



CONHEÇA LOMBALGIA



Comitê de Desenvolvimento

Mario H. Cardiel, MD, MSc
Reumatologista
Morelia, México

Supranee Niruthisard, MD
Especialista em Dor
Bangkok, Tailândia

Jose Antonio San Juan, MD
Cirurgião Ortopédico
Cebu City, Filipinas

Andrei Danilov, MD, DSc
Neurologista
Moscou, Rússia

Germán Ochoa, MD
Ortopedista
Bogotá, Colômbia

Ammar Salti, MD
Anestesista Consultor
Abu Dhabi, Emirados Árabes
Unidos

Smail Daoudi, MD
Neurologista
Tizi Ouzou, Argélia

Milton Raff, MD, BSc
Anestesista Consultor
Cidade do Cabo, África do Sul

Xinping Tian, MD
Reumatologista
Pequim, China

João Batista S. Garcia, MD, PhD
Anestesiologista
São Luis, Brasil

Raymond L. Rosales, MD, PhD
Neurologista
Manila, Filipinas

Işin Ünal-Çevik, MD, PhD
Neurologista, Neurocientista e
Especialista em Dor
Ankara, Turquia

Yuzhou Guan, MD
Neurologista
Pequim, China



Objetivos de Aprendizagem

- Após concluir este módulo, os participantes serão capazes de:
 - Discutir a prevalência da lombalgia aguda e crônica
 - Entender o impacto da lombalgia no funcionamento e qualidade de vida do paciente
 - Usar ferramentas apropriadas para o diagnóstico da lombalgia
 - Identificar bandeiras vermelhas e amarelas que devem desencadear encaminhamento ou investigação adicional
 - Explicar mecanismos subjacentes de diferentes tipos de lombalgia
 - Selecionar estratégias farmacológicas e não farmacológicas adequadas para o controle da lombalgia

