COLEGIO DE GERIATRAS DEL ESTADO DE NUEVO LEÓN

AGE

ABRIL 2023

El grito que pocos escuchan

Nutrición en el adulto mayor con Demencia

Dolor de tórax

En el adulto mayor

www.geriatrasnl.com
facebook.com/colegiodegeriatrasnl

DRA. MARIA FERNANDA CONTRERAS ALVARADO

Vicepresidente del Colegio de
Geriatras del Estado de Nuevo León
Gestión 22-23

Bienvenidos

Estimados lectores.

Es un gusto saludarles y darles la bienvenida a esta edición del mes de Abril de nuestro boletín AGE. ¿Sabían que actualmente nos encontramos en la década del envejecimiento saludable (2021-2030)? Declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre del 2020, es una iniciativa global que busca estrategias para construir una sociedad para todas las edades. Son cuatro los principios de acción en las que busca incidir esta iniciativa.

1.Cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento. La lucha contra los estereotipos negativos, los prejuicios y la discriminación así como propiciar una comprensión más positiva y realista de la edad y el envejecimiento.

2.Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores. Creación de espacios adaptados para personas mayores sin obstáculos físicos o sociales e introducir políticas, sistemas, servicios, productos y tecnologías.

3.Proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que lo necesiten. Incluyendo servicios de rehabilitación, tecnologías asistenciales y entornos propicios, inclusivos y de calidad en personas con dependencia de cuidados.

4.Ofrecer una atención integrada y centrada en las personas, y servicios de salud primarios que respondan a las necesidades de las personas mayores.

Esta última iniciativa nos compromete como Colegio a fomentar la educación médica continua, de libre acceso dirigida a cualquier profesional de la salud. Esto con el objetivo de acercarnos cada vez más a la meta de ofrecer atención individualizada, efectiva y factible para las necesidades de nuestros pacientes mayores, en cualquier nivel de atención. Esperamos les sea de utilidad y que disfruten cada uno de los artículos incluidos en este ejemplar.

AGE

BOLETÍN

03

NUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA

05

DOLOR EN EL TÓRAX EN EL ADULTO MAYOR

09

EL GRITO QUE POCOS ESCUCHAN

Colegio de Geriatras
En el Estado de Nuevo León, A.C.

CONTENIDO

NUTRICIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA

SABER ENVEJECER ES LA MAYOR DE LAS SABIDURÍAS Y UNO DE LOS MÁS DIFÍCILES CAPÍTULOS DEL GRAN ARTE DE VIVIR.
- HENRI-FRÉDÉRIC AMIEL

Se estima que para el 2050, el 20% de la población tendrá más de 65 años, eso significa que si la tendencia de diagnóstico de la demencia continúa, 131 MILLONES de esas personas padecerán esta enfermedad (ALZHEIMER`S ASSOCIATION).

Orientación de un experto resulta un REMANSO y un FARO DE LUZ es un proceso tan doloroso, poco comprendido y complejo como son las conductas, desnutrición que acompañan a la demencia.

La demencia es un síndrome causado por diversas enfermedades, siendo el alzheimer la más común y la más estudiada aunque no es la única.

Demencia tambien conocida como TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR (DSM-5 APA, 2013): es un padecimiento que afecta las capacidades mentales, físicas, emocionales y conductuales, se presenta después de los 60 años y aumenta conforme vamos envejeciendo.

Cambios en el tracto digestivo en el adulto mayor.

•Disminuye la mucosa gástrica.
•Disminuye el jugo gastrico.
•Disminuye el ac. Clorhídrico.
•Disminuye el factor intrínseco.
•Disminuye la síntesis de enzimas/que desdobla las proteínas en el intestino delgado.
•En el intestino grueso hay atrofia de la mucosa.
•Disminuye la motilidad del colon dando como resultado = estreñimiento.
•Disminuye la secreción de bilis= metabolísmo lipídico-proteico- enzimas.
•Intestino delgado aparecen divertículos .
•El estreñimiento por la inmovilidad (ingieren poca cantidad de agua y/o fibra)
•Malnutrición- inmunodeficiencia.
•Anorexia: envejecimiento; pérdida/ausencia del apetito, problemas sociales, pobreza, maltrato físico-psíquíco.
•Trastorno mental: depresión-demencia-alcohol.
•Médicas: parkinson-insuficiencia cardiaca-neoplasias.
•Índice de masa corporal : peso bajo(menor de 23), n or m a l/ 23-27.9, sobrepeso (28-30), obesidad : mayor de 30.
•Todo esto repercute en su estado nutricional: menor absorción de vit b12, ac. Fólico, hierro NO hem, calcio, vit. D.
•Hipertrofia cardíaca/ elasticidad de los vasos sanguíneos.
•Afecta en lo fisiológico, psicológico y social.

