



• FICHA TÉCNICA No. 8

Controle da Dor Pós-Operatória em Idosos

O número de idosos está aumentando rapidamente em nações desenvolvidas e em desenvolvimento. Idosos são submetidos a cirurgias com maior frequência que grupos de pacientes mais novos. Ainda assim, por diversas razões, Dor Pós-Operatória em idosos geralmente não é reconhecida ou propriamente tratada. A sua incidência pode ser pouco notificada ou impropriamente avaliada por causa de erros conceituais e déficits educacionais dos profissionais de saúde, ou ainda, estes pacientes podem ter alterações cognitivas, concorrendo com sintomas idade-relativos ou não, ou manifestações atípicas de dor de processos fisiopatológicos [1,8].

Além do mais, Dor Pós-Operatória controlada inadequadamente pode causar consequências funcionais, cognitivas, emocionais e sociais [5,6,8].

Controle de Dor Baseado em Evidência

Apesar de haver ainda muito a ser aprendido e traduzido à prática clínica, o rápido crescimento da população de idosos e o grande interesse no entendimento dos desafios únicos que isto impõe ao manejo da dor têm expandido o embasamento em evidências para tomada de decisões para os cuidados destes indivíduos. Por exemplo, idosos são menos capazes de recrutar vias inibitórias de dor durante recorrência ou na continuidade do estímulo periférico nociceptivo. Evidências de populações de todas as idades, mais especificamente de idosos, podem ajudar os médicos a avaliar e tratar com mais eficácia do que jamais visto antes e apontam para sistemas administrativos favoráveis para facilitar os cuidados com a dor [5,6].



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief © Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.

Avaliação do paciente

- A avaliação pré-operatória deve incluir uma padronização do histórico e revisar os sistemas para a documentação de dor preexistente e outras condições não relacionadas com a razão para a cirurgia, e também que possam influenciar a viabilidade para o paciente do benefício de técnicas para o tratamento de dor não-farmacológicas (exemplo: psico-comportamentais) ou farmacológicas [8,9].
- Tais revisões abrangem funções cognitivas, incluindo memória, assim como sistemas respiratório, cardíaco, hepático e renal que possam alterar a farmacocinética e farmacodinâmica da administração de fármacos – com isso alterando as proporções de benefício e risco. Tratamento de doenças concomitantes deve ser notado, especificamente quando em tratamentos como a quimioterapia podem alterar funções cardiorrespiratórias ou induzir uma neuropatia periférica distal (como na diabetes). Radioterapia ou cirurgias prévias podem predispor a dor neuropática localizada.
- Histórico de medicamentos é uma parte integral no manejo de dor em todos os pacientes, incluindo no manejo perioperatório de idosos. O tratamento com opióides no pré-operatório requer planejamento para sobrepor possíveis tolerâncias aos opióides [6,8]. Outras fichas técnicas desta série tratam de circunstâncias de exceção.
- Mesmo na ausência de sintomas, a idade no pré-operatório e testes laboratoriais apropriados podem evidenciar disfunções orgânicas relevantes para a dor ou para o tratamento da dor, através de dados hematológicos ou bioquímicos, dados de eletrocardiogramas, ou dados de estudos de imagem.
- É importante avaliar a idade cronológica e a idade biológica, a condição mental e cognitiva, a condição funcional e condições de dor crônica. O exame físico deve dar atenção especial não somente para a capacidade do paciente de se comunicar e se mobilizar mas também para a procura e documentação de achados neurológicos localizados ou sistêmicos.

Avaliação da Dor Pós-Operatória

- Considerar suplementação ou substituição de escala de intensidade numérica auto-relatada ou escala visual analógica em pacientes idosos com alteração cognitiva, através das seguintes medidas:
 - Avaliação observacional e comportamental, incluindo sinais não-verbais de dor [11,13,15]
 - Escalas descritivas categóricas ou escalas baseadas em expressões faciais [4,16]
- Avaliar e documentar a intensidade e frequência da dor em intervalos regulares [9]
 - Evitar despertar o paciente simplesmente para documentar a intensidade da dor, no entanto, se a depressão respiratória tem que ser monitorada, então o nível de sedação e a facilidade do despertar podem ser úteis para tal propósito
- Avaliar o alívio “dinâmico” – a habilidade dos pacientes em mobilizar-se ou tossir sem limitado pela dor associada



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief © Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.

