geriátrica.

MEDIDAS DE AUTORREPORTE

Para solucionar la ausencia de instrumentos especialmente diseñados para el anciano, algunos investigadores han sugerido usar escalas

creadas originalmente para niños. Las expresiones faciales han probado ser confiables como indicadores no verbales de estados dolorosos y proporcionan indicaciones confiables y válidas de intensidad de dolor cuando se usan en niños y adolescentes. Sin embargo, su papel y su efectividad en la evaluación de dolor en individuos ancianos no están bien establecidos.

De todas las escalas de caras disponibles, la Escala de Caras Revisada (FPS-R) ha mostrado muchas ventajas importantes, entre las que anotamos: no tiene caras sonrientes y/o lágrimas, evitando confundir el discomfort emocional con intensidad de dolor, y muchas versiones de lenguaje han sido probadas y están disponibles en la actualidad, facilitando estudios transculturales de dolor (estas instrucciones están disponibles en www.painsourcebook.ca, en 24 idiomas, incluyendo el español).

Múltiples medidas uni y multidimensionales de autorreporte de dolor se han desarrollado en los últimos 30 años. Los instrumentos que han demostrado mérito en poblaciones de adultos jóvenes son generalmente útiles en adultos mayores. Un amplio cuerpo de evidencia ha mostrado la confiabilidad y validez de estas medidas cuando se



Figura 1. Escala de Caras Revisada, tomada de las guías de manejo de dolor de la Clínica Universitaria Teletón, proyecto de Hospital Sin Dolor. Modificado de VON BAEYER. Validation of the Faces Pain Scale. Revised (FPS-R): Pain intensity in clinical and non-clinical samples. Poster presented to Canadian Pain Society, Montreal, May 2001.

usan en ancianos, si bien instrumentos específicos asociados a la edad han sido diseñados, como el Geriatric Pain Measure. Sin embargo, al aplicar un instrumento de evaluación, debe tenerse en cuenta que esté validado en el idioma nativo.

El consenso entre muchos estudios que comparan muchos instrumentos de autorreporte es que las escalas categóricas basadas en descriptores verbales (por ejemplo: ninguno, leve, moderado, severo) son preferidas por personas viejas y tienen la mayor utilidad, confiabilidad y validez. Hay menos soporte para las escalas visuales análogas, y muchos autores tienen preocupación acerca de su uso para medir la intensidad dolorosa en adultos mayores.

Figura 2. Escala Numérica Análoga, tomada de las guías de manejo de dolor de la Clínica Universitaria Teletón, proyecto de Hospital Sin Dolor.

Otras medidas aceptables incluyen, entre otras escalas numéricas verbales, escalas de calificación en cajas. Debido a que no hay una medida única ideal, si un paciente falla en completar un tipo de escala, esto no descarta que lo pueda hacer con otra. En la práctica clínica, es mejor seleccionar herramientas que son consistentes con la preferencia personal del individuo una vez que las conoce o tratar varios tipos de escalas antes de descartar las medidas de autorreporte para evaluar el dolor de la persona.

ESCALAS COMPORTAMENTALES

Más de diez nuevos instrumentos de observación de comportamiento se han desarrollado para uso específico en pacientes con demencia. La mayoría de instrumentos califican la presencia de varios comportamientos que se creen asociados a dolor. Por ejemplo, combinaciones de comportamientos como muecas faciales o movimientos de retirada, vocalizaciones negativas, lenguaje vocal específico (masaje, evitación o inquietud) y respiración alterada o signos fisiológicos (frecuencia cardíaca elevada o presión arterial elevada) pueden puntuarse para proporcionar un índice de probabilidad de intensidad dolorosa. Cada una de las escalas de observación ha sido sometida a alguna validación limitada en una pequeña muestra de ancianos y han mostrado confiabilidad entre varios calificadores. Estas escalas representan una adición bienvenida a la batería de instrumentos de evaluación de dolor y ofrecen un primer paso importante hacia la mejoría en la calidad del manejo de dolor en este grupo tan altamente vulnerable y dependiente. Sin embargo, hay mucho por hacer, empezando por comparaciones directas de diferentes escalas de observación dentro de la misma muestra con el fin de evaluar sus fortalezas y debilidades. Hay pocos intentos para considerar las diferencias entre indicadores comportamentales de dolor agudo y crónico. La mayoría de los indicadores comportamentales de dolor probablemente están más asociados con expresiones de dolor agudo que, de hecho, es menos prevalente que el dolor persistente en adultos mayores.

GRUPOS ESPECIALES DE PACIENTES

La evaluación de dolor frecuentemente es más compleja en ciertas poblaciones ancianas como aquellas personas institucionalizadas, las que tienen pérdidas sensoriales (visión alterada, problemas auditivos) o aquellas con trastornos cognitivos. Las herramientas de autorreporte son una

opción viable para muchos ancianos con formas leves a moderadas de demencia, y la evidencia clínica soporta la confiabilidad y validez de muchas escalas unidimensionales estandarizadas en estos pacientes. Si bien el autorreporte ha sido el estándar de oro para evaluación de dolor, otros métodos no verbales (medidas comportamentales e instrumentos observacionales) también proporcionan información importante y clínicamente relevante y pueden ser la herramienta de elección en casos de compromiso cognitivo moderado a severo.

A pesar de la importancia clínica del dolor incidental, pocos intentos se han hecho para investigar la utilidad de evaluaciones realizadas por observadores en ancianos en este contexto. En este estado, necesitamos refinar los instrumentos observacionales para evaluar dolor agudo y dolor persistente y validar estas medidas en múltiples muestras y escenarios antes de desarrollar nuevos instrumentos.

Todas las personas con dolor merecen un pronto diagnóstico y tratamiento. El dolor debe ser monitorizado rutinariamente, evaluado, reevaluado y documentado claramente para facilitar el tratamiento y la comunicación entre el personal de salud. En pacientes incapaces de autorreportar su dolor, deben usarse otras medidas para detectarlo y evaluarlo y hacer las intervenciones analgésicas. No hay una estrategia única de evaluación (como interpretación de comportamientos, patología o estimativos de dolor por terceros) que sea suficiente por sí misma.

RECOMENDACIONES FINALES

Debe darse prioridad en la evaluación de acuerdo con el siguiente orden (Mc Caffery & Pasero, 1999):

1. Autorreporte: debe intentarse obtener escalas de autorreporte de todos los pacientes. Un autorreporte de pacientes con habi-

Figura 3. Instrumento NOPPAIN para la evaluación del dolor en pacientes no verbales. Tomado de Feldt, K.S. Improving assessment and treatment of pain in cognitively impaired nursing home residents. *Annals of Long-Term Care* 2000; 8, 36-42.

lidades verbales y cognitivas limitadas puede ser una respuesta de si-no o una vocalización.

2. Buscar causas potenciales de dolor: hay condiciones patológicas y problemas comunes o procedimientos que causan dolor (cirugía, curaciones, rehabilitación, cambios de posición, áreas de presión, historia de dolor crónico) y ello debería sustentar una intervención, incluso en la ausencia de indicadores comportamentales de dolor. Un cambio de comportamiento requiere una evaluación cuidadosa y la posibilidad de fuentes adicionales de dolor. Generalmente, uno debe asumir QUE EL DOLOR SIEMPRE ESTÁ PRESENTE, y si se sospecha que hay dolor, debe hacerse una prueba terapéutica con un analgésico. El dolor asociado con procedimientos debe tratarse antes de la iniciación del mismo. Deben descartarse otros problemas que pueden causar disconfort (infección, estreñimiento).
3. Observar conductas dolorosas: en ausencia de autorreporte, la observación del comportamiento es un enfoque válido de evaluación de dolor.
4. Reporte por terceros (miembros de la familia, padres, cuidadores) de dolor y cambios en el comportamiento y la actividad. Es importante que los cuidadores participen activamente en la evaluación de sus seres queridos. Son ellos quienes más conocen el comportamiento habitual y pasado y pueden ayudar a detectar cambios sutiles, menos obvios, que pueden ser indicadores de la presencia de dolor.

Siempre que se utilicen reportes de terceros, deben acompañarse de otros indicadores (observación directa, reporte de la familia y cuidadores y evaluación de la respuesta al tratamiento).

5. Ensayo analgésico: debe iniciarse siempre que haya condiciones patológicas o procedimientos que causen dolor o si los comportamientos dolorosos continúan luego de atender necesidades básicas y realizar medidas de confort. Hay que suministrar un ensayo analgésico y titularlo adecuadamente a la intensidad de dolor teniendo en cuenta la patología del paciente y la historia de analgésicos. Para dolor leve a moderado, puede darse un analgésico no opioide (acetaminofén cada 4 horas por 24 horas). Si la conducta mejora, asúmase que el dolor es la causa de la alteración del comportamiento y continúese analgésico y medidas no farmacológicas apropiadas. Si el comportamiento anormal continúa, considérese dar una dosis baja única de opioide de corta duración y observar el efecto. Si no hay cambio en el comportamiento, hay que titular la dosis aumentando un 25-50% hasta observar cambio. Continúese la titulación hasta ver un efecto terapéutico o la aparición de efectos secundarios, o la no aparición de beneficio analgésico. Es apropiado empezar un ensayo analgésico con opioide en condiciones en las que es esperable dolor moderado a severo. Explore otras causas si los comportamientos anormales continúan luego de un analgésico razonable. El ejemplo de titulación analgésica es conservador, pero pueden tratarse estrategias más agresivas si es necesario.
6. Use herramientas de evaluación de comportamientos dolorosos. Al seleccionar el instrumento debe tenerse en cuenta la confiabilidad y la validez de la prueba, la factibilidad clínica de la misma (entrenamiento y tiempo requeridos). Debe existir más de una escala para procurar cubrir a todos los pacientes.
7. Minimice el énfasis en indicadores fisiológicos.
8. Reevalúe y documente.

BIBLIOGRAFIA

- Feldt K. Checklist of Nonverbal Pain Indicators. *Pain Management Nursing* 2000; 1(1): 13-21.
- Hadjistavropoulos T. An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *Clin J Pain* 2007; 23: S1-43.
- Hadjistavropoulos T. Toward a research outcome of pain in frail elderly in chronic care. *Pain Clinic* 1997; 10: 71-79.
- Herr K, Coyne P, Key T, et al. Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement With Clinical Practice Recommendations. *Pain Manag Nurs* 2006; 7(2): 44-52.
- Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for Assessment of Pain in Nonverbal Older Adults with Dementia: A State-of-the-Science Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. February 2006; 31(2).
- Horgas A, Nichols A, Schapson B, et al. Assessing Pain in Persons with Dementia: Relationships Among the Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument, Self-report, and Behavioral Observations. *Pain Management Nursing* (June), 2007; 8(2): 77-85.
- Miro J, Huguet A, Nieto R. Evaluation of Reliability, Validity, and Preference for a Pain Intensity Scale for Use With the Elderly. *The Journal of Pain* 2005; 6(11): 727-735.
- Pain. *Older People's Pain*. International Association For The Study Of Pain. 2006; 14(3).
- Ware L, Epps C, Herr K, et al. Evaluation of the Revised Faces Pain Scale, Verbal Descriptor Scale, Numeric Rating Scale, and Iowa Pain Thermometer in Older Minority Adults. *Pain Management Nursing* 2006; 7(3): 117-125.

ANALGÉSICOS EN EL ADULTO MAYOR

FRANKLIN RUIZ Y LUIS FERNANDO CIFUENTES

1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes de edad avanzada pueden requerir estrategias terapéuticas para el dolor, diferentes a las utilizadas en personas más jóvenes como consecuencia de los cambios en el metabolismo y en la sensibilidad a los medicamentos relacionados con la edad, las enfermedades concomitantes, la necesidad de polimedicación, el mayor riesgo de efectos adversos y de interacciones farmacológicas. La presente revisión es un compendio de aforismos y recomendaciones prácticas que tiene por objeto incentivar el uso correcto de los analgésicos en la población mayor.

2. PRINCIPIOS BÁSICOS

Aspectos fisiológicos del envejecimiento que modifican farmacología de los analgésicos en los ancianos

- Disminución en la absorción de los medicamentos orales.
- Disminución de las proteínas plasmáticas que ligan fármacos.
- El volumen de distribución de los medicamentos hidrofílicos disminuye (menor nivel de agua en el organismo).



Eliminar las barreras de comunicación:

- Dar información verbal y escrita (conscientemente repetitiva).
- Considerar el deterioro cognitivo y sensorial.
- Concertar citas cortas pero frecuentes.

Figura 1. Consideraciones para la terapia analgésica en ancianos.

- Los pacientes con uso de AINEs a largo plazo deben ser monitoreados periódicamente para detectar hemorragia gastrointestinal oculta, insuficiencia renal, interacciones fármaco-fármaco (p.e. disminución de la eficacia del antihipertensivo) o fármaco-enfermedad.
- Los ancianos que toman analgésicos deben ser monitoreados estrechamente y con frecuencia para determinar la eficacia del fármaco y la presencia de efectos colaterales durante el inicio, el ajuste o en cualquier cambio de la dosis de los medicamentos.

AINEs - Efectos colaterales

- * *Cardiovasculares*: aumento del riesgo de eventos aterotrombóticos (AINEs y coxibs).
- * *Gastrointestinales*: sangrado, ulceración, perforación (principalmente con AINEs).
- * *Renales*: retención de agua y sodio, reacciones alérgicas (AINEs y coxibs).
- * *Piel*: reacciones alérgicas / pseudoalérgicas (AINEs y coxibs).
- * *Hígado*: hepatitis colestásica, falla hepática (p. e. lumiracoxib).
- * *Médula ósea*: leucocitopenia, anemia aplásica, trombocitopenia.
- * *Plaquetas*: inhibición de la agregación, aumento del tiempo de sangrado (AINEs).




Figura 2. Analgésicos no opioides

El dolor progresivo debe ser identificado y tratado mediante el uso de analgésicos de inicio rápido y de acción corta. El dolor progresivo incluye las siguientes categorías:

- *El fracaso de fin de dosis*: es el resultado de niveles sanguíneos bajos del analgésico, con incremento del dolor antes de la administración de la siguiente dosis.
- *El dolor incidental*: es usualmente causado por actividades que pueden ser anticipadas, por lo tanto se pueden usar esquemas profilácticos.

- Si hay signos o síntomas de obstrucción no se deben utilizar agentes que estimulen la motilidad

Tabla 1a. Estreñimiento-laxantes

Mecanismo de acción	Sustancia activa
* Formación de masa	* Plántago
* Osmótico	* Lactulosa
* Alteración de la absorción	* Bisacodil, Picosulfato de Na intestinal de fluido y de electrolitos
* Lubricante	* Parafina
* † Reflejo de defecación	* Sorbitol

Tabla 1b. Manejo del estreñimiento inducido por opioides

* Medidas básicas	
Nutrición rica en fibra / suplementos de fibra (plántago).	
Abundante suministro de líquidos.	
Evitar el sedentarismo, estimular actividad física suficiente.	
* Terapia farmacológica	
Picosulfato de sodio	10-20 gotas
Macrogol	1-3 x un frasco
Lactulosa	3 x 1 (15-30 ml)
Sorbitol	

3.4 Manejo de la náusea

Náusea y vómito: principios de la terapia farmacológica

- La administración de los antieméticos debe hacerse con intervalos regulares, bien sea en terapia profiláctica o terapéutica.
- Usar dosis terapéuticas plenas: es frecuente la subdosificación.
- Si es necesario, combinar antieméticos con diferentes mecanismos de acción.
- Hacer la elección del medicamento de acuerdo con la causa de la náusea y el vómito.

La náusea puede requerir manejo con antieméticos, según necesidad.

- La náusea leve usualmente se resuelve de manera espontánea en pocos días.
- Si la náusea persiste, puede ser apropiado ensayar un opioide alternativo.
- Los antieméticos deben ser elegidos entre aquellos con más bajo perfil de efectos colaterales en los ancianos.

3.5 Otros síntomas

El prurito severo puede ser tratado con antihistamínicos (p.e. cetirizina).

Las mioclonias pueden ser aliviadas por el uso de opioides alternos o en casos severos con clonazepan.

- Se debe evitar el uso de más de un AINE al mismo tiempo. Las limitaciones del “efecto techo” deben ser anticipadas (p.e. no emplear dosis máximas por el riesgo de toxicidad).

5. USO DE COMBINACIONES ANALGÉSICAS

- La combinación debe hacerse con compuestos que tengan demostrada asociación sinérgica y complementaria.
- Las combinaciones de dosis fijas (p.e. acetaminofén / tramadol, acetaminofén / codeína) pueden ser utilizadas para el dolor leve a moderado.
- La dosis máxima recomendada, de cada medicamento usado en la combinación, no debe ser excedida, para minimizar así la toxicidad.

6. USO DE COANALGÉSICOS

Los coanalgésicos pueden ser apropiados en pacientes con dolor neuropático y algunos otros síndromes dolorosos crónicos.

- La carbamazepina es el medicamento de elección para la neuralgia trigeminal.
- Se deben elegir preferencialmente los medicamentos con los perfiles más bajos de efectos colaterales.
- Los coanalgésicos pueden ser utilizados solos, pero a menudo son más útiles cuando se usan en combinación y para mejorar la eficacia de otras estrategias de manejo del dolor.

- Estas evaluaciones deben hacerse con la misma ecuanimidad que acompaña el manejo a largo plazo de otros medicamentos potencialmente riesgosos (p.e. antihipertensivos) con el fin de no transferir al paciente, o a su familia, una preocupación excesiva o temores innecesarios que promuevan la “opiofobia”.

8. ERRORES FRECUENTES EN LA PRESCRIPCIÓN

Queremos finalizar esta sección remarcando los errores más comunes en el manejo de analgésicos en la población mayor.

- El dolor en el anciano a menudo no se comunica, no se aprecia, se evalúa mal y, por último, se trata insuficientemente.
- Culturalmente se acepta que el dolor es un componente normal del envejecimiento y se considera el dolor como algo inevitable.
- Los pacientes de edad avanzada pueden recibir “demasiado” (p. ej., los medicamentos de acción prolongada pueden aumentar la toxicidad en caso de disminución de la excreción renal o del metabolismo hepático).
- Los ancianos con dolor pueden recibir “demasiado poco” (p.e. una dosis subterapéutica puede motivar la suspensión del tratamiento por supuesta falta de eficacia).
- Con frecuencia no se prescriben analgésicos más potentes por la falsa creencia de que producen adicción. América Latina es en particular un continente opiofóbico.

OSTEOARTRITIS DE CADERA Y RODILLA EN EL ADULTO MAYOR

MARÍA ANA TOVAR SÁNCHEZ

La mayoría de las personas experimentarán dolores musculoesqueléticos en algún momento de sus vidas y aproximadamente uno de cada cinco sufrirán de dolor articular o de espalda persistente¹. La osteoartritis (OA) es la enfermedad reumatológica más común; afecta a más del 80% de la población mayor de 55 años y frecuentemente se menciona como la causa que lidera el dolor musculoesquelético crónico^{1,2}.

PATOLOGÍA

Los puntos de vista con respecto a la naturaleza y etiología de la OA han cambiado en años recientes. Antes de 1986 no existían definiciones estándar y la OA era considerada una condición degenerativa que involucraba el cartílago articular y el hueso subcondral, en contraste con la artritis reumatoide que era vista como un desorden de la membrana sinovial. El concepto actual sostiene que la OA involucra el órgano articular completo, lo que incluye el hueso subcondral, meniscos, ligamentos, músculos periarticulares, cápsula y sinovial^{1,3}.

