

Índice:

Resumo.....	2
Palavras-chave.....	3
Introdução.....	3
Dor – tipos, fisiopatologia e avaliação.....	3
Polimedicação nos idosos e efeitos adversos.....	6
Opções terapêuticas para a dor crónica nos idosos.....	6
Terapêutica Opióide.....	7
Anticonvulsivantes.....	10
Antidepressivos.....	11
Analgesia tópica.....	11
Conclusões.....	12
Bibliografia.....	14

“Opções Terapêuticas no Tratamento da Dor Crónica na População Idosa”

Resumo

Os adultos acima de 65 anos de idade, são um grupo em grande crescimento demográfico no mundo ocidental e, nesta população, há uma grande prevalência de dor crónica. Esta leva a uma diminuição da capacidade funcional de um indivíduo e da sua qualidade de vida. O tratamento desta situação patológica nesta população é um desafio médico, já que as modificações fisiológicas condicionadas pelo envelhecimento, a frequente existência de comorbilidades e de polimedicação, conduzem caracteristicamente a um aumento da sensibilidade aos fármacos e a um aumento do risco de efeitos adversos dos mesmos.

O objectivo deste trabalho é a revisão de opções terapêuticas analgésicas de natureza farmacológica adequadas a serem usadas no tratamento da dor crónica não oncológica em doentes idosos.

Ao longo deste trabalho, considera-se a fisiopatologia e tipos de dor, formas de avaliação para desenvolvimento de planos de tratamento, a importância da polimedicação e terapias para tratamento da dor baseadas no uso de opióides, anticonvulsiantes, antidepressivos e analgésicos tópicos.

A dor crónica é uma entidade multidimensional, tanto na sua etiologia como consequências. Os planos para tratamento devem levar em consideração a sensibilidade particular dos idosos aos efeitos dos fármacos e efeitos adversos.

Os opióides, anticonvulsivantes, antidepressivos e analgésicos tópicos, são algumas das opções terapêuticas para a dor crónica que podem ser usadas de forma bem-sucedida.

Palavras-chave:

Dor crónica, idosos, farmacoterapia, polimedicação, efeitos adversos, opióides, anticonvulsivantes, antidepressivos, analgésicos tópicos.

Introdução

Como idoso considera-se pessoa com idade igual ou superior a 65 anos e este é um grupo etário em rápido crescimento demográfico no mundo ocidental. Muitos apresentam dor crónica (dor que persiste para além de 3 meses), mais comumente dor não oncológica, músculo-esquelética e neuropática, e o tratamento (analgésico) das mesmas é um desafio médico, já que esta população apresenta características especiais, como a polimedicação e mecanismos de farmacocinética e farmacodinâmica alterados pela idade. (Beers et al – 2000, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Fine – 2004, Barkin et al – 2007, Hadjistavropoulos et al – 2007, Fick et al – 2008, Chou – 2009)

Neste trabalho, foco algumas opções terapêuticas farmacológicas para tratamento da dor crónica de origem não oncológica na população idosa, especificamente analgésicos menos usados na prática clínica, como opióides, anticonvulsivantes, antidepressivos e analgésicos tópicos. A metodologia usada foi a revisão de literatura pesquisada na PubMed usando palavras como “elderly”, “geriatrics”, “chronic pain”, “persistent pain”, “pain management” ou “opioids” e de referências extraídas da lista de referências dos trabalhos assim identificados.

Dor – tipos, fisiopatologia e avaliação

A dor é uma experiência multifactorial, na medida em que a sua expressão é afectada por mais que simples fisiopatologia, sendo influenciada pelas experiências

anteriores do indivíduo, personalidade, medos, crenças, e contexto social. As suas consequências são também multidimensionais , já que afectam o status funcional do indivíduo, o seu humor e sociabilização e outras variáveis fisiológicas, como o sono ou apetite, levando a uma redução da qualidade de vida. (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Barkin et al – 2007, Hadjistavropoulos et al – 2007)

O prognóstico destas situações e a resposta esperada à medicação variam conforme o tipo de dor em causa. Podemos considerar **dor nociceptiva**, **neuropática** ou **dor inespecífica (mista)**.

