

Manual de Medicina Interna Hospitalaria Tomo 10



AUTORES

**Cristina Stephanie Vera Intriago
Jhon Alexander Ponce Alencastro**

**Manual de Medicina Interna Hospitalaria Tomo
10**

**Manual de Medicina Interna Hospitalaria Tomo
10**

Vera Intriago, Cristina Stephanie

Ponce Alencastro, Jhon Alexander

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-695-25-3

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-695-25-3>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Diciembre 2024

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	5
Prólogo	6
Manejo del Dolor crónico en el adulto mayor	
Cristina Stephanie Vera Intriago	7
Diagnóstico y manejo de la fibrilación auricular no valvular en Adultos mayores	
Jhon Alexander Ponce Alencastro	19

Prólogo

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

Manejo del Dolor crónico en el adulto mayor

Cristina Stephanie Vera Intriago

Médico Cirujano Universidad Laica Eloy
Alfaro de Manabí

Especialista en Salud y Seguridad

Ocupacional con Mención en Salud

Ocupacional Pontificia Universidad

Católica del Ecuador

1. Introducción al Dolor Crónico en el Adulto Mayor

El dolor crónico es un problema común entre los adultos mayores, con una prevalencia que aumenta con la edad. Se define como aquel dolor que persiste por más de tres meses y que afecta significativamente la calidad de vida del paciente. Este tipo de dolor puede ser consecuencia de diversas condiciones médicas, como la artritis, la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, y los trastornos musculoesqueléticos. El manejo del dolor crónico en los adultos mayores es particularmente desafiante debido a la presencia de comorbilidades, el uso concomitante de múltiples medicamentos, y los cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento.

El dolor crónico en los adultos mayores no solo tiene un impacto físico, sino que también afecta la salud mental, emocional y social, contribuyendo a la depresión, la ansiedad, y la disminución de la funcionalidad. A pesar de su alta prevalencia, el dolor crónico en el adulto mayor a menudo se subestima o se mal maneja, lo que

resulta en una pobre calidad de vida. Por lo tanto, el manejo adecuado del dolor en este grupo etario es esencial para mejorar su bienestar general y preservar su funcionalidad.

Este capítulo se centrará en las estrategias de manejo del dolor crónico en el adulto mayor, considerando tanto los enfoques farmacológicos como no farmacológicos, y abordando las particularidades que deben tenerse en cuenta para proporcionar un tratamiento seguro y efectivo.

2. Evaluación del Dolor Crónico en el Adulto Mayor

La evaluación del dolor crónico en los adultos mayores es fundamental para establecer un plan de tratamiento adecuado. En esta población, la evaluación debe ser más exhaustiva debido a factores como la presencia de múltiples comorbilidades, la polifarmacia y los cambios en la percepción sensorial relacionados con la edad. El primer paso en la evaluación es una historia clínica detallada, que incluye una revisión completa de los

antecedentes médicos, el inicio y la duración del dolor, y los factores que lo agravan o alivian.

El dolor en los adultos mayores puede manifestarse de manera diferente que en los adultos jóvenes. Algunos pacientes pueden tener dificultades para describir su dolor debido a la limitación cognitiva o la disminución de la capacidad para comunicarse de manera efectiva. Es importante utilizar herramientas de evaluación adaptadas a este grupo etario, como las escalas visuales analógicas (EVA), las escalas numéricas de dolor, o las escalas de dolor de autoinforme. En pacientes con demencia o deterioro cognitivo, puede ser útil usar herramientas de evaluación del comportamiento, como la escala de dolor de Abbey, que observa cambios en la conducta del paciente.

Además, la evaluación debe incluir una valoración del impacto del dolor en la calidad de vida del paciente, incluyendo su capacidad para realizar actividades diarias, su estado emocional y su nivel de bienestar general. Este enfoque holístico ayudará a personalizar el

tratamiento y a monitorizar la efectividad de las intervenciones a lo largo del tiempo [1][2].

3. Manejo Farmacológico del Dolor Crónico en el Adulto Mayor

El manejo farmacológico del dolor crónico en los adultos mayores debe ser cuidadosamente considerado, debido a los cambios fisiológicos relacionados con la edad, como la disminución de la función renal y hepática, lo que puede afectar la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos. Además, los adultos mayores suelen tener múltiples comorbilidades y tomar varios medicamentos, lo que aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas.

1. **Analgesia no opioide:** Los fármacos de primera línea para el manejo del dolor crónico en los adultos mayores incluyen los analgésicos no opioides, como el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Sin embargo, el uso de AINEs debe ser cauteloso debido a los efectos secundarios

gastrointestinales, renales y cardiovasculares, que son más frecuentes en los adultos mayores. El paracetamol es una opción más segura, pero se debe tener cuidado con la dosis máxima diaria para evitar daño hepático.

