

# X Programa de Educação Continuada em Fisiopatologia e Terapêutica da Dor – 2020

Equipe de Controle da Dor da Divisão de Anestesia do Instituto Central do Hospital das  
Clínicas da FMUSP

## ***DOR NO IDOSO***

KAROL BEZERRA THÉ  
GERIATRA PELA UNIFESP/SBGG  
ÁREA DE ATUAÇÃO EM DOR PELA AMB  
COORDENADORA DO COMITÊ DE DOR NO IDOSO SBED  
Membro da comissão de dor no idoso sbgg

# CASO CLINICO

A.C, feminino, 89 anos, chega acompanhada do filho que conta que a mãe há 3 meses apresenta dor do lado esquerdo do tórax, localizada da região inframamária até a linha axilar, que caracteriza como sendo em crises de choques e queimação e que não aguenta nem tocar na pele. Já passou com vários médicos, entre ortopedistas e neurologistas. Esse quadro foi precedido por lesões de Hesperes zoster.

# CASO CLINICO

O filho conta:

*“Dra., ela já tomou muitas medicamentos, nada melhora, e o pior, muitos desses a deixaram com a mente atrapalhada, sem falar coisa com coisa e hoje ela precisa de ajuda para ir ao banheiro, vestir a roupa e banho. Ela chora quando vem as crises de dor, a toda hora, de dia e de noite. O que fazer?”*

# A.C, 89 anos

AP: HAS há 40 anos, dislipidemia, DM, 2 infecções urinárias no ultimo ano, incontinência urinária, 3 quedas nos últimos 3 meses. Sem internações prévias. Completamente independente e morava sozinha até a 3 meses atrás.

Medicações usadas desde o inicio: amitriptilina 25mg 2xdia, gabapentina 300mg 3xdia, diclofenaco 8/8h, codeína/paracetamol 8/8h, clonazepam 0,5mg a noite.

**PROBLEMAS ?**

# A.C, 89 anos

1- neuralgia pós-herpética

incontinência urinária

DM

HAS

ITU de repetição

caidora crônica

Polifarmácia

delirium prévio

síndrome demencial ?

# A.C, 89 anos

1a consulta:

suspensas as medicações anteriores.

Iniciado pregabalina 75mg/noite

2ª consulta:

melhora parcial da dor, mas mantinha crises frequentes, chorava muito e mantinha deficit cognitivo, com predomínio de memória.

Solicitado Screening para demência. MEEM 19/30

Aumento da pregabalina para 75mg 2xdia.

Indicação bloqueio peridural

# A.C, 89 anos

3ª consulta:

crises menos frequentes, mas ainda intensas. Mantinha queixas cognitivas. Screening para demencia com TC crânio com microangiopatia.

Manteve dose de pregabalina em 150mg/dia e iniciado metadona 2,5mg/noite

4ª consulta:

Pregabalina 75mg 2xdia

Metadona 2,5mg 2xdia

Início de donepezila 5mg/dia

Quadro de delirium !!

# A.C, 89 anos

ITU - tratada e delirium resolvido

5<sup>a</sup> consulta:  
bloqueio

Mantem com doses pregabalina e metadona estáveis e dor controlada, memória e humor melhor, MEEM 21/30 e dor em crises 1-2x somente quando o tempo está mais frio que melhora com dipirona 1g até 6/6h



# Idoso – População complexa e heterogênea



## PIRÂMIDES ETÁRIAS ABSOLUTAS

■ Homens ■ Mulheres

Idade

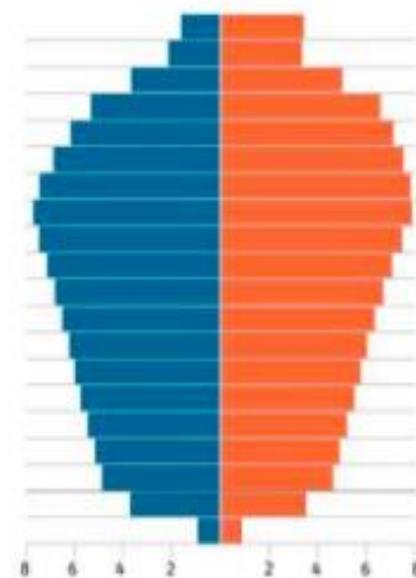
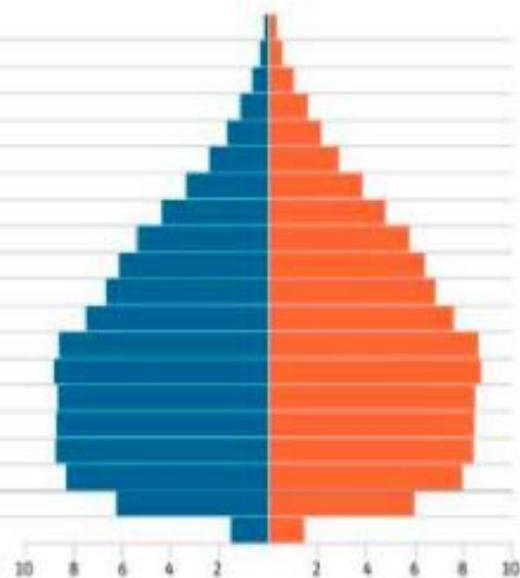
Mais de 90  
85 a 89  
80 a 84  
75 a 79  
70 a 74  
65 a 69  
60 a 64  
55 a 59  
50 a 54  
45 a 49  
40 a 44  
35 a 39  
30 a 34  
25 a 29  
20 a 24  
15 a 19  
10 a 14  
5 a 9  
1 a 4  
0 a 1

Milhões de  
pessoas

2013

2040

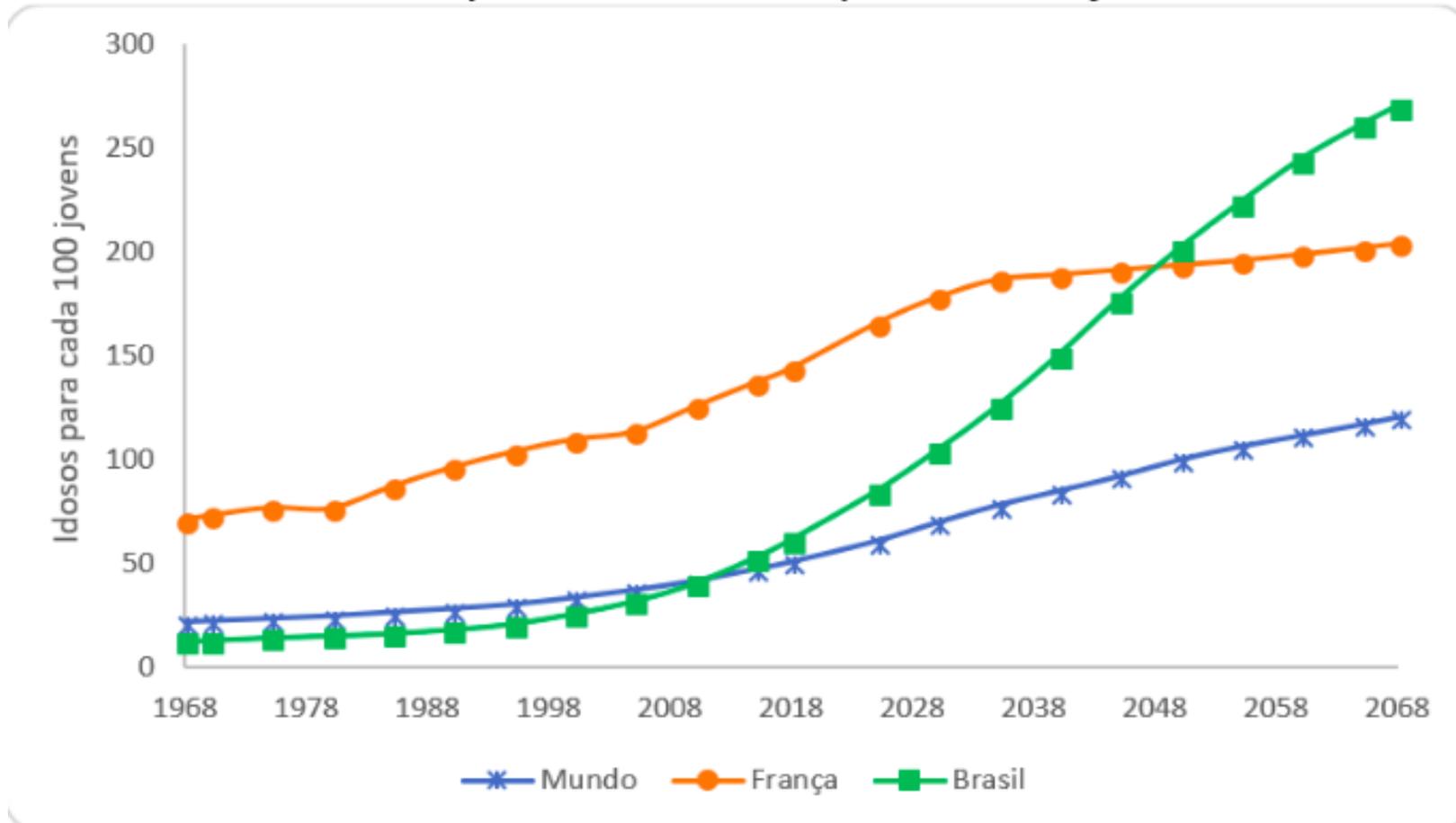
2060



Pessoas com mais de 65 anos serão mais de um quarto dos brasileiros em 2060, segundo projeção do IBGE. O percentual desse grupo representa 7,4% do total de pessoas que vivem no país em 2013

Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2013.

