

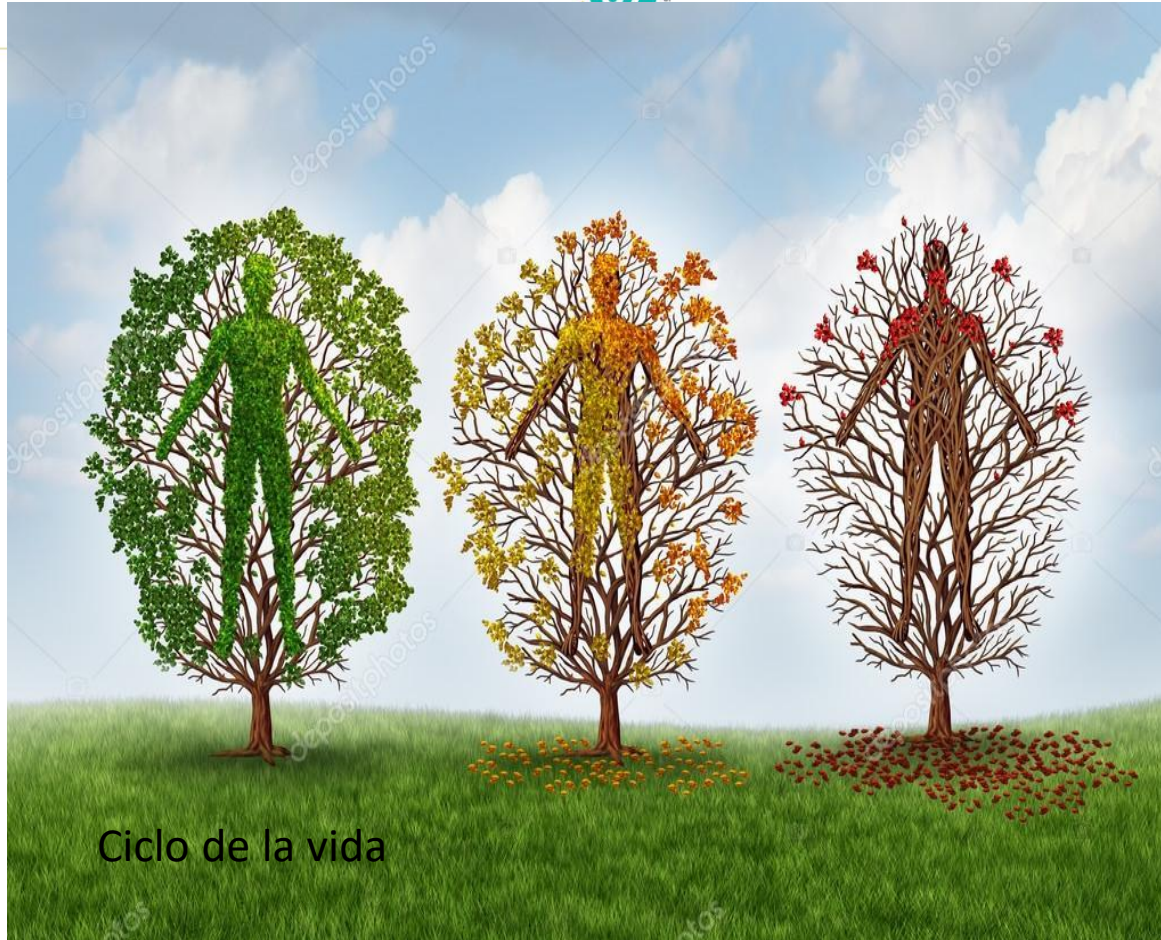


ReFORMÚlate

Abordaje integral y optimización terapéutica
en el paciente frágil con dolor

“TALLER DOLOR NOCICEPTIVO”: PACIENTE ANCIANO INSTITUCIONALIZADO ATENDIDO DESDE UNIDAD DE DOLOR”

Dra Ana Minguez Martí
Farmacéutica Hospital
Farmacéutica Adjunta Unidad Multidisciplinar de Tto del Dolor
Hospital General Universitario Valencia



Ciclo de la vida



**Prevalencia dolor ancianos
viven comunidad: 20-46%**



Mayor Complejidad

**Prevalencia dolor ancianos
institucionalizados 28- 93%**

Vivencia personal e intransferible.

Transciende aspecto físico, afecta al ámbito personal, social y espiritual.



Provoca discapacidad funcional y social

«Síndrome geriátrico per sé » Enfoques efectivos.

