



Dor lombar não específica

A dor lombar não específica tem conotações epidêmicas em países desenvolvidos tais como EUA, Reino Unido, Alemanha, Austrália... e provavelmente também no Brasil. Em 1997, na Alemanha, diversas entidades médicas (ex.: Associação Médica Federal - BÄK, Associação Nacional de Médicos Estatutários de Seguro de Saúde - KBV, Associação de Sociedades Médicas Científicas - AWMF), se uniram na publicação de um guia médico prático sobre o tema: o *German Disease Management Guideline*. Esse documento, muito minucioso, foi atualizado em agosto de 2017. Ele contém muitos novos elementos. Entre outras coisas, os fatores psicossociais e relacionados ao local de trabalho recebem mais ênfase, vários procedimentos de imagem são desencorajados e recomenda-se uma avaliação multidisciplinar precoce.

Na minha humilde opinião, ele deveria ser leitura de cabeceira para fisioterapeutas em qualquer país do mundo - o Brasil, inclusive.

Autores: Jean-François Chenot (Prof. Dr. med.), Bernhard Greitemann (Prof. Dr. med.), Bernd Kladny (Prof. Dr. med.), Frank Petzke (Prof. Dr. med.), Michael Pflingsten (Prof. Dr. Dipl.-Psych), Susanne Gabriele Schorr (Dr. rer. nat.) e grupo de desenvolvimento de diretrizes para cuidados para dor nas costas não específica

RESUMO

Background

Por muitos anos, a dor lombar tem sido a principal causa de dias perdidos no trabalho e a principal indicação de reabilitação médica. O objetivo do *German Disease Management Guideline* (NDMG) sobre a dor lombar não específica é melhorar o tratamento de pacientes com essa condição.

Métodos

A atualização atual do NDMG na lombalgia não específica é baseada em artigos recuperados por uma busca sistemática da literatura para revisões sistemáticas. Suas recomendações para diagnóstico e tratamento foram desenvolvidas por um esforço colaborativo de 29 sociedades e organizações médicas científicas e aprovadas em um processo formal de consenso.

Resultados

Se a anamnese e o exame físico não levantarem suspeitas de uma causa subjacente perigosa, nenhuma outra avaliação diagnóstica é indicada por enquanto. Medidas passivas e reativas devem ser tomadas somente em combinação com medidas ativadoras, ou não tomadas. Quando as drogas são usadas para tratamento sintomático, os pacientes devem ser tratados com a droga mais adequada na menor dose possível e pelo menor tempo possível.

Conclusão

Um médico deve ser responsável pelo processo geral de atendimento. O paciente deve ser mantido bem informado durante todo o curso de sua doença e deve ser incentivado a adotar um estilo de vida saudável, incluindo exercícios físicos regulares.

Por muitos anos, a dor lombar tem sido a principal causa de dias perdidos no trabalho e a principal indicação de reabilitação médica¹². As doenças musculoesqueléticas vêm perdendo apenas para os transtornos mentais nos últimos anos como causa de aposentadoria precoce devido à perda da capacidade de trabalho³. Em 2010, 26% de todos os adultos participantes do sistema nacional obrigatório de seguro de saúde na Alemanha procuraram ajuda médica pelo menos uma vez por causa da lombalgia⁴. A nova atualização do *German Disease Management Guideline* (NDMG) sobre dor lombar não específica⁵⁶ contém muitos novos elementos. Entre outras coisas, os fatores psicossociais e relacionados ao local de trabalho recebem mais ênfase, vários procedimentos de imagem são desencorajados e recomenda-se uma avaliação multidisciplinar precoce. Além disso, tanto as recomendações positivas da diretriz, como aquelas para avaliação diagnóstica menos intensiva e para exercícios em vez de repouso no leito, e suas recomendações negativas, como a recomendação contra medidas passivas, são agora apoiadas por evidências de alto nível e confirmadas pelo grupo de formulação de diretrizes.

Base de evidências

Para esta atualização, uma busca sistemática foi realizada no Medline (via PubMed) e no banco de

dados Cochrane para evidências agregadas sobre dor lombar não específica. Em um procedimento de duas etapas, os artigos recuperados foram examinados e suas principais questões e recomendações foram classificadas, extraídas e avaliadas. Em algumas questões, como o uso de opioides no tratamento da dor lombar aguda e inespecífica, foram realizadas pesquisas suplementares para estudos primários. Além disso, a diretriz S3 sobre o uso a longo prazo de opioides no tratamento da dor não oncológica (LONTS)⁷ foi utilizada como diretriz de referência.

RESULTADOS

Avaliação Diagnóstica

Se a história inicial e o exame físico de um paciente com lombalgia não produzirem nenhum sinal de um curso perigoso da doença ou outras condições graves, nenhuma outra etapa diagnóstica deve ser realizada por enquanto (consenso de especialistas). Restringir a avaliação diagnóstica poupa ao paciente uma carga desnecessária, evitando custos desnecessários para o sistema de saúde. A avaliação diagnóstica intensiva, que não é justificada pelos achados clínicos, apenas resultará excepcionalmente em um diagnóstico específico e relevante, podendo promover a fixação do paciente em sua condição e a cronificação da dor. A [figura](#) é uma representação do curso de um paciente com lombalgia aguda ou apresentando um novo episódio de dor lombar recorrente, a partir do contato inicial com um médico. Se houver algum sinal sonoro de alerta (“bandeiras vermelhas”) presente (ebox 2), outros exames laboratoriais e / ou encaminhamento para um especialista devem ser realizados, dependendo do diagnóstico específico suspeito e do grau de urgência, (consenso de especialistas).