CONTROLE

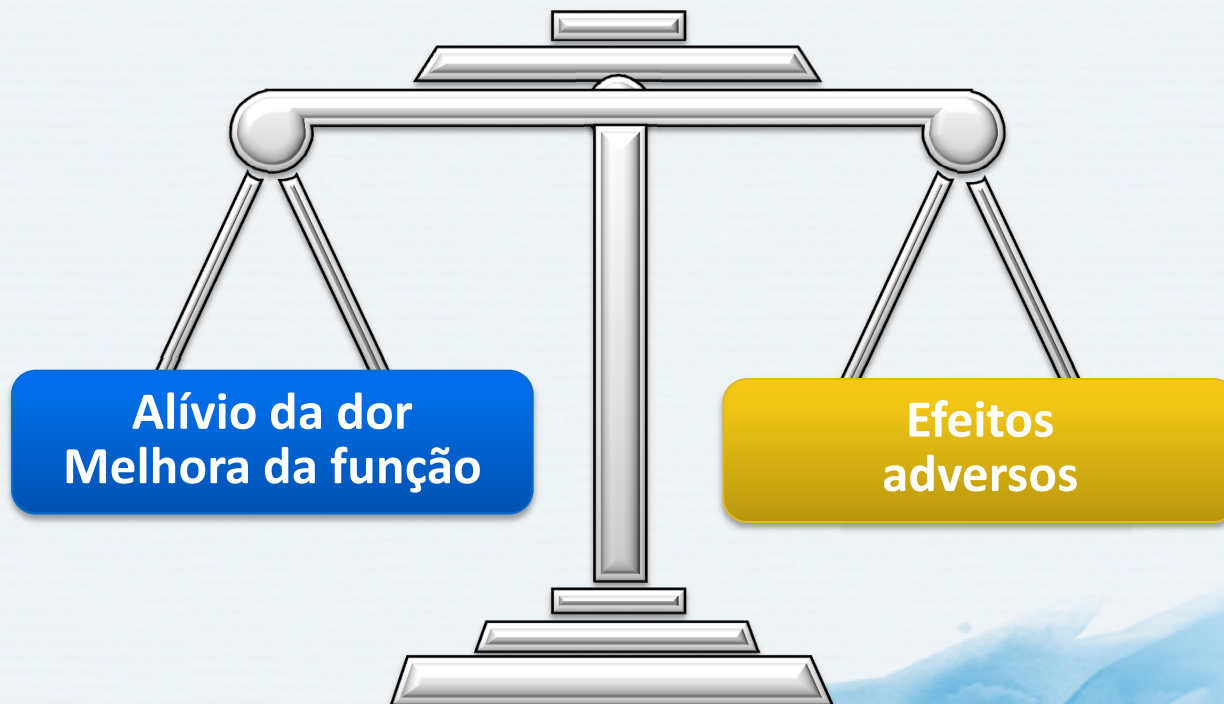


Metas de Tratamento

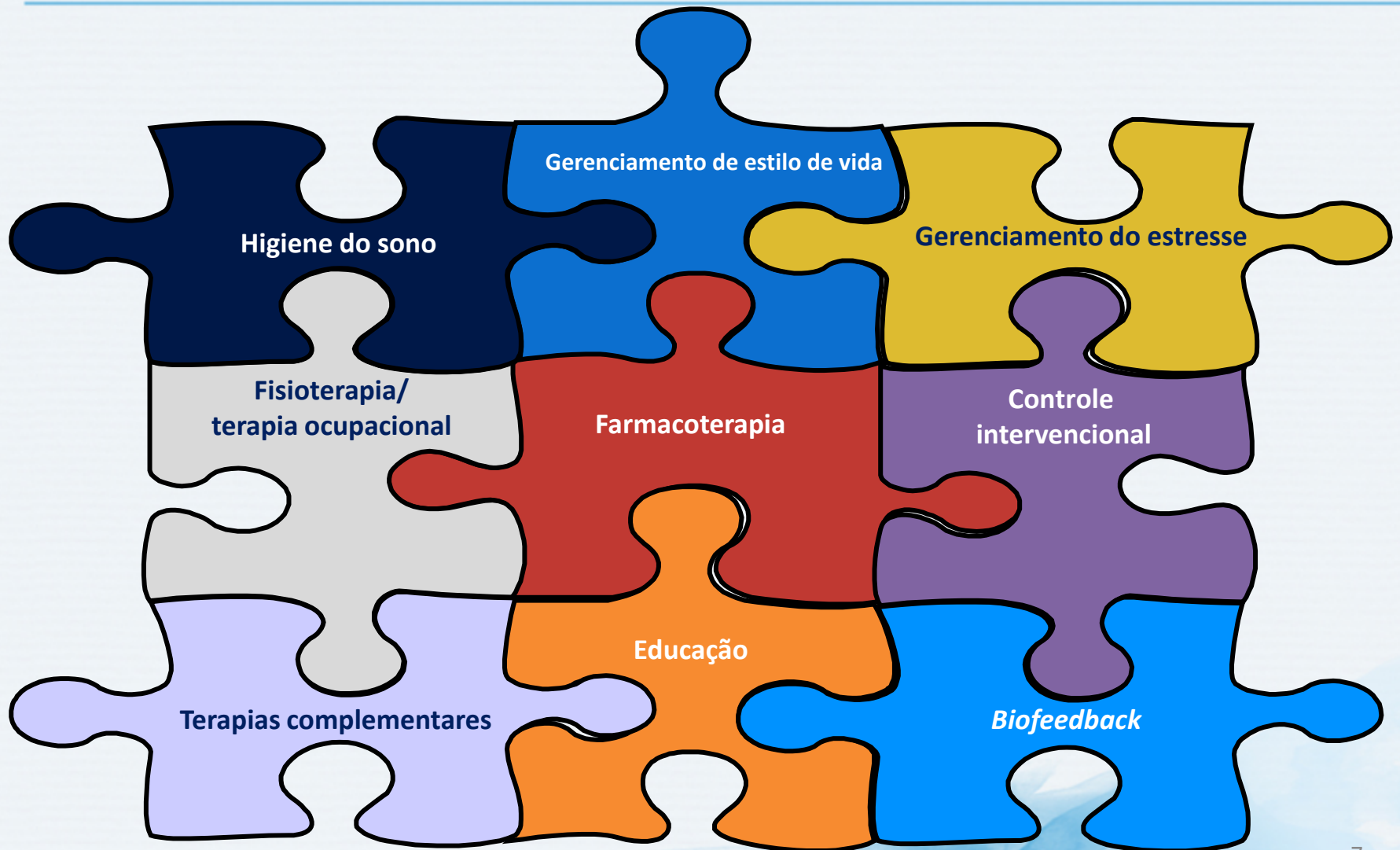


Metas no Controle da Dor

- Envolver o paciente no processo de tomada de decisões
- Acordar sobre metas realistas de tratamento **antes de iniciar** um plano de tratamento