A **dor nociceptiva** resulta da resposta de receptores sensoriais periféricos a estímulos mecânicos, térmicos e químicos. São exemplos deste tipo de dor a inflamação articular, a músculo-esquelética e pós-operatória. (Monti e Kunkel – 1998, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Hadjistavropoulos et al – 2007, Malanga e Paster – 2007)

A **dor neuropática** resulta de uma disfunção ou lesão de nervos (periféricos e/ou centrais). A neuropatia diabética, nevralgias pós-herpéticas ou do trigémio e o síndrome do membro-fantasma são alguns exemplos deste tipo de dor. (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Hadjistavropoulos et al – 2007, Malanga e Paster – 2007, Saarto e Wiffen – 2007, Fine 2009)

A dor crónica pode, no entanto, ser o resultado da combinação de mecanismos nociceptivos e neuropáticos, sendo então classificada como **inespecífica** ou **mista** (ex. fibromialgia ou estenose espinhal). (Monti e Kunkel – 1998, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Hadjistavropoulos et al – 2007, Malanga e Paster – 2007)

Para o estabelecimento de um plano de tratamento para a dor, é condição essencial não só a classificação do tipo de dor , mas também a avaliação da sua intensidade e consequências. Devem ser tomadas em conta as co-morbilidades do doente. Se possível,

deve ser identificada a(s) etiologia(s) da dor para tentar direccionar o tratamento para a sua causa. (Monti e Kunkel – 1998, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Barkin et al – 2007, Hadjistavropoulos et al – 2007)

A forma mais comum de avaliação da dor é a utilização de uma escala de dor (de 0 a 10 valores), que é aplicada pelo doente, verbalmente ou por analogia visual (habitualmente com faces que exprimem diferentes graus de sofrimento). Existem, no entanto, outros métodos de avaliação (Monti e Kunkel – 1998, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Hadjistavropoulos et al – 2007, Malanga e Paster – 2007), e limitações quanto à avaliação da dor na população idosa, nomeadamente a possibilidade de existência de compromissos cognitivos e/ou sensoriais (ex. demência, disfasia, surdez) ou de patologia psiquiátrica. De facto, a demência, a depressão e a ansiedade podem conduzir a uma percepção exagerada da dor, e para além disso, existem ainda factores culturais e pessoais que podem levar a que um idoso não relate a dor que sente. Pode encará-la como um processo natural do envelhecimento, ter medo de se tornar aborrecido com as suas queixas, de ser encarado como um fardo para os demais, de a sua dor ser sinónimo de hospitalização e/ou de exames médicos dolorosos ou até que a dor signifique um agravamento de morbilidades de que sofre.

Compete ao médico proceder à avaliação da dor crónica do seu utente idoso, apesar de poder vir a encontrar algumas das dificuldades atrás relatadas, tranquilizando o doente quanto à seriedade com que encara as suas queixas. Os objectivos da terapêutica da dor crónica devem ser a analgesia, e o aumento da capacidade funcional do doente, com conseqüente melhoria da qualidade de vida. (Monti e Kunkel – 1998, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Barkin et al – 2007, Hadjistavropoulos et al – 2007, Malanga e Paster – 2007, Fine – 2009)

Polimedicação nos idosos e efeitos adversos

Um dos aspectos mais preocupantes em relação à terapêutica medicamentosa nos idosos é a polimedicação. De facto, um estudo norte-americano mostra que doentes idosos não institucionalizados tomam em média 8 medicamentos diferentes. (Cannon et al – 2006)