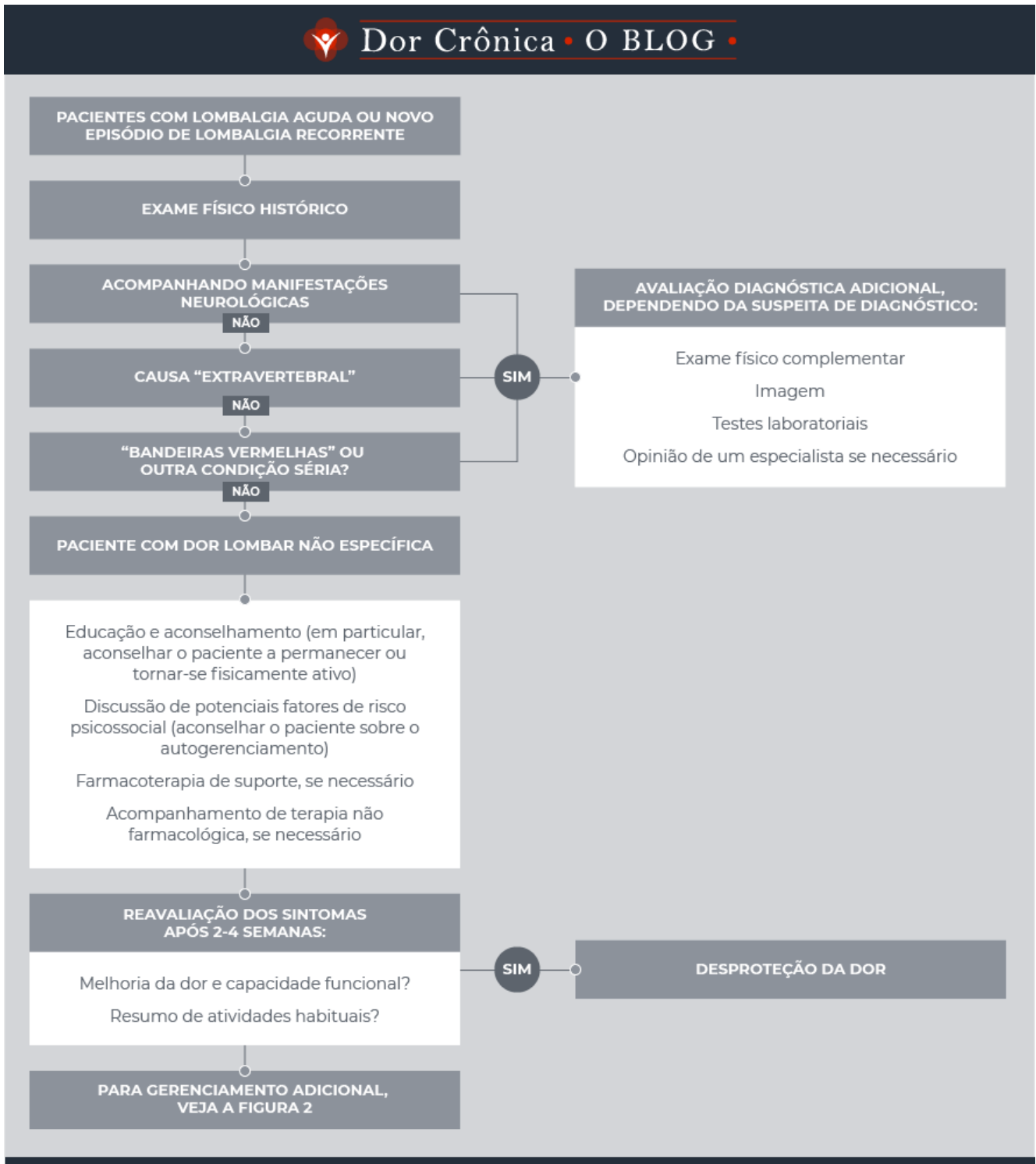


Figura 1. Diagnóstico e tratamento no contato inicial com um médico

eBOX 2

Causas "extravertebrais", sinais de alerta somáticos ("bandeiras vermelhas") e fatores de risco psicossociais para cronificação ("bandeiras amarelas")

Causas “extravertebrais” de dor lombar

(devido a processos que afetam órgãos vizinhos não pertencentes às estruturas ósseas, musculares ou discoligamentares da coluna):

- Processos abdominais e viscerais, por exemplo, colecistite, pancreatite
- Alterações vasculares, por exemplo, aneurismas aórticos
- Causas ginecológicas, por exemplo, endometriose
- Causas urológicas, por exemplo, urolitíase, tumores renais, abscessos perirenais
- Doença neurológica, por exemplo, neuropatia periférica
- Doenças mentais e psicossomáticas

Sinais de alerta somáticos (“bandeiras vermelhas”)

Fratura / osteoporose

- Trauma grave, por exemplo, devido a acidente automobilístico, queda de altura, acidente esportivo
- Trauma mínimo (por exemplo, tosse, espirro ou levantamento de peso) em um paciente idoso ou em um paciente com osteoporose
- Terapia esteroide sistêmica