Tratamento Multimodal da Lombalgia



Tratamento Não Farmacológico



Tratamentos Não Farmacológicos para Lombalgia

Evidência Moderada de Eficácia

Terapia e exercícios	Moderadamente eficaz no alívio da dor e melhora funcional em adultos com lombalgia
Terapia cognitivo-comportamental	Pode reduzir a dor e a incapacidade em pacientes com lombalgia crônica e subaguda
Reabilitação biopsicossocial multidisciplinar intensa	Pode aliviar a dor e melhorar a função na lombalgia
Massagem	
loga	
Terapia de calor	
Colchão intermediário-fir	
Estimulação elétrica nervosa transcutânea	

As evidências sugerem que repouso e tração **NÃO** são úteis

Evidência Suficiente de Eficácia

Tratamento centrado na função	Mais eficaz do que o tratamento centrado na dor para um aumento nos dias com capacidade de trabalhar em pacientes com lombalgia subaguda com duração de mais de 6 semanas
Acupuntura	Mais eficaz do que terapia convencional mas não mais eficaz que acupuntura simulada



Abordagem Recomendada para o Tratamento da Lombalgia

A abordagem multidisciplinar e combinação de intervenções físicas e psicológicas com terapia cognitivo-comportamental e exercícios são altamente recomendadas para pacientes com um alto grau de incapacidade e/ou sofrimento psicológico significativo e que receberam pelo menos um tratamento intensivo.



Recomendações de Retorno ao Trabalho para Pacientes com Lombalgia

Alto Nível de Evidências


- **Lombalgia aguda** (duração <6 semanas), inespecífica ou associada com dor neuropática (mista):
 - Os pacientes devem permanecer ativos
 - Os pacientes devem continuar as atividades ocupacionais diárias com algumas restrições iniciais
 - Procurar bandeiras amarelas, especialmente fatores profissionais psicossociais
- **Lombalgia subaguda** (duração de 6–12 semanas):
 - Continuar a procurar por bandeiras amarelas
 - Encaminhar o paciente para um programa de reabilitação intensivo
 - Encorajar os pacientes a permanecer ativos



Recomendações Terapêuticas para Pacientes com Lombalgia

Terapia manual (nível moderado de evidências):


- As técnicas devem ser realizadas por pessoal qualificado e certificado
- As técnicas nunca devem ser realizada se bandeiras vermelhas estiverem presentes
- As técnicas incluem:
 - **Manipulação da coluna vertebral**
 - Na dor aguda e crônica
 - Pode levar a melhoras de curto prazo
 - **Massagem**
 - **Osteopatia**



Recomendações Terapêuticas para Pacientes com Lombalgia (continuação)

Reabilitação interdisciplinar intensiva (qualidade moderada de evidências)

- Atividade física e terapia de exercícios
- Usar ativamente na lombalgia subaguda e crônica
- Nenhuma das técnicas é melhor do que as outras
- As técnicas incluem:
 - **Escola de postura**
 - **Aeróbica**
 - **Alongamento**
 - **Hidroterapia**
 - **Exercícios de estabilização lombar**



Recomendações Terapêuticas para Pacientes com Lombalgia (continuação)

Acupuntura (evidências de qualidade moderadas)

- Deve ser prescrita como um complemento e parte de um processo interdisciplinar


loga (evidências de qualidade moderadas)

Trabalho interdisciplinar

- Trabalho em equipe (clínicas de dor) (evidências de qualidade convincentes)

Terapia cognitivo-comportamental (evidências de qualidade moderadas)

- Os fatores biológicos, psicológicos e sociais devem ser abordados simultaneamente
- Deve ser combinada com outras terapias
- Age sobre o estresse afetivo, autossuficiência, pensamento catastrófico, ganhos secundários



Recomendações Terapêuticas para Pacientes com Lombalgia (continuação)

Medidas físicas

- **Calor superficial (boas evidências)** - apenas na lombalgia aguda
- **Correntes interferenciais**
- **Estimulação muscular com eletricidade**
- **Ultrassom**
- **Compressas frias e quentes**
- **Estimulação elétrica nervosa transcutânea**