A polimedicação e o aumento das co-morbilidades num doente aumenta o risco de interacções medicamentosas e efeitos adversos das terapêuticas. É geralmente aceite que os idosos são mais susceptíveis aos efeitos da medicação, e portanto, também aos efeitos adversos. Tal deve-se às alterações fisiológicas da idade, que condicionam alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que conduzem a maiores e mais prolongadas concentrações plasmáticas dos fármacos. (Monti e Kunkel – 1998, Beers et al – 2000, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Fine – 2004, Barkin et al – 2007, Hadjistavropoulos et al – 2007, Malanga e Paster – 2007, Fick et al – 2008, Fine 2009)

Opções terapêuticas para a dor crónica em idosos

A dor crónica pode ser tratada com fármacos e com terapêuticas não farmacológicas (reabilitação física, calor húmido, acunpunctura, educação do doente...) mas neste trabalho aborda-se o tratamento analgésico. (Monti e Kunkel – 1998, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Barkin et al – 2007)

Tradicionalmente, a dor nociceptiva é tratada com analgésicos de uso comum, como o paracetamol e anti-inflamatórios não-esteróides (preferencialmente inibidores selectivos da COX-2). (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Fine 2004, Malanga e Paster – 2007) Quando a dor crónica é avaliada como moderada a grave, torna-se lícito o recurso a medicação opióide. (AGS Panel on Persistent Pain in

Older Persons – 2002, Bloodworth – 2005, Chou – 2009) O plano de tratamento da dor crónica pode incluir também fármacos com outros objectivos que não analgésicos, como hipnóticos, ansiolíticos ou relaxantes musculares. (Fine – 2004, Barkin et al – 2007)

No caso da dor neuropática ou mista, a eficácia dos analgésicos de uso comum pode ser limitada e recomendam-se fármacos de outras classes terapêuticas, como anticonvulsivantes (ex. gabapentina, pregabalina), anti-depressivos tricíclicos (ex. amitriptilina, nortriptilina) e outros (ex. duloxetina), analgésicos tópicos (ex. sistemas transdérmicos de lidocaína a 5%) e opióides. (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Malanga e Paster – 2007)

É regra aceite iniciar um fármaco para controlo da dor com uma dose mínima e ir aumentando-a lentamente até atingir um efeito analgésico, com os menores efeitos adversos possíveis. (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Malanga e Paster – 2007, Fine – 2009)

Neste trabalho aborda-se principalmente o tratamento disponível com recurso aos analgésicos menos usados para o controlo da dor : opióides, anticonvulsivantes, antidepressivos e a analgesia tópica.

Terapêutica Opióide

Os opióides mostraram ter eficácia analgésica na dor de múltiplas origens, mas possuem uma extensa lista de efeitos adversas. Ao administrar terapêutica opóide, o principal objectivo deve ser o uso de uma dose mínima que alivie a dor, mas com os menores efeitos adversos possíveis, e preconiza-se o uso inicial de doses baixas que depois se devem ir ajustando às necessidades analgésicas. (Kaiko et al – 1982, Barkin et al – 2007, Chou – 2009) Recomenda-se a avaliação acerca do potencial risco de toxicoddependência ou de abuso opióide de um doente no início da terapêutica. (Chou –

2009) De referir que há um estudo norte-americano que sugere que o maior impedimento à prescrição de opióides para controle de dor não oncológica, tanto pela parte de médicos como de doentes, é o medo de dependência iatrogénica. (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Bloodworth – 2005, Hadjistavropoulos et al – 2007)

Efeitos adversos frequentes são a sedação, náuseas e vómitos, confusão mental e obstipação. Um efeito adverso raro, mas muito perigoso é a depressão respiratória (que se previne com administração e ajuste da dose lento e monitorizado). (Fine – 2004, Bloodworth – 2005, Chou – 2009) Os idosos são mais sensíveis aos efeitos de opióides (Kaiko et al – 1982, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Fine – 2009), e nesta população, o efeito adverso mais comum é a obstipação (por menor ingestão de líquidos, polimedicação e actividade física limitada), e pode ser recomendável o uso de amolecedores de fezes concomitantemente ao uso de opióides. (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Malanga e Paster – 2007, Chou – 2009)

Nos idosos devem-se evitar opióides como o propoxifeno, metadona e meperidina porque, neste grupo de doentes, apresentam frequentemente reacções adversas inaceitáveis. (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Fick et al – 2003, Malanga e Paster – 2007, Fine 2009)

Quanto à duração de acção, podemos considerar opióides de acção curta e prolongada.

