



# 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

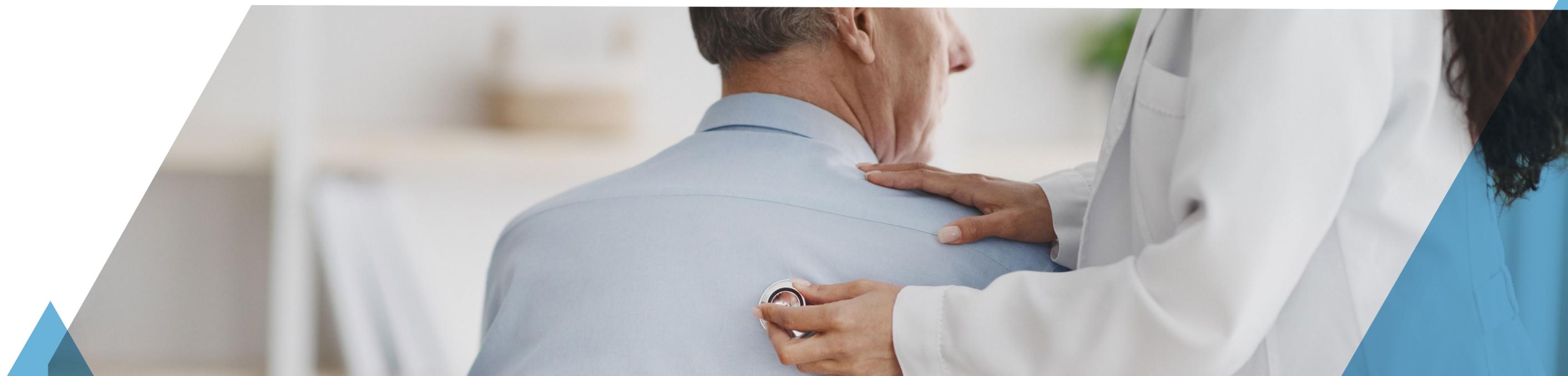
## Anatomia, etiologia e fisiopatologia

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  $\geq 65$  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

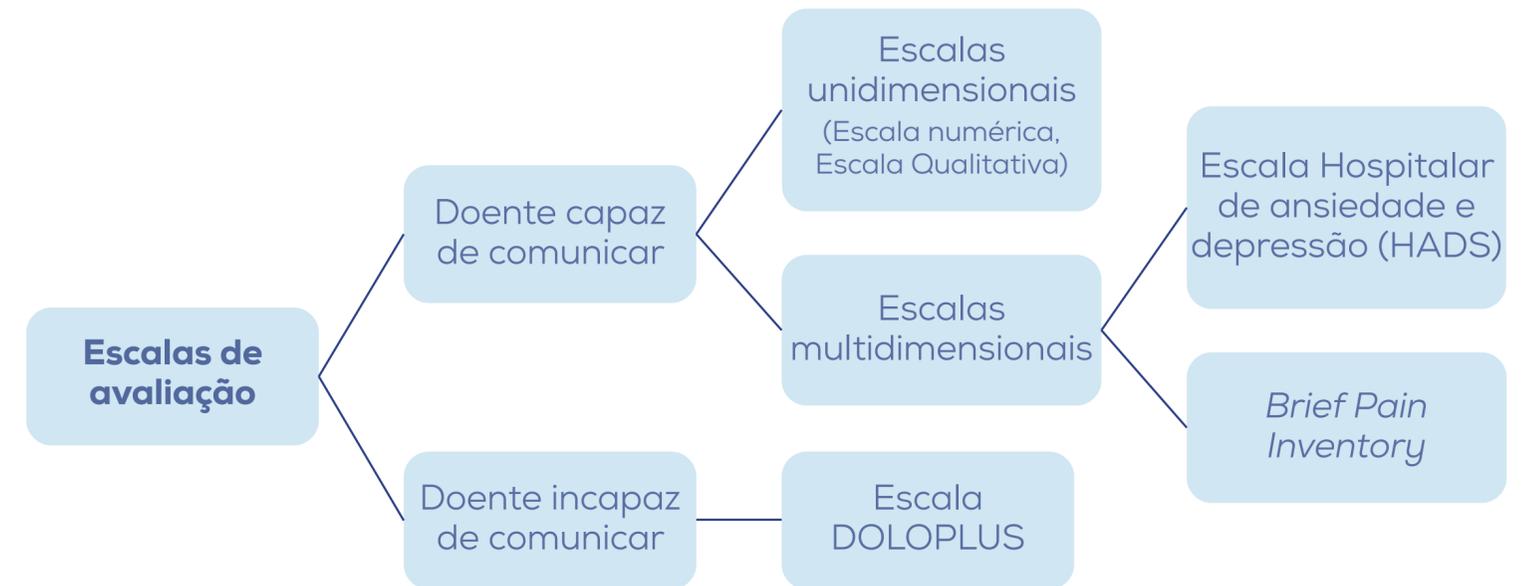


### História clínica

(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.

<b>Sensorial</b>	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?
<b>Emocional</b>	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?
<b>Funcional</b>	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?
<b>Sono</b>	Essa dor afeta as suas horas de sono?
	Tem problemas em adormecer ou necessidade de tomar medicação para dormir, por causa dessa dor?
<b>Atitudes e Crenças</b>	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?
<b>Estratégias</b>	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...
<b>Expectativas</b>	O que acha que provavelmente acontecerá com o tratamento recomendado?
	Quais são as coisas mais importantes que espera que ocorram como resultado do tratamento?
<b>Recursos</b>	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.

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

<b>Antidepressivo</b>	<b>Dose (via oral)</b>	<b>Comentários</b>
<b>Amitriptilina</b>	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.
<b>Desipramina/ nortriptilina</b>	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.
<b>Duloxetina</b>	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.
<b>Venlafaxina</b>	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
<b>Gabapentina</b>	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.
<b>Pregabalina</b>	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 $\geq 60$ 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  $\geq 65$  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.