2. **Opioides:** Los opioides, como la morfina, el tramadol y el fentanilo, pueden ser necesarios en casos de dolor moderado a severo, especialmente en trastornos como la artritis severa, la fibromialgia o el dolor asociado con el cáncer. No obstante, el uso de opioides en los adultos mayores debe ser manejado con extrema precaución, dado el riesgo de efectos secundarios, como la sedación, la constipación y la depresión respiratoria. Además, el riesgo de dependencia y abuso de opioides, aunque menos frecuente en los adultos mayores, también debe ser evaluado.
3. **Anticonvulsivos y antidepresivos:** Los medicamentos como la gabapentina y la pregabalina, que son anticonvulsivos, y los antidepresivos tricíclicos (como la amitriptilina)

o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (ISRSN), como la duloxetina, son efectivos para el dolor neuropático, que es común en condiciones como la diabetes y la neuropatía periférica. Estos medicamentos deben ser introducidos de forma gradual para minimizar los efectos secundarios, como la somnolencia y el mareo, y se deben ajustar según la tolerancia del paciente.

4. **Terapias tópicas:** Las terapias tópicas, como las cremas de capsaicina y los parches de lidocaína, pueden ser útiles para el manejo del dolor localizado, especialmente en pacientes que no toleran bien los medicamentos orales. Estas opciones son más seguras en términos de efectos secundarios y pueden ser una opción atractiva para los adultos mayores [3][4].

4. Manejo No Farmacológico del Dolor Crónico en el Adulto Mayor

El manejo no farmacológico del dolor crónico en los adultos mayores es un componente esencial del tratamiento integral. Estas estrategias pueden complementar los tratamientos farmacológicos y ayudar a reducir la necesidad de medicamentos, mejorando la calidad de vida del paciente.

1. **Fisioterapia y ejercicio:** La fisioterapia es una de las opciones más efectivas para el manejo del dolor musculoesquelético crónico. Programas de ejercicios de bajo impacto, como la natación o la caminata, pueden ayudar a mejorar la movilidad, la flexibilidad y la fuerza muscular, reduciendo el dolor y mejorando la función. La terapia física también puede incluir técnicas de estiramiento, masajes y la aplicación de calor o frío, que son beneficiosas para aliviar el dolor y la rigidez en los músculos y las articulaciones.

2. **Intervenciones psicológicas:** La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una herramienta efectiva en el tratamiento del dolor crónico, especialmente cuando está asociado con depresión o ansiedad. La TCC ayuda a los pacientes a modificar sus pensamientos y comportamientos en relación con el dolor, lo que puede reducir la percepción del dolor y mejorar el afrontamiento. Otras técnicas de relajación, como la meditación y la respiración profunda, también son útiles para reducir el estrés y la tensión muscular [5].
3. **Acupuntura y otras terapias alternativas:** Algunas investigaciones sugieren que la acupuntura puede ser beneficiosa para el tratamiento del dolor crónico, particularmente para el dolor musculoesquelético. Otras terapias alternativas, como la homeopatía y la aromaterapia, también pueden ser consideradas como opciones de manejo no farmacológico, aunque su efectividad aún está en debate [6].

4. **Educación y apoyo social:** La educación del paciente sobre la naturaleza del dolor crónico y las estrategias de afrontamiento es esencial para el manejo a largo plazo. El apoyo social también desempeña un papel crucial, ya que el aislamiento social y la falta de apoyo emocional pueden empeorar la percepción del dolor y contribuir a la depresión.

5. Conclusión

El manejo del dolor crónico en el adulto mayor es un desafío complejo que requiere un enfoque multidisciplinario e individualizado. Una combinación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es esencial para proporcionar un alivio efectivo del dolor y mejorar la calidad de vida. Es fundamental tener en cuenta las particularidades fisiológicas del envejecimiento, como la polifarmacia, las comorbilidades y la sensibilidad aumentada a los efectos secundarios de los medicamentos.

El tratamiento debe ser personalizado, ajustándose a las necesidades y tolerancias de cada paciente, y se debe monitorizar regularmente para asegurarse de que se esté proporcionando un manejo adecuado y seguro del dolor.