LN. MARIO ALBERTO
AGUILAR VELÁZQUEZ ED

MI NUTRIÓLOGO REGIO
SIGUEME EN:

C. 811 665 26 86
www.minutriologoregio.com

Las personas vulnerables a pesar de los cambios en su tracto digestivo, en su envejecimiento de su patología, es fácil mantener una buena salud debemos considerar que ellos gastan menos calorías por que su metabolismo basal disminuye y hacen menos esfuerzo en distintas actividades que cuando eran más jóvenes.

Pero debemos darnos cuenta que las NECESIDADES DE VITAMINAS, MINERALES Y PROTEÍNAS, inician a ser notorias.

Tabla I. Nutrientes para los que ha sido descrita una situación de deficiencia en pacientes con deterioro cognitivo (Hasan Mohajeri et al.) (5)

Nutriente analizado	N.º de estudios en los que se demuestra déficit	Total de estudios incluidos
Ácido fólico	6	17
Vitamina B_{12}	6	18
Vitamina B_6	1	3
Vitamina C	1	1
Vitamina E	3	3
Vitamina A	3	3
Betacaroteno	1	2
Tiamina	0	2
Vitamina D	5	7
Vitamina K	1	1
Omega 3	1	1

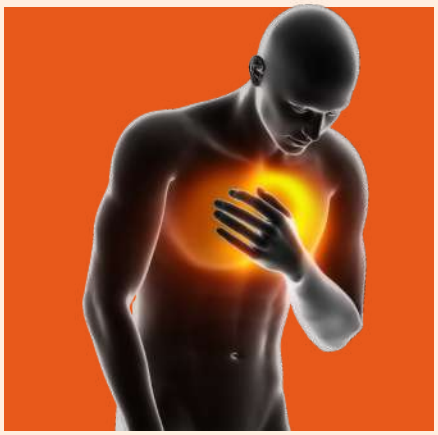
Para finalizar y como resumen se muestran las recomendaciones dietéticas para la prevención de la enfermedad de Alzheimer consensuadas en la International Conference on Nutrition and the Brain, en julio de 2013, en Washington (25):

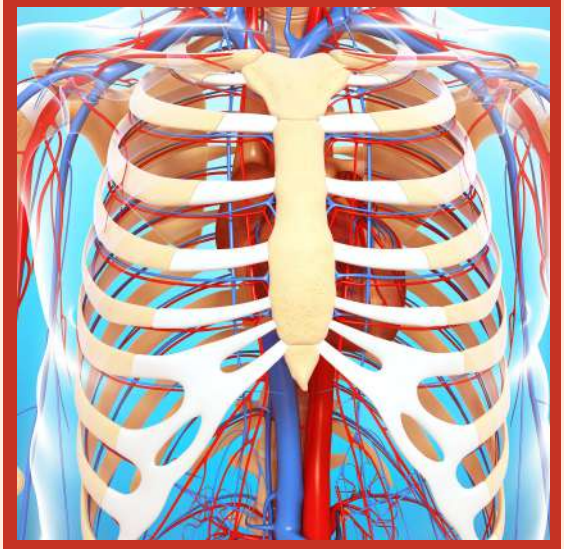
1. Minimizar el consumo de grasas trans y saturadas.
2. Dar prioridad a vegetales, legumbres (habas, guisantes, lentejas), frutas, grano entero.
3. Una onza de nueces o semillas ("un pequeño puñado") diariamente es una fuente saludable de vitamina E.
4. Una fuente fiable de vitamina B12, como alimentos enriquecidos o suplementos que aporten 2,4 µg al día (adultos).
5. Elegir multivitamínicos sin hierro ni cobre; los suplementos de hierro deben limitarse a prescripción médica.
6. Evitar el uso de baterías de cocina, antiácidos, levadura en polvo u otros productos que aporten aluminio*.
7. Realizar ejercicio aeróbico equivalente a 40 minutos de "paseo enérgico" tres veces por semana.