La OA se caracteriza, desde el punto de vista patológico, por áreas focales de daño al cartílago articular, cambios en el hueso subcondral y marginal, al igual que sinovitis variable y engrosamiento capsular¹.

Desde 1960 se han hecho observaciones que demuestran la poca concordancia entre el dolor articular y las anomalías radiográficas. Las radiografías estándar pueden ser normales en algunos individuos sintomáticos y puede haber dolor articular unilateral, con cambios radiográficos similares en ambas articulaciones. Más del 40% de las personas con cambios radiográficos severos están libres de síntomas¹.

Los factores de riesgo para la presencia de OA radiológica están bien documentados e incluyen factores locales y sistémicos. Los factores sistémicos dominantes que aumentan la vulnerabilidad de la articulación son edad creciente y sexo femenino. Los estudios epidemiológicos han mostrado también un componente genético que es probablemente poligénico, pero los genes responsables aún no se han identificado. También puede haber deficiencias nutricionales asociadas con aceleración de la enfermedad^{1,2}.

Factores locales específicos de la articulación incluyen lesiones articulares (por ejemplo, una lesión meniscal), cirugías previas y mal alineamiento. Entre los factores extrínsecos se cuentan obesidad, debilidad muscular y ocupación^{1,2}.

OSTEOARTRITIS Y DOLOR

Los síntomas y signos encontrados en pacientes con OA incluyen dolor, rigidez de corta duración después de inactividad, crepitación y edema. Estas características son de inicio insidioso y no se asocian con alteraciones sistémicas. El dolor relacionado con la actividad es característico, aunque el dolor en reposo y nocturno se pueden presentar en casos severos. Los síntomas son experimentados principalmente en la articulación afectada o cerca de ella, pero también puede haber dolor y sensibilidad referidos^{1,2}.

El dolor que se presenta en la vecindad de una articulación con OA no siempre es causado por patología local. Problemas periarticulares, que se pueden originar por la deformidad asociada con la OA, también pueden producir dolor. Por ejemplo, una bursitis trocantérica o una bursitis anserina ocurren con frecuencia en compañía de la OA.

Basados en reportes que establecen que muchos pacientes con osteofitos y estrechamiento del espacio articular se mejoran del dolor cuando se tratan los puntos gatillo en los músculos periarticulares, se realizó un estudio³ en Dinamarca para demostrar que hay un aumento de hiperalgesia muscular y de las áreas de dolor referido en pacientes con OA comparados con sujetos normales, mediante la inyección de solución salina hipertónica en músculo tibial anterior. Las conclusiones demostraron que hay sensibilización central en respuesta a los impulsos de nociceptores musculares, manifestada por aumento en la intensidad del dolor, en el área de irradiación y en las áreas de dolor referido.

También se ha observado, como apoyo a la teoría de cambios en la modulación central de impulsos nociceptivos en los pacientes de OA, el hecho de que la inyección local de anestésico dentro de una rodilla sintomática, con frecuencia resulta en mejoría de la rodilla opuesta no inyectada¹.

La presencia de inflamación sinovial se ha demostrado en OA, al menos durante algunas fases de la enfermedad y hay una serie de observaciones que sugieren un papel para la inflamación articular en la patogénesis del dolor. Los derrames articulares y los quistes poplíteos se asocian con inflamación y son comunes en la gente mayor y en sujetos con OA radiológica¹.

El periostio, el hueso subcondral y la médula ósea están ricamente inervados con fibras sensitivas y son fuentes potenciales de

dolor en OA. El aumento en la presión intraósea se origina por una alteración en el drenaje venoso y probablemente explica los beneficios inmediatos de procedimientos quirúrgicos tales como una osteotomía¹.

CLASIFICACIÓN

El Colegio Americano de Reumatología ha establecido los criterios para diagnosticar OA de cadera⁴ y de rodilla⁵.

Criterios clínicos (cadera)

Un paciente tiene OA de cadera si presenta **dolor** más (sensibilidad 86%, especificidad 75%):

1. Rotación interna de cadera = 15° , con dolor a la rotación interna, rigidez matinal de la cadera = 60 minutos y > de 50 años ó
2. Rotación interna de cadera < de 15° y eritrosedimentación = 45 mm/h. Si no se tiene eritrosedimentación, se puede sustituir por flexión de cadera = 115° .

Criterios clínicos más radiológicos (cadera)

Un paciente tiene OA de cadera si presenta **dolor** más dos de los siguientes criterios (sensibilidad 89%, especificidad 91%):

1. Osteofitos (femoral o acetabular).
2. Estrechamiento del espacio articular (superior, axial y/o medial).
3. Eritrosedimentación < 20 mm/h.

Criterios clínicos (rodilla)

Un paciente tiene OA de rodilla si presenta **dolor** más al menos tres de los siguientes criterios (sensibilidad 95%, especificidad 69%):

1. Mayor de 50 años
2. Rigidez < 30 minutos
3. Crepitación
4. Sensibilidad ósea
5. Crecimiento óseo
6. No cambios de temperatura

Criterios clínicos y radiológicos (rodilla)

Un paciente tiene OA de rodilla si presenta **dolor** más al menos uno de los siguientes criterios (sensibilidad 91%, especificidad 83%):

1. Mayor de 50 años
2. Rigidez < 30 minutos
3. Crepitación
4. Osteofitos

Criterios clínicos y de laboratorio (rodilla)

Un paciente tiene OA de rodilla si presenta **dolor** más cinco de los siguientes criterios (sensibilidad 92%, especificidad 75%):

1. Mayor de 50 años
2. Rigidez < 30 minutos

3. Crepitación
4. Sensibilidad ósea
5. Crecimiento óseo
6. No cambios de temperatura
7. VSG < 40 mm/h
8. Factor reumatoideo < 1: 40
9. Signos de líquido sinovial de OA (viscoso, claro)

TRATAMIENTO

No existe hasta el momento un tratamiento que sirva como modificador de la enfermedad. Las terapias actuales se dirigen hacia el control de los síntomas, mantener la función y evitar el daño articular adicional. La OA debe ser manejada sobre una base individual y probablemente necesitará una combinación de opciones de tratamiento. Lo que es común para todos es la modificación del estilo de vida, particularmente en lo que se refiere al ejercicio y a la reducción de peso, que es un componente central del manejo de la OA.

Varias revisiones que evalúan ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento han demostrado claros beneficios con respecto a la reducción del dolor y mejoría de la función en personas con OA de cadera y rodilla. La pérdida de peso también reduce el dolor y mejora la actividad física, especialmente cuando se combina con ejercicio regular^{1, 2}.

El manejo que se recomienda, y según su orden de jerarquía, es:

1. Manejo no farmacológico (educación, ejercicio, pérdida de peso, zapatos adecuados, fisioterapia, ortesis).
2. Manejo farmacológico (acetaminofén, glucosamina, condroitin, AINE, opioides, artrocentesis más inyección intraarticular de esteroides o hialuronatos).
3. Cirugía (artroscopia, osteotomía, reemplazo articular).

De acuerdo con la Medicina Basada en Evidencia (base de datos de Cochrane), el resultado de la evaluación de las anteriores terapias es como sigue:

Ejercicio: muy pocos estudios cumplieron los criterios de selección. Se demostró que el ejercicio en tierra (como opuesto al ejercicio acuático) reduce el dolor y mejora la función física para personas con OA de rodilla^{6,7}. En cuanto a la intensidad del ejercicio, aeróbicos de alta y baja intensidad parecen ser igualmente efectivos para mejorar el estado funcional del paciente con OA de rodilla, la marcha, el dolor y la capacidad aeróbica⁸.

Acetaminofén y AINE: a pesar del gran número de publicaciones en esta área, hay pocos ensayos controlados aleatorizados. La evidencia sugiere que los AINE son superiores al acetaminofén para mejorar el dolor de cadera y rodilla en personas con OA. El tamaño del efecto del tratamiento fue modesto y la duración promedio fue de solo seis semanas⁹. La selección del AINE debe estar basada en la seguridad relativa, el costo y la aceptación del paciente¹⁰.

Glucosamina: los pronósticos de dolor, rigidez y función no mostraron superioridad de la glucosamina sobre el placebo. La glucosamina fue tan segura como el placebo¹¹.

Glucosamina y Condroitín: la glucosamina sola o en combinación con sulfato de condroitín no redujo el dolor efectivamente en pacientes con OA de rodilla¹².

Tramadol: el tramadol o la combinación tramadol/paracetamol disminuyen la intensidad del dolor, producen alivio de los síntomas y mejoran la función, pero estos beneficios son pequeños. Los efectos adversos con frecuencia ocasionan que los pacientes suspendan la medicación, lo que puede limitar su utilidad¹³.

Esteroides intraarticulares: ha quedado bien establecido el beneficio a corto plazo de los corticosteroides intraarticulares en el tratamiento de OA de rodilla y se han reportado pocos efectos colaterales. No se han confirmado los beneficios a largo plazo. La triamcinolona fue superior a la betametasona¹⁴.

Viscosuplementación: es un tratamiento efectivo para OA de rodilla con efectos benéficos sobre el dolor, la función y la evaluación global del paciente, en diferentes periodos post-inyección, pero en especial a las semanas 5 y 13 post-inyección^{15, 16, 17}.

Ortesis: un *brace* tiene efectos benéficos adicionales para OA de rodilla, cuando se compara con solo tratamiento médico. Un *brace* es más efectivo que un soporte de neopreno. Una plantilla en cuña lateral disminuye el consumo de AINE y mejora el cumplimiento del paciente cuando se compara con una plantilla neutra¹⁸.

Estimulación eléctrica: la evidencia sugiere que la terapia de estimulación eléctrica puede dar mejorías significativas para OA de rodilla, pero se requieren estudios adicionales¹⁹. Respecto a la estimulación eléctrica transcutánea (TENS), se demostró que es efectiva para controlar el dolor cuando se comparó con placebo²⁰.

Ultrasonido: no parece tener beneficios sobre el placebo o la diatermia de onda corta para pacientes con OA de cadera o rodilla. Estas conclusiones son limitadas debido al pobre reporte de las características de los equipos, la población, la etapa de la OA y a la baja calidad metodológica de los estudios incluidos²¹.

Termoterapia: el masaje con hielo, cuando se comparó con los controles, tuvo efecto benéfico sobre el arco de movilidad articular, la función y la fuerza de la rodilla. Los paquetes fríos disminuyeron el edema. Los paquetes calientes no tuvieron efectos benéficos sobre el edema cuando se compararon con el placebo o la aplicación de frío. Los paquetes fríos no afectaron de forma significativa el dolor cuando se compararon con los controles. Se requieren estudios mejor diseñados, con protocolos estandarizados y un número adecuado de participantes²².

Láser: cinco estudios reportaron diferencias estadísticamente significativas a favor del tratamiento con láser, cuando se comparó con placebo. Tres no reportaron efectos benéficos. Se requieren más estudios con protocolos estandarizados^{23,24}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kidd, B. Osteoarthritis and joint pain. *Pain* 2006; 123: 6-9.
2. Bajaj, P; Bajaj, P; Graven-Nielsen, T; Arendt-Nielsen, L. Osteoarthritis and its association with muscle hyperalgesia: an experimental controlled study. *Pain* 2001; 93: 107-114.
3. Hunter, DJ; Felson, DT. Osteoarthritis. *BMJ* 2006; 332: 639-642.
4. Altman, R; Alarcón, G; Applerouth, D et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of the osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 505-514.

5. Altman, R; Asch, E; Bloch, G et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of the osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 1039-1049.
6. Fransen, M; McConnel, S; Bell, M. Exercise for osteoarthritis of the hip or knee. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
7. Minor, M. Exercise in the treatment of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin N Am* 1999; 25: 397-415.
8. Brosseau, L; MacLeay, L; Robinson, VA; Tugwell, P; Wells, G. Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
9. Towheed, TE; Maxwell, L; Judd, MG; Catton, M; Hochberg, MC; Wells, G. Acetaminophen for osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
10. Watson, M; Brookes, ST; Faulkner, A; Kirwan, J. Non-aspirin, non-steroidal anti-inflammatory drugs for treating osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
11. Towheed, TE; Maxwell, L; Anastassiades, TP et al. Glucosamine therapy for treating osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
12. Clegg, DO; Reda, DJ; Harris, CL et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *NEJM* 2006; 354: 795-808.
13. Cepeda, MS; Camargo, F; Zea, C; Valencia, L. Tramadol for osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.

14. Bellamy, N; Campbell, J; Robinson, V; Gee, T; Bourne, R; Wells, G. Intraarticular corticosteroid for treatment of osteoarthritis of the knee. Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
15. Bellamy, N; Campbell, J; Robinson, V; Gee, T; Bourne, R; Wells, G. Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
16. Karatosun, V; Unver, B; Gocen, Z, Sen, A. Comparison of two hyaluronan drugs in patients with advanced osteoarthritis of the knee. A prospective, randomized, double-blind study with long term follow-up. Clin exp rheum 2005; 23: 213-218.
17. Neustadt, D; Caldwell, J; Bell, M; Wade, J; Gimbel, J. Clinical effects of intraarticular injection of high molecular weight hyaluronan (Orthovisc) in osteoarthritis of the knee: a randomized, controlled, multicenter trial. J Rheum 2005; 32: 1928-1936.
18. Brouwer, RW; Jakma, TSC; Verhagen, AP; Verhaar, JAN; Bierma-Zeinstra, SMA. Braces and orthoses for treating osteoarthritis of the knee. Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
19. Hulme, J; Robinson, V; DeBie, R; Wells, G; Judd, M; Tugwell, P. Electromagnetic fields for the treatment of osteoarthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
20. Osiri, M; Welch, V; Brosseau, L et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation for knee osteoarthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
21. Robinson, VA; Brosseau, L; Peterson, J; Shea, BJ ; Tugwell, P ; Wells, G. Therapeutic ultrasound for osteoarthritis of the knee. Cochrane

Database of Systematic Reviews. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.

22. Brosseau, L; Yonge, KA; Robinson, V et al. Thermotherapy for treatment of osteoarthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
23. Brosseau, L; Robinson, V; Wells, G et al. Low level laser therapy (Classes III) for treating osteoarthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 3, 2007. [en línea] Agosto 2007 [fecha de acceso 9 de agosto de 2007]. URL disponible en <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>.
24. Brosseau, L; Wells, G; Marchand, S et al. Randomized controlled trial on low level laser therapy (LLLT) in the treatment of osteoarthritis (OA) of the hand. *Lasers in surg and med* 2005; 36: 210-219.

DOLOR POSTOPERATORIO EN EL ANCIANO

ADRIANA M. CADAVID PUENTES
Y MARTA I. BERRÍO VALENCIA

INTRODUCCIÓN

El aumento en la expectativa de vida por el mejor control de las enfermedades crónicas ha provocado un cambio demográfico con un aumento significativo de la población adulta mayor. Se estima que, entre 2010 y 2030, habrá un aumento de más del 75% de la población mayor de 65 años y, entre 1995 y 2050, el incremento acumulado de la población mayor de 85 años será de un 400%¹. Esto ha hecho que el anestesiólogo se vea enfrentado cada vez más a pacientes quirúrgicos de mayor edad y complejidad y también a la necesidad de comprender los ajustes que requiere el anciano para una adecuada analgesia postoperatoria.

El dolor postoperatorio (POP) mal manejado se asocia a ansiedad, delirium POP, constipación, deambulación tardía, mayores complicaciones pulmonares, empeoramiento de la clase funcional y mayor estancia hospitalaria^{2,3}. A pesar de esto, aproximadamente un 50-70% de los pacientes presentan dolor POP moderado o severo⁴, siendo más afectado el adulto mayor por subvaloración y subtratamiento del dolor POP, lo cual se explica por el temor al uso de opioides, mitos que consideran que el adulto mayor experimenta menos dolor o que éste es inherente al proceso de envejecimiento, por dificultades en la com-

presión de la valoración del control analgésico, y por ser una población poco estudiada al ser excluida de muchos ensayos clínicos por presentar alteraciones sensoriales o cognitivas⁵⁻⁷.

Para este artículo, el término anciano, adulto mayor o población geriátrica se refiere a personas de 65 y más años de edad.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

Sistema nervioso

Hay desmielinización y reducción del número de fibras de nervios periféricos, disminución en la velocidad de conducción de fibras sensitivas. Así mismo, deterioro neuroquímico de los sistemas noradrenérgico, opioide y serotoninérgico⁸. A pesar del aumento en los niveles de catecolaminas, la respuesta a los barorreflejos está alterada, lo que hace al adulto mayor más susceptible a hipotensión con las técnicas neuroaxiales⁹.

La función cognitiva disminuye con la edad. En el postoperatorio se observa hasta un 70% de deterioro agudo de la cognición, manifestado como delirio o confusión¹⁰.

Sistema cardiovascular

El cambio más notorio de la función cardiovascular en el anciano es la reducción del gasto cardiaco, el cual disminuye un 1% por año a partir de los 30 años de edad^{6, 7}. Además, el 50-65% de los pacientes que alcanzan 70 años de edad tienen enfermedad cardiovascular asociada. El anciano también tiene mayor riesgo de inestabilidad cardiovascular por su menor reserva y menor tolerancia a pequeños cambios de volumen intravascular o de la capacitancia venosa.

Sistema respiratorio

La capacidad funcional residual está disminuida y se acerca al volumen de cierre, con tendencia al colapso alveolar¹.

El anciano tiene menor masa muscular en intercostales y menor reserva del diafragma, por lo cual toda respiración superficial y consecuente taquipnea lo llevan más fácilmente a fatiga y falla respiratoria.

Hay aumento de la sensibilidad central a los opioides y sedantes; la respuesta a la hipoxia y a la hipercapnia está disminuida en el centro respiratorio^{5,9}.

Un estudio retrospectivo¹¹ mostró que en los mayores de 60 años se incrementó el riesgo de depresión respiratoria con la administración de opioides, y se disminuía la incidencia de náusea y vómito.

Sistema renal

Existe disminución del flujo sanguíneo renal en un 10% por década (600 ml/min en adultos jóvenes a 300 ml/min a los 80 años de edad) y una menor respuesta vasodilatadora renal que hacen al riñón menos capaz de mantener la homeostasis ante el estrés quirúrgico y el dolor^{7,9}.

Sistema gastrointestinal

Cerca de los 80 años de edad se observa una reducción de hasta 40% de la masa hepática. El flujo sanguíneo hepático también se reduce, secundario a la disminución del gasto cardiaco.

Adicionalmente hay menor síntesis de prostaglandinas gástricas con mayor susceptibilidad a los efectos adversos de los AINES⁸⁻⁹.

El dolor induce o empeora el íleo POP y, a su vez, prolonga la estancia hospitalaria².

Alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de los analgésicos

En el paciente geriátrico disminuye el volumen de distribución para fármacos hidrosolubles (morfina) y aumenta para fármacos liposolubles (fentanil, diazepam) por la reducción del agua corporal con la edad mayor⁶. Hay también menor depuración de fármacos y mayor vida media de eliminación de los mismos.

Hay reducción de los niveles de albúmina, aumentando la fracción libre de medicamentos como el naproxeno y disminución de las reacciones de fase I aumentando la vida media de las benzodiazepinas y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES)^{6,9}.

La mayor sensibilidad del anciano a los opioides se explica en parte por estas modificaciones en la distribución y aclaramiento de los fármacos. Sin embargo, se proponen también mecanismos farmacodinámicos tales como cambios en el número y función de los receptores Mu y Kappa en el sistema nervioso central, que explican hasta un 50% de mayor respuesta depresora en el anciano a los opioides.