Infecção

- Sintomas sistêmicos, por exemplo, febre recente / calafrios, anorexia, fadigabilidade
- Infecção bacteriana recente
- Abuso de drogas intravenosas
- Supressão imunológica
- Doença debilitante subjacente
- Terapia recente de infiltração espinhal
- Dor intensa à noite

Radiculopatia / neuropatia

- Em pacientes mais jovens, hérnia de disco como a causa mais comum de compressão da raiz nervosa
- Dor irradiando uma ou ambas as pernas em uma distribuição dermatomal, possivelmente associada a distúrbios sensoriais, como dormência ou formigamento na área da dor, e / ou com fraqueza
- Síndrome da cauda equina: disfunção da bexiga e do intestino de início súbito, por exemplo, retenção urinária, frequência urinária, incontinência
- Déficit sensitivo perianal / perineal
- Déficit neurológico acentuado ou progressivo (fraqueza, déficit sensorial) em um ou ambos os membros inferiores
- Melhora da dor com piora simultânea de fraqueza, até completa perda de função do músculo segmentar (“morte da raiz nervosa”)

Tumor / metástases

- Paciente idoso
- História de malignidade
- Sintomas sistêmicos: perda de peso, anorexia, fadigabilidade
- Pior dor quando supino
- Dor intensa à noite

Espondilartrite axial

- Dor lombar persistindo por mais de 12 semanas em um paciente com menos de 45 anos
- Início insidioso de dor
- Rigidez matinal (= 30 minutos)
- Melhora da lombalgia com movimento em vez de repouso
- Despertar à noite ou no início da manhã por causa da dor
- Dor alternada nas nádegas
- Rigidez progressiva da coluna
- Artrite periférica acompanhante, entesite, uveíte
- Psoríase concomitante ou doença inflamatória intestinal

Fatores de risco psicossociais para cronificação (“bandeiras amarelas”) (seleção)

- Humor depressivo, angústia (ou seja, estresse negativo, principalmente relacionado à ocupação ou ao local de trabalho)
- Crenças relacionadas à dor: por exemplo, tendência de catastrofização, desamparo / desesperança, crenças de medo-evitação
- Comportamento de dor passiva: por exemplo, comportamento marcadamente defensivo e com medo / evitação; comportamento de dor excessivamente ativo: persistência da tarefa, comportamento de dor supressiva
- Crenças relacionadas à dor: supressão do pensamento
- Tendência de somatização

Fatores de risco psicossociais e relacionados ao local de trabalho (ebox 2) devem ser considerados desde o início (consenso de especialistas). Após quatro semanas de dor persistente com uma resposta inadequada ao tratamento fornecida de acordo com a diretriz ([Figura 2](#)), o médico coordenador deve avaliar os fatores de risco psicossociais (“bandeiras amarelas”) com um instrumento de rastreamento padronizado (por exemplo, STarT Back Tool ou o Örebro Short Questionnaire) (Consenso de especialistas) e também pode avaliar fatores relacionados ao local de trabalho com um instrumento de triagem padronizado (Consenso de especialistas).

