



Dor no idoso

ABORDAGEM E TRATAMENTO

Editor: *Raul Marques Pereira*

Autores: *Hugo Cordeiro, Ana Barbosa, Mafalda Cerqueira, Tiago Castelar Gonçalves*

Especialistas em Medicina Geral e Familiar

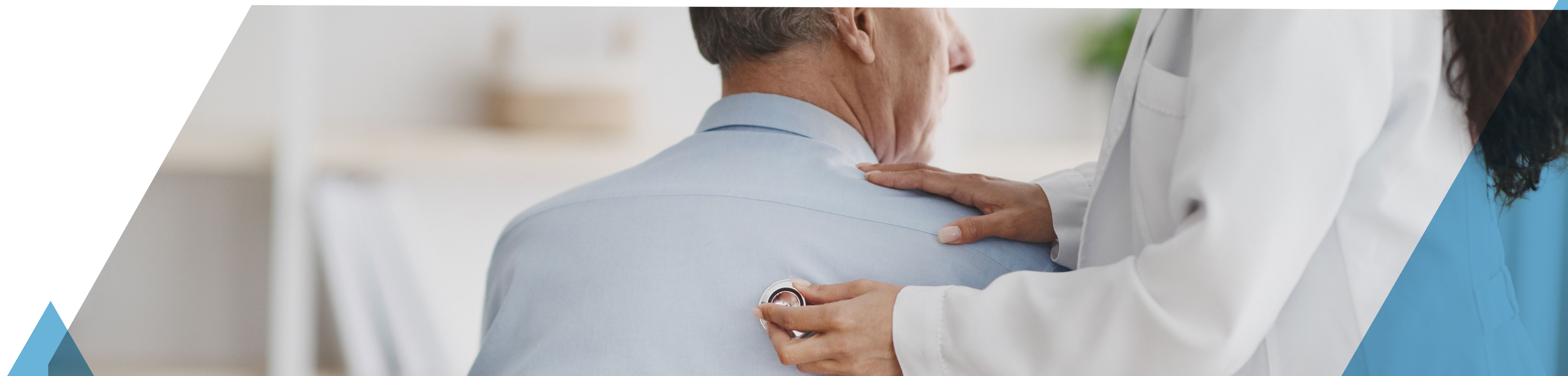
Anatomia, etiologia e fisiopatologia

A dor no doente idoso relaciona-se frequentemente com condições com uma incidência elevada nesta faixa etária, como a osteoartrose, cancro, pós-acidente vascular cerebral, neuropatia diabética, enxaqueca, fibromialgia, dor pós-herpética e traumatismo.

A dor crónica do idoso tende a ser multifocal, multifatorial, de intensidade moderada a forte e com duração de vários anos. Está associada à diminuição da capacidade funcional, aumento do risco de queda, diminuição do apetite, distúrbios do sono, depressão e ansiedade, agitação, bem como a diminuição da capacidade cognitiva. Adicionalmente, esta dor tem impacto na socialização e conduz a um aumento do risco de polimedicação, de interações medicamentosas, a um maior consumo de serviços e a um aumento dos custos em saúde.

Epidemiologia

A faixa etária ≥ 65 anos corresponde a uma proporção significativa da população, apresentando uma tendência crescente nos últimos anos. Esta realidade tem como consequência um aumento do número de idosos frágeis, com necessidades específicas e de individualização dos cuidados. A dor crónica moderada a forte é um sintoma comum entre as pessoas idosas. Afeta cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade e aproximadamente 83% daqueles que estão institucionalizados em lares.



Apresentação clínica



História clínica

(sempre que possível na presença de familiar ou cuidador)

- Definir a "Pain signature" do idoso (parâmetros afetados pela dor, a sua gravidade e impacto) – Figura 1 e Quadro 1;
- Identificar as principais comorbilidades que contribuem para a dor ou influenciam o seu tratamento;
- Identificar os alvos de tratamento.