Valoración del dolor POP

La medición del dolor POP en el adulto mayor es una tarea más exigente por los problemas visuales o auditivos, déficit cognitivo o la dificultad para la comprensión de las escalas para la valoración del dolor en este grupo de edad^{1,3}.

El subtratamiento del dolor o el empleo de algunos medicamentos para su manejo aumentan el riesgo de delirium POP¹². Así, dentro de las causas de cambios comportamentales, como agitación en la UCPA, se debe descartar el dolor.

Las herramientas más usadas son la Escala Numérica Verbal (ENV), la Escala Visual Análoga (EVA) y la Escala Verbal Descriptiva. Sin embargo, hay mayor dificultad para la comprensión de las dos primeras escalas mencionadas al avanzar la edad. Los pacientes con déficit cognitivo o que no tienen comunicación verbal pueden evaluarse con la escala de caras de dolor⁶.

Las sugerencias se basan en hablar despacio, claro, con una tonalidad más grave, enseñar la escala de medición de dolor preoperatoriamente, monitorizar el control del dolor mínimo cada 2-4 horas y emplear preferentemente las escalas verbales descriptivas en la unidad de cuidados postanestésicos⁶.

ANALGÉSICOS

Tradicionalmente se acepta que los ancianos tienen requerimientos disminuidos de opiodes por su mayor susceptibilidad; sin embargo, un ensayo reciente mostró que la titulación con morfina en el adulto mayor o en los pacientes jóvenes puede realizarse de igual manera hasta lograr una EVA= 30 mm, una frecuencia respiratoria < 12/minuto, una saturación de oxígeno < 95 %, alergia, vómito o prurito severo; con bolos de 2 mg (< 60 Kg) ó 3 mg (> 60 Kg) IV de morfina cada 5 minutos, sin incremento en los efectos adversos; tal vez esto se deba a que cambios en la farmacocinética y farmacodinámica son de menor importancia durante un periodo corto de administración de opioides¹³.

Si bien durante la titulación opioide en recuperación parece no modificarse significativamente del adulto joven, para las dosis de mantenimiento sí se deben reducir en el régimen por horario³.

Hay que ajustar la dosis de morfina en caso de insuficiencia renal o emplear fentanil o hidromorfona que no tienen metabolitos relevantes que se acumulen. Se debe evitar la meperidina por facilitar la aparición de delirium⁶.

La administración de analgesia controlada por el paciente (PCA) o analgesia epidural controlada por el paciente (PCEA) no están contraindicadas en el adulto mayor, excepto si hay alteraciones cognitivas o físicas que limiten el uso de estos dispositivos¹. Se sugiere disminuir la dosis del bolo por PCA en el paciente anciano, sin modificar el intervalo de las demandas¹⁴.

Como parte de la analgesia multimodal el acetaminofén puede emplearse hasta 2-4 días POP con buena tolerancia asociado a los opioides³.

Los AINES incrementan significativamente los riesgos gastrointestinales (úlceras, perforación, sangrado) en mayores de 65 años, incluso si se combina con ácido acetilsalicílico a dosis cardioprotectoras⁹.

En caso de emplearse debe disminuirse la dosis un 25-50% o aumentar el intervalo de administración. Están contraindicados en el POP si la depuración de creatinina es < 50 ml/min⁹.

ANALGESIA REGIONAL

El abordaje neuroaxial puede ofrecer dificultades técnicas por cambios anatómicos como la disminución del foramen intervertebral y la

calcificación ligamentaria; este primer cambio permite el aumento de la dispersión cefálica del anestésico local como también el grado de bloqueo motor es más intenso en el anciano con dosis estándares de anestésico local para la analgesia epidural¹⁵.

La concentración óptima analgésica para la bupivacaína por vía epidural que se ha asociado, a su vez, con menos episodios hipotensivos es del 0,05 - 0,15%⁶.

Para disminuir la dosis de anestésico local empleada por vía neuroaxial se adicionan opioides, obteniéndose mejoría analgésica y disminución de efectos adversos⁹.

La morfina intratecal (IT) brinda una analgesia POP excelente. Murphy y col. demostraron en 65 pacientes, mayores de 65 años, programados para cirugía electiva de artroplastia de cadera que 100 µg de morfina IT ofrecieron mejor analgesia que 50 µg y eran comparables a 200 µg de morfina IT con menos efectos adversos¹⁶.

La incidencia de delirium POP con la analgesia regional es igual que con técnicas parenterales¹².

CONCLUSIÓN

La analgesia POP adecuada acelera la recuperación, disminuye las complicaciones POP y mejora o mantiene el nivel funcional y la satisfacción del paciente adulto mayor.

El manejo del dolor POP en el paciente geriátrico se ve afectado por cambios en la farmacocinética y farmacodinámica, menor reserva funcional, comorbilidades, polifarmacia y difícil evaluación del nivel de dolor. La elección de la terapia analgésica se basa en la eficacia,

interacciones, perfil de efectos adversos de los fármacos y las características propias de cada paciente.

Recordar que la titulación de opioide en el anciano es comparable a la del paciente joven, lo que se debe es reducir la dosis de mantenimiento; emplear la analgesia multimodal, disminuir el volumen y concentración del anestésico local para la analgesia epidural, ser cauteloso con el uso de AINES, y monitorizar frecuentemente los efectos adversos y el control del dolor con la escala descriptiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cook DJ, Rooke G. Priorities in perioperative geriatrics. *Anesth Analg* 2003; 96: 1823-1836.
2. Bonnet F, Marret E. Postoperative pain management and outcome after surgery. *Best Pract Res Clin Anesthesiol.* 2007; 21(1): 99-107.
3. McDonald DD. Postoperative pain management for the aging patient. *Geriatrics aging.* 2006; 9(6): 395-398.
4. Pogatzki-Zahn EM, Zahn PK, Brennan TJ. Postoperative pain-clinical implications of basic research. *Best Pract Res Clin Anesthesiol.* 2007; 21(1): 3-13.
5. Prowse M. Postoperative pain in older people: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2007; 16(1): 84-97.
6. Aubrun F, Marmion F. The elderly patient and postoperative pain treatment. *Best Pract Res Clin Anesthesiol.* 2007; 21(1): 109-127.
7. McGoldrick KE. The graying of America: Anesthetic implications for geriatric outpatients. *ASA Refresher Courses in Anesthesiology* 2005; 33(1): 165-174.
8. Gibson SJ, Farrel M. a review of age differences in the neurophysiology of nociception and the percentual experience of pain. *Clin J Pain* 2004; 20: 227-339.

9. Aubrun F. Management of postoperative analgesia in elderly patients. *Reg Anesth Pain Med.* 2005; 30 (4): 363-379.
10. Berggren D, Gustafson Y, Erikson B. et al. Postoperative confusion after anesthesia in elderly patients with femoral neck fractures. *Anesth Analg* 1987; 66: 497-504.
11. Cepeda MS, Farrar JT, Baumgarten M, Boston R, Carr DB, Strom BL. Side effects of opioids during short-term administration: Effect of age, gender, and race. *Clin Pharmacol Ther* 2003; 74: 102-112.
12. Vaurio LE, Sands LP, Wang Y, Mullen EA, Leung JM. Postoperative delirium: The importance of pain and pain management. *Anesth Analg* 2006; 102: 1267-1273.
13. Aubrun F, Monsel S, Langeron O, Coriat P, Riou B. Postoperative titration of intravenous morphine in the elderly patient. *Anesthesiology* 2002; 96: 17-23.
14. Macintyre PE. Acute pain management in “non standard” adult patients groups. *Pain Refresher Course Syllabus* 2005: 267-270.
15. Tsui B, Wagner A, Finucane B. Regional anaesthesia in the elderly. A clinical guide. *Drugs Aging* 2004; 21 (14): 895-910.
16. Murphy P, Stack D, Kinirons B, Laffey J. Optimizing the dose of intrathecal morphine in older patients undergoing hip arthroplasty. *Anesth Analg* 2003; 97: 1709-1715.

DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

JORGE DAZA BARRIGA, YUNIA VILLALOBOS VILLA

INTRODUCCIÓN

La depresión, según el *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), es un trastorno del estado de ánimo que afecta en varios componentes al individuo; los síntomas centrales son la anhedonia (incapacidad para experimentar placer o pérdida de interés o de satisfacción en casi todas las actividades o falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros), las alteraciones del estado de ánimo, los episodios de irritabilidad, la ansiedad y el miedo; las alteraciones del apetito, del peso corporal, del sueño y de la eficacia psicomotora; todo ello acompañado de disminución de la autoestima, el aumento de los sentimientos de culpa e ideas de muerte que conllevan el riesgo de suicidio.

Se calcula que el 15-20% de la población mundial ha padecido algún tipo de depresión en alguna etapa de su vida; es mayor en las mujeres (10-25%) en comparación con los hombres (5-12%), en una proporción de 2 a 1.

Las personas de la tercera edad por su condición física y mental sufren muchos cambios que en ocasiones los condicionan o los limitan para realizar ciertas actividades y muchos de los cambios en la salud mental que estos padecen, se dan de forma secundaria a otras enfermedades que pueden ser tratables; dentro de estas está la depresión, que puede afectar la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta.

EPIDEMIOLOGÍA

La depresión, además de ser un trastorno de salud mental, es un problema de índole económico y social; su prevalencia se sitúa alrededor del 4-5% en la población general y es uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los ancianos; 15 al 20% de los individuos sufren trastornos depresivos a lo largo de su vida, y se estima la prevalencia de los síntomas depresivos clínicamente significativos entre el 8 y el 15% de los ancianos que viven en la comunidad y del 30% de los institucionalizados¹². La depresión mayor se presenta con menor frecuencia en las edades avanzadas y afecta alrededor del 3% de los ancianos en la comunidad, al 11% de los hospitalizados y al 12% de los que viven en instituciones asistenciales a largo plazo⁸. Se espera que el número de casos aumente sustancialmente en los próximos 20-30 años, a medida que envejecen las cohortes más jóvenes, los que tienen una mayor prevalencia de depresión que la población anciana actual. En Colombia, se encontró que el 27,9% de los pacientes mayores de 60 años presentaban un tipo de trastorno depresivo, siendo más frecuente los asociados a otro trastorno patológico⁹.

Durante los últimos años, la prevalencia de la depresión ha aumentado a nivel mundial, a la vez que ha disminuido la edad de aparición, convirtiéndose, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cuarta condición médica en importancia en relación con los años de vida perdidos por muerte prematura o vividos con una discapacidad severa y de larga duración.

Se considera que para el año 2020 se constituirá en el segundo problema de mayor importancia en cuanto a la producción de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares⁹. Diversas cifras avalan su actual importancia, una de ellas es que cada año afecta a más de 19 millones de habitantes de Estados Unidos mayores de 18 años, lo que la hace el desorden mental más prevalente de dicho

Tabla 1. Síntomas depresivos en pacientes ancianos y con enfermedades subyacentes

Patologías	% de síntomas depresivos
Enfermedad osteomuscular	60,7%
Hipertensión arterial	46,4%
Enfermedades digestivas	37,5%
Enfermedades urogenitales	32,1%
Enfermedades cardiacas	30,4%
Enfermedades dermatológicas	21,4%
Enfermedades neurológicas	17,8%
Enfermedades pulmonares	17,6%
Diabetes	9,0%
Enfermedades sanguíneas	7,1%
Otras enfermedades	39,2%

Tabla 2. Prevalencia de la depresión mayor correlacionada con enfermedades orgánicas, según Cohen Cole y Stoudemire

Patología	Prevalencia
Enfermedad vascular cerebral	22-50%
Cáncer	18-39%
Infarto agudo del miocardio	15-19%
Artritis reumatoide	13%
Enfermedad de Parkinson	10-37%
Diabetes	5-11%

país. Utilizando los criterios de la DSM-III-R, el Nacional Institute of Mental Health Epidemiological Area Program estimó una prevalencia de depresión superior al 1% en varones y al 3,6% en mujeres mayores de 65 años; depresión mayor del 1 al 4%, con una incidencia de 0,15% por año y a la depresión menor del 4 al 13%.

Los estudios de Beekman y colaboradores sugieren que son más frecuentes los síntomas depresivos como tales, que la depresión mayor en pacientes de edad avanzada. Sin embargo, la mortalidad se relaciona más cuando presentan un trastorno de depresión mayor.

Según las conferencias de consenso del Instituto Nacional de Salud Mental (NINH), entre 1991 y 1997 la depresión en ancianos estaba estigmatizada porque:

1. La depresión es infradiagnosticada por los profesionales de la salud.
2. No es tratada de forma adecuada.
3. La población anciana deprimida no estaba protegida por los servicios asistenciales adecuados.
4. La depresión en poblaciones ancianas estaba relacionada con una mayor discapacidad y deterioro cognitivo.

ETIOLOGÍA

Varios factores, genéticos, biológicos, psicológicos y sociológicos pueden predisponer al desarrollo de depresión. En la medida en que avanzan los años, se incrementa la actividad de las monoaminooxidasas, disminución en la concentración de neurotransmisores, dete-

rioro en la concentración de receptores serotoninérgicos, dopaminérgicos, noradrenérgicos, entre otros, y probablemente el deterioro de las vías neuronales de estos mismos neurotransmisores, sobre todo catecolaminérgicos, puede desempeñar un papel básico en el desarrollo de la depresión^{1-3,6}.

Las pérdidas de las capacidades y deprivaciones de tipo físico, sensorial, social, económico, laboral, entre otras generan disminución en la capacidad de autocuidados, que originan pérdida de la independencia y aislamiento que favorecen el desarrollo de la depresión. La existencia de pluripatología orgánica, enfermedades crónicas e invalidantes y la plurifarmacia son factores que pueden predisponer a la aparición de síndromes depresivos en el anciano⁶.

Factores etiológicos implicados en la depresión:

1. Alteración de neurotransmisores.
2. Alteración genética.
3. Compromiso inmunológico.
4. Alteración neuroendocrina.
5. Compromiso neuroanatómico y neurofisiológico.
6. Factores orgánicos asociados y medicamentos implicados.

1. ALTERACIÓN EN LOS NEUROTRANSMISORES

Existe evidencia de que los niveles anormales de serotonina (5-hidroxitriptamina, 5HT), norepinefrina y dopamina podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión¹³⁻¹⁷.

Serotonina

La serotonina se produce en el noveno núcleo del rafe, en la línea media del puente y del bulbo raquídeo, a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hematoencefálica hasta las neuronas por el transportador neural de aminoácidos (LNAA), que mueve otros aminoácidos como valina, leucina, tirosina e isoleucina. El triptófano debe competir con estos aminoácidos para su transporte en el cerebro, por lo tanto la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de otros aminoácidos a nivel corporal. La incorporación del triptófano en la neurona genera la síntesis de serotonina. El triptófano, por acción de la enzima triptófano (Try) hidroxilasa, se transforma en 5-hidroxitriptófano y luego éste, por acción de la 5-hidroxitriptófano (5-HTP) decarboxilasa, se transforma en serotonina, la cual es almacenada en vesículas presinápticas o metabolizada en ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) por acción de la monoaminooxidasa mitocondrial en las neuronas ubicadas en los núcleos del rafe del tallo encefálico¹⁸.

La serotonina ejerce un importante papel en la conducta, en la aparición del dolor, en los movimientos, en la actividad sexual, en el apetito, en el ciclo de vigilia-sueño y en las funciones endocrinas y cardíacas, entre otras.

Noradrenalina

El locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo en el tallo cerebral que genera la noradrenalina; estas neuronas envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza frontal. El aminoácido tirosina es un precursor indispensable para la síntesis de noradrenalina (NA). La tirosina es primero convertida en dopamina por la enzima tirosina-

hidroxilasa y la dopa es convertida en NA por la enzima dopa-beta-hidroxilasa. La actividad de las neuronas en el LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales la actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima y de ese modo contribuye en la supervivencia.

La hipótesis noradrenérgica en la depresión postula que en el envejecimiento puede producirse un déficit de estas neuronas noradrenérgicas, de proyección cortical, especialmente en el locus coeruleus disminuyéndose la síntesis y liberación de noradrenalina¹⁷⁻¹⁸.

Se ha encontrado concordancia en la hiposensibilidad de los receptores B-adrenérgicos postsinápticos y alfa 2, presinápticos, en la corteza, con la respuesta clínica a los antidepresivos que bloquean la recaptación de la noradrenalina o que inhiben su metabolismo como en los IMAO.

La mejoría clínica de la depresión con sustancias que actúan a nivel noradrenérgico hasta un 60%, permite conceptualizar el papel del neurotransmisor en el trastorno del afecto en el déficit de la atención y concentración en problemas de la memoria, desmotivación y disminución de los procesos de socialización.

La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio junto con la serotonina pueden ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar la actividad de la noradrenalina en la sinapsis.

Dopamina

Es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la parte compacta del locus níger y en neuronas de la parte ventral del tegmento mesencefálico; de aquí se origina la vía que existe entre

la sustancia nigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), la vía que va del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el núcleo accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbico cortical), una tercera vía dopaminérgica se origina de neuronas del túbulo de la hipófisis a la adenohipofisis (vía tuberohipofisiaria)¹⁸.

La dopamina es un neurotransmisor inhibitorio, que participa en el mantenimiento del estado de alerta por medio de las vías mesocortical y mesolímbica; se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis se da en la misma vía que en la noradrenalina.

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones del humor, la conducta y la función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz y conductual. Las enfermedades y las sustancias que reducen la concentración de dopamina conllevan a estados depresivos (reserpina, enfermedad de Parkinson), mientras que las que la aumentan conducen a estados maníacos (anfetaminas y bupropión).

Teoría colinérgica

Se ha propuesto además una hipótesis colinérgica que postula un aumento del tono colinérgico central en la depresión, así como un desequilibrio entre los sistemas colinérgicos y adrenérgicos pero sus resultados no son aún concluyentes.

2. ALTERACIONES GENÉTICAS

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastornos depresivos; se han encontrado relaciones en casos de gemelos monocigóticos hasta en el 65% y del 14% en los dicigóticos con trastorno bipolar, especialmente con depresión ma-

yor; mientras que en gemelos monocigóticos con depresión unipolar es del 40%²².

Cromosoma 11q

Hay evidencias que correlacionan el brazo largo de este cromosoma con trastorno afectivo bipolar. Hay familias con translocación en esta región cromosómica, cerca del receptor dopa DRD2 (11q 22,3-q23). La región 21q22.3 contiene un gen de susceptibilidad para el trastorno afectivo bipolar.

Cromosoma 11p

Esta parte del cromosoma contiene el gen para la tirosina hidroxilasa (TH) (enzima limitante de la síntesis de catecolaminas), y el gen para el receptor de dopamina D4 (DRD4). Se ha visto que personas con talasemia también tienen trastornos afectivos sobre todo bipolar (incluyendo esquizoafectivos maniacos) siendo un 22,4% en comparación con el 9,1% en pacientes unipolares.

Cromosoma X

Se piensa que los cromosomas X y el Y pueden recombinarse en ciertas zonas (región terminal del brazo corto). Este patrón de herencia se ha llamado pseudoautosómico. Esto podría explicar por qué si el padre es el afectado, sus hijos de ambos sexos pueden estar afectados también, mientras que cuando es la madre la trasmisora, los hijos afectados son del mismo sexo.

