



• **FACT SHEET No. 12**

Manejo farmacológico en personas vulnerables

Las guías de tratamiento para el manejo del dolor y la prescripción de analgésicos para diferentes grupos de edad y/o patologías se han desarrollado por todo el mundo, pero todavía faltan guías específicas para el manejo de los pacientes vulnerables [1,2]. Los analgésicos empleados para el dolor en pacientes de edad avanzada son los mismos que en las personas más jóvenes, pero multitud de cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos ocurren en relación a la edad o asociados a enfermedad. Incluso habiendo aparecido informes que sugieren alteraciones importantes en personas vulnerables en comparación con personas ancianas sanas.

- El tratamiento farmacológico del dolor en pacientes ancianos [3,4] supone un reto debido a la comorbilidad asociada a esta población que requiere múltiples medicamentos (se estima que los pacientes ancianos consumen entre 5 y 10 medicamentos diarios) con posibles interacciones y con el riesgo de prescripción inadecuada de medicamentos aproximadamente en una de cada cinco recetas.
- Los desafíos aumentan en presencia de fragilidad y alteraciones cognitivas, que pueden afectar la farmacocinética y farmacodinámica de los analgésicos en esta población, así como aumentar la heterogeneidad de la respuesta. La evaluación y el tratamiento del dolor son más difíciles en pacientes con síndrome de abstinencia, ya que tienen dificultades para expresar el dolor, los analgésicos pueden exacerbar los trastornos cognitivos y la expresión del dolor puede diagnosticarse falsamente como síntomas neuropsiquiátricos relacionados con la demencia.
- La alteración farmacocinética más significativa hallada en pacientes ancianos y frágiles es la disfunción renal, muy frecuentemente asociada al envejecimiento, por lo que los fármacos eliminados vía renal a menudo tienen una vida media más larga.
- El efecto secundario más común de todos los medicamentos analgésicos es neuro-psicológico, especialmente relacionado con déficits de atención a largo plazo. La evidencia de eventos

adversos (EA) de los opioides y otros fármacos como antidepresivo o anticonvulsivos está bien documentada, así como el incremento de riesgo por administración concomitante de varios fármacos que actúan en el SNC.

- La polimedicación debe estar jerarquizada para evitar las interacciones farmacológicas y EA, muy frecuente en ancianos.
- Además del tratamiento farmacológico del dolor, las terapias no farmacológicas siempre deben emplearse para obtener un beneficio terapéutico sinérgico y para reducir el número y dosis de los medicamentos.
- El riesgo de efectos adversos y toxicidad farmacológica aumenta de forma exponencial con un número mayor de medicamentos. Por regla general, uno siempre debe asegurarse de que todos los medicamentos recetados sean necesarios y bien tolerados, debiendo suspender aquellos que no sean necesarios.
- Cuando se prescribe un analgésico a un paciente anciano debe realizarse de forma rutinaria una reevaluación de la indicación y de la presencia de EA, debiéndose suspender el analgésico si los riesgos superan a los beneficios.
- Cuando seleccionemos un fármaco analgésico, siempre se deben elegir aquellos con la menor toxicidad, por ejemplo el acetaminofeno (paracetamol), que puede ser administrado regularmente para el dolor constante.
- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) deben usarse con precaución, a las dosis menores eficaces durante el período más corto posible y para enfermedades inflamatorias, ya que asocian frecuentemente aparición de efectos adversos.
- El uso de varios analgésicos a dosis bajas a menudo produce una mejor analgesia con menos EA. Por ejemplo, la prescripción de un antidepresivo con propiedades analgésicas (duloxetina, milnacipran...) puede tanto mitigar el dolor, así como los síntomas depresivos o ansiedad.
- Los fármacos anticoliciales con mejor relación riesgo/beneficio como los gabapentinoides (pregabalina, gabapentina) deben emplearse como fármacos de primera línea para el dolor neuropático.
- Los agentes anticolinérgicos como los antidepresivos tricíclicos (por ejemplo, amitriptilina) deben evitarse debido a sus frecuentes EA (confusión, arritmias, caídas).
- Los opioides, al igual que para el resto de la población, se pueden usar ante la presencia de dolor intenso que disminuya la funcionalidad y calidad de vida. La oxycodona y la hidromorfona son los opioides generalmente recomendados en pacientes ancianos, ya que se acumulan menos en la insuficiencia renal (frecuente en pacientes ancianos) que morfina o codeína.
- Cuando se utiliza un agente de doble mecanismo de acción como el tramadol, hay que prestar atención a las interacciones con fármacos administrados de forma concomitante.
- Los opioides de liberación o de acción prolongada solo deben prescribirse en pacientes ya tratados con una dosis similar de un opioide de acción corta, para evitar la depresión