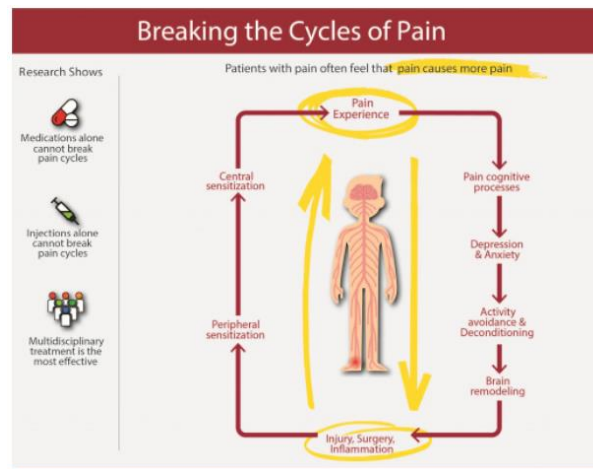
Guerreiro F J. Clin 2017

Es una enfermedad compleja requiere abordaje biopsicosocial

Componente sensorial + Vivencia personal: Tratar

Tratamiento multidisciplinar capaz de romper el ciclo del dolor

Swan Anesthesiology Clinics 2019



El tratamiento del dolor en los ancianos requiere

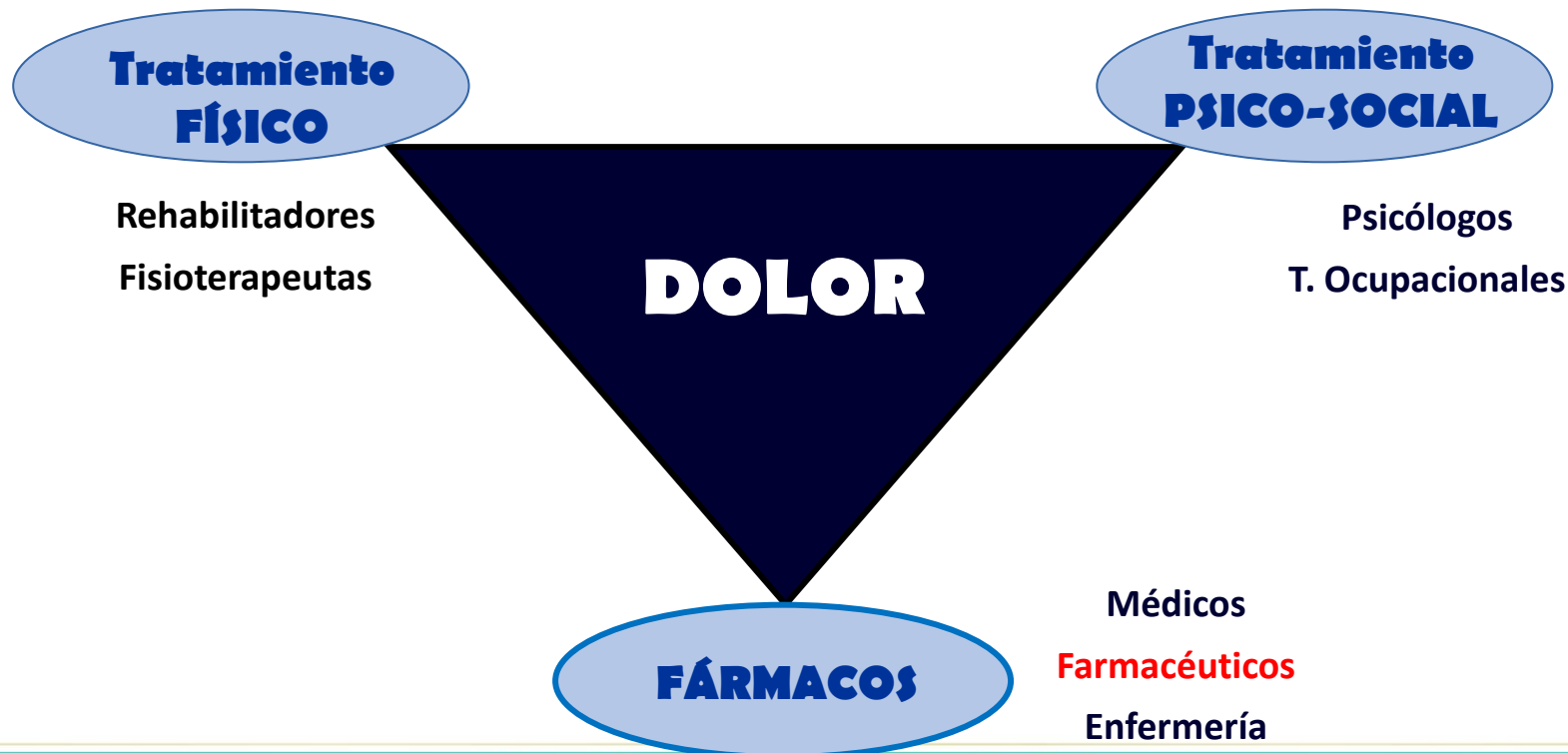
**Programas integrales porque han mostrado eficacia
terapéutica y coste efectividad**

Juba JM 2012 / Anesthesiology Clin.2019



Precisa un abordaje “multimodal”