En la zona Xq27-28 se ha demostrado la relación entre la enfermedad maniaco-depresiva y el factor IX de coagulación (Xq27). Lo que más tarde es apoyado con tres estudios más, donde existen trastornos bipolares, depresión mayor y alcoholismo. Una de las

subunidades del receptor GABA_A está en Xq28, pero ningún estudio ha relacionado los trastornos afectivos con este gen.

La causa de un episodio depresivo puede estar dada o representada en un individuo por varios desencadenantes, como lo son la vulnerabilidad de la persona que presenta un trastorno del estado de ánimo, el estrés ambiental al que esté sometida y la predisposición genética que presenta. Podemos encontrar algunos casos en los que existe predisposición genética en los cuales se dan manifestaciones clínicas después de estar sometidos a una situación de estrés poco importante; por el contrario, otros pacientes con poca predisposición genética solo presentan trastornos depresivos al estar frente a situaciones graves o a una gran tensión acumulada durante años.

No está clara aún la certeza de las implicaciones genéticas en la depresión en el anciano; en especial en depresiones de inicio tardío, en sus características clínicas y en la respuestas a los tratamientos; es por ello que se está en la búsqueda, mediante investigaciones al respecto, de mejores evidencias en el campo genético y la depresión.

3. COMPROMISO INMUNOLÓGICO

Se ha planteado en los últimos años la relación entre la depresión y el sistema inmune, teniendo en cuenta que factores psicoemocionales estresantes activan la acción de algunas células como linfocitos T, linfocitos B, astrocito, microglia, ocasionando la liberación de mediadores inmunes como las citoquinas, las interleucinas, los interferones, el factor de necrosis tumoral, el óxido nítrico y las prostaglandinas. Las IL-1, IL-6 son las que más se correlacionan con los estados depresivos; se piensa que las células inmunes tienen receptores para los neurotransmisores y neurohormonas que intervienen en la depresión^{19, 23}.

4. ALTERACIÓN NEUROENDOCRINA

Hay evidencia de la correlación entre estados depresivos y alteraciones del sistema endocrino, encontrándose dentro de este sistema gran parte del sistema hormonal comprometido²³; básicamente esta alteración está dada por:

- Aumento en la secreción del cortisol.
- Aumento del tamaño de las suprarrenales.
- Descenso de la respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona.
- Respuesta amortiguada de la hormona estimulante de la tiroides (TSH).
- Alteración de la respuesta hipofisaria a la hormona liberadora de corticotropina (CRH).
- Disminución de la secreción de la hormona de crecimiento y disminución de la reactividad a la hormona liberadora de la hormona de crecimiento (GHRH).
- Menor respuesta de las gonadotropinas a la hormona liberadora de ellas (GNRH).

Hay una correlación entre la disminución de los niveles de testosterona en el paciente anciano y la presencia de síntomas depresivos que mejoran con la instauración de terapia con andrógenos.

5. COMPROMISOS NEUROANATÓMICOS Y NEUROFISIOLÓGICOS

El avance en los procedimientos de las neuroimágenes (PET, Spect, FMRI, EEG, RNM) permite determinar la actividad neuronal

a través del flujo sanguíneo cerebral, a la utilización de la glucosa y a la captación de oxígeno; de esta forma se puede establecer la actividad sináptica por regiones, localizar y medir la densidad de los receptores y neurotransmisores, así como su rol en los procesos funcionales y patológicos, los que además, permiten mapear las funciones de las vías nerviosas en las diferentes regiones cerebrales.

Teniendo en cuenta el valioso aporte de los estudios de las neuroimágenes en los pacientes ancianos con depresión, se han establecido algunos parámetros:

Anormalidades generales encefálicas: disminución del flujo sanguíneo cerebral en ancianos deprimidos, que está mediada por las alteraciones vasculares subyacentes.

Simetría cerebral: incremento del metabolismo de la glucosa en el hemisferio derecho, lo que no coincide con los hallazgos de disminución del flujo sanguíneo cerebral del lado derecho que informan algunos estudios. Hay evidencia conflictiva acerca de los cambios en la lateralidad del hemisferio cerebral en pacientes con depresión unipolar o bipolar.

Los cambios en las neuroimágenes son indicadores potenciales de las regiones cerebrales involucradas en la patogénesis de los trastornos depresivos, entre ellas: en el lóbulo temporal, en la formación hipocámpica, en la amígdala, en el uncus, en el lóbulo parietal, en el lóbulo occipital, en las regiones subcorticales de los ganglios basales, en el tálamo, en el cerebelo y en la circunvolución del cíngulo.

Se ha encontrado que en pacientes con un primer episodio depresivo sin tratamiento, en las imágenes de resonancia magnética con difusión se encuentra disfunción hipocámpica en varias pruebas de memoria; en los pacientes con varios episodios de depresión hay dis-

minución en el volumen del tamaño del hipocampo. Se ha observado atrofia en las dendritas apicales de las neuronas piramidales del sector CA3 del hipocampo, acompañado de deficiencias cognitivas del aprendizaje y de la memoria espacial.

Las alteraciones neuroanatómicas, por neuroimágenes en el adulto mayor son: alteración del sistema límbico-neocortical, dilatación ventricular, afección de la sustancia blanca, con mayor gravedad en las depresiones crónicas y tardías e hiperintensidades que se han correlacionado con un pobre pronóstico, mala respuesta a los antidepresivos y a un mayor deterioro cognitivo; en los ganglios basales se encuentran hiperintensidades; el paciente deprimido es más susceptible para presentar cuadros confusionales y mayor tendencia de efectos secundarios. Se ha encontrado, igualmente, reducción del metabolismo cerebral, especialmente en lóbulo frontal.

6. FACTORES ORGÁNICOS ASOCIADOS Y MEDICAMENTOS

Aunque estos factores no se enmarcan como etiológicos, sí guardan estrecha correlación con los trastornos depresivos. Diversos medicamentos pueden ocasionar o exacerbar la sintomatología depresiva⁶.

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Según las formas clínicas, podemos clasificar la depresión de la siguiente manera^{1-2,6}:

- Depresión mayor
- Depresión menor
- Trastorno distímico

Tabla 3. Alteraciones orgánicas que se relacionan con depresión en ancianos

- Neoplasias (pulmón, páncreas).
- Enfermedades cardiovasculares (IAM).
- Infecciones y tumores del SNC.
- Diabetes mellitus, hipo e hipertiroidismo.
- Enfermedades vasculares cerebrales.
- Esclerosis múltiple y epilepsia.
- Enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington.
- Demencias, Alzheimer, vascular, de cuerpos de Lewy.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Infecciones hepatitis, herpes, VIH, neurosífilis, toxoplasma.
- Deshidratación y trastornos hidroelectrolíticos.
- Intoxicaciones con metales mercurio, talio.

Tabla 4. Sustancias y medicamentos que pueden originar síntomas depresivos en el paciente anciano

- | | |
|--|---------------------------------------|
| • Antiarrítmicos propanolol | • Antihipertensivos |
| • Inmunosupresores | • Antiparkinsonianos |
| • Ranitidina | • Quimioterapia |
| • Corticoesteroides | • Benzodiazepinas |
| • Neurolépticos | • Anticonceptivos orales |
| • AINES | • Abuso de alcohol |
| • Anfetaminas | • La cocaína, la heroína, el alcohol. |
| • Síndrome de supresión a:
benzodiacepinas, antidepresivos. | |

- Trastornos bipolares
- Trastornos del estado de ánimo secundario a enfermedades médicas
- Trastornos del estado de ánimo secundario al consumo de sustancias

Depresión mayor

Se define como la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, y se caracteriza por la aparición de síntomas como:

1. Estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades.
3. Alteraciones de peso (pérdida o aumento del mismo).
4. Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia).
5. Fatiga o pérdida de energía.
6. Agitación o enlentecimiento psicomotores.
7. Sentimientos de minusvalía y/o de culpa excesivos.
8. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada que pueden ser delirantes casi todo el día.
9. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi todo el día.
10. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente.

Depresión menor

Se puede definir teniendo por lo menos dos de los síntomas de criterio mayor, con un tiempo menor de dos semanas. La depresión menor es difícilmente encuadrable dentro de la clasificación actual; se podría decir entonces que se trata de depresión breve o trastorno depresivo breve recurrente, que incluye síntomas depresivos moderadamente graves que son coherentes con los criterios establecidos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*, excepto por su duración.

Trastornos distímicos

Estado de ánimo triste no acompañado de otros dos síntomas de depresión mayor, al menos de dos años de duración. Este trastorno es generalmente de iniciación en etapas tempranas de la vida o en la adultez joven, con estado depresivo la mayor parte del día y casi todos los días.

La distimia en los ancianos se expresa con humor deprimido permanente; sin alcanzar los criterios de depresión mayor, experimentan falta de energía, fatiga, retardo psicomotor, ansiedad y preocupación por situaciones triviales, trastornos del sueño, baja autoestima permanente, problemas de atención. Algunos ancianos pueden presentar doble depresión, con episodios de depresión mayor periódicos en el curso de un trastorno distímico, que al mejorar el episodio queda el trastorno de base crónico.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

La clínica de la depresión en el anciano reúne una serie de aspectos que enmarcan la disfuncionalidad física, mental, alteraciones del

comportamiento y alteraciones de su adaptación al entorno. La variación de los síntomas depresivos en la edad avanzada hace difícil la precisión diagnóstica y diferenciarla de otros procesos patológicos.

Estos pacientes cursan con estado de ánimo irritable y/o ansioso, con sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para la concentración, pérdida del interés para realizar las actividades habituales, aislamiento social, pensamientos recurrentes de muerte y suicidio, alteraciones del sueño, imposibilidad para expresar sus sentimientos y emociones como pena, alegría, tristeza, placer; se les hace imposible llorar, y por lo cual, para ellos ser capaces de hacerlo representa un signo de mejoría.

Presentan un estado de melancolía, llamada anteriormente depresión endógena, caracterizado por lentitud del pensamiento o actividad notable o agitación psicomotriz, como inquietud, retorcerse las manos, habla atropellada y pérdida de peso. El estado de ánimo y la actividad varían a lo largo del día, por su punto más bajo por la mañana; la mayoría de estos pacientes se despiertan a media noche sin poder conciliar el sueño o despiertan muchas veces.

La homeostasis en general se altera con pérdida de peso sin una causa orgánica establecida, somnolencia diurna y fatigabilidad, entre otros.

El dolor es muy común en estos pacientes, siendo en muchos casos el síntoma inicial en un 35% de ellos; los dolores más comunes son el articular, el del tórax, de las extremidades, del abdomen y las neuralgias. Los pacientes refieren cefalea como sensación de peso en la cabeza, una banda que aprieta y tirantes en la nuca.

Entre los síntomas neurológicos están el vértigo como uno de los más frecuentes, asociado a una marcha insegura, tinnitus, visión bo-

rrosa y fallas en la memoria y en la concentración; con estas manifestaciones se recomienda hacer un diagnóstico diferencial con demencia senil, o el compromiso sensorial subyacente. Síntomas autonómicos como palpitaciones, disnea, polaquiuria, sequedad en la boca, sofocos, dispepsia, prurito y alteraciones menstruales.

Los síntomas hipocondríacos aparecen en aproximadamente el 65% de los ancianos con depresión y esto es de importancia ya que se ha descrito como factor de riesgo para suicidio.

Estas categorías de los síntomas permiten establecer un mejor plan terapéutico.

Algunos estudios documentan que en el paciente anciano la presentación de la alteración cognoscitiva puede persistir aun después de resolución o mejoría del episodio depresivo, más aún puede ser el único signo que persiste en estos pacientes, convirtiéndose esto en un factor de riesgo alto para la presentación de demencia en el adulto mayor²⁵.

Diagnóstico

Hay que realizar una historia clínica adecuada, indagando los antecedentes patológicos, las tendencias familiares y la sintomatología; crear un ambiente de confianza, que haga que el paciente no se sienta rechazado o desplazado. Evaluar el estado neurológico, mental, consumo de fármacos o alcohol y las posibles alteraciones orgánicas o estructurales que presente.

Se han utilizado test y escalas como herramientas de detección selectiva de los trastornos depresivos, que se usa para la evaluación en ancianos, tales como la escala de depresión geriátrica de YESEVAGE^{26, 27}, la escala de GOLBERG, la escala de HAMILTON y la escala de depresión de ZUNG, entre otras.

Tabla 5. Perfil de presentación clínica de la depresión en el anciano

- Si es el primer episodio depresivo y las características del mismo.
- Si es un episodio agudo correspondiente a un trastorno afectivo bipolar, a una depresión mayor o a un trastorno depresivo crónico.
- Si la sintomatología depresiva corresponde a unos rasgos de personalidad desde épocas juveniles.
- Si la sintomatología hace parte de un trastorno depresivo menor crónico o de una distimia.
- Si es un síntoma acompañante de un proceso patológico orgánico agudo o crónico.
- Si el episodio es el resultado del uso o abuso de sustancias psicotónicas o medicamentosas.
- Si los síntomas depresivos son el resultado de una reacción no adaptativa ante situaciones de tensión y estrés.

Escala de YESAVAGE

Está conformada por 30 ítems de respuesta dicotómica sí/no, para que sea leída y respondida por el mismo paciente. En la versión resumida de 15 ítems los valores normales se sitúan entre 0-5 depresión leve, 6-10 depresión moderada y >10 grave o severa.

Tratamiento

El abordaje terapéutico recomendado consiste en iniciar con técnicas de psicoterapia, psicosociales, fármacos antidepresivos, terapia

electroconvulsiva, estimulación magnética transcranial y la luminoterapia, herramientas que pueden contribuir al restablecimiento del estado de ánimo y de la funcionalidad del paciente. Persiguiendo la remisión de los síntomas en el menor tiempo posible, y el mantenimiento a largo plazo para prevenir las recaídas y las recidivas.

Tabla 6. Escala Geriátrica para la Depresión (YESAVAGE)

1.	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2.	¿Ha declinado muchas de sus actividades e intereses?	SÍ	NO
3.	¿Siente usted que su vida está vacía?	SÍ	NO
4.	¿Logra fastidiarse a menudo?	SÍ	NO
5.	¿Tiene usted buen espíritu la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6.	¿Está usted temeroso de que algo malo vaya a pasarle?	SÍ	NO
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8.	¿Se siente a menudo impotente?	SÍ	NO
9.	¿Prefiere estar en casa que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10.	¿Siente usted que tiene más problemas con la memoria que la mayoría?	SÍ	NO
11.	¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	SÍ	NO
12.	¿Siente que es bastante inútil el camino en el que está ahora?	SÍ	NO
13.	¿Se siente Ud. lleno de alegría?	SÍ	NO
14.	¿Siente que su situación es desesperanzada?	SÍ	NO
15.	¿Siente que la mayoría de la gente es mejor que usted?	SÍ	NO

Puntuación

- ▶ 0-5 Normal.
- ▶ 6-9 Depresión leve.
- ▶ 10 o más depresión establecida.

Para el investigador: las respuestas afirmativas suman un punto, excepto aquellas señaladas con un asterisco*, en cuyo caso la respuesta que puntúa es la negativa. Una puntuación >18 denota la presencia de una depresión con una probabilidad de acertar del 97%.

Psicoterapia

Al paciente anciano deprimido se le debe explicar con claridad la realidad de su enfermedad y lo que ella implica, además se debe educar a los familiares sobre el apoyo que estos pacientes requieren para su mejoría u óptima respuesta al manejo. Existen factores externos, como el estrés, que pueden desencadenar o exacerbar los episodios depresivos; es de suma importancia estudiar el entorno que rodea al paciente y los diferentes factores agravantes, como el tabaquismo, el licor, las dificultades familiares y las agresiones por parte de los familiares a otras personas, para iniciar el control de estos. Se debe educar al paciente y hacerle entender su condición y los cambios que toda persona presenta con el envejecimiento, para que lo acepte como un proceso normal y que no se sienta rechazado, desplazado o humillado por las limitaciones que presenta por la edad.

Terapia farmacológica

La respuesta al fármaco elegido oscila entre el 60 y 70% de los pacientes deprimidos, cualquiera que sea éste, si se administra en dosis suficientes por seis a ocho semanas. Es preciso adoptar un enfoque racional, basado en el conocimiento de las diferencias genéticas, raciales, metabólicas, las comorbilidades y el perfil de efectos secundarios de los fármacos, así como de las preferencias del paciente. Hay que considerar el metabolismo hepático de los antidepresivos, porque este es controlado por isoenzima citocromo P450, ya que muchas otras sustancias compiten con esta y puede presentarse un metabolismo más lento; hay que tener en cuenta que el flujo sanguíneo hepático dismi-

nuye hasta en un 40%, y tener en cuenta además la masa hepática y la actividad enzimática también disminuye, ocasionando alteración en los procesos de conjugación y desmetilación propios de estos medicamentos.

Mecanismos de acción bioquímica de los diferentes antidepresivos²³:

- Los antidepresivos tricíclicos que actúan en las vías noradrenérgicas y serotoninérgicas.
- Inhibidores de la MAO.
- Inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina.
- Inhibidores dobles de la recaptación de serotonina y noradrenalina.
- Bloqueadores de los receptores postsinápticos 5HT_{2A}, 5HT_{2C} y que estimulan al receptor 5HT_{1A}.
- Inhibidores dobles de la recaptación de dopamina y noradrenalina.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina.

Las condiciones orgánicas y estructurales se deben establecer antes de prescribir estos medicamentos y conocer la comorbilidades, y así como los de un total conocimiento de los efectos adversos, porque suelen ser más acentuados o severos en los ancianos. Se recomienda empezar con dosis bajas de los antidepresivos en los ancianos; se puede ordenar la mitad o un tercio de la dosis y se va aumentando paulatinamente cada cinco días, hasta llegar a una ideal de mantenimiento con una adecuada respuesta del paciente.

Durante la terapia es posible encontrar etapas en las que el paciente curse con episodios de ansiedad, alteraciones del sueño, e irritabilidad; en estos casos sería necesario recomendar ansiolíticos o hipnóticos, los cuales ayudan a controlar estos síntomas.

Los TCA probablemente están contraindicados en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular. La sobredosis de tricíclicos es letal y la desipramina es el más peligroso de todos ellos. Puede ser sensato no prescribir dosis para más de 10 días cuando exista el riesgo de suicidio. Los antidepresivos de segunda generación, como la amoxapina, maprotilina, trazodona y bupropión. La primera es una dibenzoxazepina que bloquea la recaptación de noradrenalina y serotonina, y tiene un metabolito que provoca cierto grado de bloqueo de la dopamina. Su administración a largo plazo conlleva el riesgo de discinesia tardía.

La maprotilina es un potente bloqueador de la recaptación noradrenérgica con escaso efecto anticolinérgico, pero puede producir convulsiones. El bupropión es un antidepresivo nuevo en cuyo mecanismo de acción se cree participa la facilitación de la actividad noradrenérgica. No tiene efectos secundarios anticolinérgicos, sedantes ni ortostáticos específicos y su incidencia de disfunción sexual es baja. Está disponible un preparado de liberación extendida.

La elección de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (SSRI) depende fundamentalmente de las variaciones, en cuanto a su vida media, al cumplimiento del tratamiento, a la toxicidad y al riesgo de provocar interacciones farmacológicas nocivas.