respiratoria en pacientes sin tratamiento opioide previo.

- Cualquiera que sea el fármaco recetado, debe iniciarse a la dosis más baja disponible y ser titulado lentamente, con reevaluación frecuente de su eficacia analgésica y EA.
- Las recomendaciones generales apoyan un enfoque más personalizado basado en un tratamiento optimizado y en la anticipación de posibles problemas relacionados con la medicación (caídas, hospitalización). Sin embargo, en el tratamiento del dolor en personas vulnerables con trastornos cognitivos, los problemas de comunicación o la demencia representan un verdadero desafío por varios motivos: la evaluación del dolor es especialmente difícil en esta población, la titulación de la acción y hallar la dosis adecuada son engorrosos, las alteraciones conductuales y psicológicas de la demencia se confunden fácilmente con el dolor, las drogas psicotrópicas se asocian frecuentemente con efectos adversos cognitivos como el delirio. Sin embargo, a pesar de estos desafíos en el tratamiento del dolor en pacientes vulnerables, se debe realizar una atención especial para no ignorar o subestimar el dolor, lo cual, lamentablemente es muy frecuente.

REFERENCES

[1] American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatrics Soc* 2009; 57:1331–1346.

[2] Pergolizzi J, Boger RH, Budd K, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract* 2008; 8:287–313.

[3] Pickering G, Analgesic use in the older person. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012; 6:207–12

[4] Pickering G and Lussier D. Pharmacology of Pain in the elderly”, in “Pharmacology of Pain” editors Lussier, Beaulieu, IASP press, USA 2010 p547-565.

AUTHOR

Gisèle Pickering, MD, PhD, DPharm
Profesora de medicina y farmacología clínica CPC/CIC Inserm
Hospital Universitario Clermont-Ferrand
Cedex , Francia

David Lussier, MD
Instituto universitario de geriatría del CIUSSS del centro de salud l’Ile-de-Montréal
Universidad de Montreal
Montréal, Québec, Canada



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.

REVIEWERS

De la Torre Franco, Silvia.
Residente de anestesiología y reanimación
Hospital regional Universitario de Málaga
Málaga, Andalucía, España

Barroso González, Alejandro
Facultativo especialista en anestesiología y reanimación
Hospital regional Universitario de Málaga
Málaga, Andalucía, España

Acerca de la asociación internacional para el estudio del dolor®

IASP es el foro profesional líder para la ciencia, práctica y educación en el campo del dolor. La membresía está abierta a todos los profesionales involucrados en la investigación, diagnóstico o tratamiento del dolor. La IASP cuenta con más de 7.000 miembros en 133 países, 90 cuadros internacionales y 20 grupos de interés especial.

Como parte del año global contra el dolor en poblaciones vulnerables, la IASP ofrece una serie de hojas de datos que abarcan tópicos específicos relacionados con este tema. Estos documentos han sido traducidos a varios idiomas y están disponibles para su descarga gratuita. Visita www.iasp-pain.org/globalyear para más información.



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP brings together scientists, clinicians, health-care providers, and policymakers to stimulate and support the study of pain and translate that knowledge into improved pain relief worldwide.