Realizado de forma individualizada *Clin North Am. 2016*





Equipo **Multidisciplinar**

ANESTESIÓLOGOS

ENFERMERÍA

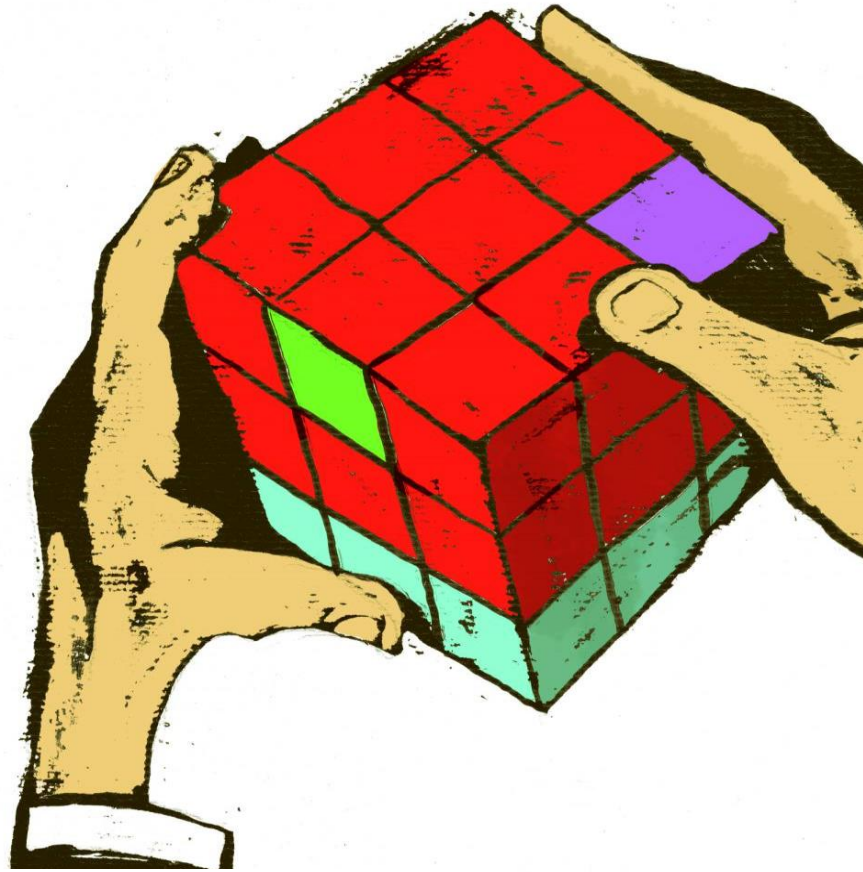
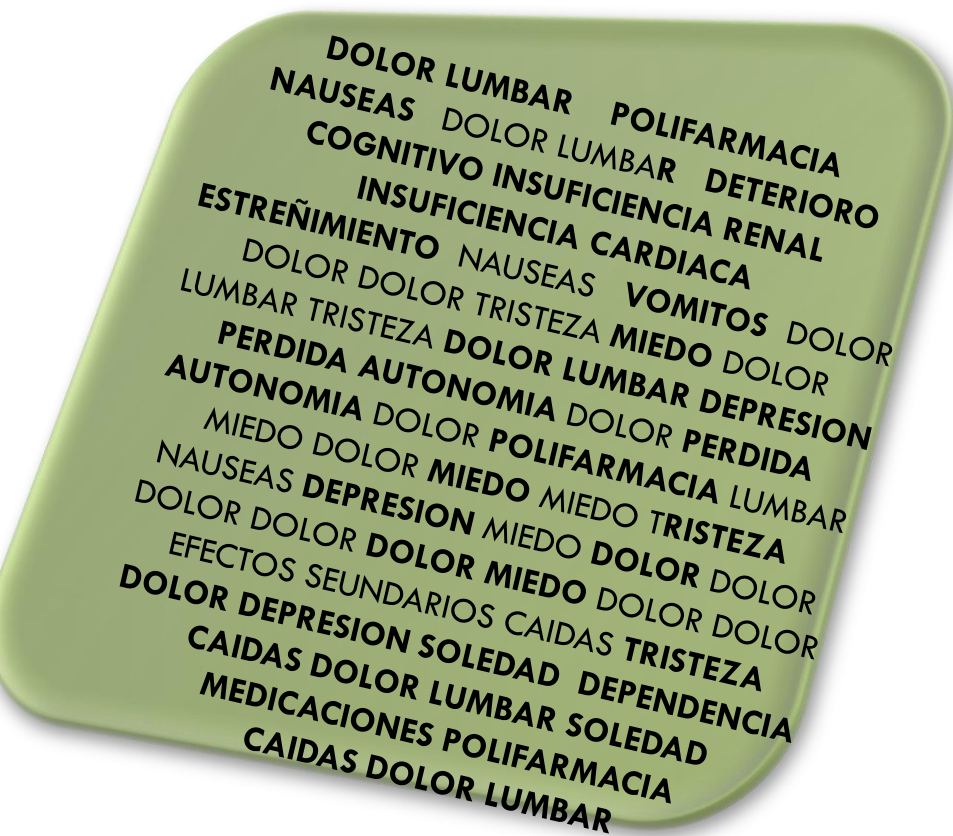
PSICÓLOGOS

FARMACÉUTICOS

MÉDICOS DE FAMILIA

Esquema de Trabajo de la Unidad del Dolor





II. BUSCANDO SOLUCIONES

2. Evaluación DC en el anciano desde una Unidad de Dolor

1. Identificación dolor
2. Establecer un Diagnóstico dolor
3. Asignar un Tratamiento
4. Seguimiento personalizado



1. La importancia de identificar el dolor

Si no se identifica:

No existe! Si no existe: No se puede tratar!