Poucas evidências para recomendar



Vitaminas e Produtos Fitoterápicos para o Controle da Lombalgia

- As vitaminas incluem B1, B6, B12 e C
- Os mineirais incluem zinco e manganês
- Outros produtos incluem glucosamina, garra do diabo, casca de salgueiro, capsicum e bromelina
- Os mecanismos de ação são desconhecidos
 - Algumas vitaminas B podem ter propriedades anti-inflamatórias e antinociceptivas
- As evidências não são suficientes para recomendar qualquer um desses produtos para o controle da lombalgia



Abordagens Sem Recomendação Terapêutica para Controle da Lombalgia

- **Repouso**
- **Tração** (sustentada ou intermitente)
- **Apoio lombar externo**
- **Terapia a laser**
- **Biofeedback**
- **Proloterapia**
 - Injeção esclerosante de 20-30 mL de uma mistura de dextrose, glicerina, fenol e lidocaína em articulações ou ligamentos afetados



Cirurgia para Aliviar a Lombalgia

- A qualidade das evidências é fraca e contraditória
- Pacientes com depressão, neurose, ganho secundário, processos judiciais e alguns transtornos de personalidade não são candidatos para cirurgia e devem ser tratados de forma conservadora
- Estabeleça a causa exata da lombalgia crônica
- Alterações degenerativas não podem ser as únicas razões
- A cirurgia não é útil na presença de instabilidade, patologia séria ou compressão neural
- Não há diferenças entre vários elementos para fusão
- Na radiculopatia, a cirurgia precoce melhora a dor mais rapidamente do que o tratamento conservador
 - O resultado final em 24 meses é o mesmo com ou sem cirurgia
- Na estenose espinhal, a cirurgia proporciona mais alívio do que o tratamento conservador



Procedimentos Cirúrgicos Não Recomendados

- **Evidências de qualidade convincentes para recomendação negativa**
 - **Artroplastia de disco**
 - Nenhuma diferença de artrodese (fusão)
 - Resultados insatisfatórios em caso de lombalgia inespecífica
 - **Estabilização dinâmica** (espaçadores dinâmicos ou estáticos)
 - Nenhuma evidência corrobora o uso na lombalgia crônica
 - **Eletroterapia intradiscal (IDET)**
 - Alívio da dor muito modesto
 - **Nucleoplastia**
 - Melhora na dor axial é menor do que 50%



Tratamento Invasivo/Cirúrgico para Lombalgia*

Procedimento	Detalhes
Estimulação da medula espinhal	<ul style="list-style-type: none">• Pode reduzir a dor em pacientes para o quais a cirurgia não teve sucesso
Injeção de esteróides epidural/facetária	<ul style="list-style-type: none">• SEM diferenças significativas no controle da lombalgia em 24 horas, 3–6 meses ou 1 ano pós-injeção• Sem diferenças significativas na incapacidade funcional média ou necessidade de cirurgia
Cirurgia da coluna Fusão <i>in situ</i> /instrumentação posterior/instrumentação anterior	<ul style="list-style-type: none">• SEM diferenças significativas em comparação com controle conservador mais exercícios de reabilitação.• Os procedimentos cirúrgicos aumentam o índice de fusão, mas NÃO melhoram os resultados clínicos• Os procedimentos cirúrgicos resultam em mais complicações

***O nível de evidências é moderado para todos os procedimentos listados**

Brox JI *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 2003; 28(17):1913-21; Chou R *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 2009 May 1;34(10):1066-77;

Manchikanti L *et al. Pain Physician* 2009; 12(4):699-802; Ramos-Remus CR *et al. Curr Med Res Opin* 2004; 20(5):691-8;

Savigny P *et al. Lombalgia: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009; Staal JB *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34(1):49-59;

Toward Optimized Practice. *Guidelines for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain*. Edmonton, AB: 2009.