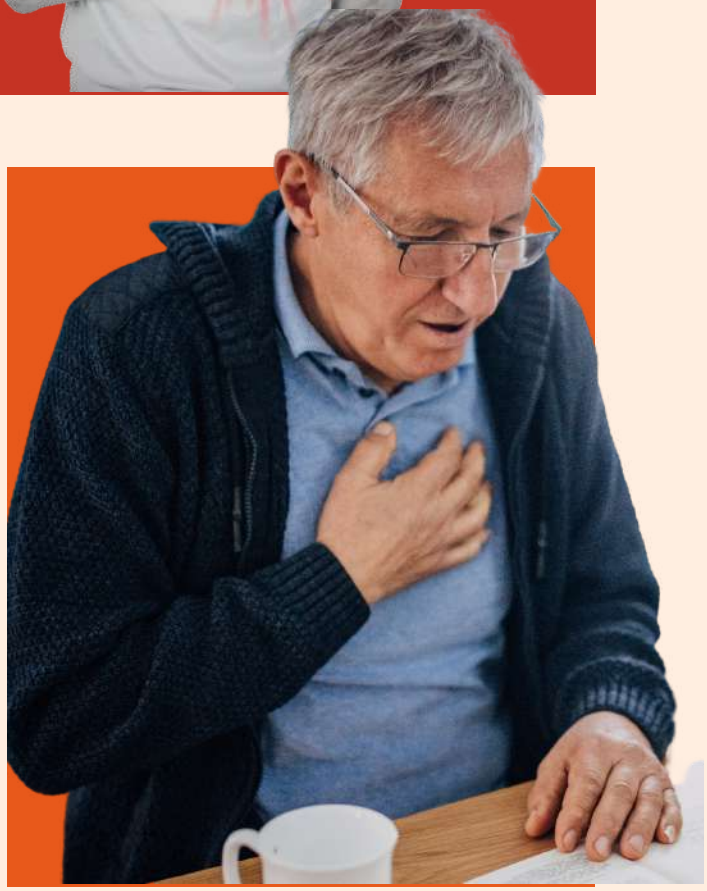
*Aluminio: controvertido. Hay estudios de Inglaterra y Francia que muestran mayor prevalencia de EA en zonas con más aluminio en el agua corriente.

DOLOR

EN TÓRAX EN EL ADULTO MAYOR





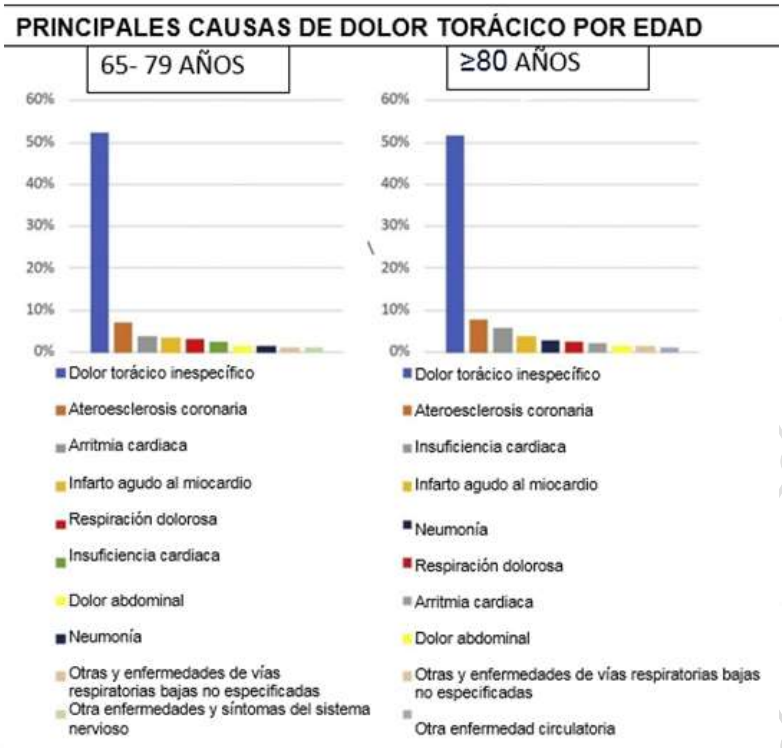


DRA. YESENIA CERINO RAMIREZ
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE GERIATRÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA #4, GUADALUPE, NUEVO LEÓN.

Dolor en tórax

EL DOLOR TORÁCICO DEBE DESCRIBIRSE COMO CARDÍACO, POSIBLEMENTE CARDÍACO O NO CARDÍACO PORQUE ESTOS TÉRMINOS SON MÁS ESPECÍFICOS PARA EL POSIBLE DIAGNÓSTICO SUBYACENTE.