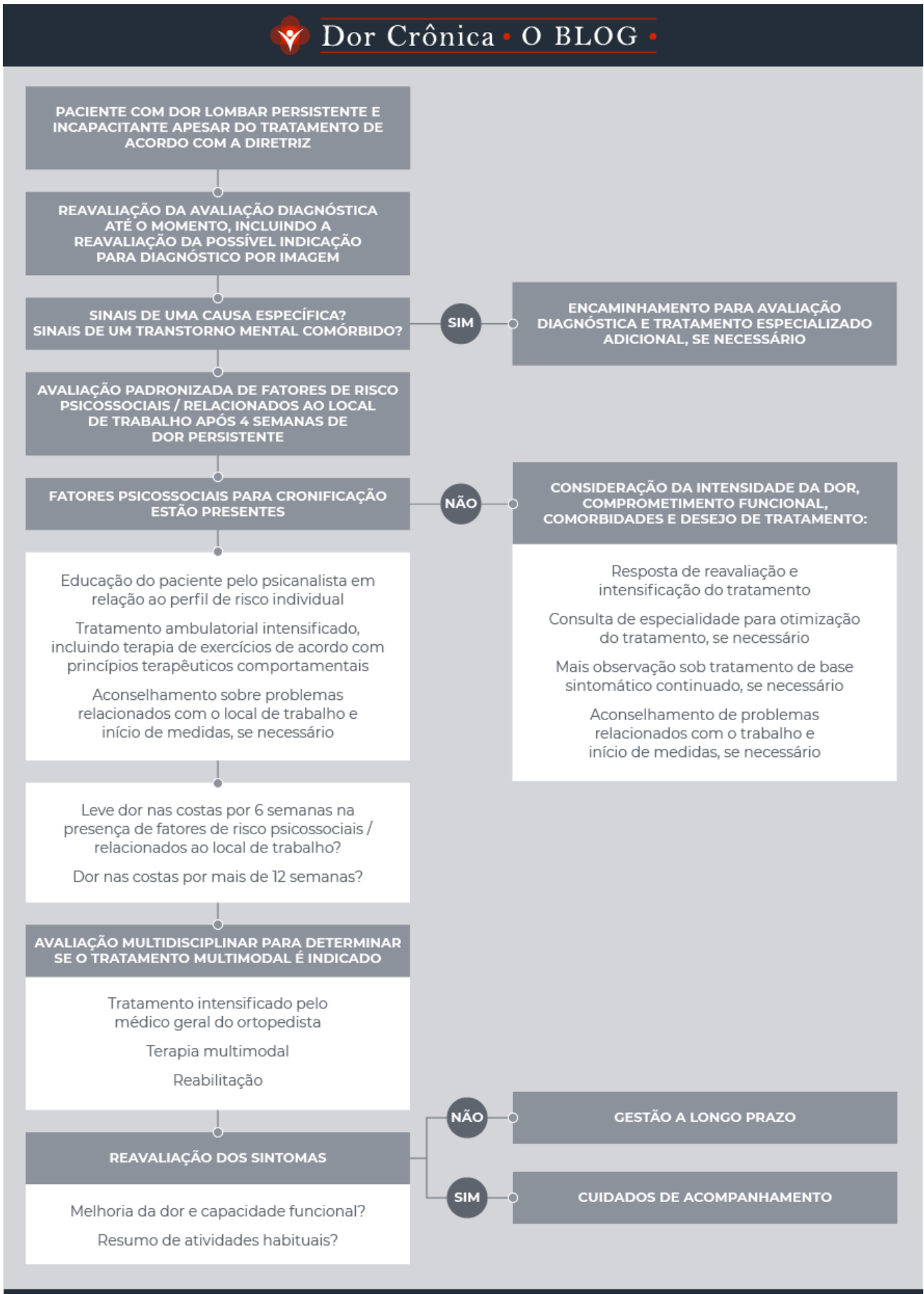


Figura 2. Diagnóstico e tratamento da dor lombar persistente (às 4 semanas)

Imagens

Pacientes com lombalgia aguda ou recorrente nos quais a anamnese e o exame físico não fornecem evidências de uma evolução perigosa da doença ou outra condição grave não devem ser submetidos a exames de imagem⁸⁹.

Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRs) revelou que, entre pacientes com dor lombar aguda ou subaguda que não têm evidência clínica de uma condição grave, a intensidade da dor aos três meses ou aos 6–12 meses não foi diferente entre aqueles que foram submetidos a exames de imagem imediatamente e aqueles que não fizeram tais exames (diferença média padronizada [SMD] aos 3 meses 0,11, intervalo de confiança de 95% [-0,29; 0,50]; valores correspondentes aos 6 meses, -0,04 [-0,15;] e aos 12 meses 0,01; [-0,17; 0,19]); os dois grupos de pacientes receberam o mesmo tratamento¹⁰.

Esses dados foram confirmados por um estudo de coorte prospectivo envolvendo 5.239 pacientes com mais de 65 anos com dor lombar aguda: em um ano, não houve diferença na capacidade funcional entre pacientes que realizaram exames de imagem em uma data precoce ou tardia (ou seja, menos vs. mais de 6 semanas após o diagnóstico). Os valores de SMD e intervalo de confiança foram, para radiografia simples, -0,10 [-0,71; 0,5]; para ressonância magnética (MRI) e tomografia computadorizada (TC), -0,51; [-1,62; 0,60])¹¹.

Além disso, exames de imagem podem levar a tratamentos desnecessários e promover a cronificação¹². Os folhetos informativos dos pacientes foram desenvolvidos como uma ajuda para a comunicação médico-paciente sobre este tópico.

A maioria dos pacientes apresenta melhora apreciável dentro de 6 semanas¹³. Para pacientes cuja dor lombar continua limitando sua atividade física ou piorou apesar do tratamento de acordo com a diretriz ([Figura 2](#)), a indicação para diagnóstico por imagem deve ser reavaliada em 4 a 6 semanas (consenso de especialistas baseado em¹⁴¹⁵). A reavaliação precoce em 2 a 4 semanas pode ser necessária se um paciente atualmente empregado não puder trabalhar por um período de tempo considerável ou se for necessária uma avaliação diagnóstica antes do início do tratamento multimodal. Os autores da diretriz consideram que imagens diagnósticas únicas devem ser justificadas como parte de tal avaliação, juntamente com a história e o exame físico. No entanto, a imagem que não tem qualquer relevância terapêutica potencial deve ser evitada. Após 4 a 6 semanas de dor, os médicos devem dar maior ênfase à busca de uma causa somática específica do que na apresentação inicial do paciente. Mesmo em pacientes com dor persistente, entretanto, o médico deve primeiro considerar se os sintomas e o curso podem não ser explicados por outros fatores de risco ou pela história individual. A evidência atual não suporta imagens de rotina (por exemplo, RM) para dor lombar crônica e não específica¹⁶.

Uma análise dos dados de sinistros da WldO (que é o departamento científico da AOK, uma companhia de seguros de saúde alemã) revelou que 26% dos pacientes com lombalgia foram submetidos a duas instâncias de diagnóstico por imagem da coluna lombar em 5 anos e 27% submetidos a três ou mais¹⁷. Pacientes com sintomas inalterados não devem passar por exames de imagem repetidos (consenso de especialistas), pois não há razão para esperar quaisquer mudanças estruturais relevantes que impliquem uma mudança na estratégia de tratamento. Se os

sintomas mudarem, no entanto, as indicações para a imagem podem precisar ser reavaliadas.