Es un acto previo y esencial para el tratamiento



1. Presencia, localización y cuantificación
2. Asignar tratamiento: seguro y efectivo
3. Monitorizar : Saber si estamos haciendo las cosas bien

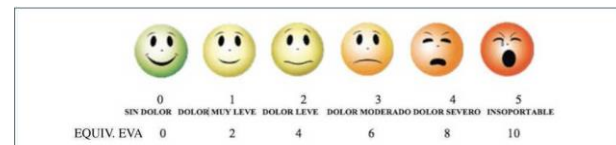
1. La importancia de identificar el dolor

El deterioro cognitivo dificulta identificación dolor: SIN TRATAR

Escalas validadas: Observacionales y autoinformadas

Tabla 4. Escala PAINAD-Sp versión de García-Soler Á, et al. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada¹⁹

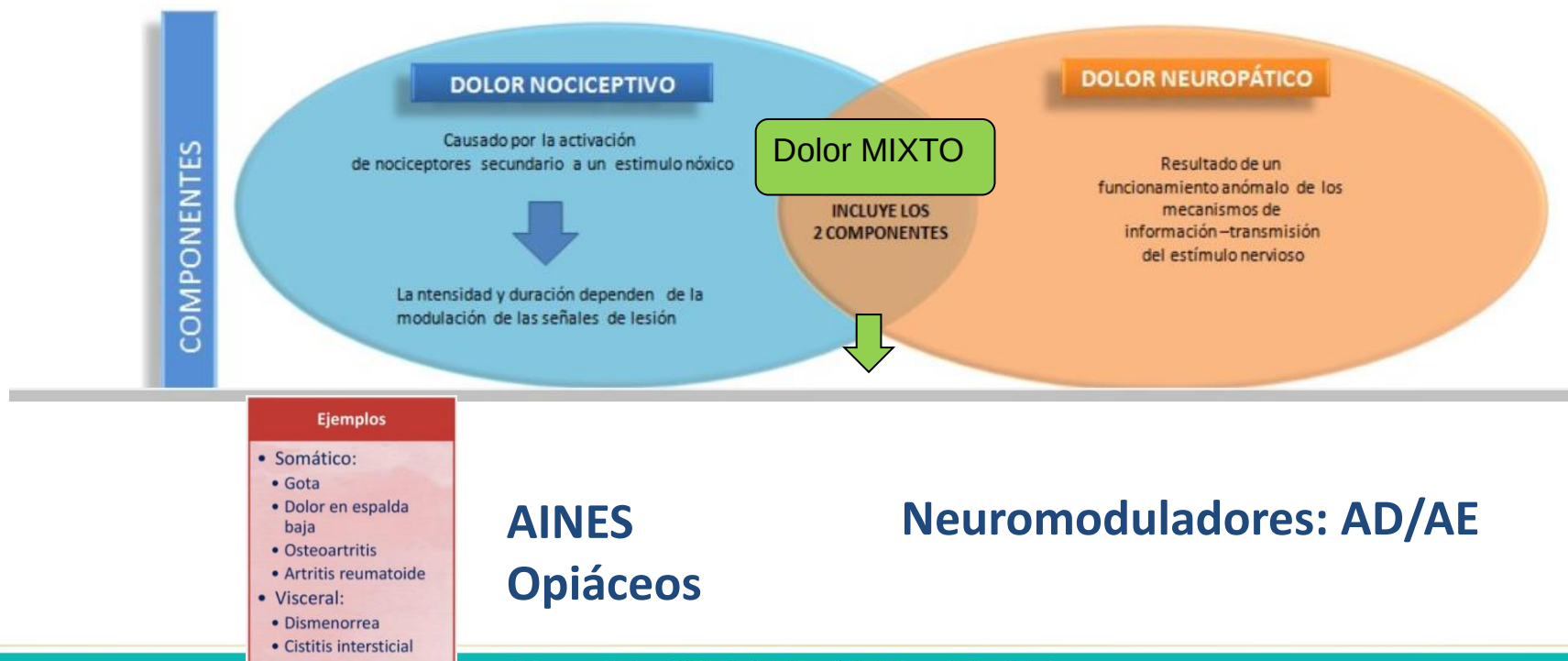
	0	1	2	PUNTOS
Respiración (independiente de la verbalización-vocalización del dolor)	Normal	Respiración ocasionalmente dificultosa. Periodos cortos de hiperventilación	Respiración dificultosa y ruidosa. Largos periodos de hiperventilación. Respiración de Cheyne-Stokes	
Vocalización (verbalización negativa)	Normal	Gemidos o quejidos ocasionales. Habla con volumen bajo o con desaprobación	Llamadas agitadas y repetitivas. Gemidos y quejidos en volumen alto. Llanto	
Expresión facial	Sonriente o inexpressivo	Triste. Atemorizado. Ceño fruncido	Muecas de disgusto y desaprobación	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso. Camina de forma angustiada. No para quieto con las manos	Rígido. Puños cerrados. Rodillas flexionadas. Agarra o empuja. Agressividad física	
Consolabilidad	No necesita que se le consuele	Se le distrae o se le tranquiliza hablándole o tocándole	Es imposible consolarle, distraerle o tranquilizarle	
Puntuación TOTAL				



Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25:674-86

PAINAD-Sp. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2014;49(1):10-4

2. Diagnosticar tipo Dolor



Características Dolor Nociceptivo: Artrosis

Patología compleja afecta conjunto de la articulación

Enfermedad mecánica

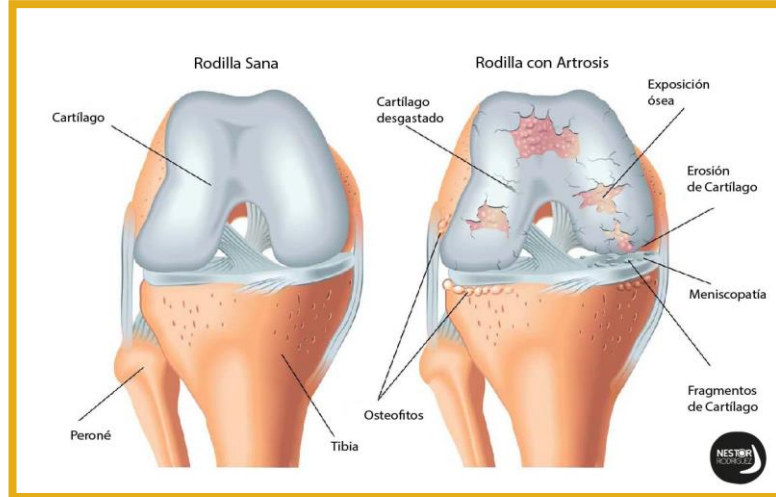
Ligada envejecimiento

Inflamación

Degradación cartílago.