Os opióides de acção curta devem ser usados em situações de dor aguda ou intermitente. Incluem a *morfina, oxicodona, oximorfona, hidromorfona, hidrocona, fentanil* ou o *tramadol* (analgésico de acção central com duplo mecanismo de acção,

agonismo opióide e inibição da recaptção de 5-HT e noradrenalina). (Barkin et al – 2007, Malanga e Paster – 2007)

Os opióides de acção prolongada (ex. *meperidina*) têm a vantagem de possibilitar um alívio da dor ao longo do dia de uma forma mais consistente e podem melhorar a adesão terapêutica. (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Malanga e Paster – 2007, Chou – 2009) Exigem uma monitorização cuidada em relação à dose administrada ao longo de 24 horas para identificação de uma dose efectiva no controlo da dor, mas que tenha efeitos adversos mínimos. Uma forma de obter uma acção opióide prolongada é o uso de preparações de libertação prolongada, como sistemas transdérmicos (de morfina, fentanil...). (Fine – 2004, Barkin et al – 2007, Malanga e Paster – 2007)

O equilíbrio entre a eficácia analgésica do opióide e os efeitos adversos aceitáveis pode implicar uma rotação de fármacos. Assim, quando um opióide já está a ser administrado na dose máxima tolerável e os seus efeitos analgésicos não são satisfatórios, ou se existem efeitos adversos intoleráveis, o tratamento pode ser mudado para outro opióide (num doente, a resposta a diferentes opióides pode variar), o que implica a suspensão do primeiro opióide enquanto se inicia e aumenta progressivamente a dose de um segundo opióide (sob apertada monitorização para detectar e evitar toxicidade por tolerância cruzada incompleta). Outra alternativa é a substituição do opióide por uma associação de opióide com outro analgésico. A tolerância ao tratamento parece surgir lentamente e um aumento súbito da dose de opióide necessária para obter analgesia sugere um agravamento da causa da dor. (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Fine – 2004, Malanga e Paster – 2007, Chou – 2009)

A suspensão do tratamento opióide é justificável pela existência de efeitos adversos inaceitáveis, a falta de adesão à terapêutica, a ineficácia no controlo da dor, e abuso da

droga ou toxicod dependência. A possibilidade de suspensão do tratamento deve ser discutida e negociada com o doente logo no início do tratamento e o plano deve ser baseado numa diminuição progressiva da dose ao longo de semanas (para diminuir os efeitos físicos da dependência), e deverá, se possível, ser levado a cabo no ambulatório. A introdução de estratégias não-opioides de controlo da dor deve ser realizada em simultâneo com a suspensão do opióide.

Embora a dependência física seja de esperar, o aparecimento de abuso do fármaco ou toxicod dependência é raro, e quando detectado, o envio a um especialista em toxicod dependência deve ser a conduta a adoptar. (AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Fine – 2004, Bloodworth – 2005, Malanga e Paster – 2007, Chou – 2009, Fine – 2009)

Anticonvulsivantes

Alguns fármacos desenvolvidos para serem usados como convulsionantes têm demonstrado possuir eficácia analgésica na dor neuropática. Entre estes contam-se a *gabapentina* e *pregabalina* (ou a *carbamazepina* na nevralgia do trigémio). (Barkin et al – 2007, Saarto e Wiffen – 2007)