## Índice de Envelhecimento (60 anos e +/0-14 anos), Mundo, França e Brasil: 1968-2068



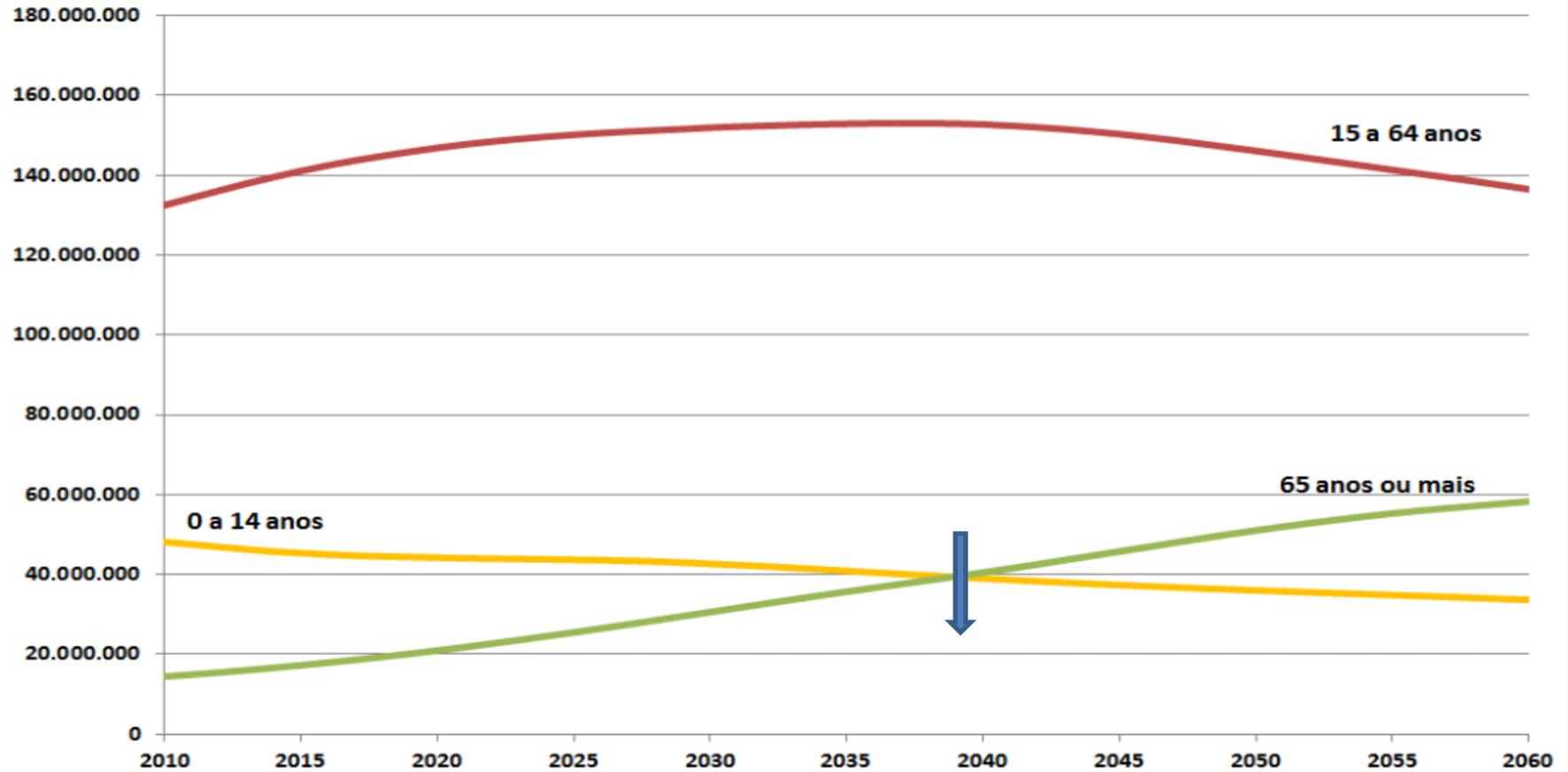
Fonte: UN/DESA, World Population Prospects: The 2017 Revision. <https://esa.un.org/unpd/wpp/>

**POPULAÇÃO BRASILEIRA:**

**13% IDOSOS ( 2018)**

**32% IDOSOS ( 2060)**

### Evolução Populacional por grupos etários - Brasil: 2010-2060



## OS SUPERLONGEVOS

A evolução do número mundial de centenários nos últimos 58 anos e sua projeção para 2050

### Número de centenários no mundo

1950

24 000

HOJE

269 000

2050

3,8 milhões\*

\*Projeção

Fonte: Divisão de População das Nações Unidas



# ENVELHECIMENTO

Declínio fisiológico das funções orgânicas

Aumento das doenças crônicas

Diversas morbidades associadas a DOR



## CAUSAS COMUNS DE DOR NO IDOSO

Doenças osteomusculares

Estenose espinal

Fraturas

Úlceras de pressão

Retenção urinária

Constipação

Deficiência de vitamina D

Polimialgia reumática

Doença arterial coronariana

Dor orofacial

Doença de Paget

Doença vascular periférica

Neuropatia diabética

Neuralgia pós-herpética

Síndrome dolorosa pós-AVE

Câncer

Neuralgia do trigêmeo

Radiculopatias compressivas

*Nem sempre a causa é uma só*



International Association for the Study of Pain

**IASP**<sup>®</sup>

*Working together for pain relief*

## 2019 Global Year Against Pain in the Most Vulnerable



**2019**  
**GLOBAL YEAR**  
**AGAINST PAIN**  
**IN THE MOST**  
**VULNERABLE**



**IASP**

**Welcome to the 2019 Global Year!**

This 2019 Global Year Against Pain in the Most Vulnerable focuses on the following vulnerable populations:

- Pain in older persons (including pain in dementia)
- Pain in infants and young children
- Pain in individuals with cognitive impairments (non dementia-related) or psychiatric disorders
- Pain in survivors of torture

Idosos na comunidade: 25 – 50%

Idosos institucionalizados: 45 – 80%



Fox PL, Raina P, Jadad AR. Can Med Assoc J 1999

Bjoro K, Herr K. Clin Geriatr Med 2008

Barkin RL, Rheum Dis Clin N Am. 2007

# ENVELHECIMENTO X DOR

O Envelhecimento fisiológico gera importantes alterações nas estruturas envolvidas no processamento e modulação da dor.

## MODULAÇÃO - CÉREBRO:

< volume cerebral

Perda neuronal

Acúmulo de placas neuríticas e  
amarranhados neurofibrilares

Gliose

< neurotransmissores

## PERCEPÇÃO – SISTEMA LÍMBICO:

Depressão

Ansiedade

Baixo enfrentamento da  
dor

## TRANSDUÇÃO - SNP:

< fibras mielínicas e amielínicas

< vel condução nervosa

< fluxo sanguíneo endoneural

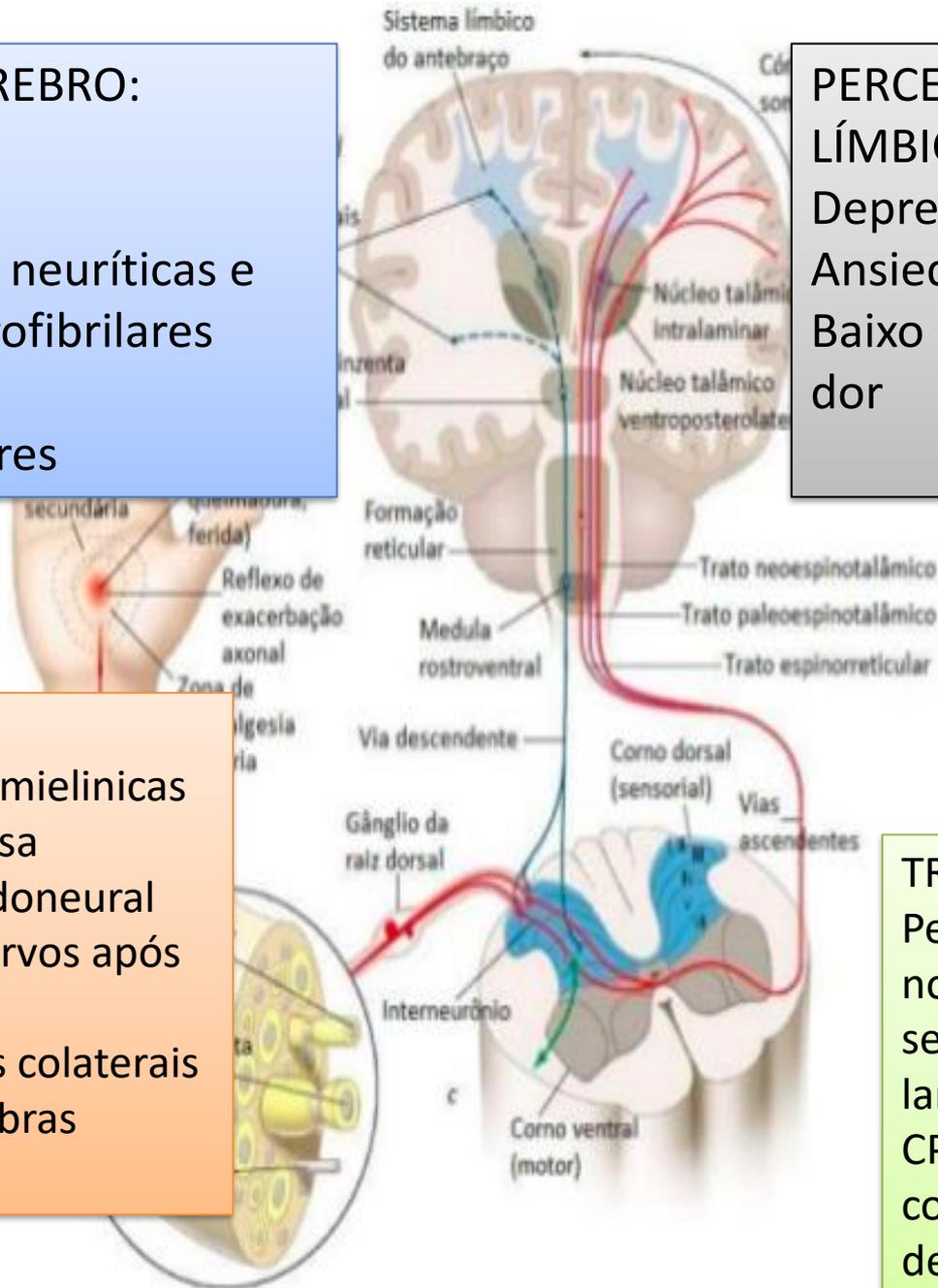
< regeneração dos nervos após  
agravos

< número de sinapses colaterais

> Maior número de fibras  
degeneradas

## TRANSMISSÃO - MEDULA:

Perda dos neuronios  
noradrenérgicos e  
serotonérgicos na  
lamina superficial do  
CPM, implicados no  
controle inibitorio  
descendente



# FISIOPATOLOGIA & IDADE AVANÇADA

- **Hiperalgesia secundária prolongada**

Zheng, S.J et al.: Age-related differences in the time course of capsaicin-induced hyperalgesia.  
Pain. 85:51-58 2000

- **Desregulação da via descendente inibitória**

M. Lariviere, et al.: Changes in pain perception and descending inhibitory controls start at middle age in healthy adults.  
Clinical Journal of Pain. 23:506-510 2007

REVIEW ARTICLE

# **Age-related changes in pain sensitivity in healthy humans: A systematic review with meta-analysis**

H. El Tumi<sup>1,2</sup>, M.I. Johnson<sup>1</sup>, P.B.F. Dantas<sup>1,3</sup>, M.J. Maynard<sup>1</sup>, O.A. Tashani<sup>1,2</sup>

1 Centre for Pain Research, School of Clinical and Applied Sciences, Leeds Beckett University, Leeds, UK

2 University of Benghazi, Benghazi, Libya

3 Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brazil

2017

- 12 estudos
- Objetivo: tentativa de mostrar evidências de que idosos teriam mudanças no limiar dor comparado aos adultos jovens
- Não há evidências que determinem mudanças na sensibilidade dolorosa em idosos saudáveis comparados com indivíduos jovens

# Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE)

*Mara Solange Gomes Dellarozza*<sup>1</sup>  
*Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta*<sup>2</sup>  
*Yeda Aparecida Duarte*<sup>2</sup>  
*Maria Lúcia Lebrão*<sup>3</sup>

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2):325-334, fev, 2013

Características da dor crônica que mais incomoda os idosos. São Paulo, Brasil, 2006\*.