El dolor torácico sigue siendo un desafío diagnóstico en el ámbito ambulatorio y de urgencias por lo que requiere una evaluación clínica exhaustiva. Los pacientes mayores de 75 años representan el 33% de todos los casos de síndrome coronario agudo (SCA) y el 60% de las muertes. En general, aunque la causa del dolor torácico a menudo no es cardiaca, sigue siendo la principal causa de muerte en ésta población, por lo que en éste artículo le daremos enfoque al dolor de origen cardiaco. En el 2022 el INEGI reportó las “Diez principales causas de muerte por grupos de edad (Enero-junio 2022)” siendo éstas en >65 años: 1) Enfermedades del corazón, 2) Diabetes mellitus, 3) Tumores malignos, 4) Covid-19, 5) Enfermedades cerebrovasculares, 6) Influenza y neumonía, 7) Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, 8) Enfermedades del hígado, 9) Insuficiencia renal y 10) Accidentes; por lo que es necesario distinguir entre causas graves y benignas de dolor torácico. Habiendo mencionado antes la importancia del tema; la evaluación y el tratamiento deben iniciarse rápidamente.



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO	
RESPIRATORIO	**PARED TORÁCICA**
Tromboembolia pulmonar	Costocondritis
Neumotórax/ Hemotórax	Traumatismo o inflamación de la pared torácica
Neumomediastino	Radiculopatia cervical
Neumonía	Herpes zoster
Bronquitis	Enfermedades de la mama
Malignidad	Fractura de costilla
Irritación pleural	Lesión musculoesquelética/espasmo
GASTROINTESTINAL	**PSICOLÓGICO**
Colecistitis	Trastorno de pánico
Pancreatitis	Ansiedad/ Depresión
Hernia hiatal	Trastorno de somatización
Enfermedad por reflujo gastroesofágico/ gastritis/ esofagitis	Hipocondría
	OTROS
Enfermedad por ulcera péptica	Síndrome de hiperventilación
Espasmo esofágico	Intoxicación por monóxido de carbono
Dispepsia	Sarcoidosis
	Efecto adverso de medicamentos
	Crisis de células falciformes

El dolor torácico debe describirse como cardíaco, posiblemente cardíaco o no cardíaco porque estos términos son más específicos para el posible diagnóstico subyacente.

CARACTERISTICAS DEL DOLOR

Los pacientes a menudo se refieren al dolor torácico como: presión, opresión, pesadez o ardor; también pueden informar una ubicación distinta del tórax, incluidos el hombro, el brazo, el cuello, la espalda, la parte superior del abdomen o la mandíbula. Aunque pueden presentar síntomas no clásicos de isquemia, como dificultad para respirar, náuseas, molestias que se irradian o entumecimiento; el dolor o la molestia en el pecho es el síntoma predominante informado en hombres y mujeres que finalmente son diagnosticados con isquemia miocárdica.

Cuando el paciente describe el dolor como agudo, fugaz, relacionado con la inspiración (pleurítico) o con la posición, o con ubicaciones cambiantes, nos sugiere una menor probabilidad de causa isquémica. Existen otros elementos clínicos, como la duración, factores que provocan y alivian el dolor, la edad del paciente y factores de riesgo cardíaco, que brindan un mayor enfoque hacia o lejos de la isquemia en el proceso de diagnóstico; un ejemplo es que la aparición del dolor en el reposo o con un esfuerzo mínimo que se asocia a síntomas anginosos suele indicar SCA.

La guía de evaluación y diagnóstico del dolor torácico de la Asociación Americana del Corazón 2021 nos menciona que, en pacientes con dolor torácico mayores de 75 años, se debe considerar el síndrome coronario agudo (SCA) cuando se presenten síntomas acompañantes como dificultad para respirar, síncope, delirium, dolor abdominal o cuando haya ocurrido una caída inexplicable.

El aumento de la edad es un factor de riesgo importante para el SCA, sin embargo, también es un factor de riesgo de comorbilidades que se asocian a otros diagnósticos relacionados con el dolor torácico. En consecuencia, en los pacientes de más edad es necesario realizar un estudio diagnóstico más amplio.

La exploración física es importante para valorar los diagnósticos diferenciales del dolor torácico.

