



Dolor crónico en el paciente anciano

Jorge Hernán López Ramírez, Profesor Asistente. Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia

ABSTRACT

Chronic pain is extremely common among older people. Pain is an unpleasant sensory and emotional experience, but unfortunately, most of primary care physicians take poor attention when their elderly patients complain about it. Several reasons explain this: Patients do not die of pain, pain is subjective, pain management takes time, clinicians are concerned about adverse effects of analgesic medicines etc.

Understanding pathophysiology of chronic pain is essential in order to give adequate treatment; in this sense chronic pain can be divided broadly in nociceptive (somatic or visceral for instance osteoarthritis, ischemic disorders etc.), neuropathic (peripheral or central, for instance postherpetic neuralgia, post stroke pain etc.) and psychogenic.

Although older people are more likely to experience adverse reactions, analgesic drugs are safe and effective for use in this population. It is recommended to start with conventional analgesics like acetaminophen, sometimes in combination with mild opioids like codeine for moderately severe pain. The use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs should be avoided for long time periods in elderly patients. The use of opioid drugs is controversial but they are probably underused. Fears of addiction are often exaggerated in the elderly.

Nonpharmacologic strategies, like physical therapy, exercise programs, TENS, relaxation, etc. used alone or with medications should be an integral part of care for chronic pain patients.

RESUMEN

El dolor crónico es muy común en personas ancianas. El dolor es una experiencia sensitiva desagradable a la cual los médicos prestan poca atención, posiblemente por varias razones: los pacientes no mueren a causa del dolor, el dolor es una queja subjetiva, el manejo adecuado del dolor consume tiempo, el médico siente temor por los posibles efectos adversos de los analgésicos etc.

El entendimiento de la fisiopatología del dolor crónico facilita un adecuado manejo. En este sentido se puede dividir el dolor crónico en tres grandes tipos: nociceptivo (somático o visceral, por ejemplo: osteoartritis, enfermedad isquémica, etc.), neuropático (periférico o central, por ejemplo: neuralgia postherpética, dolor posterior a evento cerebrovascular, etc.) y dolor psicógeno. Aunque las personas ancianas son más propensas a padecer los efectos adversos de los medicamentos, en general la mayoría de analgésicos son seguros y efectivos en este grupo poblacional. Se recomienda iniciar con los analgésicos de uso común como acetaminofén, el cual se puede combinar con opioides suaves del tipo de la codeína, para dolor moderado. En el paciente geriátrico debe evitarse el uso de AINES por períodos prolongados de tiempo. Los

analgésicos opioides han sido controvertidos para usar en ancianos pero en realidad han sido subutilizados ya que la probabilidad de desarrollar farmacodependencia en esta población es muy baja. Otras estrategias no farmacológicas como terapia física, ejercicio dirigido, TENS, técnicas de relajación, etc. bien sea solas o en combinación con fármacos siempre deben formar parte integral del manejo del anciano con dolor crónico.

INTRODUCCION

El dolor crónico en la persona de edad avanzada puede interferir de manera importante con su independencia funcional y con su calidad de vida.

A medida que las personas envejecen las quejas por dolor crónico aumentan, especialmente las asociadas a dolor de origen osteomuscular; de igual modo la prevalencia de neoplasia es mayor en las personas ancianas, siendo esta otra importante causa de dolor. De lo anterior, se desprende que en un mundo en donde los viejos están aumentando, así mismo las consultas por dolor, especialmente crónico, se incrementarán. Este aumento en las quejas por dolor contrasta con la poca atención que se presta al enfoque de este importante síntoma en las escuelas de

Medicina, lo que lleva a que la mayoría de los médicos, tanto los generales como especialistas hagan un manejo deficiente de esta queja.

En este artículo se busca brindar unas pautas sencillas y prácticas que le permitan al médico en su práctica diaria enfocar de una manera racional al paciente anciano con sintomatología dolorosa crónica con el fin de alcanzar un manejo óptimo con el menor número de efectos indeseables.

DOLOR Y ENVEJECIMIENTO

El común de las personas considera que el envejecimiento traerá consigo un sinnúmero de achaques la mayoría de estos acompañados de dolor. Una encuesta telefónica realizada en los Estados Unidos documentó que 18 % de ancianos tomaba analgésicos en forma regular y de este grupo, el 63 % lo había ingerido por más de seis meses. (1).