Características da dor que mais incomoda	%
Tempo de dor	
6 meses a 11 meses	9,2
1 a 2 anos	13,4
Mais de dois anos	77,4
Local de dor	
Região lombar (abaixo da cintura)	25,4
Membros inferiores	21,9
Membros superiores	13,0
Região dorsal (acima da cintura)	10,7
Região cefálica	10,5
Região abdominal	6,4
Região cervical	5,5
Região torácica	2,7
Região pélvica	2,4
Região perineal e genital	1,5
Intensidade	
Fraca	8,2
Média/Moderada	45,8
Forte/Intensa	27,5
Muito forte/Muito intensa	18,5
Frequência dos episódios	
Quase todos os dias	49,6
Uma ou duas vezes por semana	22,7
Uma vez a cada 15 dias	10,5
Uma vez por mês	15,7
Não sabe	1,5

N = 1.271 idosos

Dor crônica = 29,7%

Dor lombar e MMII = 47,3%

Intensidade moderada = 45,8%

Frequência diária = 49,6%

\* n = 377 representando 287.329 pessoas idosas.

# **Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional<sup>1</sup>**

Lilian Varanda Pereira<sup>2</sup>

Patrícia Pereira de Vasconcelos<sup>3</sup>

Layz Alves Ferreira Souza<sup>4</sup>

Gilberto de Araújo Pereira<sup>5</sup>

Adélia Yaeko Kyosen Nakatani<sup>6</sup>

Maria Márcia Bachion<sup>7</sup>

Rev. Latino-Am. Enfermagem

jul.-ago. 2014;22(4):662-9

DOI: 10.1590/0104-1169.3591.2465

[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

- 872 idosos
- Prevalência de dor crônica = 52,8%
- Localização mais frequente: membros inferiores = 34,5%
- região lombar = 29,5%
- Intensidade forte ou pior possível = 54,7%



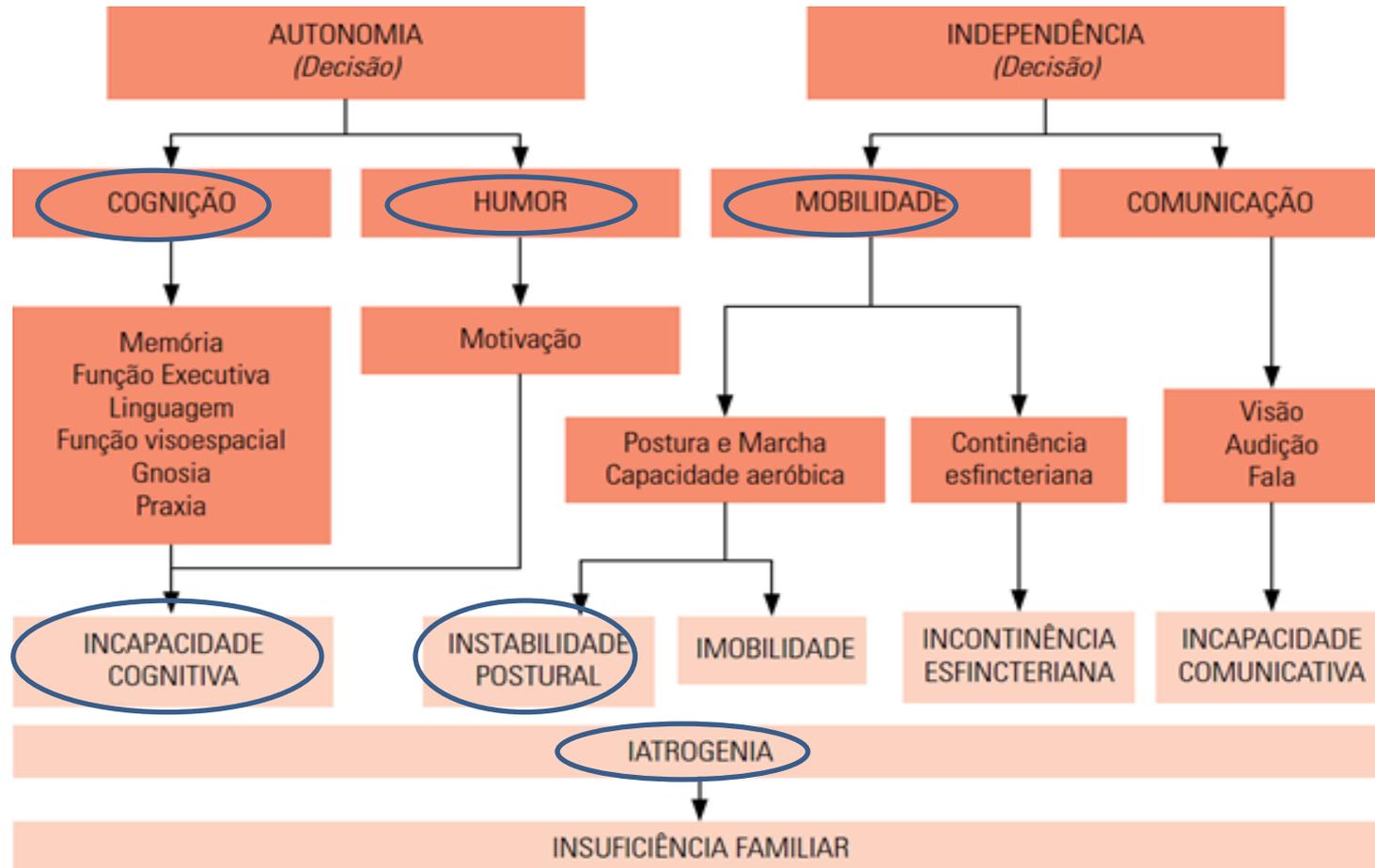
## **Chronic pain in long-lived elderly: prevalence, characteristics, measurements and correlation with serum vitamin D level\***

*Dor crônica em idosos longevos: prevalência, características, mensurações e correlação com nível sérico de vitamina D*

- ◆ Projeto Longevos: 330 idosos > 80 anos independentes
- ◆ Prevalência de dor crônica 20,9%
- ◆ Intensidade moderada a intensa
- ◆ Nociceptiva (80,3%)
- ◆ Localização lombar (32,7%) e MMII (principalmente joelhos)

# **IMPACTO DA DOR CRÔNICA EM IDOSOS**

# DOR E AS SÍNDROMES GERIÁTRICAS



# **IMPACTO SOCIO ECONÔMICO DA DOR**

- **CONDIÇÕES ASSOCIADAS A PRESENÇA DE DOR ESTÃO ENTRE AS CINCO MAIORES CAUSAS DE TEMPO VIVIDO COM INCAPACIDADE.**
- **AUSTRÁLIA: ARTRALGIA / LOMBALGIA TRIPLICA A PROBABILIDADE DE ABSENTEÍSMO. IDOSOS ESTÃO DEIXANDO DE RETORNAR AO TRABALHO POR CONDIÇÕES DOLOROSAS.**
- **PACIENTES PORTADORES DE SÍNDROMES DOLOROSAS CONSOMEM 2X SERVIÇOS SAÚDE**

# DOR CRÔNICA X MOBILIDADE

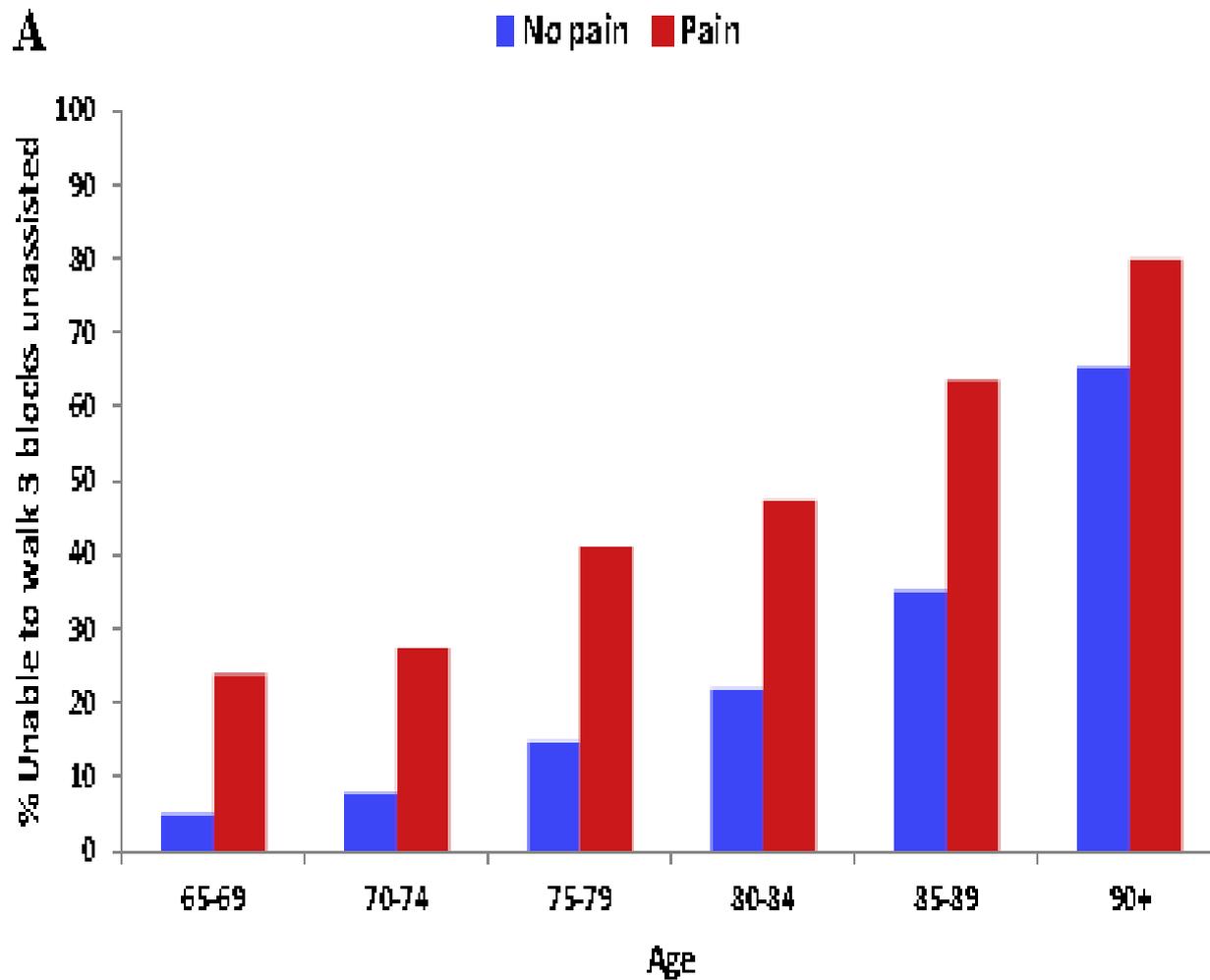
Distribuição do grau de dependência e alteração da mobilidade dos idosos, segundo ocorrência da dor crônica. São Paulo, Brasil, 2006.