Prestar especial atenção a défices sensoriais, - de visão e/ou audição - ou alterações cognitivas que possam interferir na correta avaliação bem como crenças religiosas, medo de dependência ou conceitos erróneos de que a dor é uma parte normal do envelhecimento

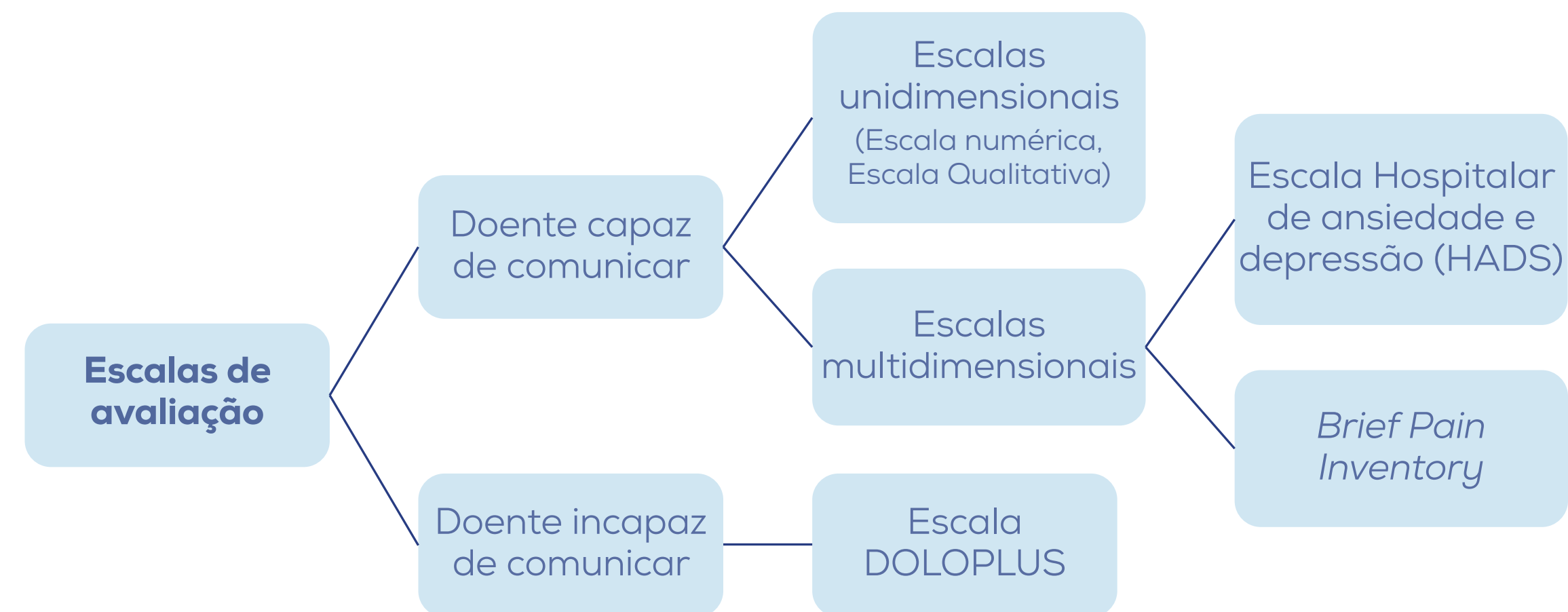


Figura 1. Escalas de avaliação da dor no doente idoso.



Quadro 1. Generalidades em dor: anamnese no doente com dor.