Desintegración cartílago articular

Pérdida de la función articulación





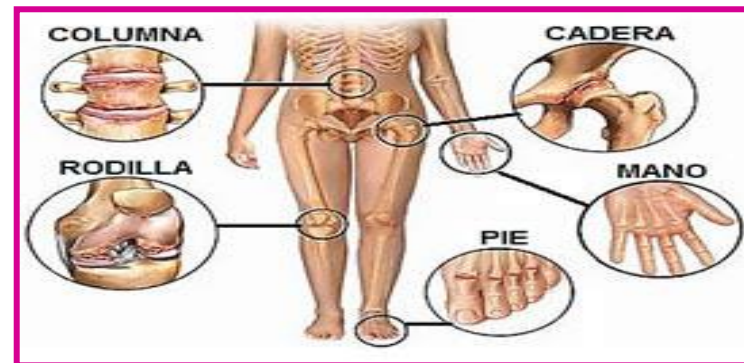
Dolor nociceptivo en el anciano: artrosis

Provoca cuadros dolor crónico invalidantes (OARSI 2020).

Prevalencia :10 - 12% población

.

Localizaciones : Varias 29,35%
Cervical 10,10%, lumbar, 15,52%,
cadera 5,13%, rodilla 13,83%
artrosis de mano 7,73%)



Tiene un gran impacto sobre la vida del anciano



Actividad física cotidiana cada vez menor : Pierde autonomía.

Que sufra tristeza, depresión y estrés .

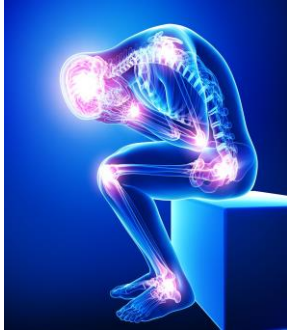
Que consuma más medicamentos: Polifarmacia



Tabla 1 de 2

Tabla 1. Medicamentos Para La osteoartritis Que se encuentran en fase II y III de Ensayos Clínicos (ClinialTrials.gov) Nuevas [\[47\]](#).

Compuesto	identificador ClinialTrials.gov	Empresa	Desarrollo	Mecanismo de acción de clase / drogas	Indicacion
<i>Modificación del dolor</i>					
tanezumab	NCT00960804 NCT00809783 NCT00830063 NCT01089725 NCT01127893 NCT00864097 NCT00809354	Pfizer (EE.UU.)	Minado s de (ES 2015)	Factor de Crecimiento nervioso MAB	Analgesia
Fasinumab	NCT00944892	Regeneron (EE.UU.) S (Francia)	endido)	Totalmente Mab humano Dirigido Contra el factor de de Crecimiento nervioso	Analgesia
AKR202	NCT02003118	Las Moléculas de Akro (Austria)		Pequeño modulador del receptor purinérgico Molécula y inhibidor de la enzima	Analgesia
CG100649 (Polmacoxib)		Pharma Pacifico (Corea del Sur) CrystalGenomics (Corea del Sur)	Fase III	COX-2 y el inhibidor de la anhidrasa carbónica	Analgesia
FX-006		La flexión Terapéutica (EE.UU.)	Fase II	Triamcinolona , de Liberación sostenida, intraarticular de esteroides	La Inflamación Y El Dolor



Desarrollo nuevas áreas investigación



**Restaurar estructura original y la
función del cartílago dañado y tejido
sinovial**



**Ningún medicamento capaz de modificar la enfermedad
CONTROL SÍNTOMAS : DOLOR y MEJORA FUNCION**

3. Selección tratamiento dolor Nociceptivo

Puntos clave para el enfoque del tratamiento

1º

Entrevista Clínica: historia clínica y farmacoterapéutica: Conocer al paciente

- Sus comorbilidades y tratamientos anteriores
- Estado cognitivo y funcional
- Metas y expectativas reales del tratamiento
- Identificar apoyos sociales y/o familiares

2º

Aplicar tratamiento: «multimodal individualizado»

- Farmacológico y No farmacológico (rehabilitación física y terapia psico/social)
- Realizar seguimiento del anciano, responder necesidades y sin prometer éxitos terapéuticos.