Exploración física en pacientes con dolor torácico

Síndrome clínico	Hallazgos
Síndrome coronario agudo	Diaforesis, taquipnea, taquicardia, hipotensión, crepitaciones, S3, soplo de regurgitación mitral; la exploración puede ser normal en casos no complicados
TEP	Taquicardia y disnea en el 90% de los pacientes; dolor con la inspiración
Disección aórtica	Trastornos del tejido conectivo (por ejemplo, síndrome de Marfan), pulso diferencial en las extremidades (30% de los pacientes, tipo A>B). Dolor intenso, aparición brusca + pulso diferencial + mediastino ensanchado en la radiografía de tórax>80% de probabilidad de disección. Frecuencia de síncope >10%, , regurgitación aórtica 40%-75% (tipo A)
Ruptura esofágica	Emesis, enfisema subcutáneo, neumotórax (20% de los pacientes), disminución unilateral o ausencia de ruidos respiratorios
Estenosis aórtica Insuficiencia aórtica Miocardiopatía hipertrófica	EA: Soplo sistólico característico, pulso carotídeo tardío o parcial IA: Soplo diastólico a la derecha del esternón, ascenso rápido de la carótida MCH: Impulso ventricular izquierdo aumentado o desplazado, onda a prominente en la presión venosa yugular, soplo sistólico
Pericarditis	Fiebre, dolor torácico pleurítico, aumento en posición supina, roce por fricción
Miocarditis	Fiebre, dolor en el pecho, insuficiencia cardíaca, S3
Esofagitis, úlcera péptica, vesícula biliar	Dolor epigástrico. Sensibilidad en el cuadrante superior derecho, signo de Murphy
Neumonía	Fiebre, dolor torácico localizado, puede ser pleurítico, puede haber roce, matidez a la percusión, egofonía
Neumotórax	Disnea y dolor en la inspiración, ausencia unilateral de ruidos respiratorios
Costocondritis, Síndrome de Tietze	Sensibilidad de las articulaciones costocondrales
Herpes zoster	Dolor de distribución dermatológica, desencadenado por el tacto, erupción característica (unilateral y de distribución dermatológica)

ELECTROCARDIOGRAMA

Los ancianos suelen tener múltiples comorbilidades y menos reserva fisiológica (a menudo son frágiles), lo que aumenta la morbilidad y mortalidad por muchas afecciones. A menos que sea evidente una causa de dolor torácico no cardíaca, dentro de los primeros 10 minutos de su llegada, además de revisión de signos vitales, se debe realizar un electrocardiograma (ECG) a los pacientes con dolor; siendo ésta la prueba más importante para identificar amenazas para la vida. Un ECG inicial normal no excluye un SCA. Los pacientes con un ECG inicial normal deben repetir el ECG, si los síntomas continúan, hasta que otras pruebas diagnósticas descarten un SCA. La interpretación de ECG en ancianos puede ser un desafío porque tienden a tener anomalías en el estudio; infarto de miocardio previo, hipertrofia de ventrículo izquierdo, bloqueo de rama, cambios inespecíficos delST y onda T, así como fibrilación auricular que pueden complicar el análisis del estudio.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

La radiografía de tórax es útil para evaluar otras posibles causas cardíacas, pulmonares y torácicas; en los pacientes con dolor torácico agudo e insuficiencia cardíaca, éstas son útiles para evaluar el tamaño del corazón y la congestión pulmonar; así como para identificar posibles causas pulmonares que puedan haber contribuido a los síntomas como neumonía, neumotórax o fracturas de costillas.

Los derrames pleurales, el agrandamiento de la arteria pulmonar y los infiltrados pueden sugerir la presencia de un TEP, que deberá confirmarse mediante pruebas adicionales.

BIOMARCADORES

De igual manera es útil la realización de estudios de laboratorio, dependiendo de nuestra sospecha del origen del dolor; en caso de SCA, las troponinas I o T son la prueba más sensible para el diagnóstico de la lesión miocárdica aguda y, junto con otros datos clínicos esenciales (por ejemplo, la historia, la exploración, el ECG), su medición es necesaria para aplicar el tratamiento adecuado; su aplicación más importante en la práctica clínica es la identificación rápida o la exclusión de lesiones miocárdicas.

Importante recordar que también podría haber elevación de troponinas sin relación a SCA; como en caso de taquiarritmias, hipoxia, hipoperfusión y sepsis; así como elevación no isquémica como en insuficiencia cardiaca, hipertensión, accidente cerebrovascular, tromboembolia pulmonar o falla renal.

Para el resto de diagnósticos diferenciales la realización de estudios es dirigida según la patología que estemos sospechando, por ejemplo en caso de sospecha de disección aortica se debería de considerar la realización de ECG, dímero D, radiografía de tórax, tomografía computarizada, resonancia magnética o ecocardiograma; en el caso de tromboembolia pulmonar el uso de dímero D, angiografía pulmonar por tomografía y; por ultimo en el caso de neumotórax la realización de radiografía de tórax, ecografía de tórax o en su caso una tomografía computarizada.