Variáveis	Dor há 6 meses ou mais		Valor de p *
	Não (%)	Sim (%)	
Dependência nas atividades básicas da vida diária			< 0,001
Idosos independentes	89,0	66,3	
Idosos dependentes	11,0	33,7	
Dependência nas atividades instrumentais da vida diária			< 0,001
Idosos independentes	57,4	37,6	
Idosos dependentes	42,6	62,4	
Mobilidade alterada			< 0,001
Não	43,5	27,2	
Sim	56,5	72,8	

\* Teste de RaoScott.

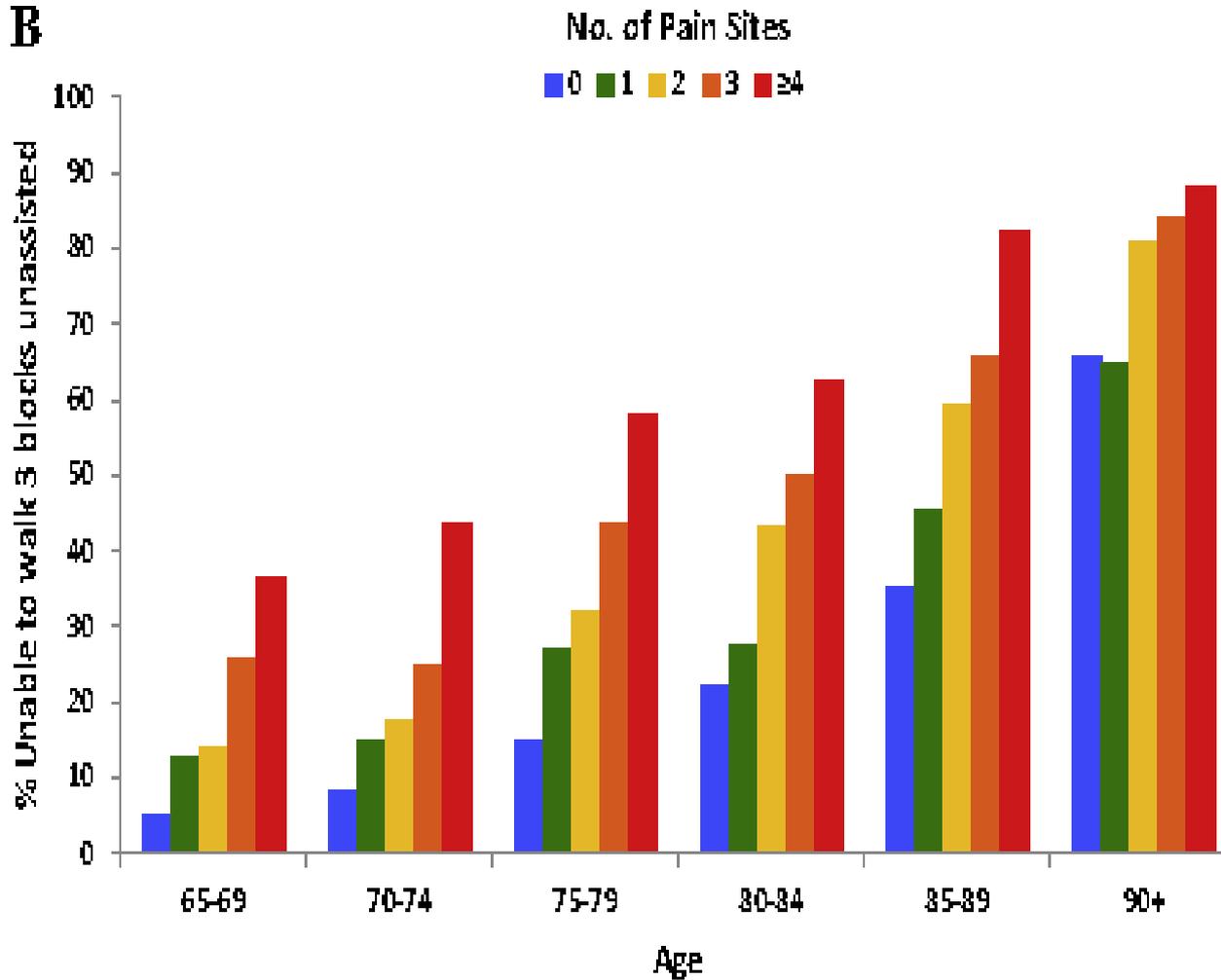
**FATORES RELACIONADOS A DECLÍNIO FUNCIONAL:  
INTENSIDADE DA DOR  
MULTIPLAS LOCALIZAÇÕES  
LUMBAR / MMII**

Dellarosa M, Pimenta CA, Duarte YA. Dor crônica em idosos residentes em SP: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade. 2013



1

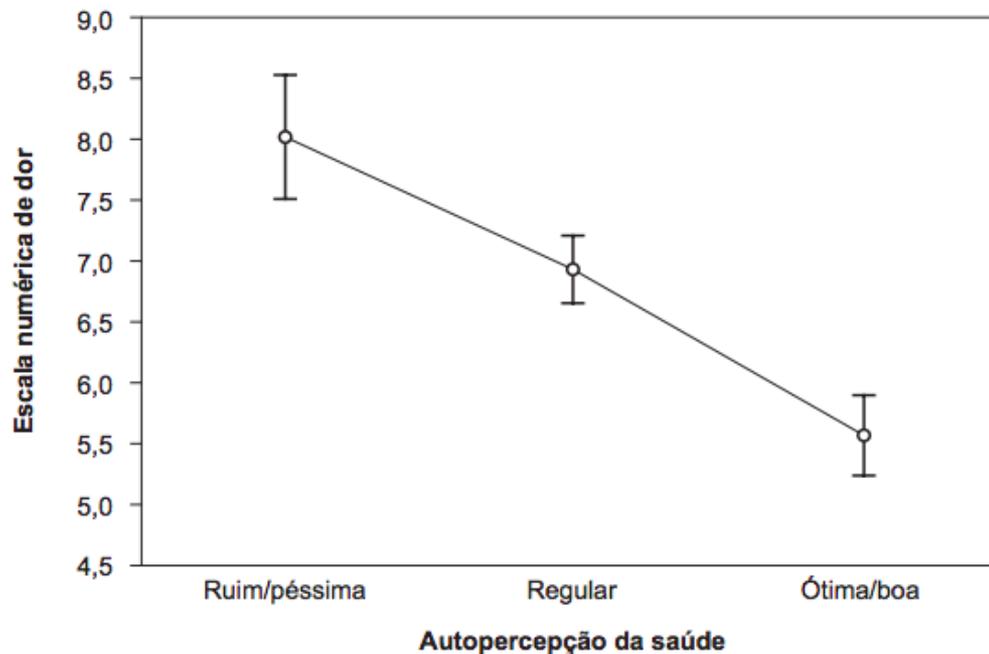
National Health and Aging Trends Study , EUA. 2011

**B**

National Health and Aging Trends Study , EUA. 2011

F(2,468)=37,998, p<,0001

Barras verticais denotam o Intervalo de Confiança de 95%



Intensidade da dor (n=419)\*

Autopercepção de saúde

Leve

Moderada

Forte

Pior dor

n

%

n

%

n

%

n

%

Muito boa/boa

49

34,0

44

39,6

45

31,3

6

4,2

Regular

30

13,6

56

26,1

99

46,1

30

14,0

Ruim/muito ruim

3

5,0

9

15,0

31

51,7

17

28,3

Pereira LV, et al. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. 2014;22(4):662-9

# AVALIAÇÃO DE DOR NO IDOSO



## QUESTIONÁRIOS DE AUTORELATO

Escala visual analógica

Escala numérica verbal

Escala de descritores verbais

Escala de faces

## QUESTIONÁRIOS MULTIDIMENSIONAIS

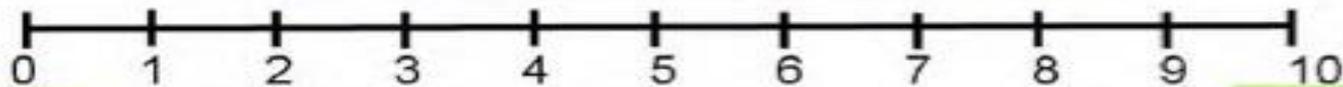
Mcgill

Inventário Breve de Dor

GPM (Geriatric Pain Measure)



### ESCALA NUMÉRICA DE 0 a 10)



Sem Dor

Dor Insuportável

### ESCALA DE DESCRITORES VERVAIS

Sem Dor Dor Leve Dor Moderada Dor Intensa Dor Insuportável

### Escala Visual Analógica

SEM DOR

DOR INSUPORTÁVEL

### Escala de faces Wong Baker



0

2

4

6

8

10



## **Chronic pain in long-lived elderly: prevalence, characteristics, measurements and correlation with serum vitamin D level\***

*Dor crônica em idosos longevos: prevalência, características, mensurações e correlação com nível sérico de vitamina D*

Fania Cristina Santos<sup>1</sup>, Niele Silva de Moraes<sup>1</sup>, Adriana Pastore<sup>1</sup>, Maysa Seabra Cendoroglo<sup>1</sup>

*\*Recebido da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.*

- Projeto Longevos: 330 idosos > 80 anos independentes
- Prevalência de dor crônica 20,9%
- Escalas de avaliação preferidas: EF e ENV

## NO IDOSO COM DEMÊNCIA

- Obter o relato de dor sempre que possível
- Investigar condições clínicas que podem cursar com dor nessa população
- Dar atenção ao relato do cuidador/família
- Observar presença de comportamentos sugestivos de dor