3º

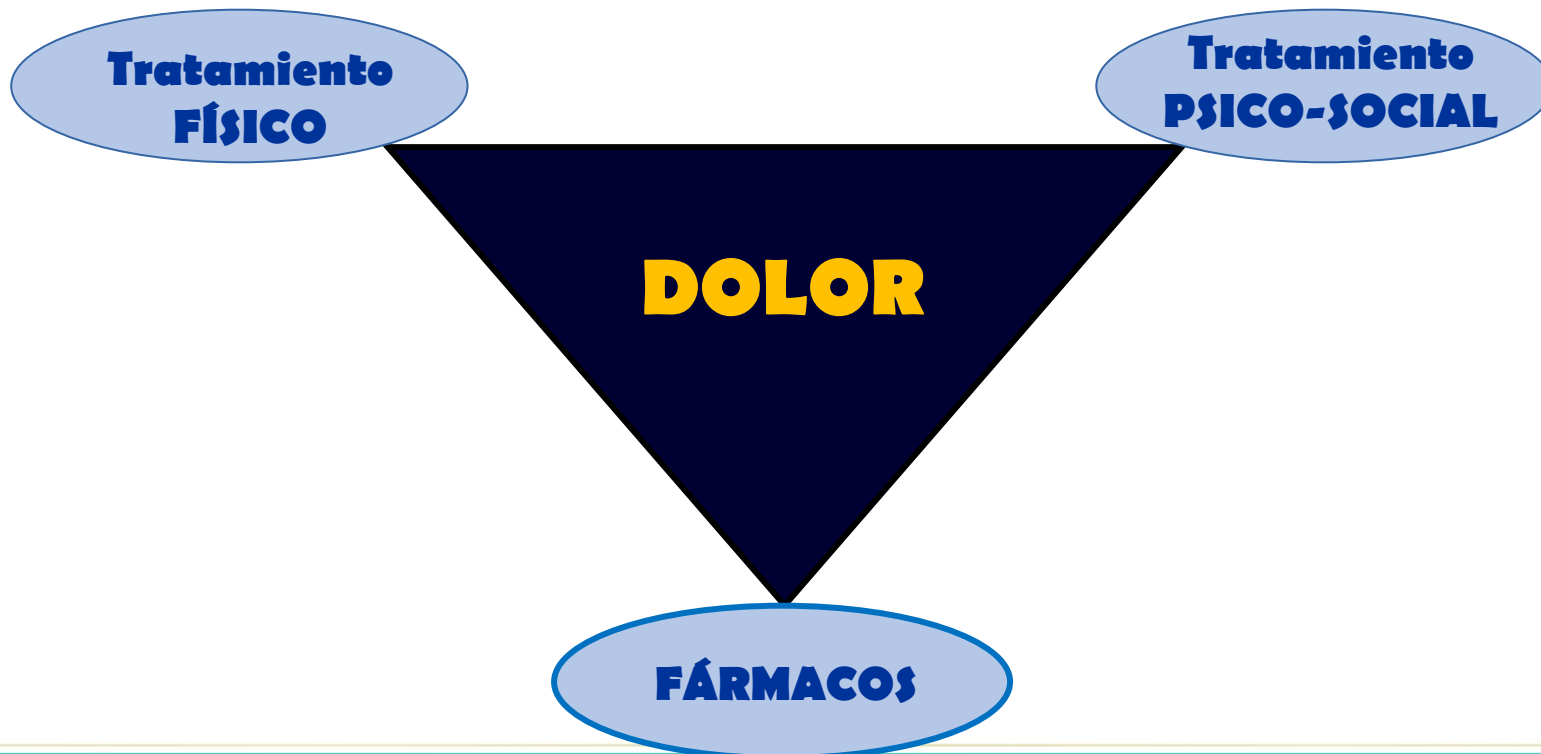
Usar recursos disponibles en su lugar de residencia

- Todos los profesionales y otros recursos sociales que ayuden mantener tratamiento global



3.1 El Tratamiento dolor Nociceptivo artrosis

Abordaje “multimodal”
Realizado de forma individualizada



2. Secuencia Objetivos

1.

1º Descanso
nocturno

2 º Alivio reposo.

3º Alivio en activo

2. Criterios clínicos control del dolor

- EVA < 4
- Menos de tres crisis dolor/ día
- Sueño reparador

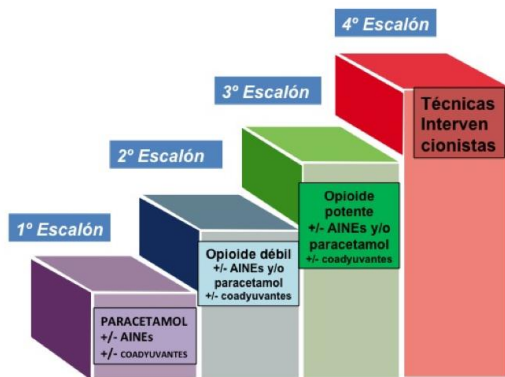
3. Con unos “Principios Generales” de utilización

- Titulación con menor dosis eficaz

Seguirá una Terapia Escalonada Escalera analgésica OMS

Terapia Farmacologica escalonada ARTROSIS

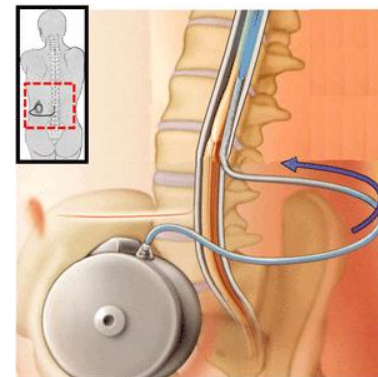
Escalera analgésica de la OMS: Motivo derivación /tecnicas



Técnicas

1. Iontoforesis
2. Bloqueos IA
3. BE estenosis canal degeneracion columna
4. Bloqueos caudales
5. RF articulares

Bombas medicación IT



Pero hay que considerara los cambios fisiológicos que influyen en la respuesta farmacológica