Los SSRI, como fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram y duloxetina tienen menor frecuencia de efectos secundarios anticolinérgicos, sedantes y cardiovasculares pero, posiblemente, mayor incidencia de molestias digestivas, alteraciones

Tabla 7. Terapia farmacológica recomendada en pacientes ancianos

Antidepresivos	Medicamentos	Dosis
Antidepresivos tricíclicos	Clormipramina Imipramina	25-200 mg 10-300 mg
Amitriptilina Desimipramina Nortriptilina	25-300 mg 25-300 mg 10-150 mg	
Inhibidores de la MAO	Meclobemida Fenelcina Tranilcipromina	150-450 mg 15-45 mg 10-20 mg
Inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina	Fluoxetina Sertralina Paroxetina Fluvoxamina Citalopram Escitalopram	10-40 mg 25-150 mg 10-40 mg 50-200 mg 10-40 mg 5-10 mg
Inhibidores dobles de la recaptación de serotonina y noradrenalina	Venlafaxina	37,5-225 mg
Alfa 2 antagonista adrenérgico y bloqueadores de los receptores postsinápticos 5HT ₂ , 5HT ₃ , antagonista de los receptores H ₁	Mirtazapina	7,5-30 mg
Bloqueadores de los receptores postsinápticos 5HT _{2A} , 5HT _{2C} y estimulan al receptor 5HT _{1A}	Trazodone Nefazodone	25-300 mg 100-400 mg
Inhibidores dobles de la recaptación de dopamina y noradrenalina.	Bupropión	150-450 mg
Iniciar 75mgs/día inhibidores selectivo de la recaptación de noradrenalina	Reboxetina	2-8 mg/día

del sueño y disfunción sexual, en comparación con los TCA. Un problema importante, además de las interacciones medicamentosas, es el riesgo del “síndrome serotoninérgico”, que se cree se debe a la hiperestimulación de los receptores de $5HT_{1A}$ del tallo encefálico y que se caracteriza por mioclonía, agitación, cólicos abdominales, hiperpirexia, hipertensión y, en algunos casos, la muerte. Ello obliga a vigilar estrechamente su combinación con los agonistas serotoninérgicos.

La fluoxetina y su metabolito activo más importante, la norfluoxetina, tienen una vida media combinada de casi siete días, lo que implica que tardan unas cinco semanas en alcanzar concentraciones de estado estable y que se necesita en un período similar para su eliminación del organismo una vez que se suspende el fármaco. Entre los efectos adversos raros de los SSRI están angina por vasoespasmo y prolongación del tiempo de protrombina. Entre los SSRI disponibles, el escitalopram es el más específico y, al parecer, no ejerce efectos inhibitorios específicos en el sistema de P450.

Existe una asociación entre el inicio del tratamiento con SSRI para la depresión y un aumento del riesgo de ideación suicida. Este riesgo se ha observado en niños y adolescentes y es máximo poco después de comenzar el tratamiento. Basándose en estos datos, la Food and Drug Administration estadounidense hizo pública en el 2004 una advertencia instando a los médicos a que vigilaran cuidadosamente los síntomas suicidas de sus pacientes, tanto adultos como pediátricos, tras el comienzo de la administración de estos fármacos.

La venlafaxina, como la imipramina, bloquea la recaptación de noradrenalina y serotonina y produce relativamente pocos de los efectos secundarios tradicionales de los tricíclicos. Al contrario que la de los SSRI, su curva dosis-respuesta es relativamente lineal. Obliga a vigi-

lar el posible aumento de la presión diastólica de los pacientes y requiere múltiples dosis diarias, dada la brevedad de su vida media. Está disponible una fórmula de liberación retardada, con incidencia algo menor de efectos secundarios digestivos, útil en muchos de los procesos de dolor crónico. Velanfaxina tiene una buena tolerancia por parte del paciente anciano y es muy útil en casos de crisis graves de depresión.

La nefazadona es un antagonista selectivo de los receptores de 5HT₂ que también inhibe la recaptación presináptica de serotonina y noradrenalina. Sus efectos secundarios son similares a los de los SSRI y la administración de dos dosis diarias produce el estado estable al cabo de cuatro o cinco días. Este fármaco está relacionado estructuralmente con la trazodona, que actualmente se usa más por su efecto sedante que por su acción antidepresiva. La nefazadona parece tener menor incidencia de efectos secundarios sexuales que los SSRI.

La mirtazapina es un antidepresivo tetracíclico con espectro de actividad peculiar. Aumenta la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica a través del bloqueo de los autorreceptores y heterorreceptores-adrenérgicos centrales y los receptores de 5HT₂ y 5HT₃ postsinápticos; también es un potente antihistamínico y, como tal, puede causar sedación. Exceptuando citalopram y escitalopram, todos los SSRI, al igual que la nefazadona, pueden inhibir una o más enzimas del citocromo P450. Dependiendo de la isoenzima específica inhibida, pueden afectar de manera impresionante el metabolismo de otros fármacos administrados simultáneamente. La fluoxetina y la paroxetina, por ejemplo, inhiben la enzima 2D6 y causan grandes elevaciones de las concentraciones sanguíneas de los antiarrítmicos de tipo 1C; a su vez, la sertralina y nefazadona, que actúan sobre 3A4, pueden alterar las concentraciones plasmáticas de terfenadina, carbamazepina y astemizol. Puesto que muchos de estos compuestos

tienen una ventana terapéutica estrecha y pueden causar arritmias ventriculares iatrógenas cuando se encuentran en concentraciones tóxicas, es preciso considerar la posibilidad de una interacción farmacológica indeseable.

No es recomendable además empezar con múltiples fármacos en los pacientes ancianos para el control de los episodios depresivos; se debe, en lo posible, utilizar el medicamento adecuado para el tipo de trastorno depresivo que este presente.

Se podría realizar terapia conjugada con los antidepresivos solo en los casos de poca respuesta a un solo fármaco y en crisis graves dentro de los cuales encontramos que las combinaciones más recomendadas son los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina más mirtazapina o venlafaxina más mirtazapina.

Los MAOI son muy eficaces, especialmente en el tratamiento de la depresión atípica, pero conllevan el riesgo de causar crisis hipertensivas cuando se ingieren junto a alimentos con abundante tiramina o agentes simpaticomiméticos, por lo que no están indicados como tratamiento de primera elección. Sus efectos secundarios más frecuentes son hipotensión ortostática, ganancia de peso, insomnio y disfunción sexual.

Terapia electroconvulsiva

El tratamiento electroconvulsivo es al menos tan eficaz como el farmacológico, pero su uso se reserva para los casos resistentes a este último tratamiento y para la depresión delirante.

Su uso se recomienda en pacientes deprimidos ancianos con catatonia y riesgo de suicidio que no responden satisfactoriamente a los antidepresivos, a la combinación de estos o a otras substan-

cias y al apoyo psicoterapéutico; también en los pacientes con contraindicaciones a los medicamentos, estados psicóticos graves y síndrome de Cottard. Su eficacia varía de un 40 al 70%, por lo cual podría ser una alternativa satisfactoria^{32,33}. Se comenta que la TEC ejerce un efecto estimulador en el hipotálamo y de la secreción de neuropéptidos reguladores. Las complicaciones más frecuentes durante su uso son la bradicardia, hipertensión y arritmias, pérdida de la memoria reciente, confusión, desorientación, cefalea y en ocasiones convulsiones prolongadas. Se contraindican en casos de IAM reciente, tumores cerebrales, traumas craneoencefálicos hipertensión endocraneana. Como contraindicaciones relativas tenemos el glaucoma, hipertensión arterial severa y desprendimiento de retina. Esta terapia se aplica en promedio de tres a ocho sesiones con una duración de cinco segundos bajo anestesia, con relajantes musculares.

Estimulación magnética transcraneal

La estimulación magnética transcraneal (transcranial magnetic stimulation, TMS) es un tratamiento experimental de la depresión cuya eficacia se ha demostrado en varios estudios comparativos. Se ha diseñado una técnica de tipo no invasivo que a través de una corriente eléctrica genera un campo magnético generando una estimulación en áreas específicas de la corteza cerebral, al precipitar la despolarización neuronal. Esta puede darse no solo en el área estimulada sino que sus efectos se propagan hasta áreas cerebrales distantes para producir varias respuestas, como la estimulación de áreas motoras, incremento de la depleción de dopamina, la alteración de modelos de expresión genética y la producción de potenciales evocados. Estudios de meta-análisis realizados (Gershon y col., Martin JL y col.) han generado controversia sobre el beneficio de esta terapia, en especial en los casos de depresión mayor, pero su utilización se da por la evidencia que existe en la mejoría del estado de ánimo cuando se utiliza estimulación

magnética transcraneal de alta frecuencia alrededor de 20Hz. No está claro aún sobre las intensidades de corriente eléctrica que se debe utilizar y la duración del tratamiento³⁴⁻³⁶.

La estimulación del nervio neumogástrico (Vagus Nerve Stimulation, VNS) fue eficaz contra la depresión refractaria al tratamiento en un estudio abierto inicial, pero no lo fue en una investigación comparativa.

Cualquiera que sea el tratamiento emprendido, hay que valorar la respuesta después de casi dos meses. Tres cuartas partes de los pacientes presentan mejoría en este lapso, pero si la remisión se considera insuficiente, será preciso interrogar al enfermo acerca del cumplimiento del tratamiento y considerar un incremento de la dosis si no existen efectos secundarios problemáticos. Si no se produce una mejoría, es aconsejable remitir a un especialista en salud mental.

En estos casos, la estrategia terapéutica consiste en buscar un fármaco alternativo, combinaciones de antidepresivos o un tratamiento único o en combinación con otras clases de fármacos, como litio, hormona tiroidea o agonistas de la dopamina. Los pacientes cuya respuesta a un SSRI disminuye a lo largo del tiempo pueden beneficiarse de la adición de bupiriona (10 mg tres veces al día), pindolol (2,5 mg tres veces al día) o de pequeñas cantidades de un antidepresivo tricíclico como la desipramina (25 mg dos o tres veces al día).

Cuando se consigue una remisión significativa, el tratamiento farmacológico se mantiene como mínimo durante seis a nueve meses, para evitar la recaída. En los pacientes que han sufrido dos o más episodios de depresión, debe valorarse la conveniencia de un tratamiento de mantenimiento indefinido.

Luminoterapia

Se trata de una terapéutica basada en la utilización de luz brillante para estimular el nervio óptico, con una consecuente respuesta de la glándula pineal; esto genera una regulación de los niveles de serotonina a nivel intracerebral. Se utilizan aproximadamente 10.000 Lux, que no contengan rayos ultravioleta para esta terapia⁶.

Este mecanismo surge ante la documentación por algunos autores de un desorden afectivo estacional, en el cual se observó que con algunos cambios climáticos o estacionales, en especial otoño e invierno, se presentaba en algunos ancianos un cambio en su estado de ánimo, con tendencia a la depresión, irritabilidad, desmotivación y otros signos y síntomas clásicos ya descritos anteriormente, típicos de depresión.

Hasta el momento no se tiene una explicación fisiológica, pero se atribuye a una secreción disminuida de la melatonina, lo cual produce un imbalance en la producción de serotonina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Depresión, visión actual; Ayuso, J. L.; Saiz, J.; Ed. Biblioteca Aula Médica; Madrid, España; 1997; Genética y la depresión, pp. 27-47; siconeuroendocrinología de la depresión, pp. 51-74; Instrumentos de medida de la depresión, pp. 97-117.
2. La depresión; Sabanés, F.; Editores EMEKÁ; Barcelona, España; 1990; La depresión: definición y clasificación, pp. 23-47; Factores relacionados con la depresión, pp. 53-73.
3. Kaplan, H., Sadock, B. Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Panamericana. 8va edición. Cap. 2000; 15: 593-656.
4. Jacobson, J., Jacobson, A. Secretos de la psiquiatría. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2da Edición, 2002; 342-345.

5. Reiman E. The Quest to Establish the neural substrates of anxiety. *Psychiatric Clinics of North America*. 1998; 11(2): 302-304.
6. Alarcón VR, Trastornos depresivos en el adulto mayor y el anciano, 2004; 1: 21-69.
7. Murphy JM, Nierenberg AA, Laird NM, Monson RR, Sobol AM, Leighton AH. Incidence of major depression: prediction from subthreshold categories in the Stirling County Study. *J Affect Disord*. 2002; 68(2-3): 251-259.
8. Lazar M. Indicadores sanitarios en geriatría XXI análisis de necesidades y recursos en la atención a personas mayores en España; sociedad española de geriatría 2000; 3: 97-98.
9. Alarcón VR, García OL y col. Factores de riesgo y tipos de depresión en poblaciones ancianas de Pereira, Colombia, informe de investigación facultad de ciencias de la salud de la Universidad Tecnológica de Pereira-Colombia, 2003.
10. Alarcón VR. Trastornos depresivos en el adulto mayor y el anciano, 2004; 1: 21-69.
11. Late-Life Depresión Genetics 2002; 57: 18-35.
12. Ames D. Epidemiological studies of depresión among the elderly in residential and nursing homes. *Int J Geriatr Psychiat* 1991; 6: 347-354.
13. Ferreire, F, Nain A., Meyniel, J., Deschaux P. Characterization of serotonin transport mechanisms in rainbow trout peripheral blood lymphocytes: role in PHA- induced lymphoproliferation. *Developmental and Comparative Immunology* 1999; 23: 37-50.
14. Hernández, E., Lastra, S., Urbina, M., Carreira, I. y Lima, L. Serotonin, 5-hidroxiindoleacetic acid and serotonin transporter in blood peripheral lymphocytes of patients with generalized anxiety disorder. *J. Int. Immunopharmacol* 2002; 2(7): 893-900.
15. Caspi A . Sugden K, Moffit TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J. Influence of life stress on depression, moderation by a polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science*. 2003; 301 (5631): 386-389.

16. Anden NE, Fuxe K, Larsson K. Effect of large mesencephalic-diencephalic lesions on the noradrenalin, dopamine and 5-hydroxytryptamine neurons of the central nervous system. *Experientia*. 1966; 15; 22(12): 842-843.
17. Blows WT. Neurotransmitters of the brain: serotonin, noradrenaline, and dopamine. *J Neuroc. Nursing*. 2000; 32: 234-238.
18. Harvey BH, Mcewen BH, Mcewen B, Stern DJ. Neurobiology of antidepressant withdrawal implications for the longitudinal outcome of depression. *Biol psychiatry* 2003; 54: 1105-1117.
19. Wu J, Krahemer GL, Kraam M, steciuk M, Crawford IL. Serotonin and learned helplessness: a regional study of 5-HT_{1A}, 5HT_{2A} receptors and the serotonin transporter in rat brain. *J Psychiatric Es* 1999; 33: 17-22.
20. Toro R, Yepes L. Fundamentos de medicina, psiquiatría, corporación para investigaciones biológicas. Medellín, Colombia, 1998.
21. Genetics and mental illness, Eudving issues for research and society; Lee Hall L; Editorial plenum press U.S.A; 1996; pp. 80-85.
22. Paez X, Hernandez L, Baptista T. Advances in the molecular treatment of depression. *Rev Neurol*, 2000; 37: 459-470.
23. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004; 291: 1081-1091.
24. Jung Sik Lee, Guyg. Potter. Persistent mild cognitive impairment in geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007; 19(1): 125-135.
25. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scales: a preliminary report. *J, Psychiatric Res* 1983; 17: 37-49.
26. American Psychiatry Association. DSM - IV. Manual diagnóstico y estadístico para trastornos mentales. 3 rd. Edn. Washington, DC: APA, 1994.
27. Remick, R. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *CMAJ*. 2002; 167(11): 1253-1260 idis 990353.

28. Browne B, Linter S. Monoamine oxidase inhibitors and narcotic analgesics: A critical review of the implications for treatment. *Br J Psych* 1987; 151: 210-212.
29. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder (Revisión). *Am J Psychiatry* 2000; 157: 4 (Supplement)
30. Callahan CM, Kroenke K, Counsell SR, et al. Treatment of depression improves physical functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53: 367-373.
31. Karlinsky H, Shulman Kl. The clinical use of electroconvulsive therapy in old age, *J Am Geriatr Soc*, 1984; 32: 183-186.
32. Kroessler D, flogel Bs. Electroconvulsive therapy for major depressive in the oldest old. *Am J Geriatr Pshychiatric*, 1993; 1: 30-36.
33. Manes F, Jorge R, Morcuende M, et al. A Controlled study of repetitive transcranial magnetic stimulation as a treatment of depression in the elderly, *International Psychogeriatrics* 2001; 13: 225-231.
34. Gerson Ari A, Dannon P, Grunhaus L. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression, *Am J Psychiatry* 2003; 160: 835-845.
35. Martin JL, Manuel J, Barbano J, Thomas E et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment of depression: Systematic review and meta-analysis, *British J Psychiatry* 2003; 182: 480-491.

APÉNDICE

CORRELACIÓN DEL DOLOR Y LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

El dolor es una experiencia multidimensional (psicobiofísica – sociocultural), atemporal (se padece en cualquier momento de la evolución humana), indiscriminante (no respeta sexo, raza, ni religión, ni condición social), inasible, comunicable e intransferible. Es desagradable, no deseada, y es filogenéticamente constitutivo y ontogenéticamente inductiva, en fin, con una parte física y emocional desagradable y en la que los fármacos antidepressivos (los tricíclicos con funciones analgésicas), se utilizan en pacientes con dolores crónicos de tipo cancerosos o neuropáticos desde hace más de sesenta años, con lo cual ya se sentaron las bases de la relación entre estas dos sensaciones humanas; por ello no es menos cierto que cuando hay un dolor de difícil tratamiento a los diferentes analgésicos, que no actúan sobre la parte emocional, la mente de este paciente termina afectándose y originando con ello perturbaciones en el estado de ánimo.

La población anciana representa el segmento de más rápido crecimiento de la población mundial, y más de la mitad de la población más anciana (+ de ochenta años) residen en naciones en vías de desarrollo, donde los recursos médicos y asistenciales son más limitados.

La ancianidad es difícil definirla, y más aún determinar su comienzo, porque la edad genera cambios progresivos y estructurales, morfológicos y funcionales en todos los órganos y sistemas, los que en conjunto con las características genéticas, ambientales, socioeconómicas, culturales, hacen que estos cambios y transformaciones sean diversos, de allí que el disparo y velocidad con que se expresen los genes de cada individuo, para un cambio, pueden darse a diferentes velocidades en diferentes personas, órganos o sistemas, oca-

sionado con ello alteraciones cardiovasculares, musculoesqueléticas, urológicas, metabólicas, gastrointestinales, hepáticas, endocrinológicas y del sistema nervioso central y periférico, y obviamente en el componente sensorial y psicológico.

La disminución operativa en los sistemas de transducción y transmisión de los estímulos nociceptivos, tal vez sea por procesos patológicos, más que por cambios ontogénicos del envejecimiento. Los cambios en las funciones son difíciles de diferenciar de los procesos patológicos o de su relación con el medio ambiente, así como de los cambios de los factores psicológicos, los que pueden alterar las experiencias dolorosas. Se puede observar una predisposición diferente para comunicar el dolor, y cautela para responder a los estímulos; los asociados a la edad como respuesta al estrés; los producidos en el contexto clínico en el que se produce la manifestación dolorosa, la utilización de otros criterios para comunicar el dolor comparado con los jóvenes y en la percepción como consecuencia de un proceso complejo que modifican los estímulos nociceptivos en la evaluación cognitiva y de los aspectos sociales, historia del dolor y del sufrimiento que resulta de éste.