Avaliação multidisciplinar

Os pacientes cujas atividades no dia a dia ainda são restritas e que ainda apresentam alívio inadequado da dor apesar de 12 semanas de tratamento de acordo com a diretriz, bem como pacientes com exacerbação de dor lombar crônica não específica, devem ser submetidos a avaliação multidisciplinar (consenso de especialistas). Pacientes com alto risco de cronificação devem ser submetidos a essa avaliação após 6 semanas de dor persistente ([Figura 2](#)). Na avaliação, os sintomas do paciente são avaliados de forma tão abrangente e holística quanto possível e os resultados são discutidos em uma conferência de caso multidisciplinar, onde são feitos planos para avaliação e tratamento diagnósticos adicionais.

No cenário ambulatorial, os princípios da avaliação multidisciplinar são melhor atendidos combinando-se a experiência diagnóstica do médico, do fisioterapeuta e do psicólogo. A implementação ampla é geralmente difícil no atendimento ambulatorial, mas é viável no sistema de saúde alemão com o auxílio de um “contrato de assistência integrada” (IV-Vertrag; IV = integerte Versorgung). Tais avaliações são realizadas regularmente em centros multidisciplinares de dor, que têm direito a obter reembolso para eles, mas geralmente apenas em uma fase posterior do curso da doença¹⁸.

A gestão da dor lombar

Um médico deve ser responsável pelo processo geral de atendimento ([Figura](#) e [Figura 2](#)) (consenso de especialistas). Durante o curso da doença, o médico deve explicar continuamente a condição e o tratamento ao paciente e deve incentivar a busca por um estilo de vida saudável, incluindo exercícios físicos regulares^{19,20,21,22,23}. Recomendações para situações especiais estão resumidas no Quadro 1. O processo diagnóstico e terapêutico para pacientes com lombalgia persistente é apresentado na [Figura 2](#).

QUADRO 1 - Requisitos de cuidados em situações especiais

*

Farmacoterapia por longos períodos de tempo (> 4 semanas)

- Necessidade da continuação da farmacoterapia
- Efeitos colaterais (por exemplo, sintomas gastrointestinais devido a drogas anti-inflamatórias não-esteroides [AINEs])
- Interações com outras drogas
- Dosagem apropriada; redução da dose ou mudar para outro medicamento, se necessário (consulta com especialista)
- Uso de medidas não farmacológicas adequadas, por exemplo, intervenções psicossociais
- Necessidade de tratamento especializado ou acompanhamento de comorbidades pré-existentes ou novas
- Necessidade do início do tratamento multimodal

Quitação do tratamento multimodal

- Apoio com o início e adaptação de medidas de tratamento; acompanhamento da implementação, se necessário
- Reintrodução gradual no local de trabalho ou início de medidas de reintegração profissional
- Iniciação e coordenação de outros cuidados psicoterapêuticos, se necessário
- Coordenação de cuidados continuados por um especialista, se necessário
- Consideração do estado de incapacidade e compensação do paciente (consequente a julgamentos médicos) e seus efeitos potenciais sobre a saúde, se necessário

Fatores de cronificação persistentes e / ou consequências psicossociais da condição dolorosa

- Cuidados psicossomáticos básicos
- Triagem regular para fatores de cronificação
- Iniciação e coordenação de outros cuidados psicoterapêuticos, se necessário; o paciente deve ser incentivado a participar como um componente do tratamento médico
- Possivelmente aconselhamento social com respeito a incapacidade e compensação, ou início de tal aconselhamento
- Possivelmente sugestão de medidas de reintegração profissional e / ou reciclagem

Comorbidades de manutenção dos sintomas ou de reforço dos sintomas (por exemplo, transtornos afetivos, como ansiedade e depressão, ou transtornos somatoformes)

- Consultas regulares para tratamento; Visitas não programadas apenas em caso de emergência
- Cuidados psicossomáticos básicos
- Iniciação e coordenação do tratamento específico da doença

Continuidade da incapacidade de trabalhar

- Triagem para fatores de risco relacionados ao local de trabalho
- Contato com o médico da empresa (se houver) e, se necessário, com o empregador (após discussão com o paciente) ou empresa de seguro de pensão
- Considerar e, se necessário, iniciar medidas de apoio à reintegração profissional

Tratamento não farmacológico

Os pacientes devem ser instruídos a continuar suas atividades físicas usuais, tanto quanto possível²⁴. Revisões sistemáticas de ECRs mostraram que o repouso no leito para pacientes com dor lombar aguda não específica ou não tem efeito ou realmente retarda a recuperação e a retomada das atividades cotidianas, levando a períodos mais longos de afastamento medicamente dispensado do trabalho²⁵²⁶. O repouso no leito não deve fazer parte do tratamento da lombalgia inespecífica, e os pacientes devem ser alertados contra isso²⁷²⁸.

Terapia por exercício combinada com medidas educativas baseadas em princípios terapêuticos comportamentais deve ser usada no tratamento primário da dor lombar crônica não-específica (β , δ , ϵ 14 - e38)). Produz redução da dor mais eficaz e melhor capacidade funcional do que pode ser alcançado com cuidados médicos gerais e medidas de tratamento passivo2930313233343536373839404142434445464748 4950.

Programas para fortalecimento e estabilização da musculatura parecem aliviar melhor a lombalgia do que programas com orientação cardiopulmonar5152. Revisões de ensaios clínicos randomizados mostraram que programas de exercícios baseados em uma abordagem terapêutica comportamental melhoram a capacidade funcional física e aceleram o retorno ao trabalho5354.