En otro estudio realizado en Iowa, entre 3.693 personas mayores de 65 años que vivían en la comunidad, 86% reportó algún tipo de dolor en el último año (2). Los datos para ancianos que viven en albergues demuestran cifras mayores. Al estudiar la población residente en instituciones para ancianos se ha encontrado que la prevalencia de dolor puede ser cercana al 80 %, 34% de los residentes se quejó de dolor continuo y 66% de dolor intermitente (2). Otra investigación hecha también en residentes de albergues documentó que la presencia de dolor continuo no maligno se asociaba a deterioro de la capacidad funcional, estado de ánimo y disminución de las actividades cotidianas (3).

Los estudios dirigidos a elucidar los cambios fisiopatológicos del dolor en la persona de edad avanzada han sido escasos y los resultados aún no son definitivos, sin embargo, las principales conclusiones obtenidas son las

siguientes:

La intensidad del dolor superficial no cambia de manera notoria durante el envejecimiento

El dolor profundo parece ser menos frecuente y menos intenso en patología aguda en los ancianos comparados con pacientes más jóvenes.

El dolor crónico de origen osteomuscular y cardiovascular es más común y puede ser más intenso en personas de edad avanzada (4,5)

Las características y el impacto del dolor no han sido bien estudiadas en las personas más viejas, por ejemplo nonagenarios y centenarios (5)

DOLOR Y CANCER

Ser viejo y además estar aquejado de dolor es una situación doblemente desfavorable, si a esto le sumamos el tener una patología grave por ejemplo una neoplasia, la situación se torna mucho más compleja. Se sabe que el dolor crónico en el anciano puede generar ciertas consecuencias como depresión, aislamiento social, alteraciones en el patrón del sueño, síndrome de inmovilidad un incremento en la utilización y los costos de los sistemas de salud, circunstancias que son mayores en el anciano con cáncer (2).

Por motivos no muy claros se sabe que existe una tendencia a no tratar o tratar inadecuadamente el dolor en la persona anciana. Un estudio realizado en 700 ancianos con cáncer, residentes de albergues geriátricos en USA encontró que 26 % de estos no recibía analgésicos a pesar de presentar dolor diariamente (6). Se han postulado como posibles causas los conflictos entre paciente y médico con relación al medicamento apropiado y su dosificación, conflictos entre el paciente y su familia o cuidador, temor de sobredosificación, temor a los efectos secundarios como sedación o

depresión respiratoria; temor a la adicción, miedo a acelerar o desencadenar un evento fatal, dudas sobre la veracidad de las quejas por parte del paciente, etc. (7)

DOLOR EN EL PACIENTE CON DEMENCIA

Una de las mayores dificultades que afronta el profesional de la salud que está comprometido en la atención del paciente de edad avanzada tiene que ver con el reconocimiento de dolor en el paciente con déficit cognoscitivo.

En un estudio realizado en hogares geriátricos se encontró que el número de quejas de dolor y la severidad del mismo disminuía a medida que el déficit cognoscitivo aumentaba, lo cual sugería que el anciano demente con problemas de comunicación perdía la posibilidad de manifestar este síntoma (8).

Otro estudio similar demostró que algunos medicamentos analgésicos eran prescritos con una frecuencia 34% mayor en ancianos sin problemas de comunicación vs residentes con dificultades de la comunicación. Según los autores esta diferencia no se explicaba por el estado de salud de los ancianos (8).

Con el fin de obviar estas dificultades se ha propuesto utilizar claves no verbales tales como expresiones faciales en la detección de dolor en el anciano demente. De igual forma, el equipo que trabaja en hogares geriátricos puede detectar o al menos sospechar la presencia de dolor en el anciano demente cuando éste presenta algunos cambios sutiles del comportamiento como agitación e hiperactividad, en un paciente normalmente tranquilo o quietud en el paciente habitualmente inquieto (8).

Sin embargo, se ha observado que la mayoría de ancianos con demencia leve o moderada pueden expresar sus quejas y así mismo se pueden manejar de una manera similar a los pacientes cognoscitivamente intactos.