De facto, uma revisão sistemática recente mostra que os anticonvulsivantes são tão eficazes como os antidepressivos no tratamento da neuropatia diabética e nevralgia pós-herpética. (Saarto e Wiffen – 2007)

Estes fármacos podem ser usados como terapêutica isolada ou como coadjuvantes. Os seus principais efeitos adversos incluem a sedação e letargia, náuseas, vômitos, confusão mental e ataxia. (Monti e Kunkel – 1998, Barkin et al – 2007, Malanga e Paster – 2007)

Antidepressivos

Os **inibidores da recaptação da serotonina e/ou noradrenalina**, como a *venlafaxina* e *duloxetina* são habitualmente usados como antidepressivos, mas têm vindo a demonstrar ser eficazes no controle da dor neuropática, nomeadamente na redução da ansiedade associada à dor crónica e melhoria funcional. (Saarto e Wiffen – 2007) A duloxetina tem-se mostrado particularmente promissora neste campo e parece até melhorar o prognóstico de doentes com dor neuropática periférica por *Diabetes Mellitus*. (Malanga e Paster – 2007, Hartford – 2008, Fine – 2009)

Os **anti depressivos tricíclicos** como a *amitriptilina* e *nortriptilina* são também eficazes no tratamento da dor crónica neuropática em idosos. Actuam por vários mecanismos, entre os quais, mecanismos anticolinérgicos, e por isso possuem diversos efeitos adversos deste tipo (obstipação, retenção urinária, xerostomia ou até confusão e delírio) e arritmia com Q-T longo, hipotensão e sedação, o que limita o seu uso (principalmente em doentes com prostatismo, glaucoma de ângulo fechado ou patologia cardíaca). (Monti e Kunkel – 1998, Beers et al – 2000, Fine – 2004, Barkin et al – 2007, Malanga e Paster – 2007, Saarto e Wiffen – 2007)

Independentemente da classe de antidepressivos que se usa para o tratamento da dor neuropática, deve-se salientar que o efeito analgésico é independente do efeito antidepressivo. (Saarto e Wiffen – 2007)

Analgesia Tópica

A principal vantagem do uso da analgesia tópica para tratamento da dor crónica é a possibilidade de obtenção de analgesia com efeitos adversos mínimos.

Torna-se assim uma óptima opção para tratamento da dor na população idosa, como terapia única ou coadjuvante. Os exemplos mais conhecidos deste tipo de tratamento

são o uso de sistemas transdérmicos de *lidocaína a 5%* e de *capsaicina* (apenas este último é comercializado em Portugal), que têm inclusivamente demonstrado eficácia na nevralgia herpética e noutras dores neuropáticas localizadas. (Monti e Kunkel – 1998, AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons – 2002, Barkin et al – 2007, Malanga e Paster – 2007, Fine – 2009)

Conclusões

A dor crónica é uma entidade patológica multidimensional (sensorial, emocional e cognitiva) que interfere com o funcionamento fisiológico, estado emocional e qualidade de vida do doente que dela sofre. Pode-se considerar dor nociceptiva, neuropática e mista. Os idosos são particularmente vulneráveis a doenças que acarretam dor crónica e para ela não existem tratamentos específicos, sendo que o tratamento mais comum é a farmacoterapia.

Existem várias formas de avaliar e várias opções terapêuticas ao dispor. O tratamento da dor deve incluir avaliação e tratamento concomitante das comorbilidades, e levar em conta que os idosos são geralmente mais susceptíveis aos efeitos dos medicamentos e portanto, em maior risco de sofrerem efeitos adversos dos mesmos (por alterações fisiológicas da idade, polimedicação e maior número de comorbilidades).

Os opióides podem ser uma terapêutica eficaz para o combate à dor crónica nos idosos, apesar de exigirem uma apertada monitorização devido à extensa lista de efeitos adversos que podem causar, sendo que na sua utilização, é regra essencial o início de terapêutica com doses baixas e ajuste lento, de acordo com o efeito analgésico.