<i>Gastrointestinal</i>	Secreción alterada < Flujo sanguíneo Motilidad alterada Absorción alterada	Altera absorción, biodisponibilidad y tiempo de tránsito	Biodisponibilidad oral alterada
<i>Hígado</i>	< Masa hepática < Flujo sanguíneo < Enzimas hepáticas y síntesis proteínas < Regeneración	< Albúmina sérica < Metabolismo de fármacos (30-40 %)	Biodisponibilidad aumentada Riesgo de toxicidad
<i>Cardiaco</i>	< Índice cardíaco	Pico del fármaco más alto y rápido	Riesgo de toxicidad
<i>Renal</i>	< Tamaño < Flujo sanguíneo < Función renal	< Eliminación renal	Requiere ajuste dosis
<i>General</i>	> Grasa corporal < Agua corporal	> Vol. distribución para fármacos lipofílicos > Concentración para fármacos hidrofílicos	Retraso en eliminación y comienzo de acción > Efectos secundarios
<i>Sistema nervioso</i>	< Flujo sanguíneo Atrofia neuronal < Neurotransmisores < N.º receptores opioides	Disminuido el control del dolor Proceso de dolor alterado	> Dolor ante estímulos nociceptivos Respuesta al dolor alterada
<i>Músculo</i>	< Masa muscular	Menor función	

El envejecimiento produce cambios estructurales en todos los órganos y sistemas.

El envejecimiento modifica la farmacocinética en todas sus fases.

Primer escalón : AINES en dolor Nociceptivo de elección. Cuidar criterios selección analgésicos No opioides.

TABLA II
DOSIS RECOMENDADAS DE ANALGÉSICOS NO OPIOIDES EN ANCIANOS

Analgésico	Dosis inicial oral	Dosis máxima oral	Otras vías	Comentario
Paracetamol	325-1.000/6-8 h	4.000	i.v. o r. NE	- De elección para inicio Ajuste si epatopatía y vigilar epatototoxicidad
Metamizol				Riesgo granulocitosis
Ibuprofeno				INE de elección
Dexibuprofeno				al en irruptivo
Dexketoprofeno				renteral en uptivo < 24 h
Naproxeno				INE con mejor rfil cardiovascular
Meloxicam				: 2ª línea
Diclofenaco				nplia experiencia
Nabumetona				INE en anticoagulados
Celecoxib	100/24 h	200		Elegir si alto riesgo GI y bajo riesgo cardiovascular
Eterocoxib	30/24 h	60		

i.v.: intravenoso, v.r.: vía rectal, NE: nutrición enteral, i.m.: intramuscular, v.t.: vía tópica.

Utilizar vida media corta (evitar la acumulación). Menor tiempo.

- Ibuprofeno: Seguridad
- Naproxeno: perfil cardiovascular
- COXIB: si riesgo GI, cardiovascular o intolerancia inhibidores bomba de protones.

Si fracaso analgésicos no opioides y terapias no farmacológicas: Psico-Social/física.

Persistencia dolor moderado o intenso y deterioro funcional por dolor:

Considerar la utilización analgésicos opiáceos

[Pain Pract. 2008 Jul-Aug;8\(4\):287-313. doi: 10.1111/j.1533-2500.2008.00204.x. Epub 2008 May 23.](#)

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).

[Pieropolizzi J¹, Böger RH, Budd K, Dahan A, Erdine S, Hans G, Kress HG, Langford R, Likar R, Raffa RB, Sacerdote P.](#)

[Can Fam Physician. 2011 Nov;57\(11\):1268-76. e419-28.](#)

Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 2: special populations.

[Article in English, French]

[Kahan M¹, Wilson L, Mailis-Gagnon A, Srivastava A, National Opioid Use Guideline Group.](#)

[© 2011 Author\(s\). All rights reserved.](#)

4. Seguridad y optimización del tratamiento con opiáceos en el dolor nociceptivo por artrosis

- 4.1 Conocer los riesgos de la utilización de los opioides
- 4.2 Elección opioide y dosis según contexto clínico del anciano
- 4.3 Indicaciones de la rotación de opioides
- 4.4 Tablas de dosis equianalgésicas aproximadas

4. 1. Riesgo utilización opiáceos en ancianos

Mayor acumulación opiáceos/Ventana terapéutica estrecha

Opioide menor: Tramadol	Edad	Opioide mayor	PRM
	< 75 años	Fallo alternativas	Riesgo caídas
Dosis Inicio 12.5 mg /6-8 h	No ajustar sin IR/IH	Usar liberación inmediata 25-50 % dosis más bajas	Fracturas
Dosis tope: 300 mg/día	>75 años	2.5-5mg morfina cada 4/6 h No > 20-30 mg /día	Ajustar dosis Gabapentoid.
	Aumentar intervalo administración	Dosis optima Nociceptivo 50/mg M/día	Disminuir o retirar BZ

4.2 Selección de opioide en Insuficientes Renales

Prevalencia dolor +IR avanzada: 47-50% de pacientes

Dolor + diálisis: 50-63%

1/3 de pacientes con IR reciben opiáceos

Tabla 2. Seguridad de analgésicos y opioides en pacientes con enfermedad renal crónica

