
Dor em doentes com idade ≥ 65 anos

Introdução

Num tempo em que há tanta sensibilidade à eventual estigmatização das pessoas atribuindo-lhes rótulos que os classificam em grupos de homogeneidade controversa, quanto à idade continuam-se a manter designações desnecessárias. Por isso, aqui não se usará o termo idosos, mas de pessoas com idade ≥ 65 anos

Segundo a Pordata, a percentagem de pessoas com idade ≥ 65 anos na população residente em Portugal subiu de 11,4% em 1981 para 23,4% em 2021 [1] e calcula-se que esta percentagem continue a subir. Mais de 60% têm dor moderada ou mais intensa [2,3]. Em lares, calcula-se que 45 a 80% têm dor substancial que está subtratada [3]. As pessoas com idade ≥ 65 anos com dor têm mais alterações funcionais, quedas, depressão, anorexia, alterações do sono, do que os que não têm dor [2].

Com o aumento da longevidade e a prevalência das doenças degenerativas associadas, as dores aumentam. As patologias que se associam a dor incluem as musculoesqueléticas, como a dor lombar, osteoartrite, fracturas ósseas devidas a osteoporose, dor neuropática, como neuropatia diabética, e doenças circulatórias, como doença vascular periférica [4]. O cancro é também mais prevalente em maiores de 65 anos.

A avaliação da dor pode também ser difícil, devido a dificuldades de comunicação resultantes de alterações visuais, auditivas ou cognitivas. Por vezes têm dificuldade em descrever a dor com precisão em termos de localização e características [4].

Com a idade ocorrem alterações fisiológicas que alteram a farmacologia dos fármacos. Com a idade, há um aumento da gordura corporal enquanto a massa muscular se reduz, resultando num aumento da massa gorda total. Daí pode resultar um atraso no início de acção e na acumulação de analgésicos lipossolúveis [4]. Também as alterações da função renal podem aumentar a semivida dos fármacos ou

dos seus metabolitos que são excretadas por esta via. Com a idade, a circulação e a depuração hepática diminuem o que também influencia a semivida de fármacos. A diminuição do nível de albumina, mais frequentemente associados à presença de doenças crónicas ou de malnutrição, aumenta a fracção livre dos fármacos que se ligam extensamente às proteínas.

Avaliação da dor

A avaliação da dor faz-se, em princípio, como para outros doentes adultos. No entanto, devem ter-se em conta as limitações que são mais frequentes neste grupo etário, mas que não são exclusivas dele. É importante não partir do princípio de que as pessoas com idade mais avançada não estão na posse plena das suas capacidades, para que não as tratemos de modo paternalista e, por vezes, infantilizante. Ver “Avaliação da dor” neste blog.

Tratamento

O tratamento farmacológico da dor deve seguir os princípios gerais já anteriormente indicados. No entanto, devem ser tidos em conta os problemas referidos acima, que não sendo exclusivos deste grupo etário, são sem dúvida mais frequentes.

Não opióides

O paracetamol é um fármaco relativamente seguro nos doentes com idade ≥ 65 anos. Deve ser considerado um fármaco de primeira linha no tratamento da dor neste grupo etário (ver também “Paracetamol em cuidados paliativos”, neste blog).

Os AINE têm um potencial de toxicidade muito maior do que o paracetamol. Os AINE podem provocar toxicidade gastrointestinal, incluindo hemorragias, renal e cardiovascular. No entanto, em certas situações em que a inflamação é um factor importante, como na osteoartrite, se não houver contra-indicações detectáveis ao nível dos órgãos indicados acima, um curso curto de AINE pode-se justificar. É de ter em conta que muitos doentes nesta faixa etária tomam doses baixas de aspirina por

razões de protecção cardiovascular, o que pode aumentar o risco de toxicidade dos AINE. A associação dos AINE com alguns antidepressivos pode aumentar o risco de hemorragia. A protecção gastrointestinal deve ser usada se for importante usar um AINE. Para mais informação sobre os AINE ver “Anti-inflamatórios” neste blog.