Tratamiento

Los pacientes geriátricos con SCA deben recibir un tratamiento tan agresivo como los pacientes de otras edades basándonos con las guías disponibles actualmente, incluida la terapia antiisquémica, antiplaquetaria y anticoagulante. Los pacientes ancianos con infarto agudo al miocardio con elevación del ST (IAMCEST) deben recibir reperfusión inmediata mediante intervención coronaria percutánea (ICP) o fibrinólisis. Para el síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), se recomienda un tratamiento médico agresivo seguido de una estrategia invasiva temprana o una estrategia guiada por isquemia más moderada.

El tratamiento en ancianos, que son frágiles, deben individualizarse y tener en cuenta los objetivos del paciente, las comorbilidades, el estado funcional y cognitivo y la esperanza de vida.

Para el resto de causas del origen del dolor torácico, el tratamiento debe de realizarse según patología de sospecha.

BIBLIOGRAFIA

1.Gulati, M., Levy, P. D., Mukherjee, D., Amsterdam, E., Bhatt, D. L., Birtcher, K. K., Blankstein, R., Boyd, J., Bullock-Palmer, R. P., Conejo, T., Diercks, D. B., Gentile, F., Greenwood, J. P., Hess, E. P., Hollenberg, S. M., Jaber, W. A., Jneid, H., Joglar, J. A., Morrow, D. A., O'Connor, R. E., ... Shaw, L. J. (2021). 2021 AHA/ACC/ASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation, 144(22), e368–e454. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001029

2. Gupta, R., & Munoz, R. (2016). Evaluation and Management of Chest Pain in the Elderly. Emergency medicine clinics of North America, 34(3), 523–542. https://doi.org/10.1016/j.emc.2016.04.006

3. Paruthi C, & Paniagua M (2014). Addressing chest pain in older adults. Williams B.A., & Chang A, & Ahalt C, & Chen H, & Conant R, & Landefeld C, & Ritchie C, & Yukawa M(Eds.), Current Diagnosis & Treatment: Geriatrics, Second Edition. McGraw Hill. https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=953&sectionid=53375688

4.INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas, enero-junio 2022.

5.Cámara, A. M., Sánchez-Aguilera, P., López, J. E. A., & Padial, L. R. (2017). Protocolo diagnóstico del dolor torácico de origen cardiovascular. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12(36), 2185–2188. doi:10.1016/j.med.2017.06

EL GRITO

QUE POCOS ESCUCHAN

"Que el paciente lo exprese, es la evidencia más acertada y confiable de la existencia de dolor y su intensidad, sin importar la edad, capacidad de comunicarse o algún grado de déficit cognitivo"

El Juramento Hipocrático y en la Declaración de Ginebra exige ante todo velar por la salud del paciente, por lo que es responsabilidad de los profesionales proporcionar un control adecuado del dolor1.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que el alivio del dolor es un derecho fundamental y que incurre en una falta de ética grave aquel profesional de la salud que impida a un ser humano el acceso a la posibilidad de alivio de este1.
De igual forman en la Declaración de Montreal, se expone que el acceso al tratamiento del dolor es un derecho humano fundamental2.

Definición
La International Association for the Study of Pain (IASP) en su última revisión de 2020 define el dolor como "Una experiencia sensorial y emocional o similar asociada con un daño tisular real o potencial"

Epidemiología:
Se reportan prevalencias de dolor entre el 24 al 80% de los mayores de 65 años. Siendo ampliamente aceptado que la prevalencia es mayor en adultos mayores que en Jovenes1,3.

La prevalencia de dolor crónico en ancianos que viven en la comunidad es del 25-76%, mientras que en residencia aumenta hasta 83-93%4.
Mientras que en pacientes que se hospitalizan al momento de admisión 55.2% presentan un dolor moderado y 44.8% presentan un dolor severo 5.
La localización de dolor más frecuente en ancianos es espalda/columna, piernas (rodilla o cadera) y otras articulaciones, causado por artrosis y lumbalgias crónicas, lo que hace del dolor nociceptivo el más frecuente, sin dejar de lado a el dolor neuropático que es de interés identificar y manejar también en el adulto mayor4.