La percepción del dolor, y los cambios que se generan asociados a la edad, han sido y siguen siendo un tema de interés para los médicos que han observado manifestaciones sensoriales de enfermedades comunes en el adulto mayor; así, los infartos del miocardio e intestinales son silentes en muchos ancianos e incluso su percepción dolorosa y tolerancia dolorosa es mayor para realizársele procedimientos quirúrgicos menores sin percibir el dolor, de allí que muchos de los cambios sean difíciles de separar de los procesos estructurales. Es pertinente observar estas variaciones individuales en todos los órdenes de la fisiopatología; así, los pacientes que son agredidos por una afección no responden «como quieren» sino «como pueden» de manera única y personal. La comorbilidad y los trastornos de la comunicación son

dos elementos que, en los ancianos, influyen sobre el dolor, tanto en lo que respecta a su mayor incidencia, como al menor grado de manifestación dolorosa o comunicación. El dolor no aliviado puede complicar más los síndromes conocidos de inestabilidad, incontinencia y confusión, lo que perturba en gran medida la funcionalidad del anciano.

Por todo lo anterior es necesario observar los signos indirectos del dolor tales como los cambios en la expresión facial, los gemidos, las posturas antiálgicas, la agitación y la depresión, que nos ayuden a establecer el dolor y su origen. Los factores psicológicos se asocian al dolor del anciano. Frecuentemente el anciano refiere como dolor lo que en realidad corresponde a un cuadro de ansiedad o depresión motivado por alguna alteración en su vida familiar o social; los ancianos con estabilidad personal y familiar tienen significativamente menos dolor y menos alteraciones psicológicas. Las consecuencias del dolor crónico en el anciano son numerosas. La depresión con dificultades en la relación afectiva, la alteración del sueño, la incapacidad funcional y el aumento de los gastos derivados de la utilización de los servicios de salud, se asocian con la presencia de dolor en los ancianos. Otros aspectos pueden afectarse por la presencia de dolor: alteración de la marcha, recuperación lenta y efectos secundarios de los múltiples medicamentos prescritos, entre otros.

Existe controversia con respecto a la relación que hay entre el estado anímico y el dolor, en la que se ha encontrado que la intensidad del dolor está asociada con altas puntuaciones en la depresión; en los que el dolor es persistente puede desencadenar la aparición de depresión; también en los casos en los que tanto la severidad, la frecuencia y la persistencia del dolor tienen más riesgos para tener una depresión severa, en los que diferentes variables mediadoras influyen entre el dolor y la depresión, tales como la duración del dolor, la percepción de control y las respuestas no reforzantes, o la discapacidad y la actitud ante la enfermedad. En algunos estudios, por el contrario,

se ha observado una débil mejoría de la depresión con la mejoría del dolor crónico, y se puede reducir aún más si se mejoran y controlan otras variables; por diferentes estudios imagenológicos, la sintomatología depresiva no comparte regiones cerebrales implicadas en procesar la dimensión sensorial-discriminativa dolorosa, pero resaltan que los pacientes depresivos sí activarían las regiones cerebrales implicadas en el procesamiento de la dimensión motivacional-afectiva del dolor.

En los procesos de dolor crónico, muy especialmente en los de naturaleza oncológica, se producen mayores efectos sobre la sintomatología depresiva, en los que cerca del 45% de los pacientes con dolor crónico oncológico evidencian puntuaciones compatibles con depresión moderada o severa. Los pacientes con dolor neuropático y nociceptivo, a pesar de las numerosas variables que diferencian un grupo del otro, como son la edad, el pronóstico o la calidad de vida, conforman dos grupos muy homogéneos en la repercusión afectiva derivados del padecimiento álgico, los niveles depresivos son usualmente leves o moderados.

En la práctica clínica las preocupaciones psicológicas del paciente con dolor crónico se centran en la angustia ante la pérdida de calidad de vida, la irritabilidad e incomodidad que le supone reajustarse en el rol social, laboral y familiar y su discapacidad en lo cotidiano. Existen variables mediadoras, y de factores, tales como la importancia del diagnóstico, la actitud ante la enfermedad y la discapacidad percibida y la vulnerabilidad personal ante el dolor crónico, que pueden provocar cambios en cuanto a la intensidad, la duración y sus efectos, que generarían cambios bioquímicos, cognitivos o conductuales que favorecerían la depresión; esta puede tener rasgos subclínicos o generar francamente un episodio depresivo mayor o un desorden distímico. Los pacientes con dolor crónico tienen una mayor incidencia de trastornos depresivos ocasionados por su sufrimiento, lo que generaría

cambios vivenciales para adaptarse a su nueva situación, y son precisamente esos cambios los que hay que determinar, ya que pueden influir sobre la estabilidad anímica. Los pacientes que sufren más, por lo que han dejado de ser, que por el propio dolor y la desesperanza por su cronicidad, dan lugar al inicio de un proceso depresivo. Por lo tanto la mejoría en el estado emocional del paciente se debe considerar como indicador de la actuación terapéutica, pues el dolor es un fenómeno complejo que requiere una evaluación multidimensional, ya que el abordaje terapéutico del dolor crónico podría fracasar si se limitara exclusivamente al aspecto analgésico, ignorando los componentes neuropsicológicos y psicosociales y depresivos del mismo.

REFLEXIÓN: ABORDAJE ACTUAL DEL DOLOR EN EL ANCIANO

DORA LUZ CARDONA PALACIO

Es importante abordar el tema del dolor en tanto su alivio es un derecho de toda persona y un deber de la sociedad. En estos apartes se pretende citar algunos aspectos de especial importancia en la experiencia del dolor en el anciano que, se espera, sean motivo de reflexión.

El tema del dolor en el anciano es de gran relevancia por varias razones:

- Por la mayor prevalencia de dolor en el anciano, especialmente de dolor crónico.
- Por el previsible gran aumento de la población geriátrica en los años venideros.
- Porque hay cambios morfológicos, electrofisiológicos, neuroquímicos, funcionales así como psicológicos que pueden alterar de por sí la experiencia del dolor en el anciano.
- Porque el dolor en ancianos es subdiagnosticado y a la vez subtratado.

- Por la común comorbilidad y pluripatología, con disfuncionalidad y sufrimiento que padece el anciano, con todo lo que ello implica.
- Por la frecuente e inadecuada asunción del dolor como parte normal del envejecimiento.
- Por la condición de vulnerabilidad del anciano, con falta de reconocimiento a su dignidad como persona potencialmente autónoma.
- Porque sufren discriminación, marginación y segregación por razón de edad.
- Porque actualmente hay aspectos para trabajar y mejorar en el adecuado enfoque multidisciplinario del problema del dolor en el anciano, con la necesaria incorporación de la visión geriátrica, y de la mano, el control de síntomas y los cuidados paliativos desde la filosofía que aporta la visión del “dolor total”.

Vamos a citar algunos datos sobre prevalencia. Crook y cols. reportaron índices de dolor persistente por edad para personas entre 18 y 30 años de un 7,6%, aumentando a un 29% en aquellos de 71 a 80 años¹.

Estudios realizados en residencias geriátricas han mostrado unos índices de prevalencia de dolor crónico de entre el 66% y el 80%².

Moss y col. encontraron que durante el último año de vida el 66% de los individuos tenían dolor severo frecuente o continuo³.

Se han detectado factores que pueden alterar los resultados de estudios donde se han encontrado bajas prevalencias de dolor en ancianos que incluyen efectos de supervivencia, índices de baja respuesta a encuestas, “estoicismo”, reticencia del anciano a hacer demandas o

quejas de dolor, herramientas inadecuadas de medición y la institucionalización frecuente de los más enfermos¹.

Considerar además que un 70% de las muertes por cáncer se presentan en mayores de 65 años, conociéndose que en estadios avanzados un 70% de los pacientes experimentan dolor, siendo severo y persistente en un 80%. Aunque según la OMS este dolor puede ser aliviado hasta en un 90% de los casos⁴.

Frente al tema de las diferencias en el dolor del anciano con respecto al adulto, podemos citar que son el producto de cambios biológicos en el proceso nociceptivo, así como de la situación cognitiva, de aspectos sociales y familiares, así como de la historia previa de dolor y de la condición emocional. Siendo esto coherente con la definición del dolor como experiencia subjetiva.

Hablando de las dificultades para evaluar el dolor en el anciano, podemos decir que la presencia de demencia representa un impedimento importante para la evaluación y tratamiento del dolor. El reporte de dolor puede verse afectado por un déficit de memoria, así como por la limitación en la comunicación.

Se sabe que la prevalencia de déficit cognitivo aumenta drásticamente con la edad, siendo de más del 30% después de los 80 años. Considerando que “demencia” es un término general para definir los síntomas que presentan las personas con diferentes tipos de deterioro cognitivo, puede la demencia estar causada por más de 60 enfermedades diferentes; sin embargo, la enfermedad de Alzheimer representa más del 50% de los casos⁵.

Se ha encontrado que una baja capacidad cognitiva y una edad mayor de 85 años son factores de riesgo independientes para la falta de tratamiento apropiado del dolor en los pacientes con cáncer².

Sin embargo es importante mencionar que pacientes con deterioro cognitivo leve a moderado pueden reportar dolor y los que no lo hacen suelen manifestar dolor a través de medios no verbales que incluyen expresiones faciales, gestos, movimientos corporales, inquietud, agitación, hostilidad y agresión.

Ferrell y col., en un estudio en 325 pacientes residentes en instituciones geriátricas, reportaron que un 62% de pacientes con déficit leve a moderado hacían quejas de dolor, aunque requerían más tiempo para entender y asimilar las preguntas; un 83% eran capaces de completar una escala de valoración unidimensional⁶.

Así que el reporte de dolor no debe ser ignorado en el anciano por el hecho de que tenga un déficit cognitivo.

Frente al subtratamiento del dolor en cáncer en los ancianos, la literatura afirma que se correlaciona con ideas erradas sobre la experiencia del dolor en este grupo de edad, como el creer que hay una menor sensibilidad al dolor, asumir que el anciano tolera bien el dolor, considerar que el dolor hace parte del envejecimiento y, agregado a esto, inadecuadas concepciones sobre el uso de opioides en ancianos⁷⁻⁸.

En un estudio multicéntrico acerca del manejo del dolor en ancianos por cáncer se encontró que 25-40% de los pacientes padecían dolor diario y un 26% de estos pacientes no recibían ninguna analgesia⁹.

El conocido estudio ECOG también reportó que un 50% de los ancianos con dolor no reciben analgésicos y determinó como factores relacionados para el pobre acceso a analgésicos el ser mayor de 70 años y pertenecer a una minoría racial⁴.

La literatura y la experiencia en la atención integral del anciano reportan un gran impacto negativo en la calidad de vida del anciano

relacionado con el inadecuado alivio del dolor, porque el dolor disminuye la esperanza, aumenta la frecuencia de depresión, retarda la rehabilitación, aumenta el descondicionamiento, incrementa la frecuencia de caídas, genera aislamiento, desencadena trastornos del sueño y del apetito, aumenta la disfunción cognitiva, genera un profundo deterioro del paciente, además de que incrementa la utilización de servicios de salud.

Desde el cuidado paliativo, y muy especialmente desde las reflexiones de Cecily Saunders, se aprendió acerca del significado del término de “dolor total”, mediante el cual se busca englobar todos los factores relacionados en la experiencia de dolor y de sufrimiento, sobre todo si se tiene una enfermedad incurable como determinados tipos de cáncer y la misma autora definiría como “unidad de asistencia” al binomio paciente-familia⁴.

La experiencia ha enseñado que muchos dolores que parecen incontrolables mejoran cuando se atienden esos aspectos que falsamente se creen separados del tema de la salud, entre ellos problemas sociales, familiares o emocionales. Para un adecuado alivio del dolor se precisa, por tanto, de un trabajo interdisciplinario que incluya estrategias farmacológicas, no farmacológicas, así como atención a los aspectos psicosociales-espirituales.

Los cuidados paliativos están vinculados a la atención geriátrica no solo porque el cáncer es mayoritariamente una enfermedad de ancianos, sino también por otras patologías que comportan fases avanzadas de enfermedad, así como por la necesidad de alivio del dolor y de un adecuado enfoque interdisciplinario; como sucede en los pacientes que padecen demencia, enfermedades respiratorias, neurológicas, cardiovasculares, renales, en fases avanzadas y finales, etc. Los cuidados paliativos son imprescindibles en la atención integral de todo enfermo con patología progresiva e incurable. Los servicios han de ser

ofrecidos en todo lugar donde se encuentre el paciente, sea hospitalario, ambulatorio o domiciliario.

Las unidades especializadas en el alivio del dolor crónico tienen como imperativo el incorporar cada vez más la perspectiva de la atención integral geriátrica y del trabajo interdisciplinario.

Para introducir algunos aspectos éticos y morales que se citarán a continuación respecto al tema del dolor en el anciano, me atrevería a señalar que “los ancianos son una población bastante desatendida e incluso discriminada en el ámbito social y sanitario colombiano, lo que equivale a un problema de injusticia, y lo que puede constituirse a su vez en una acción maleficiente en tanto se priva a las personas mayores y a sus familias y cuidadores, de los potenciales beneficios de una adecuada atención”.

Diego Gracia, en el tema de la “ética de la no-discriminación”, expone que los ancianos sufren discriminación, marginación y segregación por razón de edad. Se les trata como personas con vidas de menor valor, siendo víctimas del “ageísmo”, sin igualdad en el derecho fundamental de acceso a recursos y atención sociosanitaria¹⁰.

Considero que el asumir el dolor como parte normal del envejecimiento y desatenderlo, es una expresión clara de ageísmo. La edad nunca debe ser un criterio para limitar las prestaciones sanitarias o para distribuir recursos, aunque estos fueren escasos.

Después de lo anteriormente expuesto se entiende que las características biológicas y la comorbilidad en el paciente son mayores determinantes de la situación del anciano, que la edad en sí misma. Hay ancianos que pueden tener una situación biológica mejor que una persona de menor edad.

La lesión al principio de maleficencia se produce siempre que alguien resulta lesionado injustamente en su vida física o psíquica, lo cual puede suceder en el curso de las intervenciones médicas.

Al respecto cabe también un análisis de la situación en que se indica un procedimiento terapéutico para alivio del dolor, considerándose que habrá mayor beneficio; sin embargo, con la edad cada vez mayor por las características antes señaladas de comorbilidad y de deterioro biológico, los efectos beneficiosos disminuyen y los perjudiciales aumentan, por lo que la relación riesgo/beneficio se hace progresivamente negativa. Así que con la edad ciertas intervenciones se tornan más maleficientes, y en este contexto es razonable que se habrá de limitar ciertos procedimientos, pero no será por el único parámetro de edad.

En torno a la reflexión sobre maleficencia no se debe perder de vista el asunto del maltrato al anciano. Si este no se piensa, no se diagnostica. Pueden ser formas de maltrato una fractura, contusiones, una intencional privación alimenticia o de medicamentos y formas de cuidado, lo que puede desencadenar o intensificar un problema de dolor y sufrimiento.

Mas aún, es importante recalcar que las definiciones actuales, como las contempladas por la Organización Mundial de la Salud y el INPEA (Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor), son un tema que despierta toda la reflexión internacional y apuntan al maltrato por acción u omisión en tres frentes principales: 1. La negligencia: el aislamiento, el abandono y la exclusión social. 2. La violación: de derechos humanos, legales y de "derechos médicos". 3. La privación: de elecciones, decisiones y de bienestar financiero, etc.¹¹

El maltrato del anciano, por tanto, es un complejo fenómeno cuyo centro principal es la pérdida de respeto por el anciano, sumado a su vulnerabilidad.

Un ejemplo de dicha complejidad se puede notar cuando se identifica maltrato por una persona cercana, y cómo para el anciano puede haber también una experiencia de maltrato al quererle retirar de su ámbito familiar.

Concluimos que “es un deber de todos prevenir y tratar el tema del maltrato en el anciano”.

Frente al tema de la autonomía anotaría que aunque en la realidad del anciano existen diferentes grados de heterotomía o dependencia de otros por su dependencia funcional, económica, social-familiar, etc., lastimosamente se asume en el ámbito social y sanitario que el anciano es poco autónomo a la hora de tomar de decisiones. Así mismo se asocia demencia con incapacitación.

En el anciano la valoración de la capacidad se debe hacer bajo un criterio funcional, preguntarse previamente ¿capacidad para qué?; luego hay grados exigibles de competencia para según qué decisión, porque aun en presencia de deterioro cognitivo leve o moderado, el anciano puede decidir sobre algunos aspectos. Sucede, por ejemplo, en pacientes ancianos con demencia vascular, el que tienen momentos de gran lucidez en el que son competentes para tomar importantes decisiones¹⁰.

Creo que esto es aplicable no solo en investigación clínica sino en todo el campo de la atención en salud incluyendo la atención para el alivio del dolor del anciano.

Así el reconocimiento del anciano como persona vulnerable obliga a descubrir e incentivar su autonomía a la hora de tomar decisiones cuando haya competencia, de gestionar las futuras decisiones a la luz de sus creencias y valores mediante documentos de voluntades anticipadas diligenciados cuando la persona aún es au-

tónoma con el nombramiento de un representante, esto con el reconocimiento jurídico, social y sanitario, así como la identificación de incompetencia con adecuados procesos de incapacitación cuando se reúnan las condiciones. A la situación de vulnerabilidad de las personas ancianas, la sociedad debe responder con respeto y protección.

No quisiera finalizar sin antes decir:

- Un Estado y país revelan su mayor dignidad en la medida en que protegen a los ancianos, a los enfermos avanzados y a los más vulnerables.
- El alivio del dolor y del sufrimiento es un derecho fundamental de toda persona y es deber del Estado y la sociedad garantizarlo y poner los medios necesarios para que los equipos profesionales puedan ofrecer atención integral de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain* 1984; 18: 299-314.
2. Raymond C .Tallis, Howard M Fillit. *Brocklehurst's Geriatria*. Marban Libros SL. Madrid. 2005
3. Moss MS, Lawton MP, Glicksman A. The role of pain in the last year of life older persons. *J Gerontol* 1991; 46: 51-57.
4. Berger Ann, Portenoy Russell K, Weissman David E. *Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology*. Second Edition. USA: Ed. Lippincott; 2002.
5. Robles Raya MJ. Toma de decisiones clínicas en pacientes con demencia avanzada. *Rev Mult Gerontol* 2006; 16 (4): 158-160.

6. Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J pain Symptom Manag* 1995; 10: 591-598.
7. Terri Maxwell. Cancer pain management in the elderly. *Geriatric Nursing* 2000; 16 (3): 158-163.
8. Cleeland. Undertreatment of Cancer Pain in Elderly Patients. *JAMA* 1998; 279: 1914-1915.
9. Roberto Bernabei, MD; Giovanni Gambassi, MD; et al., for the SAGE Study Group. Management of Pain in Elderly Patients With Cancer. *JAMA* 1998; 279: 1877-1882.
10. Diego Gracia. Cátedra de Geriatría Universidad Complutense de Madrid, Escuela Superior de Formación Académica en Geriatría. Ponencias: Problemas éticos en la asistencia geriátrica. Curso 2007. Segovia. España.
11. Organización Mundial de la Salud. INPEA. Ginebra. Documento de la Asamblea Mundial del Envejecimiento. Voces Ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Rev. Geriatr. Gerontol.* 2002; 37: 319-331.