# PERCEPÇÃO DE DOR E DEMÊNCIA

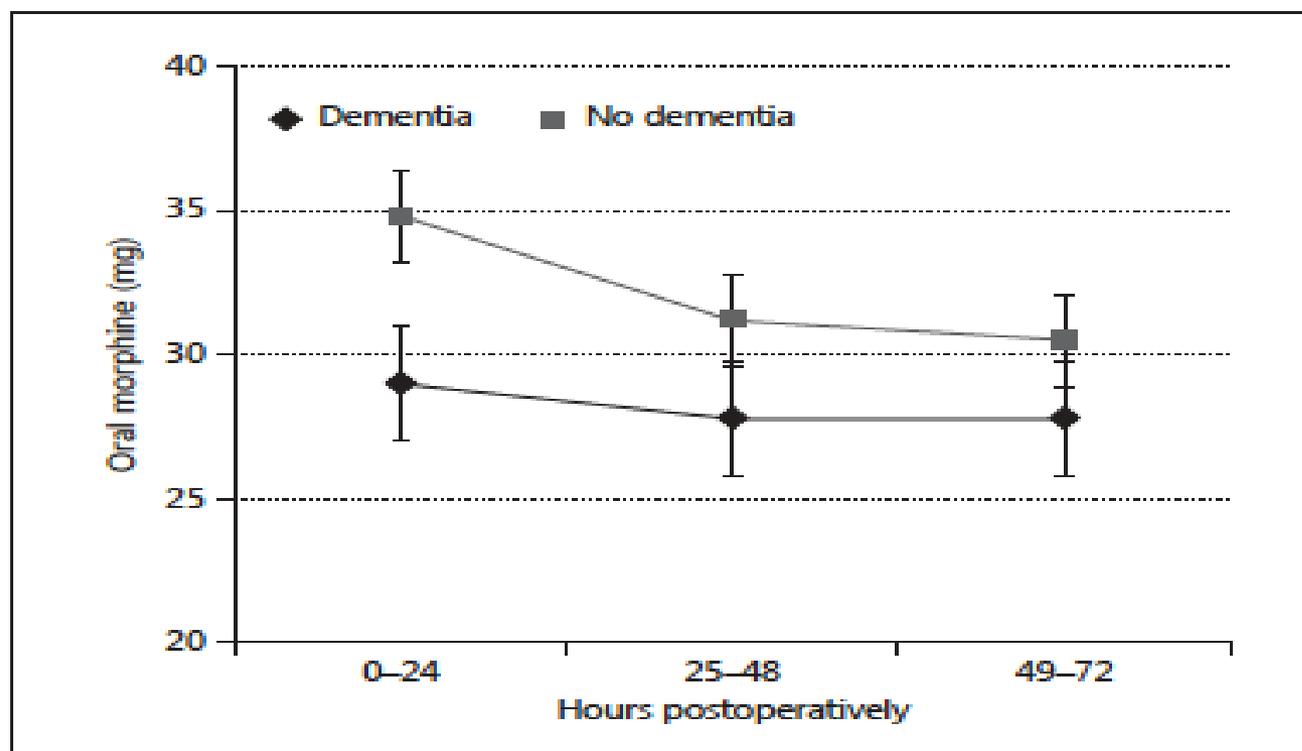
- ❑ A percepção sensitiva da dor é normalmente preservada nos idosos, porém a habilidade para expressar a dor, está alterada, especialmente naqueles com prejuízo cognitivo ou delirium.

Moselle M, et al. Dement Geriatric Cogn Disord 2012;34:38-43.  
Scherder EJ, Sergeant JA, Swaab DFLancet Neurol 2003;2:677-86.  
Karp Jf, Shega JW, Morone NE, et al. British J Anaest 2008;101(1):111-20.

# Postoperative Treatment of Pain after Hip Fracture in Elderly Patients with Dementia

Christina Jensen-Dahm<sup>a</sup> Henrik Palm<sup>c</sup> Christiane Gasse<sup>d</sup>  
Jørgen B. Dahl<sup>b</sup> Gunhild Waldemar<sup>a</sup>

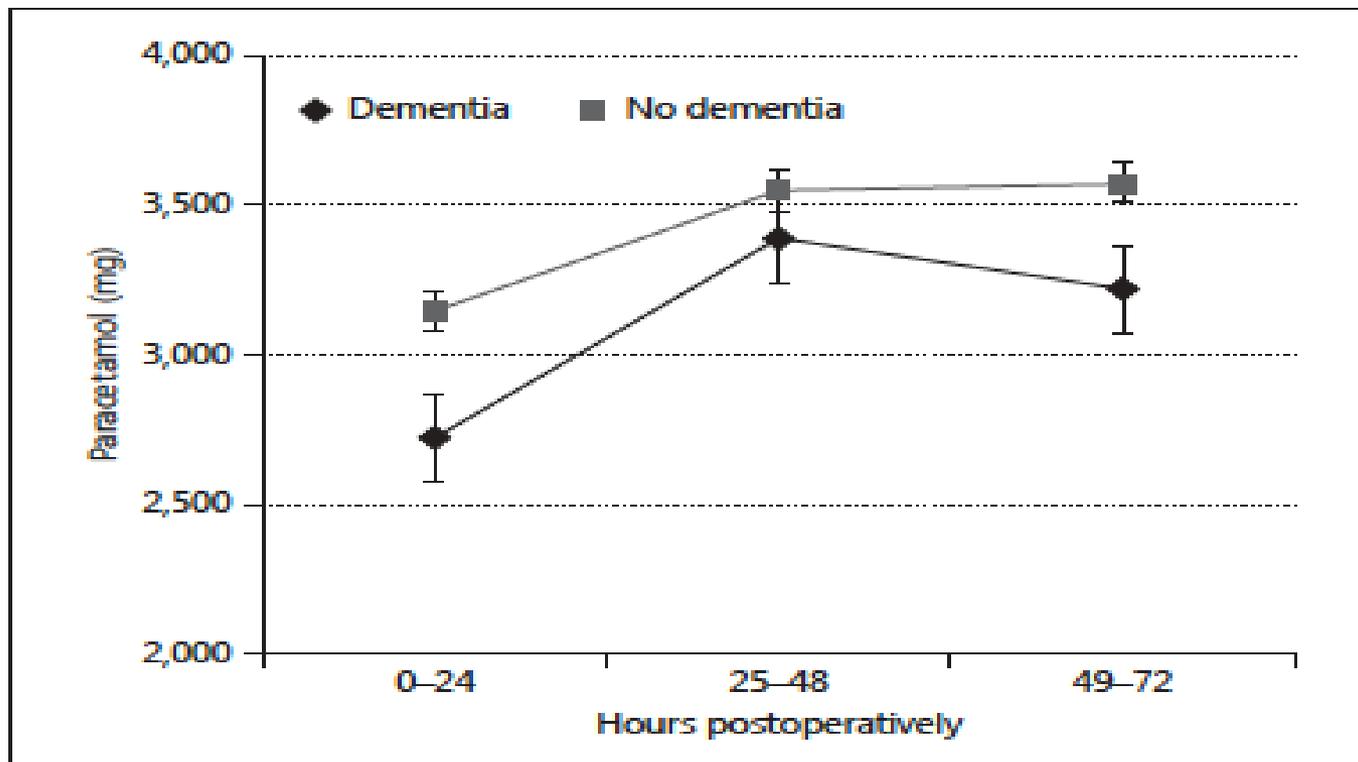
Dement Geriatric Cogn Disord 2016;41:181-191



# Postoperative Treatment of Pain after Hip Fracture in Elderly Patients with Dementia

Christina Jensen-Dahm<sup>a</sup> Henrik Palm<sup>c</sup> Christiane Gasse<sup>d</sup>  
Jørgen B. Dahl<sup>b</sup> Gunhild Waldemar<sup>a</sup>

Dement Geriatric Cogn Disord 2016;41:181-191



## MANIFESTAÇÕES DE DOR EM IDOSOS COM DEFICIT COGNITIVO

EXPRESSÃO FACIAL	Tristeza, facies de raiva Assustado, caretas, piscadas rápidas
VERBALIZAÇÃO/VOCALIZAÇÃO	Gemidos, gritos, suspiros Respiração nasal, pedidos de socorro
MOVIMENTOS CORPORAIS	Rigidez, tensão muscular a movimentação, perambulação, inquietação, alteração na marcha
MUDANÇA NA INTERAÇÃO INTERPESSOAL	Agressividade, apatia, isolamento social
MUDANÇA NAS ATIVIDADES ROTINEIRAS	Recusa alimentar, mudança no apetite, sonolência, perambulação
MUDANÇA NO ESTADO MENTAL	Confusão mental, choros, irritabilidade, agitação

- ❑ Abbey (Abbey Pain Scale)
- ❑ ADD (Assessment of Discomfort in Dementia)
- ❑ DS-DAT (Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Type)
- ❑ CPAT (Certified Nursing Assistant Pain Assessment Tool)
- ❑ NOPPAIN (Noncommunicative Patient's Pain Assessment Instrument)
- ❑ CNPI (Checklist of Nonverbal Pain Indicators)
- ❑ PADE (Pain Assessment for the Dementing Elderly)
- ❑ MOBID e MOBID 2 (Mobilization-Observation-Behavior-Intensity-Dementia Pain Scale)
- ❑ PAINE (Pain Assessment in Non communicative Elderly Persons)
- ❑ DOLOPLUS 2
- ❑ PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)
- ❑ PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate)
- ❑ MPS (Mahoney Pain Scale)
- ❑ ADD (Assessment of Discomfort in Dementia)
- ❑ ALGOPLUS

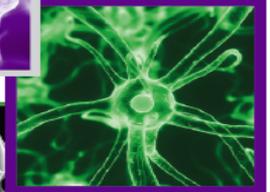
## SYSTEMATIC REVIEW

*For reprint orders, please contact: reprints@futuremedicine.com*

# Pain assessment tools for older adults with dementia in long-term care facilities: a systematic review

Selina Chow<sup>1</sup>, Ronald Chow<sup>1</sup>, Michael Lam<sup>1</sup>, Leigha Rowbottom<sup>1</sup>, Drew Hollenberg<sup>1</sup>, Erika Friesen<sup>1</sup>, Olivia Nadalini<sup>1</sup>, Henry Lam<sup>1</sup>, Carlo DeAngelis<sup>1</sup> & Nathan Herrmann<sup>\*1</sup>

## Neurodegenerative Disease Management



23 artigos selecionados

Média de idade: 80 anos

Oito estudos → múltiplas escalas

Treze avaliaram confiabilidade e validade das escalas

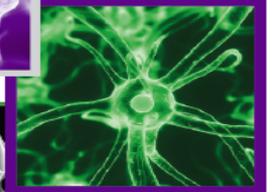
## SYSTEMATIC REVIEW

*For reprint orders, please contact: reprints@futuremedicine.com*

# Pain assessment tools for older adults with dementia in long-term care facilities: a systematic review

Selina Chow<sup>1</sup>, Ronald Chow<sup>1</sup>, Michael Lam<sup>1</sup>, Leigha Rowbottom<sup>1</sup>, Drew Hollenberg<sup>1</sup>, Erika Friesen<sup>1</sup>, Olivia Nadalini<sup>1</sup>, Henry Lam<sup>1</sup>, Carlo DeAngelis<sup>1</sup> & Nathan Herrmann<sup>\*1</sup>

## Neurodegenerative Disease Management



Escalas de autorelato são padrão-ouro para avaliar dor em idosos com cognição preservada.

Mais de 90% dos idosos com demência moderada são capazes de usar a Escala de Descritores Verbais (VDS)

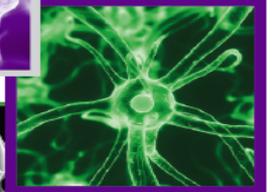
## SYSTEMATIC REVIEW

*For reprint orders, please contact: reprints@futuremedicine.com*

# Pain assessment tools for older adults with dementia in long-term care facilities: a systematic review

Selina Chow<sup>1</sup>, Ronald Chow<sup>1</sup>, Michael Lam<sup>1</sup>, Leigha Rowbottom<sup>1</sup>, Drew Hollenberg<sup>1</sup>, Erika Friesen<sup>1</sup>, Olivia Nadalini<sup>1</sup>, Henry Lam<sup>1</sup>, Carlo DeAngelis<sup>1</sup> & Nathan Herrmann<sup>\*1</sup>

## Neurodegenerative Disease Management



PAINAD, DOLOPLUS II e PACSLAC são as mais usadas na prática clínica

PACSLAC é a única que contempla todos os 6 domínios de comportamento não-verbais recomendados pela AGS e demonstra ser a que tem maior habilidade de diferenciar um estado comportamental associado à dor, de outro não associado à dor.