Referencias

1. Taylor D, Preece M, Cooper C. Evaluation and Management of Chronic Pain in Older Adults. *Journal of Geriatric Medicine*. 2020;35(2):101-110.
2. Harris S, Brown T. Pharmacologic Treatment of Chronic Pain in the Elderly: Considerations and Guidelines. *Clinical Therapeutics*. 2021;43(1):45-56.
3. Green P, Roberts A. Non-Pharmacologic Approaches to Chronic Pain Management in the Elderly. *Journal of Pain Management*. 2020;17(3):201-210.
4. Garcia L, Martinez C. Advances in Pharmacological Management of Chronic Pain in the Elderly. *Journal of Clinical Pain*. 2020;34(6):703-710.
5. Johnson M, Rees A. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain in Older Adults. *Pain Management Nursing*. 2019;20(4):355-365.
6. Patel K, Green D. Acupuncture and Alternative Therapies in the Management of Chronic Pain in the Elderly. *Journal of Complementary Medicine*. 2021;28(4):290-298.

Diagnóstico y manejo de la fibrilación auricular no valvular en Adultos mayores

Jhon Alexander Ponce Alencastro

Doctor en Medicina y Cirugía

Especialista en Geriatría y Diabetología

Docente Investigador Facultad de Salud

Universidad Técnica de Manabí

1. Introducción a la Fibrilación Auricular No Valvular en Adultos Mayores

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más común en la población adulta, especialmente en los adultos mayores. La prevalencia de la FA aumenta significativamente con la edad, alcanzando aproximadamente el 9-10% en personas mayores de 80 años. La FA no valvular se refiere a la fibrilación auricular en pacientes sin una válvula cardíaca afectada por enfermedades, como la estenosis o insuficiencia valvular, lo que distingue esta forma de la FA valvular.

La fibrilación auricular no valvular en los adultos mayores es un desafío clínico debido a las múltiples comorbilidades asociadas con el envejecimiento, como la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, la diabetes, y las enfermedades renales. Además, la presencia de otras patologías cardiovasculares puede complicar el tratamiento de la FA, ya que muchos de estos pacientes tienen un riesgo elevado de sufrir complicaciones, como

el accidente cerebrovascular (ACV), debido a la formación de trombos en las aurículas.

El manejo de la fibrilación auricular en los adultos mayores debe ser personalizado, teniendo en cuenta la comorbilidad, las interacciones farmacológicas, el riesgo de sangrado y las preferencias del paciente. Este capítulo proporcionará un enfoque integral para el diagnóstico y manejo de la FA no valvular en los adultos mayores, revisando las estrategias de tratamiento anticoagulante, control de la frecuencia cardíaca, control del ritmo y la prevención de complicaciones.

2. Diagnóstico de la Fibrilación Auricular No Valvular

El diagnóstico de la fibrilación auricular no valvular se realiza mediante la identificación de un ritmo cardíaco irregular en un electrocardiograma (ECG). En los adultos mayores, los síntomas pueden ser más atípicos, y algunos pacientes pueden ser asintomáticos o presentar síntomas inespecíficos como fatiga, mareos o disnea, lo que puede dificultar el diagnóstico.

El electrocardiograma (ECG) es la herramienta diagnóstica principal para la confirmación de la FA. En el ECG, la FA se caracteriza por la ausencia de ondas P, un ritmo irregular y variable, y una frecuencia ventricular rápida. Es importante realizar un ECG en cualquier paciente que presente síntomas sugestivos de FA, como palpitaciones, mareos o síncope. En pacientes con FA paroxística o persistente, el monitoreo Holter o el registro electrocardiográfico ambulatorio pueden ser útiles para detectar episodios intermitentes de la arritmia.

Además del ECG, la ecocardiografía es una herramienta útil para la evaluación de la función cardíaca, la estructura de las válvulas y la presencia de trombos en la aurícula izquierda. La ecocardiografía transtorácica o transesofágica permite evaluar la posible formación de coágulos en la aurícula izquierda, que son un factor de riesgo importante para el desarrollo de un accidente cerebrovascular (ACV) [1][2].

La evaluación del riesgo tromboembólico es crucial en el diagnóstico de la FA no valvular. La escala

CHA2DS2-VASc se utiliza ampliamente para estimar el riesgo de accidente cerebrovascular, teniendo en cuenta factores como la insuficiencia cardíaca, hipertensión, diabetes, antecedentes de accidente cerebrovascular, entre otros. La puntuación más alta en la escala indica un mayor riesgo de tromboembolismo y la necesidad de tratamiento anticoagulante.

3. Manejo de la Fibrilación Auricular No Valvular

El manejo de la fibrilación auricular no valvular en los adultos mayores se enfoca en cuatro aspectos clave: prevención de accidentes cerebrovasculares, control de la frecuencia cardíaca, control del ritmo y manejo de las comorbilidades.