Tratamiento Farmacológico

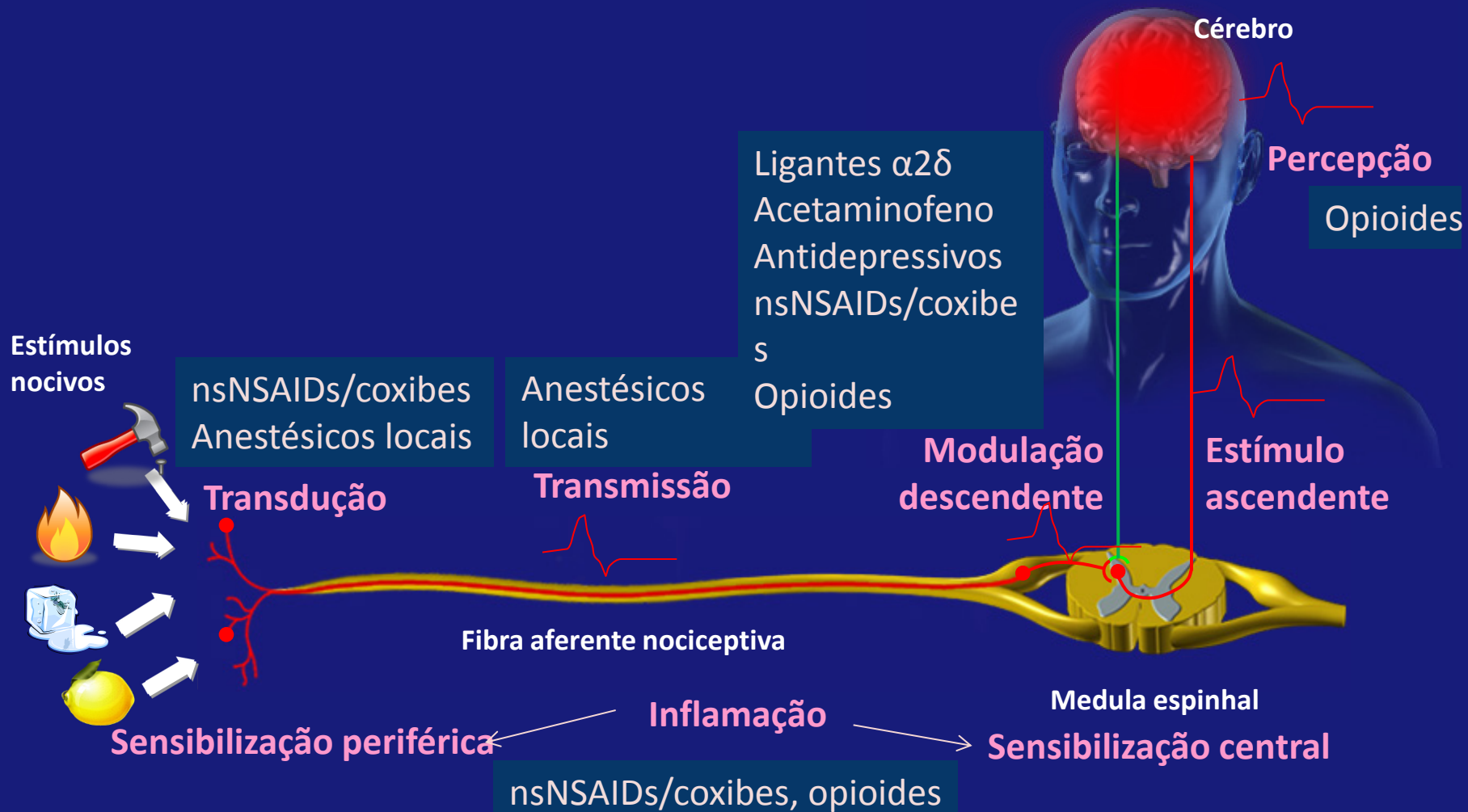




Farmacoterapia para Lombalgia

- O tratamento deve equilibrar as expectativas do paciente para alívio da dor e possível efeito analgésico da terapia
- Os pacientes devem ser educados sobre o medicamento, objetivos de tratamento e resultados esperados
- Fatores psicossociais e estresse emocional são preditores mais fortes da evolução do tratamento do que achados de exame físico ou duração e gravidade da dor

Tratamento Farmacológico com Base em Mecanismo da Dor Nociceptiva/Inflamatória



Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = antiinflamatório não esteroide não específico

Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7.

Acetaminofeno para o Controle da Lombalgia

Eficácia	Segurança	Mecanismo de Ação
<ul style="list-style-type: none">• Eficaz• Eficácia melhorada por meio da adição de nsNSAIDs ou coxibes	<ul style="list-style-type: none">• Perfil de segurança favorável e baixo custo• Pode causar dano hepático com doses maiores que 4 g/dia	<ul style="list-style-type: none">• Não está claro

Acetaminofeno é a opção de primeira linha na lombalgia aguda e crônica.

Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide não específico

Chou R *et al.* *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee C *et al.* *Arthritis Rheum* 2004; 51(5):746-54; Lee J *et al.* *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Mattia A, Coluzzi F. *Minerva Anesthesiol* 2009; 75(11):644-53; Watkins PB *et al.* *JAMA* 2006; 296(1):87-93.

nsNSAIDs/Coxibes para Controle da Lombalgia

Eficácia	Segurança	Mecanismo de Ação
<ul style="list-style-type: none">• Eficaz• Mais eficaz do que acetaminofeno isolado• Eficácia melhorada em combinação com acetaminofeno	<ul style="list-style-type: none">• Risco gastrointestinal• Risco cardiovascular• Risco renal	<ul style="list-style-type: none">• Bloqueia a ação da enzima COX-2, que é induzida por estímulos inflamatórios e resulta no aumento da produção de prostaglandinas• Coxibes inibem especificamente a COX-2, ao passo que nsNSAIDs bloqueiam a ação da enzima COX-2 e COX-1, que está envolvida na citoproteção gastrointestinal e atividade


Opção de primeira linha na lombalgia aguda e crônica.

CI = intervalo de confiança; coxibe = inibidor específico da COX-2;

nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide não seletivo; RR = risco relativo

Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Schnitzer TJ et al. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28(1):72-95;

van Tulder M et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000396; Vane JR, Botting RM. *Inflamm Res* 1995;44(1):1-10.



nsNSAIDs/Coxibes para Controle da Lombalgia

Recomendações Gerais

- Um nsNSAID ou coxibe pode ser indicado quando um anti-inflamatório analgésico é recomendado
- Considerar o risco individual de efeitos colaterais
 - Especialmente em adultos mais velhos e indivíduos com risco aumentado para efeitos colaterais
- Considerar a preferência dos pacientes



Recomendações para o Uso de nsNSAIDs e Coxibes

- Para indivíduos acima dos 45 anos de idade, nsNSAIDs e coxibes devem ser prescritos concomitantemente com um PPI

Coxib = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide não seletivo;

Savigny P et al. *Lombalgia: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain.*

National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009.

NSAIDs Comumente Usados para Controlar a Lombalgia

Medicamento	Dose oral	Dose Máxima diária
Derivados do ácido propiônico <ul style="list-style-type: none">IbuprofenoNaproxeno	<ul style="list-style-type: none">200–400 mg a cada 48 h250 mg 3 ou 4 vezes por dia	<ul style="list-style-type: none">3200 mg1250 mg
Derivados do ácido acético <ul style="list-style-type: none">SulindacoEtodolacoCetorolacoDiclofenaco	<ul style="list-style-type: none">150-200 mg a cada 12 h200–400 mg 3 ou 4 vezes/dia10 mg a cada 4–6 h50 mg a cada 8 h	<ul style="list-style-type: none">1000 mg40 mg (máximo de 5 dias)150 mg
Derivados do ácido enólico <ul style="list-style-type: none">PiroxicamMeloxicamNabumetona	<ul style="list-style-type: none">10–20 mg a cada 12 h7,5–15 mg/dia500–1000 mg a cada 12–24 h	<ul style="list-style-type: none">20 mg15 mg2000 mg
Coxibes <ul style="list-style-type: none">Celecoxibe	<ul style="list-style-type: none">100–200 mg a cada 12 ou 24 h	

Coxibe = inibidor específico da COX-2; NSAID = anti-inflamatório não esteroide

Miller SM. *Prim Care* 2012; 39(3):499-510.