**ORIGINAL ARTICLE**

## **Pain assessment in elderly with dementia: Brazilian validation of the PACSLAC scale**

Avaliação de dor em idosos dementados: validação da versão brasileira da escala PACSLAC

**Karol Bezerra Thé<sup>1</sup>, Fernanda Martins Gazoni<sup>1</sup>, Guilherme Liausu Cherpak<sup>1</sup>, Isabel Clasen Lorenzet<sup>2</sup>,  
Luciana Alves dos Santos<sup>3</sup>, Edlene Maria Nardes<sup>4</sup>, Fânia Cristina dos Santos<sup>1</sup>**

Thé, K.B. et al. Pain assessment in elderly with dementia: Brazilian validation of the PACSLAC scale  
Einstein. 2016;14(2):152-7

# Checklist de Avaliação de Dor em Idosos com Habilidade Limitada para comunicação-Português (PACSLAC-P)

Nome do paciente/residente:

**OBJETIVO:** Este checklist é usado para avaliar dor em pacientes/residentes que sofrem de demência e não conseguem comunicar-se verbalmente.

**INSTRUÇÕES:** Indicar com um sinal de conferido, quais dos itens do PACSLAC-P ocorreu durante o período de interesse. A pontuação das subescalas é obtida contando os sinais de conferido de cada coluna. Para gerar a Pontuação Total de Dor, somar todos os totais das quatro subescalas.

Comentários:

## Pontuação das sub-escalas:

- 1- Expressão facial
- 2- Atividade/movimento corporal
- 3- Social/personalidade/humor
- 4- Outros (mudanças psicológicas, mudanças em comer e dormir e comportamento vocal)

Pontuação total do checklist (somar os totais das 4 sub-escalas)

**Quadro 2 - Checklist de avaliação de dor para idosos com habilidade limitada para se comunicar (PACSLAC-P)**

**Expressões faciais**

Caretas  
Olhar triste  
Cara amarrada  
Olhar de reprovação  
Mudança nos olhos (olhos meio fechados; olhar sem vida; brilhantes; movimentos dos olhos aumentados).  
Carrancudo  
Expressão de dor  
Cara de bravo  
Dentes cerrados  
Estremecimento  
Boca aberta  
Enrugando a testa  
Torcendo o nariz

**Atividade / Movimento corporal**

Irrequieto  
Afastando-se  
Hesitante  
Impaciente  
Andando de lá pra cá  
Perambulando  
Tentando ir embora  
Recusando-se a se mover  
Movendo-se violentamente

**Atividade / Movimento corporal**

Atividade diminuída  
Recusando medicações  
Movendo-se lentamente  
Comportamento impulsivo (p.ex.: movimentos repetitivos)  
Não cooperativo / resistente a cuidados  
Protegendo área dolorida  
Tocando / segurando área dolorosa  
Mancando  
Punhos cerrados  
Ficar na posição fetal  
Duro / rígido

**Social / Personalidade / Humor**

Agressão física (p.ex.: empurrando pessoas e/ou objetos, arranhando outros, batendo, atacando, chutando)  
Agressão verbal  
Não querendo ser tocado  
Não permitindo pessoas perto  
Zangado / furioso  
Atirando coisas  
Aumento da confusão mental  
Ansioso  
Preocupado / tenso  
Agitado  
Mal-humorado / irritado  
Frustrado

**Outros \***

Pálido  
Ruborizado  
Olhos lacrimejantes  
Suando  
Sacudindo / tremendo  
Frio e pegajoso  
Mudanças no sono (favor circular)  
Sono diminuído  
Sono aumentado durante o dia  
Mudanças no apetite (favor circular)  
Apetite diminuído  
Apetite aumentado  
Gritando / berrando  
Chamando (p.ex.: por ajuda)  
Chorando  
Um som ou vocalização específico  
Para dor "ai!ai"  
Gemendo e suspirando  
Murmurando  
Resmungando

## TERAPÊUTICA DA DOR NA DEMÊNCIA

### Estratégia de avaliação

O uso apropriado de analgésicos reduziu significativamente sintomas de agitação, agressividade e o uso de antipsicóticos em casas de repouso.

# MANEJO DA DOR NO IDOSO



## **IMPORTANTE:**

Estabelecer metas antes do início da terapia analgésica

Educar paciente/família

Reduzir a incapacidade relacionada a dor é mais importante do que eliminar completamente a dor

In 2009, the AGS updated its guidance to clinicians around management of persistent pain with a specific focus on pharmacologic treatment. At that time, the Expert Panel determined that the sections of the 2002 Guideline dealing with Assessment and Non-Pharmacologic treatment did not need to be updated and are still relevant to today's practicing clinicians.

# Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons

*American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons*

- Iniciar com dose baixa e titular gradativamente
- Preferencia pela via oral
- Doses de demanda podem ser usadas na dor episódica
- Atenção aos idosos com comprometimento cognitivo
- Doses fixas podem ser antecipadas em alguns casos
- Combinação com estratégias não-farmacológicas são efetivas

## Treatment for neuropathic pain (NP)

### Fragile patients:

- ≥3 comorbidities
- ≥5 concomitant treatments
- Communication difficulties
- Age ≥90 years



- Cognitive impairment



Optimization  
of risk/benefit

- Renal function assessment
- Take into consideration health status
- Anticipation adverse events
- Favor drugs with fewer drug-drug-interactions

- Start 'low' and go 'slow'
- Start with the minimal dose
- Be careful but not too cautious

Prefer monotherapy and topical treatment

### Information to patient/family

- Treatment may take time to have an effect
- Treatment objectives
  - 30 to 50% relief,
  - remobilization,
  - acceptance.
- Identify patients' expectations

Consider prescribing non-pharmacological treatments

- Verify treatment adherence
- Surveillance for adverse effects
- Continue treatment for several weeks since onset of action sometimes long
  - if inefficient but well-tolerated increase dose up to highest, authorized or tolerated dose
- Evaluate and reevaluate the efficacy (pain scale) as well as the impact on the quality of life

# ATENÇÃO A CLASSES ESPECÍFICAS



# ATENÇÃO A CLASSES ESPECÍFICAS

## AINHs

- Medicamentos mais prescritos após os 65 anos
- Evitar os de meia-vida longa
- Reações adversas no TGI, SCV e Renal são comuns
- HDA é 7x mais prevalente no idoso e 10% são casos fatais
- Tem sido causa de até  $\frac{1}{4}$  das admissões hospitalares devido a reação adversa em idosos.

# ATENÇÃO A CLASSES ESPECÍFICAS

## PARACETAMOL

- Recomendado como 1a escolha analgésica em diversos consensos.
- Não deve exceder a dose máxima diária de 4g/dia pelo risco de toxicidade hepática
- Indivíduos com < 50Kg é recomendado - dose máxima de 2g/24h.

# ATENÇÃO A CLASSES ESPECÍFICAS

## ADT:

- São metabolizados mais lentamente
- Maior concentração sérica, taxa de depuração prolongada e maior meia-vida
- Estreita margem de segurança
- Complicações cardiovasculares mais frequentes em altas doses
- Hipotensão postural é o efeito adverso cardiovascular mais comum
- Piorar instabilidade postural, risco de quedas.

## AD DUAL:

- duloxetine e venlafaxina são seguros

# ATENÇÃO A CLASSES ESPECÍFICAS

## ANTICONVULSIVANTES

- idosos com dor de componente neuropática.
- Gabapentina e pregabalina melhor perfil de tolerância
- Têm depuração dependente da função renal – necessidade de ajuste de doses na IR.
- Início com baixa dose e titulação gradativa

# ATENÇÃO A CLASSES ESPECÍFICAS

## TERAPIA TÓPICA

- Lidocaina
- Capsaicina
- AINHs
- ADT
- buprenorfina
- Fentanil

Derry S, Moore RA, Rabbie R. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults.  
Cochrane Database Syst Rev 2012;(9):CD007400



# Management of Persistent Pain in the Older Patient

## A Clinical Review

Una E. Makris, MD; Robert C. Abrams, MD; Barry Gurland, FRCPhysicians, FRCPsychiatry;  
M. Carrington Reid, MD, PhD

*JAMA*. 2014;312(8):825-836. doi:10.1001/jama.2014.9405

- 92 estudos entre janeiro de 1990 a maio de 2014

### OBJETIVO:

- Resumir as abordagens terapêuticas

**Table 2. Efficacy and Safety Data and Guideline Recommendations Regarding Common Nonpharmacologic Treatments for Persistent Pain in Older Adults**

Treatment	Efficacy	Level of Evidence <sup>a</sup>	Safety Issues	Guideline Recommendations
<b>General nonpharmacologic approaches</b>				
Cognitive-behavioral therapy	Reduces pain (effect size, 0.47; $P < .01$ ) and improves physical functioning (effect size, 0.15, $P < .05$ ) <sup>74</sup>	IIb	Did not report on any safety issues <sup>74</sup>	Recommended for use by older patients, provided therapy is delivered by a professional <sup>13,25,26</sup>
Acupuncture	Reduces pain (standardized mean difference, -0.35 [95% CI, -0.14 to -0.55]) and functional disability (-0.35 [95% CI, -0.15 to -0.56]) relative to sham controls <sup>75</sup>	Ia	No serious adverse events reported; minor adverse events include bruising and bleeding at needle insertion sites <sup>75</sup>	Consider use in older patients as an adjunctive therapy <sup>13,25,26</sup>
Mindfulness meditation	Reduces pain and disability and improved psychological function among patients with chronic back pain but not relative to attention control group <sup>76</sup>	IIb	No adverse events reported <sup>76</sup>	Limited/weak evidence supporting use <sup>13,25,26</sup>
Massage	Reduces pain (effect size, 0.96) and stiffness (effect size, 0.31) and improves functioning (effect size, 0.74) relative to attention control group in patients with osteoarthritis <sup>77</sup>	IIb	No serious adverse events reported <sup>77</sup>	Consider use in older patients as an adjunctive therapy <sup>13,25,26</sup>
Self-management education programs	Reduces pain (effect size, -0.06 [95% CI, -0.02 to -0.10]) and improves functioning (-0.06 [95% CI, -0.02 to -0.10]) relative to controls in older patients with osteoarthritis <sup>78</sup>	Ia	No serious adverse events reported <sup>78</sup>	Recommended that older adults participate in programs by US <sup>25,26</sup> (but not British <sup>13</sup> ) guideline
<b>Movement-based approaches</b>				
Exercise	Reduces pain relative to usual care or attention control, effect size range, 0.25 to 2.75 in older patients with osteoarthritis of the knee <sup>79</sup> ; improves physical functioning and self efficacy in older patients with osteoarthritis <sup>80</sup>	IIb	Did not report on safety issues <sup>79,80</sup>	Strong recommendation that physical activity program be considered; exercise program should involve strengthening, flexibility, endurance, and balance strategies <sup>13,25,26</sup>
Tai chi	Reduces pain (standardized mean difference, -0.86 [95% CI, -1.19 to -0.39]), physical disability (standardized mean difference, -0.86 [95% CI, -1.20 to -0.53]), and joint stiffness (standardized mean difference, -0.53 [95% CI, -0.99 to -0.08]) among patients with osteoarthritis <sup>81</sup>	IIb	No serious adverse events reported; minor adverse events include muscle soreness and increased joint pain <sup>81</sup>	Consider for use in older patients, if delivered appropriately <sup>13</sup>
Yoga	Reduces pain and improved physical function in pretest vs posttest comparisons <sup>82</sup> among older patients with osteoarthritis of diverse joints	III	None reported <sup>82</sup>	Consider for use in older patients, if delivered appropriately <sup>13</sup>

In 2009, the AGS updated its guidance to clinicians around management of persistent pain with a specific focus on pharmacologic treatment. At that time, the Expert Panel determined that the sections of the 2002 Guideline dealing with Assessment and Non-Pharmacologic treatment did not need to be updated and are still relevant to today's practicing clinicians.

# Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons

*American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons*

Quem é candidato a terapia farmacológica?

- ◆ Dor com prejuízo na funcionalidade
- ◆ Atenção à:  
**POLIFARMÁCIA**  
**IATROGENIA**



# POLIFARMÁCIA

## EPIDEMIA entre os idosos

30% dos indivíduos acima de 65 anos nos países desenvolvidos usam > 5 medicamentos

Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015;175(5):827-34.



# POLIFARMÁCIA

Ingesta de cinco ou mais medicamentos ao dia

Hiperpolifarmácia: consumo > 10 medicamentos ao dia



**Tabela 3** - Os 20 medicamentos mais utilizados pelos idosos usuários de polifarmácia (5 ou mais medicamentos), segundo a Classificação ATC \*, Município de São Paulo, Estudo SABE, 2006.

**Table 3** – The 20 drugs most used by elderly individuals practicing polypharmacy (5 or more medications) according to ATC\* Classification, city of São Paulo, SABE Study, 2006

Medicamentos	Classificação ATC (5º Nível)	%
Ácido acetilsalicílico	B01AC06	5,51
Hidroclorotiazida	C03AA03	4,00
Enalapril	C09AA02	3,55
Captopril	C09AA01	3,23
Sinvastatina	C10AA01	3,08
Metformina	A10BA02	2,58
Glibenclamida	A10BB01	2,05
Atenolol	C07AB03	1,80
Levotiroxina	H03AA01	1,69
Omeprazol	A02BC01	1,56
Anlodipino	C08CA01	1,26
Ranitidina	A02BA02	1,17
Alendronato	M05BA04	1,14
Clortalidona	C03BA04	1,10
Dipirona	N02BB02	1,08
Furosemida	C03CA01	1,07
Carbonato de calcio e vitamina D	A11AA02	1,03
Atorvastatina	C10AA05	1,01
Paracetamol	N02BE01	0,97
Diclofenaco	M01AB05	0,93

\* Classificação Anatómica Terapêutica Clínica

**IDADE AVANÇADA**



**POLIFARMÁCIA**

**Reação adversa a  
droga**



**Interação  
medicamentosa**

**Número de medicamentos  
Complexidade do regime  
terapêutico  
Alterações farmacocinéticas e  
farmcodinâmicas**

# ALTERAÇÕES FARMACOCINÉTICAS NO ENVELHECIMENTO

## ABSORÇÃO

- ↓ Secreção ácida
- ↓ fluxo sanguíneo gástrico
- ↓ motilidade gastrointestinal
- ↑ pH gastrointestinal

## DISTRIBUIÇÃO

- ↓ volume plasmático (8%)
- ↓ débito cardíaco
- ↓ água corporal (25%)
- ↓ albumina plasmática (20%)
- ↑ massa de gordura (30 a 40%)

## METABOLIZAÇÃO

- ↓ massa hepática
- ↓ fluxo sanguíneo hepático
- ↓ atividade enzimática (citocromo P450)
- ↓ fase I metabolismo (hidroxilação, n-metilação, oxidação e hidrólise)

## EXCREÇÃO

- ↓ massa renal
- ↓ número de néfrons funcionais
- ↓ fluxo sanguíneo renal
- ↓ filtração glomerular (30-50%)
- ↑ incidência de esclerose glomerular espontânea

# MANEJO DA DOR NO IDOSO

## DESAFIO

Polifarmácia Racional X Polifarmácia Inapropriada



# ESQUEMAS TERAPÊUTICOS COMUNS COM RISCOS POTENCIAIS DE INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA

<b>INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA POTENCIAL</b>	<b>EFEITO/RISCO POTENCIAL</b>
Opioide + hipnóticos sedativos	Aumenta analgesia e hipotensão
Opioide + antipsicóticos	Aumenta analgesia e efeito sedativo
Opioide + anticonvulsivantes	Aumenta analgesia e efeito sedativo
Opioide + ADT	Aumenta biodisponibilidade e toxicidade da morfina
Opioide + antieméticos	Redução do efeito analgésico do tramadol
Opioide + antiulcerosos	Aumenta a biodisponibilidade e toxicidade da morfina
Corticosteróides + AINHs	Aumenta o risco de sangramento TGI
Corticoesteroides + diuréticos	Hipocalcemia e arritmia cardíaca
Analgésicos não-opioides + furosemida	Redução do efeito antihipertensivo

# QUEM SÃO OS DE MAIOR RISCO?

<b>FATORES DO PACIENTE</b>	<b>FATORES DO SISTEMA DE CUIDADO</b>
Idade >85anos	Prescrições múltiplas
Idosos frágeis	Farmácias múltiplas
desnutrição	Listas de medicamentos não revisadas regularmente
Seis ou mais doenças crônicas	Pobre comunicação entre os prescritores
Deficit cognitivo	Regimes de prescrições complexos
Nove ou mais medicações prescritas ou doses contadas	
Doze ou mais medicações/dia	
Cl creatinina <50ml/min	
EAD prévio	

# SEMPRE QUE POSSÍVEL...

- ◆ Tentar a desprescrição
- ◆ atenção as metas de cuidado e expectativa de vida -> em constante dinâmica principalmente aos frágeis e em demência avançada
- ◆ Preferência por medidas não-farmacológicas

## MANEJO DA DOR CRÔNICA

# Polypharmacy Guidance Realistic Prescribing

3<sup>rd</sup> Edition, 2018



### RECOMENDAÇÕES:

- Seguir uma abordagem apropriada para início da analgesia, avaliar expectativas, riscos e benefícios do tratamento
- Incorporar critérios de descontinuação das medicações acordado como paciente
- Revisar a efetividade, tolerabilidade e conformidade da terapêutica escolhida
- Número de medicamentos devem ser reduzidos sempre que possível.



Scottish Government  
Riaghaltas na h-Alba  
gov.scot





Contents lists available at [ScienceDirect](#)

European Journal of Internal Medicine

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ejim](http://www.elsevier.com/locate/ejim)



## Original Article

# Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly



Ran Abuhasira<sup>a,1</sup>, Lihi Bar-Lev Schleider<sup>a,b,1</sup>, Raphael Mechoulam<sup>c</sup>, Victor Novack<sup>a,\*</sup>

Estudo prospectivo

901 indivíduos > 65 anos que receberam cannabis medicinal por 6 meses

Principal indicação: dor (66,6%) e câncer (60,8%)