Sensorial	Diga-me todos os lugares em que sente dor ou desconforto. Como é essa dor? Que palavras lhe vêm à mente?
	Sente essa dor ou desconforto o tempo todo ou a dor vai e vem? Há quanto tempo sente essa dor?
	O que torna a dor melhor ou pior?
Emocional	Essa dor afetou o seu humor, sensação de bem-estar, nível de energia?
	Está preocupado acerca dessa dor ou com o que pode ser a causa dela?
Funcional	Essa dor afeta a sua capacidade de realizar as atividades diárias? De fazer as coisas que gosta?
	Essa dor afeta a sua relação com os outros? Se sim, como? Em que medida?
Sono	Essa dor afeta as suas horas de sono?
	Tem problemas em adormecer ou necessidade de tomar medicação para dormir, por causa dessa dor?
Atitudes e Crenças	Tem algum pensamento ou opinião sobre o facto de sentir dor neste momento da sua vida que acredita ser importante partilhar comigo?
	Tem algum pensamento ou opinião sobre tratamentos específicos para a dor que acredita que seja importante partilhar comigo?
Estratégias	O que é que costuma fazer que a ajuda a lidar com a sua dor? Pode ser, ouvir a sua música favorita, rezar, ficar sentada quieta ou isolar-se dos outros...
Expectativas	O que acha que provavelmente acontecerá com o tratamento recomendado?
	Quais são as coisas mais importantes que espera que ocorram como resultado do tratamento?
Recursos	Existe alguém em casa, na família ou nos seus vizinhos a quem possa pedir ajuda quando a dor é muito forte?



Exame físico

- Avaliação dos sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência respiratória, pulsação);
- Avaliação da função cognitiva;
- Avaliação da mobilidade/equilíbrio.

Prestar especial atenção a:

- Expressão facial;
- Movimentos corporais;
- Verbalizações ou vocalizações;
- Alteração das relações interpessoais;
- Alterações do estado mental.



Meios complementares de diagnóstico (MCDTs)

Os estudos de imagem devem ser reservados àqueles doentes nos quais, após história completa e exame físico, existe suspeita elevada pré-imagem de uma doença que requer intervenção ou tratamento especializado.



Red flags

- Dor súbita, excruciante.
- Dor noturna.
- Febre.
- Sintomas constitucionais.
- Défice neurológico focal.
- Dor resistente ao tratamento.
- Ausência de rede de suporte social ou familiar.



Tratamento

Farmacológico

- **Paracetamol:** tratamento de **primeira linha** no tratamento da **dor ligeira e persistente**.

Dose máxima recomendada: 3 g/dia | 2 g em doentes com idade >80 anos, frágeis ou com consumo regular de álcool.

Cuidado especial: outros fármacos contendo paracetamol; o uso concomitante de fármacos indutores do citocromo P450 (Cyp450) aumenta risco de toxicidade hepática.

- **Anti-inflamatórios não esteroides:** tratamento por curtos períodos em episódios de **agravamento da dor nociceptiva**. Eficaz na patologia inflamatória crónica.

Dose máxima recomendada: depende do princípio ativo. Utilizar sempre a dose mínima eficaz.

- **Opioides:** A escolha depende da via de administração desejada (sempre que possível a via oral), tempo de início de ação/duração de ação, patologia coexistente, interações medicamentosas e sensibilidade/efeitos secundários (Tabela 1).



Tabela 1. Considerações sobre a utilização de opioides no doente idoso.