A evidência atual não mostra qual tipo específico de terapia com exercícios é melhor para o alívio da dor e melhora da capacidade funcional55565758596061626364656667686970717273 7475. A escolha da terapia com exercícios baseia-se, portanto, principalmente na preferência do paciente, nas circunstâncias da vida cotidiana, na aptidão física e na disponibilidade de um terapeuta qualificado para realizá-lo76.

Recomendações mais fracas são dadas para esportes de reabilitação e treinamento funcional (Consenso de especialistas) e relaxamento muscular progressivo. Terapia de calor autoadministrada77, terapias manuais como manipulação e mobilização, massagem7879, ergoterapia, "back school"80 e acupuntura81 podem ser usadas para tratar a dor lombar crônica como parte de uma conceito geral em combinação com ativação de medidas terapêuticas.

Recomendações fortemente negativas são dadas em relação a intervenções para as quais há pouca ou nenhuma evidência de benefício, mesmo que não haja evidência de dano. Isso é feito de modo a não implicar que esses métodos sejam uma alternativa aceitável para manter a atividade física; uma abordagem passiva ao tratamento não deve ser promovida. Os autores da diretriz, considerando que isso é um dano potencial relevante, alteraram as forças de recomendação de acordo. Essas intervenções, embora desencorajadas, ainda podem ser usadas em casos individuais, em combinação com exercícios físicos, desde que não haja evidências de que causem danos. Recomendações negativas são dados para a terapia de interferência de corrente , Kinesiotaping, diatermia por ondas curtas, laserterapia82, terapia por campo magnético, auxílios médicos, estimulação elétrica nervosa percutânea (PENS)83, dispositivos de tração84, crioterapia, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e ultra-som terapêutico.

Farmacoterapia

O tratamento da dor lombar não específica com drogas é puramente sintomático. Na fase aguda, os medicamentos são usados para apoiar medidas não farmacológicas, de modo que o paciente possa retornar às suas atividades habituais o mais rápido possível. O tratamento da dor lombar crônica com medicamentos é indicado se o médico considerar potencialmente útil para a implementação de medidas ativadoras, ou então, quando, apesar do desempenho adequado dessas medidas, o paciente ainda apresentar intolerável comprometimento funcional devido à dor.

No geral, há evidências moderadas com um efeito de tamanho baixo a intermediário, mostrando que o tratamento com drogas alivia a dor lombar aguda e crônica não específica. Particularmente o

tratamento a longo prazo acarreta riscos relevantes, incluindo os principais efeitos adversos. Daqui resulta que o médico deve pesar cuidadosamente os riscos e benefícios da farmacoterapia ao iniciar a farmacoterapia (Quadro 2)

QUADRO 2

- Os princípios da farmacoterapia para lombalgia inespecífica.
- Os seguintes princípios aplicam-se independente da escolha da medicina e o modo da sua introdução e administração (consenso de peritos):
- O paciente deve ser informado de que os medicamentos são apenas uma medida de suporte para pessoas com dor lombar.
- Um objetivo terapêutico realista e relevante deve ser definido, com referência à função física (por exemplo, um aumento na distância que o paciente pode caminhar ou em algum outro tipo de esforço físico, alívio relevante da dor [$> 30\%$ ou $> 50\%$]).
- O medicamento deve ser escolhido individualmente, com a devida consideração de comorbidades e comedicações, intolerâncias a medicamentos e experiências e preferências anteriores do paciente
- A dose do medicamento deve ser titulada em etapas até que o benefício seja atingido na menor dose possível.
- O paciente deve ser monitorado em intervalos regulares (a cada 4 semanas) para avaliar os efeitos desejados e indesejados da medicação.
- Medicamentos para dor aguda devem ser interrompidos ou diminuídos para quando a dor melhorar.
- O tratamento medicamentoso deve ser continuado apenas se for eficaz e bem tolerado; seus efeitos devem ser monitorados em intervalos regulares (a cada três meses).
- Medicamentos que sejam inadequadamente eficazes (apesar das doses prescritas apropriadamente) ou que causem efeitos colaterais relevantes devem ser interrompidos ou reduzidos para off.

Os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs) são os medicamentos para alívio da dor mais provavelmente recomendados. Múltiplas revisões documentaram o efeito analgésico de curto prazo e o benefício funcional do AINE oral, comparado ao placebo, em pacientes com dor lombar aguda e crônica não específica, com uma diferença mediana de -5,96 pontos [-10, 96; -0,96] às 16 semanas em uma Escala Visual Analógica variando de 0 a 1008586878889. Para minimizar os efeitos colaterais, os AINEs devem ser administrados na menor dose eficaz e pelo menor tempo possível. Considerando as contraindicações, os inibidores de COX-2 podem ser usados se os AINEs forem contraindicados ou mal tolerados (*off-label-use*)⁹⁰⁹¹⁹².

Em casos individuais, o metamizol pode ser considerado como uma opção de tratamento se analgésicos não opioides forem contraindicados ou mal tolerados. (consenso de especialistas). A busca sistemática da literatura não produziu nenhuma revisão documentando sua eficácia contra a dor lombar não específica. O Comitê dos Medicamentos da Associação Médica Alemã recomenda seu uso somente para as indicações aprovadas (dor severa para a qual outros tratamentos não são

indicados) e afirma que o paciente deve ser adequadamente informado sobre seus efeitos colaterais, particularmente as manifestações de agranulocitose, que incluem febre, dor de garganta e lesões da mucosa oral. A monitorização do hemograma completo é recomendada sempre que houver suspeita de agranulocitose, bem como para todos os pacientes que tomam o medicamento a longo prazo⁹³.