DOLOR Y DEPRESIÓN

Un número significativo de pacientes con dolor crónico tienen síntomas depresivos y así mismo los individuos deprimidos tienen mayor probabilidad de presentar quejas dolorosas comparados con individuos no deprimidos. En los pacientes ancianos la sintomatología de dolor y depresión suele estar asociada y se pueden intensificar la una a la otra. Estudios hechos en ancianos residentes en albergues geriátricos encontraron que aquellos que estaban deprimidos presentaban mayor número de quejas dolorosas y dolor más severo que los no deprimidos (2). La coexistencia de dolor crónico y depresión impone una carga importante que afecta de manera significativa la calidad de vida de cualquier individuo y esto tiene mayor significancia en el paciente de edad avanzada. De igual forma es importante que el médico que atiende a personas ancianas considere la posibilidad diagnóstica de depresión en el paciente aquejado de dolor.

CLASIFICACION DEL DOLOR CRONICO

El dolor crónico se puede clasificar según su fisiopatología como se aprecia en el siguiente cuadro.

Clasificación del Dolor Crónico

TIPO	SUBTIPO	EJEMPLOS
Nociceptivo	* Somático * Visceral	Fractura ósea, osteoartritis, gota, Angina de pecho, obstrucción intestinal
Neuropático	* Central * Periférico	Dolor talámico. Túnel del carpo, neuralgia del trigémino, neuropatía diabética
Psicógeno		Dolor facial atípico Somatización

Esta clasificación es útil para decidir el plan de tratamiento más eficaz y los medicamentos según sus diferentes clases como se reseña a continuación.

TRATAMIENTO

El manejo del paciente geriátrico con dolor crónico debe comprometer al médico y a otros profesionales de la salud por medio de medicamentos y otras opciones terapéuticas discutidas más adelante. Inicialmente se presentan los beneficios y problemas en la población mayor de los fármacos más usados para tratar el dolor.

AINES, INHIBIDORES DE LA COX2 Y ACETAMINOFEN

Aunque el anciano con relativa frecuencia presenta reacciones adversas a muchos medicamentos, la mayoría de los

analgésicos usados en la práctica diaria son seguros (9) Analgésicos del tipo acetaminofén son preferidos por su buena tolerancia y poca toxicidad en este grupo de edad (9,10). Los anti inflamatorios no esteroideos (AINES) son útiles en síndromes dolorosos agudos, por ejemplo: dolor post operatorio donde uno de los mecanismos implicados es la activación de la vía del ácido araquidónico (11), pero se deben evitar para uso crónico por efectos colaterales indeseables como retención de agua lo cual es problemático en pacientes con cardiopatía, hipertensión, alteración en la función renal e irritación de la mucosa gastrointestinal (10,12).

Uno de los efectos indeseables más comunes y temidos de los AINES es el sangrado digestivo y el uso concomitante de protectores de la mucosa gástrica o inhibidores de la bomba de protones o incluso misoprostol solo reducen parcialmente el riesgo de esta complicación y además implica mayores costos y así mismo mayor posibilidad de otros eventos adversos (9,10).

El acetaminofén ha sido tan efectivo como los AINES a corto plazo en osteoartritis de rodilla (12,13). Además los pacientes ancianos que consumen AINES tienen 5 veces más riesgo de sangrado gastrointestinal y 20 a 30 % mayor frecuencia de hospitalización y muerte por enfermedad ácido péptica cuando se comparan con no consumidores de estos medicamentos. (12)

En caso de ser necesario utilizar AINES, se debe preferir aquellos de acción corta. Nunca se deben utilizar en forma concomitante varios de estos medicamentos y usarlos a necesidad mejor que por horario. En el grupo de los AINES namubetone y etodolac parecen asociarse a menos efectos indeseados (14).

Los nuevos inhibidores de COX 2 como rofecoxib y celecoxib parecen ser más seguros en cuanto a lesión gastrointestinal aunque el riesgo no desaparece por completo. Una revisión de diferentes estudios que reunió 5435 pacientes encontró que la tasa de sangrado y otros síntomas gastrointestinales fue significativamente menor con rofecoxib (1,3% pacientes - año) que con otros AINES tradicionales (2,6% pacientes - año) (15)

De igual manera la COX 2 juega un papel importante en la hemodinamia renal y su inhibición por estos nuevos agentes trae consigo un efecto de retención de agua y de vasoconstricción renal similar al visto con los AINES convencionales (16). Por lo tanto, no parecen ser drogas seguras cuando se usan a largo plazo en pacientes con falla cardíaca, deshidratación o en general estados de hipoperfusión renal como se puede encontrar con frecuencia en un alto porcentaje de pacientes de edad avanzada.