93,7% reduziram media EVA 8 → 4/10

18,1% pararam ou reduziram dose de opioide

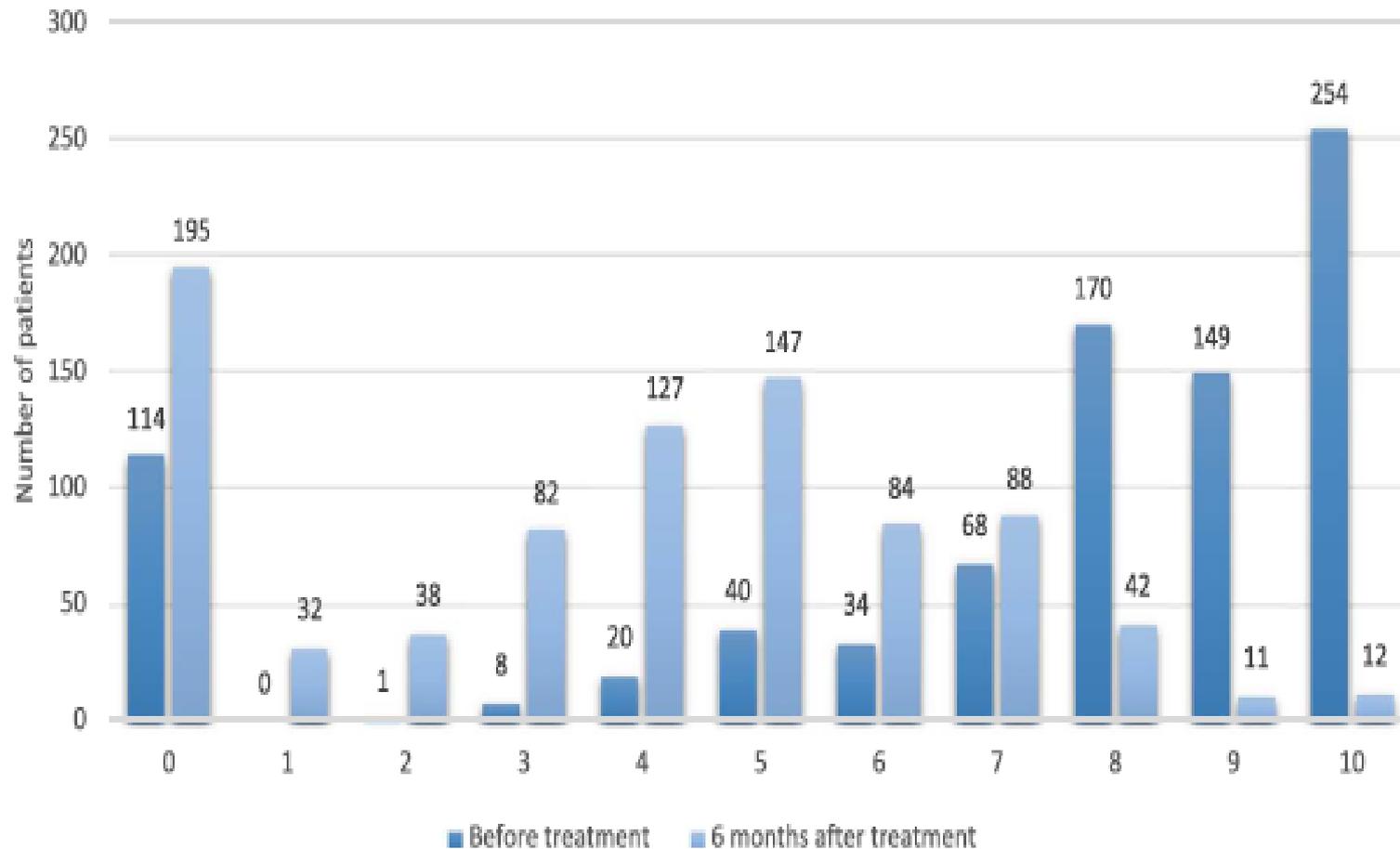


Original Article

Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly

Novack<sup>a,\*</sup>

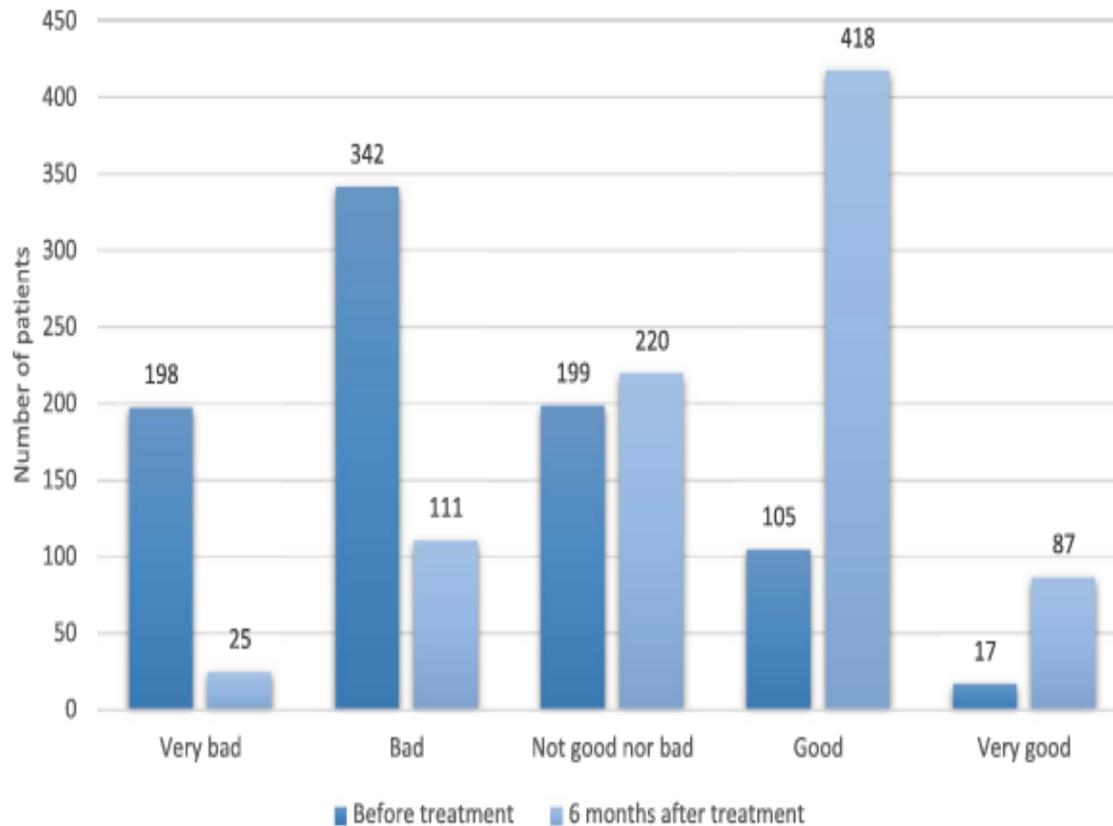
## Pain intensity scale, $p < 0.001$ (n=858)





Original Article

Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly

Ran Abuhasira<sup>a,1</sup>, Lihi Bar-Lev Schleider<sup>a,b,1</sup>, Raphael Mechoulam<sup>c</sup>, Victor Novack<sup>a,\*</sup>Quality of life,  $p < 0.001$  (n=861)

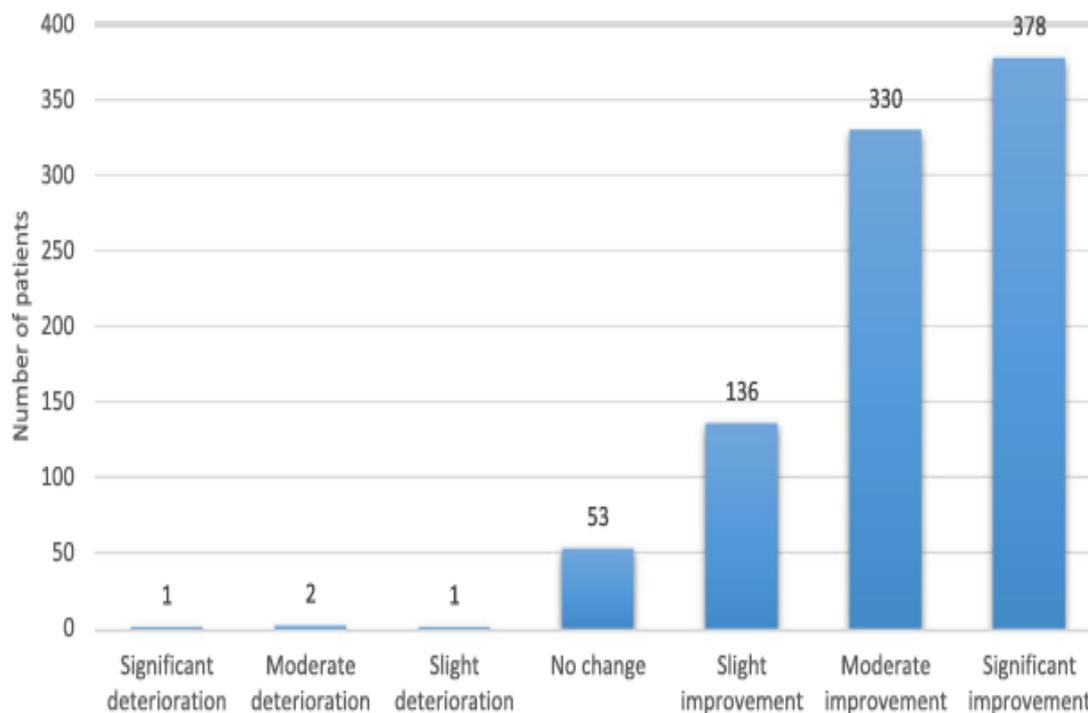


## Original Article

## Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly

Ran Abuhasira<sup>a,1</sup>, Lihi Bar-Lev Schleider<sup>a,b,1</sup>, Raphael Mechoulam<sup>c</sup>, Victor Novack<sup>a,\*</sup>

### Perception of the general effect of cannabis on the patient's condition after 6 months (N=901)





ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Internal Medicine

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ejim](http://www.elsevier.com/locate/ejim)

Original Article

Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly

Ran Abuhasira<sup>a,1</sup>, Lihi Bar-Lev Schleider<sup>a,b,1</sup>, Raphael Mechoulam<sup>c</sup>, Victor Novack<sup>a,\*</sup>

### Adverse events after six months of treatment with cannabis.

Adverse event	Number of patients (N = 901)
Dizziness	87 (9.7%)
Dry mouth	64 (7.1%)
Somnolence	35 (3.9%)
Weakness	21 (2.3%)
Nausea	20 (2.2%)
Confusion and disorientation	17 (1.9%)
Drop in sugar levels	16 (1.8%)
Cough	13 (1.4%)
Headache	10 (1.1%)
Vomiting	10 (1.1%)
Sore throat	9 (1.0%)
Restlessness	8 (0.9%)
Hallucinations	7 (0.8%)



Original Article

## Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly

Ran Abuhasira<sup>a,1</sup>, Lihi Bar-Lev Schleider<sup>a,b,1</sup>, Raphael Mechoulam<sup>c</sup>, Victor Novack<sup>a,\*</sup>

## Changes in drug regimens after six months of treatment with cannabis (n = 791).

Drug class	Number of patients who stopped using a certain drug	Number of patients who reduced the dose of a certain drug	Number of patients who increased the dose of a certain drug	Number of patients who added a new drug
Opioid analgesics <sup>a</sup>	114 (14.4%)	29 (3.7%)	6 (0.8%)	26 (3.3%)
Other analgesic drugs <sup>b</sup>	58 (7.3%)	17 (2.1%)	0 (0%)	6 (0.8%)
Benzodiazepines	59 (7.5%)	14 (1.8%)	1 (0.1%)	5 (0.6%)
Neuropathic pain drugs <sup>c</sup>	32 (4%)	14 (1.8%)	0 (0%)	6 (0.8%)
SSRI or SNRI	17 (2.1%)	2 (0.3%)	2 (0.3%)	7 (0.9%)
Antihypertensive drugs	90 (11.4%)	13 (1.6%)	4 (0.5%)	9 (1.1%)
Antidiabetic drug	23 (2.9%)	6 (0.8%)	0 (0%)	4 (0.5%)
Anti-psychotics	15 (1.9%)	1 (0.1%)	0 (0%)	9 (1.1%)
Anti-emetics	15 (1.9%)	2 (0.3%)	0 (0%)	0 (0%)
All other drugs	242 (30.6%)	36 (4.6%)	19 (2.4%)	76 (9.6%)
Total	665 (84.1%)	134 (16.9%)	32 (4%)	148 (18.7%)

SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitor; SNRI – Serotonin–Norepinephrine Reuptake Inhibitor.

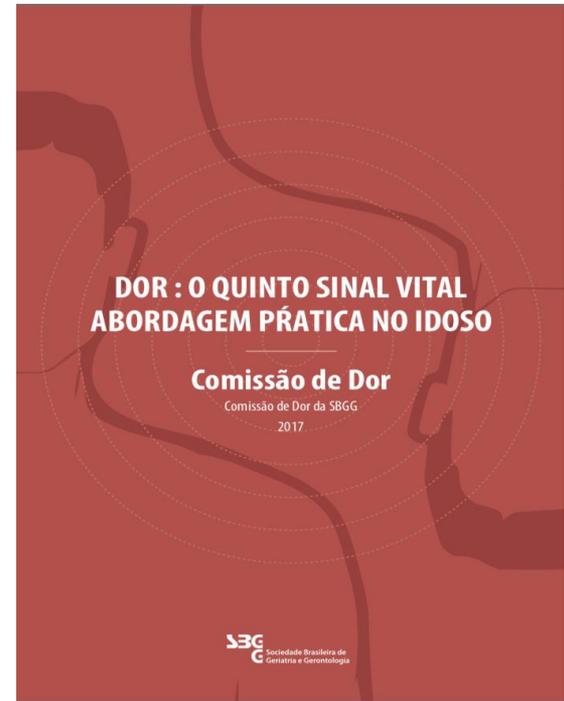
<sup>a</sup> Includes: Morphine, Tramadol, Fentanyl, Oxycodone, Buprenorphine, Oxycodone-naloxone (Targin), Acetaminophen-Oxycodone (Percocet), Codeine-Caffeine-Paracetamol (Rokacet).

<sup>b</sup> Includes: NSAIDs (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs), Paracetamol, Dipyron.

<sup>c</sup> Includes: Pregabalin, Gabapentin, Amitriptyline.

# COMISSÃO DE DOR SBGG

- DIOGO KALLAS BARCELLOS (MG)
- FANIA CRISTINA SANTOS (SP)
- KAROL THÉ (SP)
- BIANCA BARROS (SE)
- FERNANDA GAZONI (SP)



[www.sbgg.org.br](http://www.sbgg.org.br)

[karolthe@yahoo.com](mailto:karolthe@yahoo.com)

11-987994000

 dra\_karolthe