À luz de novas evidências, o paracetamol (=acetaminophen) não deve mais ser usado⁹⁴. Em comparação com placebo, o uso desta droga não levou a nenhuma melhora na dor (diferença média ponderada [WMD] 1,4 [-1,3; 4,1]) ou capacidade funcional (WMD -1,9 [-4,8; 1,0]) em pacientes com dor lombar não específica aguda ou crônica. A flupirtina também não deve ser usada para tratar dor lombar não específica⁹⁵⁹⁶⁹⁷⁹⁸⁹⁹¹⁰⁰¹⁰¹¹⁰²¹⁰³ : seu benefício inadequadamente documentado é superado por seus riscos - principalmente hepatotoxicidade, variando de parâmetros de função hepática elevados a insuficiência de órgãos e dependência potencial¹⁰⁴¹⁰⁵¹⁰⁶ (cf. avaliação dos riscos da Agência Europeia de Medicamentos [EMA]¹⁰⁷).

As drogas opioides podem ser uma opção de tratamento para dor lombar aguda não específica se os analgésicos não opiáceos forem contraindicados ou se forem ineficazes no paciente individual. A indicação de medicamentos opiáceos deve ser reavaliada regularmente em intervalos não superiores a 4 semanas¹⁰⁸. Eles podem ser usados para tratar dor lombar crônica não específica por 4 a 12 semanas inicialmente¹⁰⁹¹¹⁰¹¹¹¹¹². Se esse breve período de tratamento trazer uma melhora relevante na dor do paciente e / ou no comprometimento físico subjetivo, causando apenas efeitos colaterais menores ou inexistentes, os medicamentos opioides também podem ser uma opção terapêutica a longo prazo¹¹³. Nos artigos de revisão que foram identificados para a criação desta diretriz, a administração de drogas opioides (fraca e forte)¹¹⁴¹¹⁵¹¹⁶¹¹⁷. Observações a longo prazo abertas da fase observacional tardia dos ECRs revelaram eficácia analgésica a longo prazo em aproximadamente 25% dos pacientes incluídos inicialmente nos estudos¹¹⁸. Os pontos mais importantes a serem considerados em relação à terapia com opioides estão resumidos na Tabela 1.

TRATAMENTOS INVASIVOS

A dor lombar não específica não deve ser tratada com procedimentos percutâneos¹¹⁹ ou com a cirurgia. Também não deve-se usar drogas analgésicas administradas por via intravenosa, intramuscular ou subcutânea, anestésicos locais, glicocorticóides ou infusões mistas.

PROGRAMAS DE TRATAMENTO MULTIMODAL

Pacientes com lombalgia inespecífica subaguda e crônica não específica devem ser tratados em programas multimodais se tratamentos menos intensivos baseados em evidências produzirem um benefício insuficiente¹²⁰¹²¹¹²² . Os ensaios demonstraram a superioridade dos programas multimodais em relação aos tratamentos tradicionais, listas de espera ou formas menos intensivas de tratamento¹²³¹²⁴¹²⁵ . De acordo com a revisão mais recente, incluindo dados de um total de 6858 participantes do estudo, o tratamento multimodal foi melhor do que o tratamento tradicional na redução da intensidade da dor (SMD: -0,21 [-0,37; -0,04]) e aumento da capacidade funcional

física (SMD: - 0,23 [-0,40; -0,06]) aos 12 meses em pacientes com lombalgia crônica inespecífica¹²⁶. A evidência nos ensaios subjacentes é de qualidade baixa a moderada, e alguns dos efeitos medidos são fracos. A heterogeneidade dos achados pode ser atribuída, em parte, à ampla variação no conteúdo dos programas multimodais¹²⁷. Na prática, tais programas são oferecidos por clínicas de dor e clínicas de reabilitação (tabela 2).

Tabela 1 - Considerações sobre o tratamento com opioides

Aspectos do tratamento com opióides

Escolha de droga e formulação

- Drogas de ação prolongada, preparações de liberação prolongada
- A ingestão oral é geralmente preferida; sistemas transdérmicos podem ser uma opção se a ingestão oral for contraindicada
- Observe o perfil de efeitos colaterais do medicamento analgésico opioide
- Considere as comorbidades do paciente
- Leve em consideração as preferências do paciente

Fase de Determinação da Dose

- Concordar com os objetivos do tratamento
- Educar o paciente sobre os efeitos colaterais, risco de dependência, segurança no trânsito
- Começar com uma dose baixa
- esquema posológico fixo
- incrementalmente aumentar dose dependendo da eficácia e tolerabilidade
- a dose ideal é aquela em que os objetivos do tratamento são atingidos com efeitos colaterais toleráveis (ou não)
- a dose oral de equivalente de morfina não deve exceder 120 mg / dia, com raras exceções
- o uso a curto prazo de medicamentos analgésicos opioides orais de liberação não sustentada pode ser dado “conforme necessário” como uma ajuda para a titulação

Tratamento a longo prazo

- Sem fármacos analgésicos opiáceos orais de liberação não sustentada administrados conforme necessário
- Se a dor piorar, deve ser tentada a terapêutica adjuvante com um anti-inflamatório não esteróide (AINE) em vez de um aumento da dose de opióide
- Reavaliar às intervalos regulares:
- Obtenção de objetivos do tratamento
- Efeitos colaterais (por exemplo, perda da libido, alterações psicológicas como perda de interesse, desatenção, quedas)
- Evidência de uso inadequado de medicação prescrita
- Após 6 meses de tratamento com boa resposta:

- Considerar redução ou cessação da dose
- reavaliar a indicação de tratamento continuado e a resposta ao tratamento não farmacológico

Cessaçãõ do tratamento

- Metas individuais de tratamento alcançáveis por outras medidas terapêuticas
- Metas individuais de tratamento não atendidas após 4-12 semanas de tratamento com opióides
- Aparecimento de efeitos colaterais intoleráveis ou inadequadamente tratáveis
- Perda persistente de efeito apesar da modificação da terapia com opióides (ajuste de dose, mudança de medicamento)
- Uso inadequado de medicamentos analgésicos opioides prescritos pelo paciente, apesar do tratamento em colaboração com um especialista em dependência
- a cessação do tratamento com analgésicos opioides deve ser gradual

Tabela 2 - Diferenças entre terapia multimodal da dor no setor curativo e tratamento multimodal no setor reabilitativo

Terapia com dor multimodal no setor curativo

Indicações

- Os requisitos para os tratamentos indicados com intenção curativa, de acordo com os regulamentos vigentes na Alemanha [§27128 SGB V], devem ser cumpridos: o objetivo desse tratamento é “detectar ou curar uma doença, prevenir seu agravamento ou aliviar seus sintomas. ”
 - Avaliação diagnóstica abrangente necessária - capacidade de reabilitação não presente / não fornecida
 - Comorbidades impedindo o tratamento eficaz (por exemplo, reserva cardiopulmonar gravemente limitada, doenças metabólicas mal controladas, doenças neurológicas, mobilidade prejudicada)
 - Piora contínua da dor no passado seis meses: disseminação da área dolorida, aparecimento de novos tipos de dor, mudança no caráter da dor, aumento na duração ou frequência de ataques dolorosos
 - Aumento do prejuízo físico ou consumo de drogas
 - Uso inadequado de drogas
 - Dificuldades encontradas na iniciação ou troca de drogas ou na retirada de drogas
 - Aumento da necessidade de procedimentos intervencionistas
 - Necessidade de tratamento mais freqüente e intensivo
 - Necessidade de supervisão médica intensiva com rodadas diárias discussões
- Fatores psicossociais significativos ou transtornos mentais comórbidos que são relevantes para a dor

Considerações Especiais

- O reembolso de acordo com a Chave de Operações e Procedimentos Alemã (*Operationen und Prozedurenschlüssel*, OPS), definido em consideração às características do paciente e qualidade estrutural e processual
- Faz parte de poucos contratos seletivos
- Uso intensivo de recursos para alcançar a cura ou estabilidade para mais atendimento ambulatorial

Hospitalização

- Hospitalização parcial ou total

Tratamento multimodal no setor de reabilitação

Indicações

- Os requisitos para o tratamento de reabilitação indicado, de acordo com as regulamentações atuais na Alemanha [§ 11129 SGB V ou § 15 SGB VI] devem ser atendidos: o objetivo desse tratamento é “prevenir, eliminar, diminuir ou compensar a incapacidade ou dependência de enfermagem, prevenir o seu agravamento ou aliviar as suas consequências. ”
- Capacidade de reabilitação e motivação devem estar presentes
- Limitação das atividades diárias e participação devido à doença
- Risco acentuado de capacidade de emprego
- Incapacidade já existente para o emprego
- Necessidade iminente de cuidados de enfermagem
- Consequências de doenças que requerem tratamento e comprometimento físico iminente ou já existente devido à doença
- Critérios para reabilitação de pacientes internados em uma instituição afastada da residência do paciente:
 - Tratamento ineficaz de longa data
 - Ausência de instalações locais de tratamento
 - Necessidade de eliminar fatores contextuais de estresse, por exemplo, fatores relacionados ao local de trabalho
 - Necessidade de medidas participativas que requeiram ou reconheçam tratamento hospitalar

Considerações Especiais

- Reabilitação orientada para a medicina / ocupação – reabilitação orientada para a terapia comportamental

Hospitalização

- Em regime de ambulatório ou de internamento

MENSAGENS-CHAVE

- Se, no contato inicial de um paciente que se queixa de dor lombar com um médico, a anamnese e o exame físico não evidenciam uma anomalia patológica perigosa ou grave, nenhum outro estudo é indicado por enquanto.
- Fatores psicossociais e relacionados ao local de trabalho devem ser questionados no contato inicial. Se a dor persistir quatro semanas depois, apesar do tratamento, esses fatores devem ser sistematicamente avaliados com questionários padronizados.
- O médico deve aconselhar o paciente a manter ou intensificar o exercício físico e deve aconselhar contra o repouso no leito. A terapia com exercícios deve ser usada para tratar a dor lombar crônica não específica.
- As drogas analgésicas são apenas moderadamente eficazes; seu principal papel é apoiar a atividade física. Os medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são, nessas circunstâncias, os medicamentos mais recomendados.
- Pacientes com dor persistente e prejuízo relevante nas atividades da vida diária após (no máximo) 12 semanas de tratamento devem ser submetidos a uma avaliação multidisciplinar. Dependendo dos resultados dessa avaliação, eles devem receber tratamento multimodal.

Obs: Algumas referências foram suprimidas na tradução.

Tradução livre de Non-Specific Low Back Pain