Tratamento

Assim como para o manejo geral de Dor Pós-Operatória, uma abordagem individualizada sob medida para um contexto e um paciente é o ideal (exemplo: monitoramento disponível de intensidade). A dor deve:

- Estar em prontuário físico ou eletrônico para que todos os profissionais de saúde possam consultar [5,9]
- Refletir sobre objetivos realistas através do compartilhamento de decisões com o paciente, e se apropriado, com a família [5]
- Utilizar ambas as modalidades farmacológica e não-farmacológica quando disponível [5,9]

Modalidades não-farmacológicas incluem [9]:

- Educação sobre o que o paciente deve esperar em cada fase da convalescência
- Aconselhamento e comunicação solidários
- Técnicas psico-comportamentais, incluindo terapia cognitivo-comportamental, atenção plena (*mindfulness*), relaxamento e hipnose
- Tom solidário e tranquilizador
- Tratamento com calor ou frio local
- Musicoterapia
- Estimulação elétrica nervosa transcutânea (sigla do inglês *TENS*)
- Massagem terapêutica
- Fisioterapia, incluindo ortetização/imobilização quando for necessário
- Acupuntura

Intervenções farmacológicas devem:

- “Começar devagar e com pequena dose” (quando for aumentar frequência ou dosagem) [5,6], mas sem fazer subdosagem
- Considerar a população de pacientes mais frequente, doença, e efeitos relacionados com o medicamento quando planejar o tratamento (exemplo: alterações da condição mental devido a privação de sono e ambiente desconhecido, ou alterações de eletrólitos)
- Evitar injeções intramusculares e preferir via endovenosa, se possível [5]
- Considerar modificar a via de administração de analgésicos de parenteral para oral quando o paciente for capaz de ingerir o medicamento com segurança (e sem vômitos) [5]
- Monitorar com rigor uma potencial utilização exagerada de medicamentos e outros efeitos colaterais [9]
- Avaliar funções hepática e renal, principalmente tardiamente, vistas alterações perioperatórias como perda de sangue e hipovolemia sobrepostas a uma insuficiência renal subclínica, além do uso frequente de antiinflamatórios não-esteroidais
- Preferir não-opioides para dor de leve à moderada e considerar opioides para dor de moderada à intensa – uma vez que não exista contra-indicações para nenhum deles [5,9]



International Association for the Study of Pain

Working together for pain relief © Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.

- Considerar analgesia preventiva
- Começar a oferta de analgésicos antes do final da cirurgia [5,9]

Analgesia frequentemente utilizada em idosos

- **Paracetamol/Acetaminofeno** [1,3,5,6,10,12,14]
 - Primeira linha de tratamento devido a eficácia e segurança, principalmente em dores leves e moderadas [14]
 - Dose máxima não deve exceder 4g/24h; para o paciente fragilizado ou malnutrido, aqueles com mais de 80 anos, ou com abuso frequente de bebidas alcoólicas, a dose deve ser inferior a 2-3g/24h
 - Precaução no paciente doença hepática
- **Antiinflamatórios não-esteroidais** [6,9,10,12]
 - Apesar de eficazes, os efeitos colaterais exigem precaução na utilização
 - Utilizar a menor dose pelo menor tempo
 - Monitorar rigorosamente efeitos colaterais, incluindo sangramentos gastrointestinais, nefrotoxicidade e *delirium*
- **Opióides** [2,6,8]
 - Frequentemente administrada por via parenteral ou peridural nas primeiras 24 a 48 horas seguintes a cirurgia
 - Analgesia controlada pelo paciente pode ser realizada em pacientes sem alterações cognitivas
 - Aumento da sensibilidade para efeitos sedativos é visto em idosos, baseado, por exemplo, na farmacocinética (diminuição da depuração de opióides e metabólicos), farmacodinâmica (alteração cognitiva de base), ou comorbidades como doença pulmonar ou alterações eletrolíticas (exemplo: baixo sódio sérico)
 - É necessário monitorar rigorosamente efeitos colaterais como depressão respiratória, sedação, retenção urinária ou constipação
 - Um plano de retirada deve ser feito para evitar uso prolongado de opióides após a alta hospitalar
- **Anestesia regional** [6,7,12]
 - Anestesia regional como analgesia epidural permite um tratamento focado e uma potencial analgesia mais robusta
 - Usar bloqueio de nervos periféricos quando possível
 - Combinação de anestesia epidural com opióides oferece um tratamento multimodal para o alívio da dor
 - A equipe de cuidados no pós-operatório (exemplo: enfermeiro, farmacêutico, equipe de anestesia) deve estar bem treinada para, de forma segura e eficaz, aplicar e monitorar as infusões contínuas de anestésicos regionais



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.

- **Analgésia multimodal [6,12]**
 - Tratamento multimodal combinando diferentes classes de medicamentos , por exemplo, baixas doses analgésicas de quetamina, ou drogas antiepilépticas, sempre otimizam o alívio da dor por causa do efeito sinérgico, economizando dose, especialmente de opióides, e com menos efeitos adversos.