EL ADULTO MAYOR AL FINAL DE LA VIDA

LUIS VÓLMAR QUINTERO PACHECO

La primera situación que uno observa cuando se trata de mencionar a este grupo poblacional tan particular es la cantidad de eufemismos existentes no solo en la literatura seria sino en el lenguaje popular; algunos resaltan las cualidades de esas personas como por ejemplo “adulto mayor, decano, veterano, patriarca, venerable”, etc. Pero otros son definitivamente burlones o francamente ofensivos como “vejete, viejo, añejo, cucho, catano o fósil”. No puedo dejar de mencionar “paciente geriátrico”, como si todas las personas que están en esa edad fuesen irremediabilmente enfermas.

En segundo lugar es muy importante diferenciar dos conceptos que aunque tienen que ver estrechamente uno con el otro, son diferentes. Cuando hablamos de vejez debemos entenderlo como el estado histórico social de una persona; a su vez, envejecimiento es el proceso paulatino de pérdida de capacidades. Lo que deseo resaltar de esto es que cada persona tiene su propia percepción de cada uno de ellos y que son situaciones estrictamente individuales.

Podemos destacar tres hechos importantes en relación con el tema que nos ocupa:

1. Envejecimiento poblacional: deseo poner en relieve algunos elementos que están suficientemente soportados en la literatura. Para el año 2020 el 16% de la población será mayor de 60 años, mientras que el 7,5% tendrá más de 65 años. Esto naturalmente tiene que ver con

el incremento de las tasas de natalidad, lo mismo que el incremento de la esperanza de vida, que supera en promedio los 70 años; la mayoría de estas personas serán mujeres y las causas de muerte serán las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades degenerativas y con un preocupante incremento, las complicaciones de las enfermedades mentales.

Este incremento trae sus consecuencias: se observarán mayores tasas de discapacidad sensorial, motora y mental; los ancianos en promedio cursan con tres a cuatro enfermedades crónicas no terminales simultáneamente; de igual manera se suma el hecho de que ellos son personas consideradas no productivas económicamente y aún más como una carga para la sociedad, con una situación no menos lamentable como es su soledad y abandono.

Este proceso denominado envejecimiento tiene tres características: es heterogéneo, es decir no todo en la persona necesariamente tiene necesariamente la misma velocidad, es individual y no es universal. Es bastante común tener como parámetro los 65 años para determinar que una persona haya pasado a la tercera edad; esto probablemente tiene gran utilidad para los estudios estadísticos y demográficos; pero por ello no deja de ser un parámetro arbitrario.

La geriatría como especialidad médica está dirigida al individuo y no a su enfermedad, lo cual tiene una estrecha relación con lo mencionado arriba: el hecho de ser anciano no es equivalente a estar enfermo; además se dirige a la prevención y si es posible a la curación de las condiciones patológicas que deterioran la salud; está basada en la funcionalidad global de la persona y tiene como elemento fundamental que en todo este proceso se debe involucrar a la familia con el objeto de dar al anciano soporte emocional para la toma de decisiones y en los cuidados generales que requiere. Es necesario mencionar también que el proceso de desvalimiento cognitivo, motor, afectivo y so-

cial se encuentra presente en mayor o menor grado y que es progresivo e irreversible.

¿Pero, cómo es analizado desde fuera de la persona? La medicina como profesión y con mayor énfasis en las últimas décadas, ha visto como enemigos a la vejez y la muerte, negando estas realidades con su omnipotencia, lo cual ha producido grandes debates sobre el papel que debe jugar la medicina y los médicos. Vemos también que muchas sociedades en la teoría ensalzan la vejez, resaltando los valores de la experiencia y sabiduría; pero por otro lado en la práctica se considera como una pérdida.

2. El avance técnico-científico: nadie pone en duda que también y especialmente en las ciencias de la salud se ha logrado en las últimas épocas un crecimiento nunca antes imaginado, con sus incuestionables beneficios para la humanidad. Podría mencionar algunas de sus más importantes consecuencias: el avance del conocimiento nos ha proporcionado una inmensa avalancha de información; por obvias razones la medicina ha tenido que superespecializarse. De otra parte, no podría dejar de mencionar el cambio dramático de la relación médico-paciente desde un modelo netamente paternalista, imperante por muchísimos siglos, en donde la posición del paciente era abrumadoramente aplastada por la del médico, para dar paso al modelo donde impera la autonomía de aquel y que se acompaña de las nuevas tendencias en los modelos de atención denominados como medicina gerenciada donde se hacen necesarias las constantes evaluaciones costo-beneficio, racionalización del gasto y en fin, lo que para muchos ha sido la medicina defensiva donde además el paciente se ha denominado cliente o usuario.

3. Aparición de la Bioética: con todo este panorama no debe extrañarnos que algunos se pusieran a pensar de otra manera aunque como área del conocimiento es bastante reciente: alrededor de tres

décadas. De ese nuevo pensamiento deseo destacar que se describieron los cuatro principios fundamentales: Autonomía o el principio de la autodeterminación, Beneficencia, No Maleficencia o la ética del no daño y Justicia o ética de la no discriminación.

Se han enfatizado los derechos de los pacientes entre los que deseo destacar los siguientes: a recibir toda la atención sin discriminación; a conocer quien lo atiende; al acceso a la información incluidos los riesgos y los beneficios; a la confidencialidad; a decidir su participación en investigaciones; a decidir sobre el o los tratamientos propuestos.

EL ANCIANO

Me propongo hacer un panorama general de lo que podría ser la situación de salud de un anciano. Lo primero que hay que enfatizar es que todas las decisiones que se deban tomar acerca de la calidad de la vida y de la muerte recaen en la propia persona y esto naturalmente tiene que ver con el respeto de la autonomía. En segundo lugar hay que tener muy presente la convivencia con diferentes enfermedades terminales y no terminales, que probablemente conlleven la formulación de una gran cantidad de medicamentos. Y en tercer lugar, la posibilidad de encontrarse en situación social de exclusión.

DILEMAS ÉTICOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

1. Objetivos del tratamiento

Es bastante importante tener en cuenta que el objetivo principal en la atención en pacientes ancianos no es solo curar; cada vez entran con mayor vigor las terapias paliativas en los casos de enfermedades

incurables. Cuando se establece la necesidad de un tratamiento, este siempre debe estar mediado por los parámetros de bienestar del propio paciente, mientras que el prestador de salud deberá ajustar estas necesidades buscando la mayor funcionalidad no solo física sino los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

2. Relación Médico-Paciente (personal de la salud-anciano)

Como se ha mencionado, esta interacción debe estar enmarcada siempre dentro del parámetro del respeto por la autonomía, es decir de la dignidad de la persona. Es muy clara la situación de aumento de la tolerancia por parte del prestador, mejorando así los canales de comunicación con una actitud de escucha que tengan como resultado que se procuren las decisiones autónomas del anciano. Además este prestador debe procurar dar la mejor calidad de información ajustada a las necesidades particulares de su paciente-anciano.

Una situación particularmente sensible es la de la edad como factor de discriminación; ya se ha mencionado la tácita ecuación de vejez con enfermedad; de ello también se ha podido comprobar la frecuente idea de que no vale la pena gastar dinero en enfermedades costosas en ancianos. Otra manera de discriminación es que no se invierte en investigaciones como en otros grupos de edad, probablemente sumado a la visión utilitarista de que el anciano ya no produce.

3. Capacidad de decisión

Es claro que en la medida que avanza la edad se van disminuyendo algunas capacidades como la memoria; sin embargo, esta condición no necesariamente impide siempre la capacidad de decidir, comunicar, aceptar o rechazar un tratamiento. Es claro que en la medida que las decisiones sean más trascendentales, por ejemplo que involucren la propia vida, se exigirá un mayor grado de competen-

cia que para decisiones de menor complejidad como la de cambiar de sitio de vivienda.

Esta capacidad de decisión marca el grado de competencia de la persona, el cual tiene además efectos legales como es la interdicción judicial. De otra parte, también se deberán tomar las acciones en el caso de las decisiones por sustituto; es decir cuando esa persona es incompetente para tomar una determinada decisión, un tercero lo hará, bien mediante los denominados testamentos vitales, los juicios sustitutivos o el criterio del mejor interés del paciente.

Algunas situaciones que deben ser analizadas siempre, en cuanto a decisiones anticipadas son, por ejemplo: la internación en los denominados ancianatos, o el traslado desde el hospital hasta un hospicio o el hogar en el caso de que se requieran cuidados paliativos; y acá es necesario mencionar los grandes dilemas que se presentan en los denominados pacientes terminales: la utilización o no utilización de tratamientos que de acuerdo con el grado avanzado de evolución de una enfermedad se considerarían ya inútiles (futilidad terapéutica); o el inicio o no inicio de terapéuticas cada vez más complejas que dudosamente mejoren una condición clínica grave e irreversible y que probablemente retrasen injustificadamente la muerte con un mayor sufrimiento (pendiente resbaladiza, encarnizamiento terapéutico, distanasia); también la denominada eutanasia pasiva o la utilización, por ejemplo, de fármacos opiáceos (principio del doble efecto).

ÉTICA DE LA VEJEZ

Definitivamente una de las metas es evitar la muerte prematura de los ancianos, es decir, aquella que sucedería antes de que termine el periodo natural de la vida de esa persona; esto debe ir acompañado del hecho de evitar o, en el peor de los casos, mejorar el sufrimiento. Pero, se hace

necesario decir también que no sería válido retrasar injustificadamente la muerte, cuando este retraso conlleve un aumento del padecimiento de dolores o de malestar lo suficientemente severos para que a juicio del paciente, vivir ese tipo de vida es peor que su propia muerte. Por eso se debe pensar que antes de medicalizar la vejez hay que humanizarla. Cada vez más somos testigos de esa instrumentalización de la muerte en detrimento de lo que se ha conocido como “muerte natural”. La mayoría de las personas mueren cada vez más en los sitios (p. ej. hospitales, UCI) y de la forma (p. ej. sin sus seres queridos) como precisamente no quisieran.

Si analizamos estas situaciones desde los principios universales de la bioética podemos afirmar lo siguiente:

Desde la Autonomía: el anciano puede disponer de su vida y de su muerte; tiene derecho a rechazar toda asistencia, incluso la indicada, aún con competencia disminuida.

Beneficencia: se deben utilizar aquellos procedimientos que sean los indicados, con el consentimiento del paciente.

No-maleficencia: no se deben utilizar los procedimientos contraindicados, siempre buscando no hacer daño, mediante el balance riesgo-beneficio.

Justicia: no puede haber una discriminación del anciano, por ejemplo por su edad o por padecer enfermedades con tratamientos costosos.

BIBLIOGRAFÍA

Lolas, F. Bioética y Vejez: el proceso de desvalimiento como constructo biográfico. En: Contemporaneidad y Bioética. Persona y Sociedad (Santiago) U. de Chile. 1994; 8: 61-64.

Lolas, F. Las dimensiones bioéticas de la vejez. *Acta Bioética*. U. de Chile. 2001; 1: 57-70.

Mercado R, C. Dilemas Bioéticos en Geriátría: toma de decisiones médicas. *Acta bioeth*. 2001; 7(1): 129-141. ISSN 1726-569X.

Outomuro, D. Algunos dilemas éticos en torno a la vejez. *ARS Médica*, Revista de Estudios Médico Humanísticos. Vol. 8 No 8. En Internet <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica8/Art05.html>. U. Católica de Chile.

Roqué, M. V, Pérez G., J. Bioética Geriátrica. *Rev. Mult. Gerontol*. 2002; 12(1): 26-30.

LA SALUD DEL ANCIANO: DECISIONES AUTÓNOMAS

*“Zingong preguntó:
–¿Hay una sola palabra que pueda guiarle a uno en la totalidad de la vida?
El maestro dijo: –¿No debería ser reciprocidad?
Lo que no quieras para ti, no lo hagas a nadie”.*
Analectas, Confucio.

ANA ISABEL GÓMEZ CÓRDOBA

CASO 1

A un hombre de 68 años de edad que consulta por dolor osteomuscular generalizado, se le diagnostica cáncer de próstata metastático en fase terminal. Los familiares del paciente le solicitan al médico que no le informe al paciente su estado ya que temen que tome la decisión de suicidarse.

CASO 2

A una mujer de 60 años se le diagnostica un tumor cerebral en su fase inicial. La paciente le comenta a su médico tratante que no quisiera en el futuro vivir conectada a una máquina o en estado vegetativo, siendo una carga para su familia.

CASO 3

Un hombre de 70 años viudo, padre de dos hijos, con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se encuentra en venti-

lación mecánica después de una neumonía, con aumento progresivo de los parámetros ventilatorios. Los médicos consideran que se debe realizar limitación del esfuerzo terapéutico. Al comentar la situación a los hijos, uno está de acuerdo y el otro no.

CASO 4

Una mujer de 63 años, a quien se le diagnostica una enfermedad que alterará su capacidad cognitiva progresivamente, expresa por escrito y de manera válida que en el futuro no desea ser institucionalizada. Una vez la paciente pierde su capacidad decisoria, los familiares toman la decisión de ingresarla a una unidad de cuidado.

CASO 5

A una paciente de 70 años que vive con su única hija y su esposo, se le diagnostica cáncer de seno. Los médicos recomiendan realizar tratamiento quimioterápico y mastectomía. La paciente no desea que le practiquen el tratamiento, pero su hija insiste en que sea sometida a la terapia indicada.

CASO 6

Los hijos de un hombre de 80 años, competente, a quien se le ha diagnosticado una enfermedad terminal, le preguntan al médico tratante cuál es el diagnóstico y pronóstico de su padre.

CASO 7

Un anciano, encontrado en la calle, llega a un servicio de urgencias en paro cardio-respiratorio. Es reanimado y conectado a un ventilador. Posteriormente cuando se ubica a la familia se establece que el paciente presentaba una enfermedad terminal y había firmado una orden de no reanimación.

CASO 8

Una anciana de 66 años, recluida en una institución de cuidado para la tercera edad, con diagnósticos de insuficiencia cardiaca congestiva e hipertensión arterial, quien ocasionalmente está desorientada y permanece todo el día sentada en su habitación, presenta incontinencia urinaria por lo que deciden colocar sonda vesical a lo cual la paciente se rehúsa.

CASO 9

Un hombre de 78 años viudo desde hace dos años, padre de dos hijos mayores de edad, decide casarse nuevamente con una mujer de 26 años que conoce desde hace tres meses. Los hijos se oponen a esta unión.

CASO 10

Un hombre de 80 años ha trabajado toda su vida en una venta de productos árabes, del cual fue fundador y administrador por 30 años. Sus hijos desde hace dos años habían contratado dos personas para apoyarlo, pero deciden que ya es tiempo que descanse. Él desea seguir trabajando y cumpliendo con sus rutinas.

CASO 11

Un hombre de 78 competente mentalmente, con secuelas de una lesión en cadera, que vive con su hijo, no le permiten desplazarse sin acompañante en bus “porque corre riesgo de caerse” .

INTRODUCCIÓN

Una de las más importantes megatendencias en el siglo XXI es el envejecimiento poblacional, hecho que está generando impor-

tantes cambios sociales, como la convivencia entre generaciones, la prolongación de la vida laboral de las personas y el aumento de las necesidades de salud relacionadas con las enfermedades crónicas, entre otros^{1, 2}. Paradójicamente el ejercicio de la autonomía de los ancianos se ha debilitado, especialmente en la cultura occidental, asociados con la pérdida de la independencia y la sobreprotección.

A continuación se analizarán los distintos aspectos relacionados con la autonomía de los ancianos, haciendo un especial énfasis en los procesos de toma de decisión relacionados con la atención en salud.

EL DERECHO A SER AUTÓNOMO

La autonomía, uno de los cuatro principios bioéticos enunciados en el Informe Belmont³, consiste en el derecho que tiene cada persona a poder autodeterminarse, es la “capacidad de actuar intencionalmente, entendiendo y sin influencias que puedan actuar en contra de su libertad y voluntad”.

En el Informe Belmont se precisa respecto a la autonomía:

- Se debe considerar que todos los seres son autónomos mientras no se demuestre lo contrario.
- Se deben proteger los criterios, determinaciones, y decisiones de los individuos mientras no se perjudique a otros.
- Se debe proteger del daño a los individuos no autónomos, lo cual puede exigir hacer caso omiso a sus decisiones y determinaciones.

El respeto a la autonomía es un deber de los profesionales de la salud, extensivo a todos los seres humanos, especialmente en aquellos que no están en condiciones de ejercerla debido a su desarrollo cognitivo, edad, enfermedad o condición de vulnerabilidad. La dignidad de las personas no se pierde bajo ninguna circunstancia, por lo tanto a pesar de las situaciones que puedan hacer vulnerable al anciano (como la pérdida de su capacidad cognitiva debido al natural proceso de envejecimiento o a la presencia de patologías de diversa índole) se le debe respetar y proteger su capacidad de autodeterminación en las distintas dimensiones de su vida, especialmente en lo referente a las decisiones sobre su salud.

Las personas toman decisiones permanentemente como ejercicio de su libertad física, psicológica, económica y espiritual. El respeto a la libertad del anciano debe balancearse permanentemente con la disminución progresiva y fluctuante de sus capacidades cognitivas y biológicas, así como con el riesgo que sus acciones afecten su integridad personal. En este sentido es fundamental establecer la funcionalidad geriátrica, que se entiende como “ la capacidad que tiene un adulto mayor para realizar de manera independiente o autónoma las actividades de la vida diaria o cotidiana (básicas como la alimentación, continencia, transferencia, uso del sanitario, vestido y bañado e instrumentales como cocinar, realizar las compras, labores domésticas, limpieza de la casa, utilización del teléfono, lavado de la ropa, viajar, toma de medicamentos, administración de los gastos personales)”⁴.

Los límites a la autonomía del anciano deben establecerse de manera respetuosa, en un rango que va desde la independencia total a la dependencia completa, que permita su cuidado y protección contra el daño, pero que evite la sobreprotección o el maltrato. Es importante aclarar que la pérdida de la autonomía afecta las dimensiones de la vida del anciano de distinta manera; por ejemplo, es posible que teniendo graves limitaciones físicas que impliquen dependencia de sus

cuidadores, conserve la capacidad para decidir sobre su salud o sobre sus finanzas.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL ANCIANO

La relación médico-paciente en general ha evolucionado desde un modelo hipocrático, paternalista, basado en el principio de la beneficencia, en la cual el paciente es un incapaz técnico y moral en la toma de decisiones sobre su propio cuidado hacia un modelo centrado en la autonomía y en el respeto a los derechos del paciente o quien los represente (como los padres en el caso de los menores de edad no emancipados o los guardas en el caso de los incapaces absolutos o relativos), con una tendencia cada vez mayor hacia una comunicación centrada en el paciente, en la cual se cuida en relación, y en la que el médico además de informar y consultar la voluntad del paciente, obra como consejero conocedor de las necesidades, creencias y valores del paciente⁵⁻⁷.

La relación médico-anciano es más compleja debido a la presencia de la familia o el cuidador, que pueden distorsionar o anular la autonomía del anciano y suplantar su voluntad para consentir o no sobre los procedimientos que lo afecten física o psicológicamente, independiente de su capacidad para entender la información y tomar una decisión informada.

CONSENTIMIENTO INFORMADO COMO EXPRESIÓN DE LA AUTONOMÍA PARA LA TOMA DE DECISIONES DE SALUD EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El acto médico es un acto jurídico, en el que existe el acuerdo de dos voluntades. Los derechos del paciente se co-relacionan con las obligaciones o deberes del médico, cuyo incumplimiento genera res-

ponsabilidad jurídica (penal y civil), ética y administrativa, y que no se conmutan por el solo hecho de que el paciente sea un anciano.