Fármaco	Comentário
Morfina	As doses iniciais devem ser reduzidas. Não é metabolizado por Cyp450. Os metabolitos ativos são eliminados por via renal . Deve ser evitada em doentes com insuficiência renal (TFG <30 mL/min).
Oxicodona	Boa opção no idoso pela semivida curta, sem metabolitos tóxicos e biodisponibilidade tanto na formulação de ação curta quanto na longa. Evitar em caso de insuficiência hepática.
Buprenorfina	Dose máxima 140 µg/h. Agonista parcial do recetor opioide µ (mu) de alta afinidade que pode ser usado com segurança em doentes com insuficiência renal . A incidência de náuseas, vômitos e obstipação é menor do que com a morfina.
Fentanilo	Pode ser usado em doentes com disfunção renal e hepática ligeira a moderada. Existe em formulação de curta ação (indicado em caso de dor irruptiva) e de adesivo transdérmico.
Hidromorfona	Disponível na formulação de libertação prolongada. Metabolizada em metabolitos aparentemente inativos , representando uma vantagem sobre a morfina em idosos com insuficiência renal ou hepática (não é metabolizado por Cyp450). Contraindicado na diarreia ou na Síndrome do Intestino Curto.
Tapentadol	Dose máxima: 500 mg/dia. Não é metabolizado por Cyp450. Não é necessário um ajuste da dose nos doentes idosos. Contudo, está contra-indicado na insuficiência renal grave e na insuficiência hepática grave.
Tramadol	Dose máxima no idoso 300 mg/dia (idealmente 150 mg/dia). É metabolizado por Cyp450. Associado a náuseas. Diminui limiar convulsivo.
Codeína	Analgésico fraco que é metabolizado em morfina. Associado a mais náuseas e obstipação do que outros opioides.

Cyp450: citocromo P450; TGF: taxa de filtração glomerular.

Ajuste da dose de opioides em caso de insuficiência renal:

- Depuração de creatinina (ClCr) ≥ 30 – Não é necessário ajuste
- ClCr < 30 – Reduzir 30 a 50% a dose.
- Nota: A buprenorfina não necessita de ajuste.

- **Antidepressivos:**

Fármacos que são habitualmente utilizados como antidepressivos têm vindo a demonstrar eficácia no controlo da dor neuropática, nomeadamente através da redução da ansiedade associada à dor crónica e consequente melhoria funcional (Tabela 2).

Tabela 2. Considerações sobre a utilização de antidepressivos no doente idoso.

Antidepressivo	Dose (via oral)	Comentários
Amitriptilina	Dose Inicial: 10–25 mg ao deitar. Dose máxima recomendada: 50 mg/dia.	Não recomendada para idosos ou doentes com doença cardíaca porque tem efeitos anticolinérgicos potentes. Pode-se aumentar a dose para 100 mg ou mais em alguns casos.
Desipramina/ nortriptilina	Dose inicial: 10–25 mg ao deitar. Dose máxima recomendada: 150 mg/dia.	Mais bem tolerada que a amitriptilina; perfil de efeitos adversos melhor com a desipramina do que com a nortriptilina. Não recomendada para idosos ou indivíduos com doença cardíaca porque tem efeitos anticolinérgicos potentes.
Duloxetina	30–60mg 1 vez/dia. Dose máxima recomendada: 60 mg/dia.	Mais bem tolerada que os antidepressivos tricíclicos. A dose poderá ser aumentada até 120 mg/dia.
Venlafaxina	Libertação prolongada: 375 – 225 mg 1 vez/dia (mais fácil de usar).	Maior inibição da recaptção de norepinefrina com doses mais altas. Mecanismo de ação semelhante ao da duloxetina. Eficaz para dor, depressão e ansiedade nessa dose.

- **Anticonvulsivantes:**

Alguns fármacos anticonvulsivantes como a gabapentina e a pregabalina têm demonstrado serem eficazes como analgésicos no tratamento da dor neuropática (Tabela 3).

Tabela 3. Considerações sobre a utilização de anticonvulsivantes no doente idoso.

Anticonvulsivos	Dose (via oral)	Comentários
Gabapentina	300–1200 mg de 8/8 h. Dose máxima recomendada: 1200 mg de 8/8 h.	A dose inicial deve ser de 300 mg 1 vez/dia. Para obter uma analgesia eficaz a dose alvo deve ser 600–1200 mg de 8/8 h e muitos doentes precisam de uma dose mais elevada.
Pregabalina	Dose máxima recomendada: 150 a 300 mg de 12/12 h.	Mecanismo similar ao da gabapentina, mas com farmacocinética mais estável. Em doentes com depuração da creatinina ≥ 60 mL/min, iniciar com 75 mg de 12/12 h, aumentando para 150 mg de 12/12 h depois de uma semana e subindo conforme necessário até ao máximo de 300 mg de 12/12 h.