Fisiopatología y cambios de relevancia en el adulto mayor.
Algunos cambios reportados en los sistemas moduladores de dolor: reducción de B-endorfina y síntesis de ácido gamma-aminobutírico (GABA), menor

conteo de receptores de serotonina, menor velocidad de procesamiento nociceptivo y menor función de las fibras C y A delta, descenso de la nocicepción para estímulos de presión, aumento de la tolerancia al dolor cutáneo, reducción de la tolerancia al dolor profundo y tiempo de reacción más largo a la percepción del primer dolor. Además, el predominio de fibras C sobre las A delta, caracteriza el dolor del adulto mayor como más lento, sordo y profundo4,6.
De forma global pareciera haber una reducción en la habituación a los estímulos nocivos en adultos. Mostrando que las enfermedades son dolorosas en adultos mayores que en jóvenes7.

Repercusiones clínicas
La repercusión del dolor en las personas mayores es más marcada que en un adulto joven. Conlleva a aislamiento, depresión, insomnio, deterioro funcional, caídas, instauración o intensificación de deterioro cognitivo, delirium, polifarmacia, malnutrición, hospitalizaciones y en última instancia aumento de costos de cuidados 4,5,8, con la consiguiente pérdida de calidad de vida que eso conlleva.

Evaluación del dolor
La evaluación y determinación de la causa del dolor es la clave para conseguir su control. Por tanto, se debe partir desde una historia clínica y exploración complementando con escalas y según el caso con test diagnósticos4,8.
Historia clínica y exploración: No difiere mucho de la realizada a un paciente joven, incluyendo temporalidad, localización, intensidad, etc. Realizando las exploraciones pertinentes según la localización del dolor. De forma agregada es importante interrogar sobre la repercusión en la vida diaria, a nivel funcional, afectivo y social. Ya que el dolor condiciona un mayor deterioro de la misma en los adultos mayores, pudiendo provocar una situación de dependencia a veces irreversible si no se detecta de forma precoz ya que con frecuencia los ancianos pierden la movilidad y la autonomía para evitar maniobras dolorosas4,5.
Instrumentos de valoración: La elección del instrumento depende del nivel cognitivo, visual, auditivo y capacidad comunicativa de cada paciente. Prefiriéndose las unidimensionales por su reproducibilidad más sencilla y por su mayor uso en estudios clínicos4,6,9,10:

Sin deterioro cognitivo: Escala verbal análoga (EVA), Escala de rango numérico (NRS), Escala de rango verbal (VRS), escala de dolor de caras (FPS)
Deterioro cognitivo leve-moderado: VRS, FPS
Deterioro cognitivo severo: Doloplus-2, Algoplus y Escala de disconfort en demencia (DS-DAT), Evaluación de dolor en demencia avanzada (PAINAD), Lista de indicadores no verbales de dolor (CNPI).

Consideraciones para el tratamiento
Considerar pluripatología coexistente y la polifarmacia, que predispone a interacciones farmacológicas y mayor toxicidad, además de altas tasas de falta de adherencia del 50% y de automedicación de hasta 80%4,5.
Históricamente desde 1986 que la OMS publicó la escalera analgésicas, se ha prescrito 3 niveles progresivos de analgesia según la intensidad y evolución del dolor, pasando de no-opioides a opioides débiles y posteriormente a opioides. Actualmente se debate si el "segundo escalón" debería obviarse y pasar directamente de medicamentos no-opioides a opioide a dosis baja ya que se relaciona con mejor control, aunque esto es en contexto de pacientes con cáncer y con el riesgo de eventos adversos y la incertidumbre aun de si los opioides son idóneos para el control de dolor crónico.

El manejo del dolor en el adulto mayor viene guiado por la American Geriatrics Society (AGS) desde 1998 con última actualización en 200911. Estas pueden ser:
-Medidas no farmacológicas: Terapia física, Terapia cognitivo conductual, y educación al paciente y cuidadores (De mayor relevancia en el adulto mayor, debido a que tienen menores reacciones adversas, y sus beneficios se ven potenciados por el manejo farmacológico aunado).
-Medidas farmacológicas: No opioides, agentes tópicos, opioides, drogas moduladoras de dolor.