El médico tiene los deberes de⁸:

- Confidencialidad o secreto profesional.
- Información al paciente.
- Asesoramiento o consejo.
- Requerir consentimiento informado.
- Asistencia.
- Llevar en debida forma la historia clínica.
- Actuación diligente.
- Realizar las prácticas necesarias para mantener la vida del paciente.
- Abstenerse de asegurar resultados.
- Reducir los riesgos a que se lo somete.
- Efectuar derivación y/o interconsulta.

Debido a que en la relación médico-paciente existe una asimetría de conocimiento, en la cual el profesional de la salud obra como experto, este debe buscar equilibrar esta brecha con la información suministrada al paciente sobre⁹:

- Estado de salud.
- Etiología de la dolencia (patología).
- Finalidad y naturaleza de cada intervención.
- Objetivos del acto médico.

- Opción diagnóstica o terapéutica aconsejada y otras opciones.
- Sustentación del porqué de la opción aconsejada.
- Riesgos (genéricos y específicos), molestias y consecuencias de las pruebas diagnósticas o terapéuticas.
- Pronóstico de su evolución y probabilidades de éxito.
- Posibilidades de curación o de incurabilidad.
- Consecuencias de no realizar la práctica.
- Contraindicaciones o efectos secundarios.
- Número de días probables de internación.
- Mutilaciones, limitaciones funcionales y minusvalías.
- Costos.
- Si los medios de que dispone la institución en donde se realizará el procedimiento son suficientes o no.

El médico debe brindar toda la información necesaria para que el paciente pueda a través de un proceso cognitivo, en el que están involucrados sus valores y creencias, analizar y ponderar las consecuencias de sus decisiones y finalmente expresar su voluntad respecto a aceptar o no (consentir o no) al acto diagnóstico, terapéutico o paliativo, que se le propone de manera libre (ausente de fuerza, dolo o error) para ser acatada por el médico (siempre y cuando la voluntad sea válida desde el punto de vista jurídico).

Para que la voluntad del anciano se considere que es válida desde el punto de vista jurídico debe¹⁰:

- Ser emitida por el paciente o por quien se encuentre facultado.
- Provenir de una persona autónoma.

- Ser emitida por una persona capaz legalmente.
- Ser ilustrada (fundamentada en información previa).
- Estar dirigida a bienes jurídicos disponibles.
- Tener objeto y causa lícitos.
- Ser seria y exteriorizada.
- Ser oportuna.
- Estar exenta de vicios.
- No requerir formalidades.

El derecho a la información que tiene el paciente es inalienable, es un acto personalísimo y el anciano no es la excepción; por esta razón debe ser él, si es competente y capaz, quien reciba directamente la información y quien decida a quién más autoriza para que le sean revelados los contenidos sobre su historia clínica sometidos a reserva. La Ley 23 de ética médica, en el artículo 38, menciona: teniendo en cuenta los consejos que dicten la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- a. Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
- b. A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento.
- c. A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- d. A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley.
- e. A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Respecto al numeral C, la Sentencia C 264 de 1996 establece su exequibilidad, haciendo la siguiente claridad: “Cuando una persona se encuentra en plenitud de capacidades mentales no es posible revelar información médica a sus familiares, aun resultando esto útil al tratamiento, sin la previa autorización del paciente”.

El proceso anteriormente descrito que incluye informar al paciente, solicitar que el paciente exteriorice su voluntad y acatarla siempre y cuando esta sea válida desde el punto de vista jurídico se conoce comúnmente como consentimiento informado, esclarecido o aclarado, que refleja el proceso de comunicación que se da entre el paciente y el médico (o quien represente sus derechos en situación de inconciencia o incapacidad), como respeto a la autonomía de las personas en la toma de decisiones que afecten su salud física o psicológica, el cual se basa en el entendimiento de la información requerida para la toma de una decisión inteligente, la competencia del paciente y la voluntad libre.

Con respecto al anciano, los procesos biológicos que ocurren en el envejecimiento, las pérdidas asociadas a su edad (autoimagen, física, social, económica, de parejas y familiares, de salud, trabajo y funcionalidad) así como discapacidades auditivas, motoras y visuales pueden afectar el proceso de comunicación. Adicionalmente la intermediación del cuidador puede distorsionar el proceso de comunicación (muchas veces en contra del derecho a la intimidad que tiene el anciano como paciente y al deber de secreto profesional que tiene el médico).

En todos los pacientes y más aún en el anciano acorde con lo anteriormente comentado, el profesional de la salud no solo tiene el deber de informar sino de corroborar el entendimiento por parte del paciente de dicha información, en el contexto de la integridad fonética, auditiva, visual y olfativa (anatómica y funcional), y las necesi-

dades específicas de información asociadas con las fantasías en torno a su enfermedad (dolor, invalidez, desfiguración), así como la independencia de la voluntad del anciano de su cuidador o la familia en la toma de decisiones.

Algunas de las estrategias que se plantean para mejorar el proceso de comunicación en el anciano son:

- Acortamiento y simplificación de las frases.
- Presentación de la información ordenada y agrupada en categorías.
- Instrucciones en términos concretos y específicos.
- Apoyo en información escrita.
- Uso de la contra-pregunta para verificar el entendimiento de la información.

EXCEPCIONES AL DERECHO A LA INFORMACIÓN DEL ANCIANO

Las únicas razones que excusan el deber de información del médico son¹¹:

- Inconciencia del paciente en ausencia del familiar que en línea de sucesión pueda acceder a su información y tomar decisiones sobre su salud.
- Situación de emergencia.
- Deseo expreso del paciente de no recibir información.
- Privilegio terapéutico: casos en los que el médico considera que la información producirá más daño que beneficio en el paciente.

En caso de inconciencia o enfermedad que impida al anciano ejercer sus derechos, y en ausencia de una persona indicada directamente por el paciente para ejercer sus derechos, se utiliza la designación por orden jerárquico (artículo 5 de la Ley 73 de 1988) de una persona que reciba la información y tome las decisiones en representación de la voluntad del paciente, que en su orden es:

1. Cónyuge no divorciado o separado de cuerpos.
2. Hijos legítimos o naturales mayores de edad.
3. Padres legítimos o naturales.
4. Los hermanos legítimos o naturales mayores de edad.
5. Los abuelos y los nietos.
6. Los parientes consanguíneos en línea colateral hasta el tercer grado.
7. Los parientes afines hasta el segundo grado.

En los casos en los cuales se deba dar un consentimiento diferido debido a la incapacidad del paciente, el médico tiene el deber de verificar que quien suplante la voluntad del anciano obre en el mejor interés de este, en razón de la vulnerabilidad que este tiene a situaciones de abuso y maltrato, en cuyo caso el médico debe tomar las decisiones que protejan la integridad del paciente y buscar los medios jurídicos por los cuales un juez de la República le otorgue un guarda a sus derechos (procesos de interdicción).

COMPETENCIA Y TOMA DE DECISIONES DEL ANCIANO

La competencia es la “capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de

cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores”¹².

La regla de oro es que el anciano es competente a menos que se demuestre lo contrario. El problema es que comúnmente esta regla se aplica a la inversa, es decir, se presume que el viejo no es competente y que por lo tanto su familia, los cuidadores o el médico deben ser quienes tomen las decisiones en el cuidado de su salud.

Si existen dudas sobre la competencia de un anciano, este debe ser sometido a una valoración, bien sea por un psiquiatra o por un neurólogo, teniendo en cuenta que incluso ante la presencia de problemas cognitivos el anciano podrá mantener la capacidad para tomar decisiones de distinto grado de complejidad, acorde con el riesgo que estas decisiones impliquen.

La vejez plantea retos frente a la pérdida progresiva de capacidades cognitivas y la definición de la competencia para tomar decisiones, pero esta razón no debe ser obstáculo para que permanentemente se vele por proteger la autonomía del anciano. A continuación se muestran dos formas de evaluar la competencia¹³.

Criterios de Roth:

- Expresar una elección: capacidad de expresarse a favor o en contra de un tratamiento: asentir o disentir.
- Decisión «razonable» comparada con el criterio de la persona «razonable».
- Elección basada en motivos racionales (no relacionados con enfermedad).
- Capacidad para comprender el proceso de toma de decisiones, con los riesgos y beneficios.

- Comprensión real y completa del proceso de decisión.

President's Commission:

- El paciente debe poseer una escala de valores y objetivos en qué fundamentar sus decisiones
- Capacidad para comprender y comunicar la información, junto con una suficiente experiencia vital para apreciar el significado de las posibles actuaciones.
- Capacidad para razonar y discutir acerca de la propia opción.

Appelbaum y Grisso:

- Capacidad de comunicar una elección, que exige una capacidad para mantener y comunicar elecciones estables un tiempo lo suficientemente dilatado como para poder llevarlas a cabo.
- Comprensión de la información relevante para la decisión a tomar. Requiere una memoria para retener los datos fundamentales sobre la situación y un nivel adecuado de atención y participación de los procesos intelectuales.
- Apreciación de la situación (enfermedad, elección) y sus consecuencias. No se relaciona con lo razonable o no razonable de la opción del paciente, sino con la necesaria aprehensión de la situación para poder tomar una decisión.
- Manipulación racional de la información. Supone la capacidad de utilizar procesos lógicos para comparar beneficios o riesgos, sopesándolos y considerándolos para llegar a una decisión. Implica una capacidad para alcanzar conclusiones lógicamente consistentes con las premisas de modo que se refleje.

DILEMAS AL FINAL DE LA VIDA Y AUTONOMÍA

El anciano enfrenta enfermedades crónicas o terminales, y existe la posibilidad que ante opciones terapéuticas que pretenden prolongar su vida, pero que implican deterioro de su calidad de vida, este opte por no consentir dichos procedimientos.

En estos casos es frecuente que tanto la familia como el médico se vean tentados a obrar en el “mejor beneficio del paciente” en contra de su voluntad y cuestione su competencia para decidir.

El mejor interés del anciano se debe diferenciar del mejor interés de la ciencia, de las convicciones del profesional de la salud, de los conflictos de interés de los cuidadores y de los posibles problemas económicos o familiares que puedan estar coaccionando la decisión del paciente de no tratarse o de exceder el esfuerzo terapéutico en situaciones de terminalidad. Para poder cumplir adecuadamente con estas funciones de cuidado es necesario explorar los valores y creencias del paciente, conocer su entorno familiar y verificar el entendimiento cabal de la información.

En estas situaciones es fundamental valorar la competencia del anciano, y si esta es adecuada, se debe respetar su voluntad jurídica incluso cuando está en franca oposición a los deseos de la familia. Se debe recordar respecto a la competencia que se “puede aceptar como competentes a personas que tomaban decisiones aparentemente irracionales siempre que estén en armonía con su escala de valores”.

Otro elemento que es necesario ponderar en estas situaciones es que la voluntad del anciano esté libre de error, fuerza y dolo, que suelen acompañar a la persuasión (no se le da alternativas en las que pueda elegir), coacción (la presencia de amenaza explícita o implícita) o manipulación (distorsión de la información).

MECANISMO PARA PRESERVAR LA CAPACIDAD DE TOMAR DECISIONES EN EL TIEMPO

Los pacientes ancianos bien sea debido al proceso de envejecimiento o a la presencia de enfermedades crónicas o terminales frecuentemente tienen el riesgo de perder la capacidad de ejercer su autonomía.

Es deber del médico ofrecer al paciente alternativas que le permitan extender su capacidad de decidir en el tiempo como son: las voluntades anticipadas, las cuales son de dos tipos: los testamentos vitales y la subrogación¹⁴⁻¹⁶.

En los testamentos vitales el anciano puede establecer qué tratamientos quiere o no recibir cuando no se encuentre en capacidad de ejercer su autonomía; el más conocido de estos son las órdenes de no reanimación¹⁷.

En la subrogación el anciano delega sus derechos (como el de recibir información y tomar decisiones sobre su salud) en terceros legalmente autorizados. En estos casos es muy importante que el médico esté siempre atento a los posibles conflictos de interés que pudiere tener el subrogado respecto a las decisiones de salud del anciano.

ANÁLISIS DE SITUACIONES DILEMÁTICAS RESPECTO A LA AUTONOMÍA DEL ANCIANO

CASO 1

A un hombre de 68 años de edad, que consulta por dolor osteomuscular generalizado, se le diagnostica cáncer de próstata

metastático en fase terminal. Los familiares del paciente le solicitan al médico que no le informe al paciente su estado ya que temen que tome la decisión de suicidarse.

Análisis

Se debe establecer la competencia del paciente y, mediante valoración por psiquiatría, el real riesgo de suicidio; si este se comprueba, apoyado en el privilegio terapéutico, y previo registro en la historia clínica de la situación de excepción, se reservará la información hasta que los riesgos sean superados.

CASO 2

A una mujer de 60 años se le diagnóstica un tumor cerebral en su fase inicial. La paciente le comenta a su médico tratante que no quisiera en el futuro vivir conectada a una máquina o en estado vegetativo, siendo una carga para su familia.

Análisis

Se le pueden ofrecer a la paciente las alternativas de preservar su voluntad en el tiempo a través de las voluntades anticipadas del tipo testamento vital o subrogación.

CASO 3

Un hombre de 70 años viudo, padre de dos hijos, con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se encuentra en ventilación mecánica después de una neumonía, con aumento progresivo de los parámetros ventilatorios. Los médicos consideran que se debe realizar limitación del esfuerzo terapéutico. Al comentar la situación a los hijos, uno está de acuerdo y el otro no.

Análisis

La decisión médica de limitar el esfuerzo terapéutico parte de la definición desde el aspecto técnico-científico de la futilidad de la acción diagnóstica y terapéutica. Si desde el punto de vista médico las acciones de cuidado constituyen obstinación terapéutica, a pesar del desacuerdo familiar se debe obrar protegiendo el mejor interés del anciano.

CASO 4

Una mujer de 63 años a quien se le diagnostica una enfermedad que alterará su capacidad cognitiva progresivamente, expresa por escrito y de manera válida que en el futuro no desea ser institucionalizada. Una vez la paciente pierde su capacidad decisoria los familiares toman la decisión de ingresarla a una unidad de cuidado.

Análisis

Se debe hacer respetar la voluntad del paciente encontrando una solución intermedia que entienda la posición del cuidador, proteja al paciente de maltrato en su hogar y haga respetar su decisión de no ser institucionalizado.

CASO 5

A una paciente de 70 años que vive con su única hija y su esposo, se le diagnostica cáncer de seno. Los médicos recomiendan realizar tratamiento quimioterápico y mastectomía. La paciente no desea que se le practique el tratamiento, pero su hija insiste en que sea sometida a la terapia indicada.

Análisis

Si la paciente es competente y capaz se debe respetar su decisión de no ser tratada.

CASO 6

Los hijos de un hombre de 80 años competente a quien se le ha diagnosticado una enfermedad terminal, le preguntan al médico tratante cuál es el diagnóstico y pronóstico de su padre.

Análisis

Se debe consultar al anciano a quién y en qué extensión desea que se revele la información concerniente a su estado de salud, consignando este hecho en la historia clínica.

CASO 7

Un anciano, encontrado en la calle, llega a un servicio de urgencias en paro cardio-respiratorio. Es reanimado y conectado a un ventilador. Posteriormente cuando se ubica a la familia, se establece que el paciente presentaba una enfermedad terminal y había firmado una orden de no reanimación.

Análisis

Se debe proceder a respetar la voluntad del paciente limitando los esfuerzos terapéuticos (incluso los ya instaurados).

CASO 8

Una anciana de 66 años, recluida en una institución de cuidado para la tercera edad, con diagnósticos de insuficiencia cardiaca congestiva e

hipertensión arterial, quien ocasionalmente está desorientada y permanece todo el día sentada en su habitación, presenta incontinencia urinaria por lo que deciden colocar sonda vesical a lo cual la paciente se rehúsa.

Análisis

Se debe valorar la competencia para decidir de la anciana, y si esta le permite valorar los riesgos de que no se le coloque la sonda vesical.

CASO 9

Un hombre de 78 años, viudo desde hace dos años, padre de dos hijos mayores de edad, decide casarse nuevamente con una mujer de 26 años que conoce desde hace tres meses. Los hijos se oponen a esta unión.

Análisis

No es una decisión de carácter médico. Si los hijos consideran que su padre no es capaz de tomar esta decisión, deben establecer un proceso jurídico de interdicción.

CASO 10

Un hombre de 80 años ha trabajado toda su vida en una venta de productos árabes, del cual fue fundador y administrador por 30 años. Sus hijos desde hace dos años habían contratado dos personas para apoyarlo, pero deciden que ya es tiempo de que descanse. Él desea seguir trabajando y cumpliendo con sus rutinas.

Análisis

No es una decisión de carácter médico, pero se puede orientar a la familia respecto a la importancia de mantener actividad física y men-

tal durante la pensión como elemento fundamental para evitar la depresión.

CASO 11

A un hombre de 78, competente mentalmente, con secuelas de una lesión en cadera, que vive con su hijo, no le permiten desplazarse sin acompañante en bus “porque corre riesgo de caerse”.

Análisis

Se debe valorar el grado de movilidad e independencia física y aconsejar a la familia sobre las decisiones que se están tomando.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bindé J. “Siglo XXI: tentativa de identificación de algunas grandes tendencias”. unesdoc.unesco.org/images/0011/001196/119699s.pdf
- 2 Fukuyama F. El fin del Hombre. Barcelona. Ediciones B, 2002.
- 3 Beauchamp T. and Childress J. Principles of biomedical ethics. 3 ed. New York, Oxford University Press. 1989.
- 4 Ancheta J and Reding M. Chapter 94 Stroke Diagnosis and Treatment: A Multidisciplinary Effort. En: Hazzard W, Blass J, Ettinger W, Halter J, and Ouslander J.
- 5 Prados Castillejo JA, Cebria Andreu J. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. FMC Febrero del 2000; (7)2: 83.
- 6 Arroyo F. Relación médico paciente: una visión plural. <http://www.espacioblog.com/humanidades-medicas/post/2007/08/18/la-relacion-medico-paciente-vision-plural>
- 7 Candib L. Medicine and the family. New York, 1995: Basic Books.

- 8 López J Marcelo. Tratado de responsabilidad médica. Responsabilidad civil, penal, y hospitalaria. Legis. 2007.
- 9 Highton E, Wierba S. La relación médico-paciente: el consentimiento informado. Editorial AD HOC. Argentina. Segunda edición.
- 10 Castaño M.P. El Consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica. Editorial TEMIS, Bogotá. 1997.
- 11 Castaño M.P. Consentimiento informado en la relación médico-paciente.
- 12 Reyes López M, Águila Lorenzo Y. Consentimiento informado en pacientes sometidos a cirugía por mínimo acceso. Rev Cubana Enfermer 2006; (22)4.
- 13 Sánchez Caro J. El consentimiento informado en psiquiatría. Editorial Díaz Santos. 2003.
- 14 Ethics in medicine: University of Washington School of Medicine. <http://depts.washington.edu/bioethx/>
- 15 Couceiro A. "Las voluntades anticipadas de los enfermos" (I) Jano 2001; 60(1375): 600-601.
- 16 Gómez Rubí J.A. "Directivas anticipadas: la última oportunidad de ejercer la autonomía". Jano 2001; 60(1377): 804-805.



EDITORES E IMPRESORES

Edición terminada
en septiembre de 2007
Bogotá, D.C.- Colombia