

26 de julho de 2019

<http://justnews.pt/noticias/a-avaliacao-da-dor-no-idoso-deve-ser-conduzida-de-forma-ativa>

## «A avaliação da dor no idoso deve ser conduzida de forma ativa»

Elsa Verdasca

Assistente graduada de Anestesiologia, Hospital Garcia de Orta. Competência em Medicina da Dor

A população com mais de 65 anos tem uma maior prevalência da dor crónica, principalmente relacionada com patologia musculoesquelética (osteoartrose, osteoartrite, osteoporose, polimialgia reumática), doença oncológica (relacionada com o cancro ou secundária aos tratamentos), doença arterial e venosa (aneurisma da aorta, isquemia arterial, úlcera venosa), nevralgia pós-herpética, neuropatia diabética e dor neuropática central (pós-AVC).

A avaliação da dor no idoso deve ser conduzida de forma ativa, questionando a existência de dor, pois, por motivos educacionais, o doente aceita a sua dor e frequentemente é confrontado com um discurso que o desmoraliza quanto ao êxito de uma intervenção médica.

Para além de avaliar o grau da dor, tem de se avaliar a interferência desta nas atividades de vida diária e no humor. Nesta faixa etária, a dor crónica não tratada pode condicionar défice de concentração, depressão, ansiedade, insónia, agitação psicomotora, irritabilidade, apatia e isolamento social.

A abordagem diagnóstica deve seguir o processo habitual – história clínica e exame objetivo cuidadosos, com o pedido de exames auxiliares de diagnóstico dirigidos à suspeição clínica.

A abordagem analgésica no doente idoso deve ser adequada à causa e incluir esquemas terapêuticos simples e seguros, ajustados aos horários do doente e avaliando o apoio social que lhes permita aumentar o grau de adesão.

Há sempre alguma dificuldade em iniciarem esquemas que envolvam mobilização e alterações de comportamentos e estão frequentemente polimerizados, o que aumenta o risco das interações medicamentosas e de efeitos secundários.



Elsa Verdasca

As terapêuticas farmacológicas devem ser prescritas tendo em conta as morbilidades concomitantes, como a insuficiência de órgão (rim e fígado) e doenças neuromusculares (demência, Parkinson, sequelas de AVC). É fundamental usar sempre o princípio de “start low, go slow” para diminuir os efeitos secundários, como as alterações cognitivas, tonturas, desequilíbrio, náuseas/vómitos e obstipação, que podem agravar a morbilidade do idoso.

Podemos iniciar um esquema analgésico, como aplicação de AINE tópico, analgésicos clássicos (paracetamol, metalizol), paracetamol em associação com opioides fracos, como tramadol e codeína, e adjuvantes, como os antidepressivos tricíclicos ou similares, gabapentinoides e relaxantes musculares.

No caso de dor intensa, poderão ser prescritos opioides fortes, ponderando as comorbilidades associadas, com vigilância das complicações e possíveis efeitos secundários. É de evitar a prescrição de AINE/i-COX 2 pelo risco de hemorragia digestiva e deterioração da função renal.

Em complemento, devem ser prescritas terapêuticas não farmacológicas, como a prática de exercício físico moderado e ajustado, perda de peso, Pilates, treino de postura, fisioterapia, massagem terapêutica, gelo ou calor local, acupuntura, TENS, diatermia, musicoterapia, psicoterapia, técnicas de relaxamento, terapia ocupacional e apoio social.

Ou abordar a situação com terapêuticas invasivas realizadas no contexto de uma Unidade de Dor, com apoio ecográfico ou radiológico (bloqueios nervosos, infiltrações articulares, administração epidural de corticoides, infiltração de facetas vertebrais), infiltração com toxina botulínica, viscosuplementação ou corticoide articular, ozonoterapia, radiofrequência, aplicação de capsaicina tópica.

# Jornal Médico

DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Artigo publicado no Jornal Médico dos cuidados de saúde primários, no âmbito do Especial 17.º Convénio da ASTOR/26.ªs Jornadas Dor do Hospital Garcia de Orta.