Alguns anticonvulsivantes, como a gabapentina e pregabalina têm mostrado possuir eficácia analgésica na dor neuropática, assim como alguns antidepressivos, mais precisamente antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina e nortriptilina (que podem

originar efeitos adversos anticolinérgicos) ou inibidores da recaptção da serotonina e/ou noradrenalina, como a duloxetina e venlafaxina.

A analgesia t3pica, com substâncias como a lidocaína e capsaína, são eficazes no tratamento da dor cr3nica (nociceptiva e neuropática) nos idosos, com a vantagem de possuírem um baixo risco de efeitos adversos.

Com o conhecimento acerca da dor e da sua avaliação e adequadas estratégias terapêuticas é possível tratar de uma forma bem sucedida a dor cr3nica e espero que com este trabalho tenha contribuído para a sensibilização em relação ao uso dos fármacos anteriormente discutidos.

AGS Panel of Persistent Pain in Older Persons, (2002), "*The Management of Persistent Pain in Older Persons*", J Am Geriatr Soc, vol. 50(6), 5-24.

Barkin Robert L., Barkin Stacy J. et al, (2007), "*Pharmaterapeutic Management of Pain with a Focus Directed at the Geriatric Patient*", Rheum Dis Clin North Am, vol. 33(1), 1-31.

Beers Mark H., Baran Robert W. et al, (2000), "*Drugs and the Elderly, Part 1: The Problems Facing Managed Care*", Am J Manag Care, vol. 6 (12), 1313-20.

Bloodworth D., (2005), "*Issues in Opioid Management*", Am J Phys Med Rehabil, vol. 84 (3), 42- 55.

Cannon Katrina T., Choi Maryann M. et al., (2006), "*Potentially Innappropriate Medication Use in Elderly Patients Receiving Home Health Care: A Retrospective Data Analysis*", Am J Geriatr Pharmacotherapy, vol. 4 (2), 134- 43.

Chou Roger, Fanciullo Gilbert J. et al, (2009)," *Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain*", J Pain, vol. 10(2), 113-30.

Fick Donna M., Cooper James W. et al, (2003), "*Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: Results of a US Consensus Panel of Experts*", Arch Intern Med, vol.63(22), 2716-24.

Fick Donna M., Mion Lorraine C. et al (2008), "*Health Outcomes Associated With Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*", Res Nurs Health, vol. 31(1), 42-51.

Fine Perry G., (2004), "*Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Patients*", Clin J Pain, vol. 20 (4), 220-6.

Fine Perry G., (2009), "*Chronic Pain Management in Older Adults: Special Considerations*", J Pain Symptom Manage, vol. 38 (2), 4-14.

Hadjistavropoulos T., Herr K. et al, (2007), "*An Interdisciplinary Expert Consensus Statement on Assessment of Pain in Older Persons*", Clin J Pain, vol.23(1), 1-43.

Hartford James T., Endicott Jean et al., (2008), "*Implications of Pain in Generalized Anxiety Disorder: Efficacy of Duloxetine*", Prim Care Companion J Clin Psychiatry, vol. 10 (3), 197-204.

Kaiko Robert F., Wallenstein Stanley L. et al, (1982), "*Narcotics in the Elderly*", Med Clin North Am, vol. 66(5), 1079-89.

Malanga G., Paster Z., (2007), "*Update on managing chronic pain in the elderly*", J Fam Pract, vol. 56(12), 11-6.

Monti Daniel A., Kunkel Elisabeth J.S., (1998), "*Management of Chronic Pain Among Elderly Patients*", Psychiatr Serv, vol. 49 (12), 1537- 9.

Saarto T., Wiffen P.J., (2007), "*Antidepressants for neuropathic pain*", Cochrane Database Syst. Rev., 4, art. n°. CD005454.