Fármacos no indicados	Precaución	Fármacos seguros
AINE	Tramadol	Paracetamol
Codeína	Hidromorfona	Metadona
Dextropropoxifeno	Gabapentina	Fentanilo*
Morfina	Pregabalina	Buprenorfina*
Meperidina/petidina	Antidepresivos tricíclicos	
Propoxifeno		

*De elección en la diálisis. AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

La función renal debe ser estimada: Aclaramiento Creatinina /Tasa de filtración glomerular

Ajuste dosis opioides función aclaramiento renal

Tabla 1. Ajuste de dosis XL de analgésicos y opioides en función del aclaramiento renal ³			
Fármaco	100-50 mL/min	50-10 mL/min	<10 mL/min
Codeína	100%	75%	50%
Paracetamol	100%	Cada 6-8 h	Cada 8-12 h
Metamizol	100%	100%	100%
Tramadol	Cada 8 h	Cada 12 h	Evitar
Morfina	100%	75%	50%
Buprenorfina	100%	100%	100%
Fentanilo	100%	75%	50%
Oxicodona	Inicio <50% dosis	y titular	No
Tapentadol	Inicio <50% dosis	y titular	No

Modificada de Álvarez de Lara³.

4.3 Selección de opioide Insuficiencia Hepática:

Prevalencia dolor en IH 30-40%.

Acumulación dosis: disminucion dosis ajuste dosis

NO INDICADOS	PRECAUCION	SEGUROS
Oxicodona Morfina	Tramadol dosis 25 mg/8h Experiencia limitada, No utilizar cirrosis avanzada	1. Fentanilo Dosis 50% más bajas
Meperidina	Buprenorfina 50% dosis	2. Hidromorfona 25% Dosis o Intervalo mayor
Codeína	Tapentadol dosis 25 mg/24	3. Metadona Reducción dosis
Hidrocodona		

- Administración crónica: dosis crecientes y riesgo de precipitar o desencadenar encefalopatía hepática.

4.5 Utilización opioides pacientes con comorbilidades psíquicas y neurológicas.

Med J Aust 2004;181(7 Supl):S25-8

Inicio tratamiento

No iniciar si Ideación suicida ó
trastorno afectivo grave, hasta tto
psiquiátrico-psicoterapéuticas

Evitar o utilizar dosis mínimas en:

Deterioro cognitivo

Demencia en estadio grave

Depresión y ansiedad

Estrés psicosocial intenso.

Observaciones

Ojo Catastrofización.

Puede disminuir la eficacia del
tratamiento analgésico, La
funcionalidad, aumenta el riesgo
de cronificación. Beneficiarse
terapia cognitivo conductual como
parte del tratamiento del dolor.

4.6 Utilización de opioides con fármacos sedantes

Inicio	Mezcla concomitante
Evitar asociar opioides o utilizar dosis mínimas de: Benzodiacepinas (BZD) Antipsicóticos (APS) Antihistamínicos (AH1) Gabapentoides ISRS e ISRN Antidepresivos tricíclicos (ADT) IMAO	No se recomienda el tratamiento concomitante de dos opioides de liberación prolongada¹⁶ BZD y opioides: incrementa riesgo de sobredosis (x4) en comparación con opioides sola^{3,4,15,} Gabapentina, pregabalina y opioides: iriesgo depresión respiratoria. Evaluar l y ajustar la dosis de opioides^{15,,,,,} Resgo de síndrome serotoninérgico: en asociación con ISRS, ISRN, ADT, IMAO,

4.7 Conocer cuando realizar una rotación de opioides

Indicaciones de la rotación de opioides

Presencia de efectos adversos no tolerables

Eficacia analgésica insuficiente

Interacciones farmacológicas graves

necesidad de una vía de administración diferente.

Cambio en el estado clínico

Desarrollo de tolerancia a dosis elevadas de opioides.

Elevado coste del tratamiento (medidas socioeconómicas).

4.8 Dosis equianalgésicas aproximadas de los opioides más utilizados en Dolor Nociceptivo

Tabla 2. Dosis equivalentes aproximadas de los analgésicos opioides más utilizados¹⁸.

De	Opioide A	a	Opioide B	D.C.	Ejemplo
	Morfina VO		Morfina SC	+ 2	30 mg morfina VO = 15 mg morfina SC
	Morfina VO		Oxicodona VO	+ 2	30 mg morfina VO = 15 mg oxicodona VO
	Morfina VO		Hidromorfona VO	+ 7,5	30 mg morfina VO = 4 mg hidromorfona VO
	Tramadol* VO		Morfina VO	+ 10	100 mg tramadol VO = 10 mg morfina VO
	Tapentadol* VO		Morfina VO	+ 2,5	50 mg tapentadol VO = 20 mg morfina VO
	Codeína VO		Morfina VO	+ 10	240 mg codeína VO = 24 mg morfina VO
	Tramadol* VO		Tapentadol* VO	+ 4	200 mg tramadol VO = 50 mg tapentadol VO
	Tapentadol* VO		Oxicodona VO	+ 5	50 mg tapentadol VO = 10 mg oxicodona VO

(*) Analgesia parcialmente mediada por opioides. Riesgo aumentado de potenciales efectos secundarios relacionados con los opioides al cambiar a otros opioides.

D.C. Divisor de conversión



GRACIAS!

minguezmartia@gmail.com



Acto de presentación: **Guía práctica
para el tratamiento del dolor en el anciano
desde el ámbito sociosanitario**



Valencia
jueves, 14 de enero, 2010
· Complejo Deportivo Petrina ·