Opióides

O uso dos opióides requer apenas atenção ao funcionamento orgânico, sobretudo a nível renal e hepático. A nível cardíaco é também de ter em conta o uso da metadona, pelo potencial risco de aumentar o intervalo QT. Ver os capítulos referentes aos opióides, neste blog.

Um dos problemas conhecidos com o uso dos opióides, e que pode colocar-se com mais frequência neste grupo etário, é o da relutância em usá-los. No entanto, os opióides podem ser administrados nestes doentes e, em certos casos, quando analgésicos menos potentes não são suficientes, são indispensáveis para o controlo eficaz da dor. Em geral, os doentes com idade ≥ 65 anos podem ter intensidades de dor equivalentes aos mais jovens, mas em média necessitam de doses de opióides mais baixas [5].

O tramadol é particularmente recomendado, mas se não for tolerado ou não for suficiente devem ser usados opióides mais potentes. Isto deve fazer-se nas dores oncológicas e nas dores não oncológicas (ver também “Tratamento da dor crónica não oncológica” neste blog).

Antidepressivos

Os antidepressivos como adjuvantes no tratamento da dor são eficazes em vários tipos de dor, mas são sobretudo usados no tratamento da dor neuropática. Os antidepressivos tricíclicos são os mais antigos, mas nos doentes com idade ≥ 65 anos podem não ser os mais indicados devido à sua toxicidade a nível cardíaco e aos seus efeitos anticolinérgicos que podem produzir hipotensão ortostática, retenção urinária e agravar glaucomas. A duloxetina e a venlafaxina são antidepressivos mais seguros nestes doentes.

Ver também “Antidepressivos como adjuvantes na dor crónica” neste blog.

Anticonvulsivantes

Os anticonvulsivantes como adjuvantes são também eficazes na dor neuropática. Actualmente, a pregabalina e a gabapentina são os mais usados. Embora não sejam isentos de efeitos indesejáveis, os quais podem ter mesmo um impacto muito negativo, o seu perfil é diferente do dos antidepressivos tricíclicos, o que pode ser mais conveniente nestes doentes. Ver também “Anticonvulsivantes como adjuvantes na dor crónica” neste blog.

Outros fármacos

Há outros fármacos que podem ser usados em certas situações. Os corticosteróides podem ser úteis em situações de dor de causa inflamatória e autoimune, mas também noutros tipos de dor incluindo na dor oncológica, nas metástases ósseas, na compressão de nervos, nas cefaleias por hipertensão intracraniana e na dor relacionada com oclusão intestinal [6]. Os corticosteróides podem produzir vários efeitos indesejados agudos e crónicos.

Os bifosfonatos podem ser úteis nos doentes com dor provocada por metástases ósseas. O seu efeito, contudo, demora vários meses a estabelecer-se plenamente, pelo que devem ser reservados para os doentes com uma sobrevivência esperada relativamente longa.

Fármacos tópicos

Os fármacos de aplicação tópica exercendo a sua acção no local da aplicação ou perto dele, são muito pouco tóxicos porque a sua acção analgésica resulta da grande concentração local, mas com pouca concentração sistémica. No entanto, são apenas adequados nas dores superficiais numa área pouco extensa. Exemplos são: os AINE nas dores articulares e musculares; a capsáicina também nas dores neuropáticas; a lidocaína nas dores neuropáticas e nas dores relacionadas com procedimentos

superficiais; e a morfina nas úlceras de pressão e nas feridas malignas. Ver também “Analgésicos tópicos” neste blog

Referências

1. <https://www.pordata.pt/Portugal> (consultado em 14/06/2022).
2. Malec M, Shega JW. Pain Management in the Elderly. *Med Clin N Am* 2015;99:337–350.
3. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. The Management of Persistent Pain in Older Persons. *JAGS* 2002;50:S205–S224.
4. Lussier D, Richarz U, Finco G. Use of hydromorphone, with particular reference to the OROS formulation, in the elderly. *Drug Aging* 2010;27:327-335.
5. Auret K, Schug SA. Underutilisation of opioids in elderly patients with chronic pain: approaches to correcting the problem. *Drugs Aging* 2005;22:641-654.
6. American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1331-1346.