Planejamento do Manejo da Dor para a Alta Hospitalar:

- Comunicação com pacientes e equipe de saúde de cuidados primários:
 - Listar analgésicos com instruções individualizadas de uso, monitoramento e término da terapia, quando apropriado
 - Integrar intervenções não farmacológicas
 - Esclarecer quem contatar em caso de dor persistente ou incontrolável

REFERÊNCIAS

1. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, Knaggs R, Martin D, Sampson L, Schofield P; British Geriatric Society. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing* 2013;42(Suppl 1):i1–57.
2. Aubrun F. Management of postoperative analgesia in elderly patients. *Reg Anesth Pain Med* 2005;30:363–79.
3. Bollinger AJ, Butler PD, Nies MS, Sietsema DL, Jones CB, Endres TJ. Is scheduled intravenous acetaminophen effective in the pain management protocol of geriatric hip fractures? *Geriatr Orthop Surg Rehabil* 2015;6:202–8.
4. Brown D. Pain assessment with cognitively impaired older people in the acute hospital setting. *Rev Pain* 2011;5:18–22.
5. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, Carter T, Cassidy CL, Chittenden EH, Degenhardt E, Griffith S, Manworren R, McCarberg B, Montgomery R, Murphy J, Perkal MF, Suresh S, Sluka K, Strassels S, Thirlby R, Viscusi E, Walco GA, Warner L, Weisman SJ, Wu CL. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain* 2016;17:131–57.
6. Falzone E, Hoffmann C, Keita H. Postoperative analgesia in elderly patients. *Drugs Aging* 2013;30:81–90.
7. Halaszynski TM. Pain management in the elderly and cognitively impaired patient: the role of regional anesthesia and analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol* 2009;22:594–9.
8. Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med* 2001;17:457–78.
9. Horgas AL, Yoon SL, Grall M. Pain management. In: Boltz M, Capezuti E, Fulmer T, Zwicker D, editors. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice*, 4th ed. New York: Springer; 2012. p. 246–67.
10. Karani R, Meier DE. Systemic pharmacologic postoperative pain management in the geriatric orthopaedic patient. *Clin Orthop Relat Res* 2004;425:26–34.



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.

11. Licht E, Siegler EL, Reid MC. Can the cognitively impaired safely use patient-controlled analgesia? *J Opioid Manag* 2009;5:307–12.
12. McCartney CJ, Nelligan K. Postoperative pain management after total knee arthroplasty in elderly patients: treatment options. *Drugs Aging* 2014;31:83–91.
13. McDonald DD, Molony SL. Postoperative pain communication skills for older adults. *West J Nurs Res* 2004;26:836–52.
14. McNicol ED, Ferguson MC, Haroutounian S, Carr DB, Schumann R. Single dose intravenous paracetamol or intravenous propacetamol for postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;5:CD007126.
15. Rakel B, Herr K. Assessment and treatment of postoperative pain in older adults. *J Perianesth Nurs* 2004;19:194–208.
16. Stolee P, Hillier LM, Esbaugh J, Bol N, McKellar L, Gauthier N. Instruments for the assessment of pain in older persons with cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:319–26.

AUTOR

Babita Ghai, MD, DNB, MAMS
Professor do Departamento de Anestesia
Pós-graduado do Instituto de Medicina e Pesquisa
Campus PGIMER
Chandigarh, India

REVISORES

Mary Korula, Prof., Dr. Med.
Dept. de Anestesia e Dor, Faculdade de Medicina Cristã, Vellore
Chefe Acadêmico, Dept. de Anestesia e Dor,
Hospital Rural Development Trust, Bathlapalli, Ananthpur
Andhra Pradesh, India

Baraa O. Tayeb, MS, MD
Departamento de Anestesia
Faculdade de Medicina
Universidade King Abdulaziz
Jeddah, Arábia Saudita

TRADUTOR

Renato Silva Martins, MD
Médico fisiatra assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)
Instituto de Medicina Física e Reabilitação (IMREA) / Rede Lucy Montoro
São Paulo, São Paulo, Brasil



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.

Sobre a International Association for the Study of Pain®

IASP é um fórum profissional líder para ciência, práticas e educação no campo da dor. [A adesão é aberta para todos os profissionais](#) envolvidos em pesquisa, diagnóstico, ou tratamento da dor. A IASP tem mais de 7.000 membros em 133 países, 90 capítulos nacionais, e 20 Grupos de Interesse Especial.

Como parte do Ano Mundial de Combate a Dor Pós-Operatória, a IASP oferece uma série de Fichas Técnicas que cobrem tópicos específicos relacionados com Dor Pós-Operatória. Estes documentos foram traduzidos em diversos idiomas e estão disponíveis para *download* gratuito. Visite www.iasp-pain.org/globalyear para mais informações.



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief © Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

IASP une cientistas, médicos, profissionais da saúde e pessoas responsáveis por políticas para estimular e ajudar o estudo sobre a dor e traduzir este conhecimento com o objetivo de aliviar a dor pelo mundo.