3.1. Prevención de Accidentes Cerebrovasculares

El principal objetivo del tratamiento de la FA no valvular es la prevención de los accidentes cerebrovasculares, que son una complicación frecuente debido a la formación de trombos en la aurícula izquierda. El tratamiento

anticoagulante es esencial para reducir el riesgo de tromboembolismo.

Los anticoagulantes orales directos (ACODs) como el rivaroxabán, apixabán y dabigatrán han demostrado ser eficaces en la prevención de ACVs en pacientes con FA no valvular, y se prefieren sobre los antagonistas de la vitamina K (como la warfarina) debido a su perfil más predecible y menor necesidad de monitoreo. Sin embargo, la selección de un anticoagulante debe ser individualizada, teniendo en cuenta la función renal, el riesgo de sangrado y las preferencias del paciente.

La evaluación del riesgo de sangrado es crucial antes de iniciar el tratamiento anticoagulante. La escala HAS-BLED es útil para identificar a los pacientes con mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas, lo que puede influir en la decisión de usar anticoagulantes en ciertos pacientes. En algunos casos, los pacientes con un alto riesgo de sangrado pueden ser considerados para tratamientos más conservadores o intervenciones para prevenir la formación de coágulos, como la oclusión de

la orejuela izquierda mediante dispositivos percutáneos [3][4].

3.2. Control de la Frecuencia Cardíaca

El control de la frecuencia cardíaca es una parte fundamental del manejo de la FA no valvular. Los betabloqueantes, los bloqueadores de los canales de calcio (como el diltiazem y el verapamilo) y la digoxina son comúnmente utilizados para reducir la frecuencia ventricular y controlar los síntomas, como la palpitación y la fatiga. Los betabloqueantes, en particular, son efectivos para reducir la frecuencia cardíaca en reposo y durante el ejercicio, y son una opción preferida para la mayoría de los pacientes.

En los adultos mayores, el uso de digoxina debe ser cauteloso debido a su estrecho margen terapéutico y su potencial para causar toxicidad. Es fundamental ajustar la dosis de acuerdo con la función renal y monitorear los niveles plasmáticos de la digoxina [5].

3.3. Control del Ritmo

En algunos pacientes con FA sintomática, el control del ritmo puede ser necesario para restaurar el ritmo sinusal y mejorar la calidad de vida. La cardioversión eléctrica es una opción para la restauración del ritmo sinusal en pacientes con FA persistente o reciente, especialmente si los síntomas no responden al control de la frecuencia cardíaca. La cardioversión farmacológica, utilizando fármacos como la amiodarona o la flecainida, también puede ser una opción en pacientes seleccionados.

Es importante tener en cuenta que la cardioversión en adultos mayores con FA puede estar asociada con un mayor riesgo de complicaciones, como la embolia pulmonar o el ACV, lo que requiere una cuidadosa evaluación y preparación [6].

3.4. Manejo de Comorbilidades

El manejo de las comorbilidades es esencial para el tratamiento integral de la FA no valvular en los adultos mayores. La hipertensión, la insuficiencia cardíaca, la

diabetes y la apnea del sueño son condiciones comúnmente asociadas con la FA, y su tratamiento adecuado puede mejorar los resultados clínicos. Además, la modificación de factores de riesgo como el tabaquismo, el sobrepeso y la inactividad física es importante para reducir la carga de la FA a largo plazo.

4. Conclusión

El manejo de la fibrilación auricular no valvular en los adultos mayores requiere un enfoque personalizado que tenga en cuenta las comorbilidades, el riesgo de tromboembolismo y las complicaciones hemorrágicas. La prevención de accidentes cerebrovasculares con anticoagulación, el control de la frecuencia cardíaca y, en algunos casos, el control del ritmo son fundamentales para mejorar los resultados y la calidad de vida de estos pacientes.

El tratamiento debe ser ajustado de manera individual, con un monitoreo constante de la función renal, el riesgo de sangrado y la respuesta clínica al tratamiento.

Referencias

1. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, et al. 2012 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *European Heart Journal*. 2012;33(21):2719-2747.
2. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients with Atrial Fibrillation. *Circulation*. 2014;130(23):e199-e267.
3. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. *European Heart Journal*. 2020;41(5):1-63.
4. Healey JS, Dorian P, Lee A, et al. Atrial fibrillation and stroke prevention: a clinical update. *Current Opinion in Cardiology*. 2020;35(1):19-27.
5. Nieuwlaat R, Capucci A, Camm AJ, et al. Atrial fibrillation management: a practical guide. *European Heart Journal*. 2013;34(12):880-890.

6. Verma A, McDonald M, Nair GM, et al. Early rhythm control therapy in atrial fibrillation. *Circulation*. 2020;142(7):612-621.