OPIOIDES

Los opiáceos han sido algo controvertidos en ancianos pues se ha visto que este grupo de pacientes muestra mayor susceptibilidad al efecto analgésico de estos fármacos, sin embargo, últimamente se ha notado que usados juiciosamente en ancianos son piedra angular en el manejo del dolor crónico moderado a severo (9,17)

Los medicamentos que combinan un opiáceo suave con un analgésico común por ejemplo acetaminofén + codeína son útiles en casos de dolor leve a moderado. Estos fármacos son piedra angular en el manejo del dolor moderado a severo gracias a su comprobada efectividad. Se clasifican en agonistas puros y agonistas -antagonistas.

Los agonistas puros incluyen la morfina, la hidromorfina, la meperidina, codeína, tramadol, oxicodona, metadona y fentanilo. Se denominan agonistas puros porque no tienen efecto cielo para su eficacia. La ruta preferida es la vía oral, por esta ruta se puede administrar morfina, codeína y tramadol entre otros. La meperidina está contraindicada en el paciente mayor por su metabolito normeperidina que se acumula en el SNC y puede producir agitación, convulsiones y coma. El fentanilo en parches transdérmicos es una opción interesante, está disponible en cuatro dosificaciones 25, 50, 75 y 100 mcg/hora. Cada parche dura 72 horas y debe iniciarse con la dosis menor. Sin embargo, se debe estar alerta a los efectos indeseables propios de los opiáceos especialmente la confusión.

Los agonistas -antagonistas como la buprenorfina (Temgesic®, pentazocina, butorfanol y nalbufina tienen efecto cielo para la analgesia. Bloquean los receptores μ a la vez que activan los κ . Se debe utilizar solamente para el manejo del dolor agudo y nunca deben administrarse en pacientes que vienen recibiendo agonistas puros porque esto precipitará un síndrome de

abstinencia y de igual manera puede aumentar el dolor.

Cuando se usen opiáceos, se debe instaurar medidas profilácticas para prevenir el estreñimiento. Esto se puede lograr con mayor consumo de líquidos, aumento en la fibra de la dieta, estímulo de la actividad física y en casos refractarios el uso de laxantes osmóticos del tipo lactulosa. La presencia de impactación fecal, una situación aparentemente trivial pero potencialmente grave en el anciano frágil, se debe manejar con remoción manual o enemas evacuadores (1,9)

Otros efectos de los opiáceos incluyen la sedación, por lo cual se debe advertir a los pacientes sobre el uso de maquinaria especial o los riesgos de conducir vehículos, también produce náuseas, retención urinaria y depresión respiratoria. También se debe advertir a los cuidadores y familiares sobre mayor riesgo de caídas inducidas por la sedación (17).

A continuación se presentan las dosis por vía oral recomendadas de algunos opiáceos de uso frecuente:

DROGA	DOSIS
Sulfato de morfina	15 - 30 mg c/ 4 horas
Codeína	30 - 60 mg c/ 4 horas
Tramadol	50 mg c/6 horas
Fentanilo transdérmico	Iniciar con parches de 25 mcg / hora cada 72 horas

FARMACOS ADYUVANTES Y OTROS MEDICAMENTOS

Los medicamentos adyuvantes sin ser específicamente analgésicos han demostrado utilidad en el control del dolor neuropático.

El dolor neuropático es uno de los síndromes dolorosos de más difícil manejo y el pronóstico empeora con su mayor duración, por lo cual su pronto reconocimiento y manejo son factores determinantes en el éxito terapéutico (19)

En este grupo de fármacos sobresalen

los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina, el más usado de los antidepresivos para el manejo del dolor crónico. Este medicamento infortunadamente tiene grandes acciones anticolinérgicas que dificultan su uso en ancianos con glaucoma, o hipertrofia prostática. Además es uno de los más sedantes de los antidepresivos y en este sentido se puede aprovechar este atributo en el paciente insomne. Cuando se usa se recomienda iniciar con dosis bajas, por ejemplo: 10 mg a la hora de acostarse e incrementar de acuerdo a la respuesta (1,18)

La experiencia con los inhibidores de la recaptación de serotonina como fluoxetina es limitada y por lo tanto se requiere mejor evidencia para su recomendación como droga de primera línea para el dolor (10).