Dolor leve-moderado: Paracetamol
Dolor asociado a inflamación: Antinflamatorios no esteroideos (AINES) son de bastante ayuda, ya que paracetamol tiene menor eficacia en estos casos. Tienen mayor tasa de efectos gastrointestinales, renales, y cardiovasculares. Los efectos secundarios de AINES llevan a hospitalización en alrededor de 23.5%12. Considerándose en periodos cortos, durante episodios agudos. Los efectos secundarios gastrointestinales se ven disminuidos mas no eliminados con los inhibidores selectivos de cicloxigenasa 2 (COX-2), además de tener el riesgo de otras toxicidades (cardiacas). Por lo que la elección de un AINE debe individualizarse a las comorbilidades y otros factores de riesgo.
AINES tópicos: Se reporta tener buena acción tópica en dolores osteoarticulares, y muscular muy similar al fármaco vía sistémica, pero evitando los efectos sistémicos, siendo buena alternativa.
Dolor moderado-severo: Progresar a opioide leve como el tramadol que es bastante más seguro en adultos mayores en cuanto efectos secundarios, y con un efecto dual opioide-inhibidor de recaptura serotonina/norepinefrina (ISNRS).
Dolor severo: Opioides son la elección, además en casos donde los medicamentos antes mencionados no funcionaron. Se tiene eficacia registrada a corto plazo, más no hay a largo plazo, aunado a su alto número de efectos secundarios.
Dolor neuropático: anticomiciales como carbamazepina, gabapentina o pregabalina son de gran ayuda, pero a corto plazo, de igual forma antidepresivos de la familia Inhibidor de la recaptura de serotonina (ISRS), ISNRS y antidepresivos tricíclicos pueden ser de gran ayuda a largo plazo.

Dr. David Eduardo Alvarez Licón
Médico residente de 4° año de geriatría del hospital General de Zona #4.

1.–Martínez, C., Collado, C., Quintosa, R., y Riera, M. El alivio del dolor: un derecho humano universal. Rev Soc Esp Dolor 2015; 22(5):224–230.
2.– Srinivasa N Raja The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020 September 01; 161(9): 1976–1982.
3.– E Dragioti. Prevalence of different pain categories based on pain spreading on the bodies of older adults in Sweden: a descriptive–level and multilevel association with demographics, comorbidities, medications, and certain lifestyle factors (PainS65+). Journal of Pain Research 2016; 9:1131–1141
4.–Sáez López, N. Sánchez Hernández, S. Jiménez Mola, N. Alonso García y J.A. Valverde García. Valoración del dolor en el anciano. Rev Soc Esp Dolor 2015; 22(6): 271–274.
5.– Lisa X. Deng, Kanan Patel, Christine Miaskowski, Ingrid Maravilla, Sarah Schear. Prevalence and characteristics of hospitalized older adults with moderate to severe pain. J Am Geriatr Soc. 2018; 66(9): 1744–1751.
6.–Asad ali. Et al. Managing Chronic Pain in the Elderly: An Overview of the Recent Therapeutic Advancements. Cureus 2018; 10(9): e3293
7.– Robert R Edwards, Roger B Fillingim, Timothy J Ness. Age–related differences in endogenous pain modulation: a comparison of diffuse noxious inhibitory controls in healthy older and younger adults. Pain 2003; 101:155–165.
8.– J. A. de Vera Reyes y M. J. Guerra Palmero. Implicaciones de la bioética en el tratamiento del dolor crónico: el cambio de paradigmas. Rev Soc Esp Dolor 2018; 25(5): 291–300.
9.– Ozgur Karcioglu, Hakan Topacoglu, Ozgur Dikme, Ozlem Dikme. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use?. American Journal of Emergency Medicine 2018; 36:707–714.
10.– Vicente Herrero, Delgado Bueno, Bandrés Moyá, M. Ramírez Iñiguez de la Torre, Capdevila García. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev. Soc. Esp. del Dolor 2018; 25 (4): 228–236.
11.– PS Bramati, E. Bruera. The end of the second step of the world health organization analgesic ladder?. Ann Oncol 2022; 33 (12):1212–1213.
12.–American Geriatrics Society Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons: Pharmacological management of persistent pain in older persons . J Am Geriatr Soc. 2009, 57:1331–1346.
13.– Marilisa Franceschi, et al. Prevalence, Clinical Features and Avoidability of Adverse Drug Reactions as Cause of Admission to a Geriatric Unit A Prospective Study of 1756 Patients. Drug Safety 2008; 31 (6).

Colegio de Geriatras En el Estado de Nuevo León, A.C.

ACTIVIDADES

MARZO

13 MARZO

16 MARZO

21 MZO

LOGÍSTICA, EDICIÓN Y ARTE

BERAKA
PATROCINIOS ★ ADMINISTRACIÓN CONGRESOS

DIRECCIÓN Dr. Edgar Armando Cárdenas Acuña
ASESOR ACADÉMICO Dr. Julio César Dávila Valero