- **Relaxantes musculares:**

Podem provocar efeitos adversos como sedação, tontura, efeitos anticolinérgicos e fraqueza. **Devem ser evitados em indivíduos com idade ≥ 65 anos.**

Não farmacológico

Poderão ser **alternativa ou adjuvante ao tratamento farmacológico.**

Tratamentos físicos: fisioterapia, hidroginástica, pilates, acupuntura, massagem.

Intervenções psicoeducacionais: terapia cognitivo-comportamental, meditação, educação do doente.

Quando referenciar a consulta hospitalar ou ao serviço de urgência



Refratariedade à terapêutica instituída.

Necessidade de técnicas/fármacos hospitalares.

Bibliografia

1. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Lisboa: DGS, 2010 (Orientação nº015/2010).
2. Casten RJ, Parmelee PA, Kleban MH, Lawton PM, Katz IR. The relationships among anxiety, depression, and pain in a geriatric institutionalized sample. *Pain*. May 1995;61(2):271-276.
3. Gentili A, Weiner DK, Kuchibhatil M, Edinger JD. Factors that disturb sleep in nursing home residents. *Aging (Milano)*. Jun 1997;9(3):207-213.
4. Wilson KG, Watson ST, Currie SR. Daily diary and ambulatory activity monitoring of sleep in patients with insomnia associated with chronic musculoskeletal pain. *Pain*. Mar 1998;75(1):75-84.
5. The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc*. Jun 2002;50(6 Suppl):S205-224.
6. Weiner DK, Haggerty CL, Kritchevsky SB, et al. How does low back pain impact physical function in independent, well-functioning older adults? Evidence from the Health ABC Cohort and implications for the future. *Pain Med*. Dec 2003;4(4):311-320.
7. Bosley BN, Weiner DK, Rudy TE, Granieri E. Is chronic nonmalignant pain associated with decreased appetite in older adults? Preliminary evidence. *J Am Geriatr Soc*. Feb 2004;52(2):247-251.
8. Won AB, Lapane KL, Vallow S, Schein J, Morris JN, Lipsitz LA. Persistent nonmalignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. Jun 2004;52(6):867-874.
9. Karp JF, Reynolds CF, 3rd, Butters MA, et al. The relationship between pain and mental flexibility in older adult pain clinic patients. *Pain Med*. Sep-Oct 2006;7(5):444-452.
10. Weiner DK, Rudy TE, Morrow L, Slaboda J, Lieber S. The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. *Pain Med*. Jan-Feb 2006;7(1):60-70.
11. Rudy TE, Weiner DK, Lieber SJ, Slaboda J, Boston RJ. The impact of chronic low back pain on older adults: a comparative study of patients and controls. *Pain*. Oct 2007;131(3):293-301.
12. Leveille SG, Jones RN, Kiely DK, et al. Chronic musculoskeletal pain and the occurrence of falls in an older population. *Jama*. Nov 25 2009;302(20):2214-2221.
13. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ*. 2011;343:d4065.
14. Veríssimo MT. *Geriatría fundamental*,. Lidel. 2014.
15. Barbosa A, Reis Pina P, Tavares F, Galriça Neto I. *Manual de Cuidados Paliativos*, 3ª edição,. Faculdade de Medicina de Lisboa,. 2016.
16. Ponce P, João Mendes J. *Manual de Terapêutica Médica*. Lidel. 2017.
17. van der Leeuw G, Leveille SG, Dong Z, et al. Chronic Pain and Attention in Older Community-Dwelling Adults. *J Am Geriatr Soc*. Jul 2018;66(7):1318-1324.



Esta é uma publicação da APMGF-Grupo de Estudos de Dor com o patrocínio da Grünenthal S.A., sendo que esta última não teve qualquer influência nos conteúdos da mesma.