Los anticonvulsivantes también son fármacos adyuvantes para el control del dolor neuropático. La carbamacepina ha sido la más utilizada, usualmente a dosis entre 200 y 1200 mgrs día. Parece dar mejores resultados en los casos que cursan con dolor tipo lancinante (19), siendo la droga de elección en la neuralgia postherpética (9). El principal efecto adverso es discrasia sanguínea por lo cual se recomienda control periódico de cuadro hemático. En el paciente anciano la principal queja de este medicamento es la presencia de vértigo. Otros anticonvulsivantes que pueden tener utilidad han sido el clonacepam, ácido valproico y recientemente el gabapentin (9,10).

Otros fármacos que han sido usados en pacientes con dolor de origen neuropático incluyen los bloqueadores de los canales de calcio como nifedipino con resultados contradictorios. La clonidina un agonista α_2 , la cual actúa inhibiendo la liberación de norepinefrina, sustancia esta que facilita la transmisión de estímulos dolorosos y que ha demostrado utilidad en casos de dolor de origen central (19).

Con respecto al manejo farmacológico podemos concluir que el dolor

nociceptivo responde a analgésicos convencionales. En casos leves a moderados se debe preferir acetaminofén solo o en combinación con opiáceos suaves como codeína. Los AINES se debe evitar por grandes desventajas en pacientes ancianos con dolor crónico como ya se anotó. Para el dolor nociceptivo moderado o severo se debe usar opiáceos haciendo un seguimiento estrecho de la dosificación e instaurando medidas profilácticas contra los eventuales efectos indeseables. El riesgo de adicción en ancianos es muy bajo y no se le debe negar esta opción cuando esté indicada.

Por su parte el dolor neuropático puede requerir varios medicamentos como analgésicos tipo acetaminofén con codeína, otros opiáceos más potentes y otras drogas como antidepresivos, anticonvulsivantes y otras medicinas que se reservan cuando la respuesta al manejo convencional es pobre.

MANEJO NO FARMACOLOGICO

El manejo del paciente anciano que aqueja dolor crónico, siempre se debe hacer desde una perspectiva interdisciplinaria, integrando los factores farmacológicos y otras alternativas no medicamentosas. El uso de técnicas como la nervio - estimulación eléctrica transcutánea (TENS) han sido adecuadamente probadas y hoy están disponibles en forma amplia (1, 9, 20). Estas técnicas actúan aumentando la estimulación aferente brindando analgesia segmental. Han demostrado ser efectivas pero la analgesia que brinda suele ser de corta duración y su uso requiere alguna destreza manual por

parte del paciente lo cual es una limitante.

También se puede apelar a técnicas anestésicas como inyección de agentes anestésicos en los puntos gatillo cuando se identifica uno de estos puntos. Los bloqueos nerviosos son de utilidad en casos de dolor de origen simpático y dolor por cáncer (20).

El uso de calor terapéutico es ampliamente utilizado por su simplicidad y bajos costos, esta indicado para el manejo doloroso de osteoartritis, AR, espasmo muscular y tendinitis entre otras. Se contraindica cuando hay inflamación aguda, pérdida de la sensibilidad, malignidad y en pacientes con déficit cognoscitivo.

El uso de aparatos ortésicos ha sido de gran utilidad en pacientes ancianos con lesiones espinales. La acupuntura ha demostrado algún efecto benéfico en ciertas condiciones dolorosas como fibromialgia y epicondilitis (codo de tenista). En el caso de la osteoartritis algunos pocos estudios muestran algo de efectividad pero la evidencia es menos convincente (21).

Las modalidades de fortalecimiento muscular y actividad física han demostrado grandes ventajas aun en ancianos en edades extremas. El nivel de ejercicio para alcanzar buenos resultados no necesita ser exhaustivo (20).

Con frecuencia se hace necesario el apoyo psicológico para pacientes con dolor crónico pues en estos casos la perturbación emocional suele jugar un papel significativo. Se podría decir que abordar este aspecto en el tratamiento

del dolor es tan importante como el uso mismo de analgésicos. El empleo de técnicas cognitivas y de conducta han sido postuladas como las más útiles en estas situaciones. En la técnica de condicionamiento conductual se establece un contrato explícito con el paciente incorporando metas específicas y realistas sobre actitudes saludables, por ejemplo: más ejercicio y menos medicación innecesaria. Las técnicas de tratamiento cognitivo se basan en la educación del paciente sobre la fuerte interrelación que hay entre pensamientos, emociones y dolor así como conductas mal adaptativas. Se estimula al paciente a tomar parte activa en su programa terapéutico y a que acepte responsabilidad por el dolor mas que verse como una víctima pasiva. Aunque estas técnicas son más difíciles de llevar a cabo en personas de edad avanzada algunos equipos especializados en el tratamiento del dolor han informado resultados satisfactorios (20).

En conclusión, el dolor crónico aqueja a un porcentaje considerable de ancianos, estos tienden a ser tratados inadecuadamente o a no recibir ninguna medicación. El conocimiento adecuado de los grandes tipos de síndromes dolorosos crónicos facilita la aproximación terapéutica más conveniente según el tipo de dolor. De igual manera se podría decir que cualquier medicamento usado de manera juiciosa en el anciano puede ser de ayuda pero se debe tener cuidado con las potenciales complicaciones inherentes a cada tipo de fármaco, así como al papel que en cada paciente pueden jugar patologías concomitantes, situación frecuente en el paciente mayor. También se debe tener en cuenta que los ancianos pueden beneficiar de ayudas no farmacológicas lo cual disminuiría el riesgo potencial de algunos medicamentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Portenoy R. Pain.** En The Merck Manual of Geriatrics. 2nd edition. 1995.
2. **Gallagher RM, Verma S, Mossey J.** Chronic pain: Sources of late life pain and risks factors for disability. *Geriatrics*. 2000; 55: 40-47.
3. **Won A, Lapane K, Gambassi G et al.** Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47: 936-942.
4. **Helme R, Katz B.** Control of Pain En Principles and practice of geriatric medicine. Patthy J. editor. 3th ed. 1998
5. **Harkins S.** Geriatric pain. Perceptions in the old. *Clin Geriatr Med*. 1996; 12: 435 - 460.
6. **Bernabei R, Gambassi G, Lapane K et al.** Managment of pain in elderly patients with cancer. *JAMA* 1998; 279: 1877 - 1882.
7. **Cleeland CS.** Undertreatment of of cancer pain in elderly patients. *JAMA* 1998; 279:1914-5.
8. **Parmelee P.** Pain in cognitive impaired older persons. *Clin Geriatr Med*. 1996; 12:473-488.
9. American Geriatric Society Panel. The management of chronic pain in older persons. *Geriatrics*1998; 53:S8-S23.
10. **Feinberg SD.** How to improve function and avoid toxicity when treating chronic pain. *Geriatrics*. 2000; 55: 44- 62.
11. **Egbert A.** Postoperative pain management in the frail elderly. *Clin Geriatr Med*. 1996; 12: 583-599.
12. **Field TS, Gurwitz JH, Glynn RJ et al.** The renal effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in older people: Finding from established populations for epidemiologic studies of the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47:507-11.
13. **Ling S, Bathon J.** Osteoarthritis in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 1998; 46: 216-25,
14. **Morgan GJ, Poland M, DeLapp RE.** Efficacy and safety of namubetone versus diclofenac, naproxen, ibuprofen and piroxicam in the elderly. *Am J Med* 1995 suppl 2A 19S - 27S.
15. **Simon LS et al.** Anti-inflammatory and upper gastrointestinal effects of celecoxib in rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *JAMA* 199; 282: 1912-8.
16. **Swan SK, Rudy DW, Lasseters KC et al.** Effect of ciclooxigenase -2 inhibition on renal function in elderly person receiving a low salt diet. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2000;133:1-9.
17. **Monane M, Avorn J.** Medications and falls: Causation, correlation and prevention. *Clin Geriatr Med*. 1996; 12: 847-858.
18. **Forman WB.** Opioid analgesic drugs in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 1996; 12: 489-500.
19. **Lipman A.** Analgesic drugs for neuropathic and sympathetically maintained pain. *Clin Geriatr Med*. 1996; 12: 501- 516.
20. **Nguyen D.** The role of physical medicine and rehabilitation in pain management. *Clin Geriatr Med*. 1996; 12: 517-530.
21. NIH Consensus Development Panel on Acupuncl. *Acupuncture*. *JAMA*. 1998; 280: 1518-1524.