Efeitos Adversos de nsNSAIDs/Coxibes

Todos os NSAIDs:

- Gastroenteropatia
 - Gastrite, sangramento, ulceração, perfuração
- Eventos trombóticos cardiovasculares
- Efeitos renovasculares
 - Redução do fluxo sanguíneo renal
 - Retenção de líquidos/edema
 - Hipertensão
- Hipersensibilidade

NSAIDs mediados pela Cox-1 (nsNSAIDs):

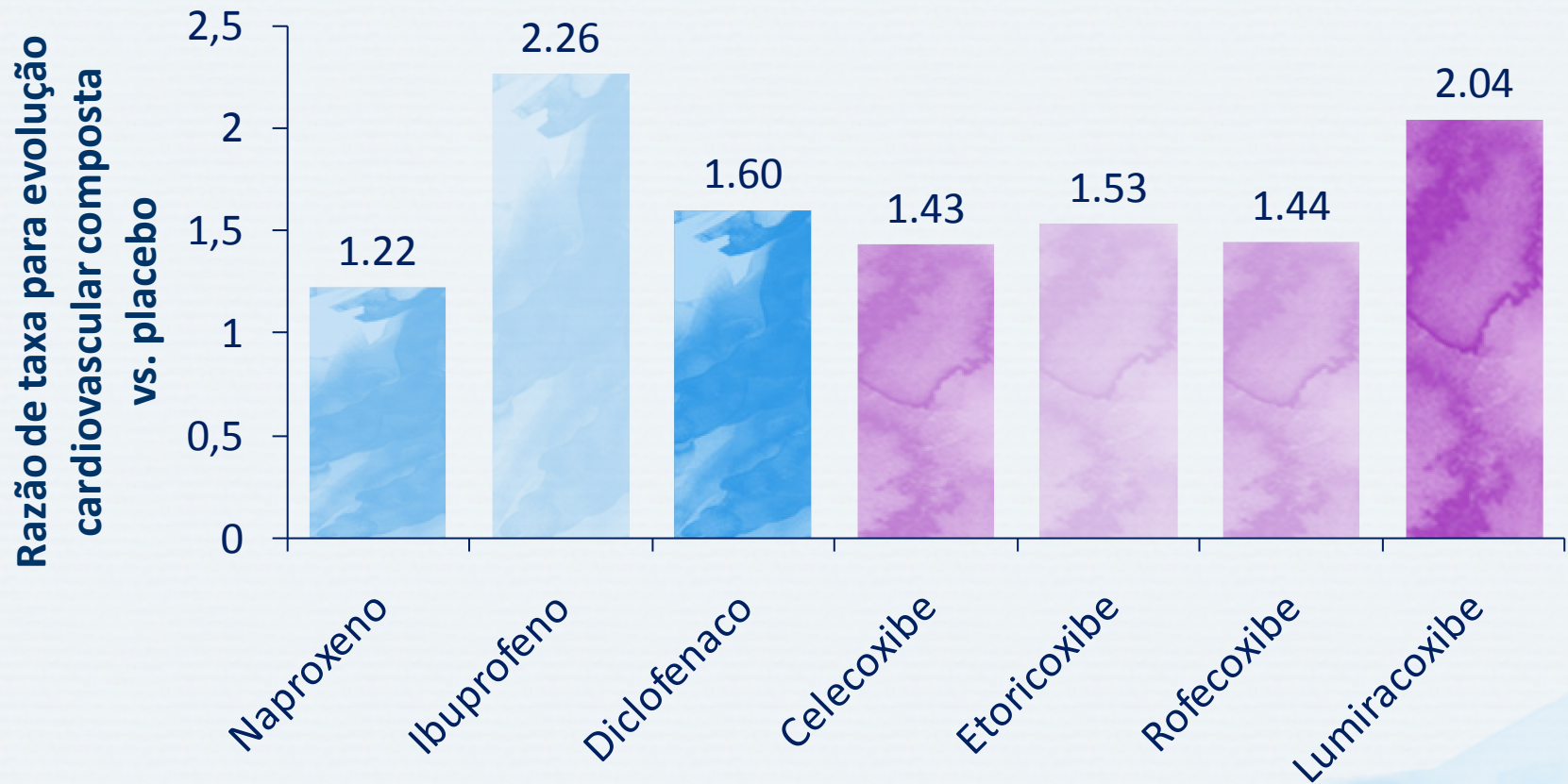
- Redução da agregação plaquetária

Coxibe = inibidor específico da COX-2; NSAID = anti-inflamatório não esteroide
nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide não seletivo

Clemett D, Goa KL. *Drugs* 2000; 59(4):957-80; Grosser T *et al.* In: Brunton L *et al* (eds.). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th ed. (online version). McGraw-Hill; New York, NY: 2010.



nsNSAIDs/Coxibes e Risco Cardiovascular



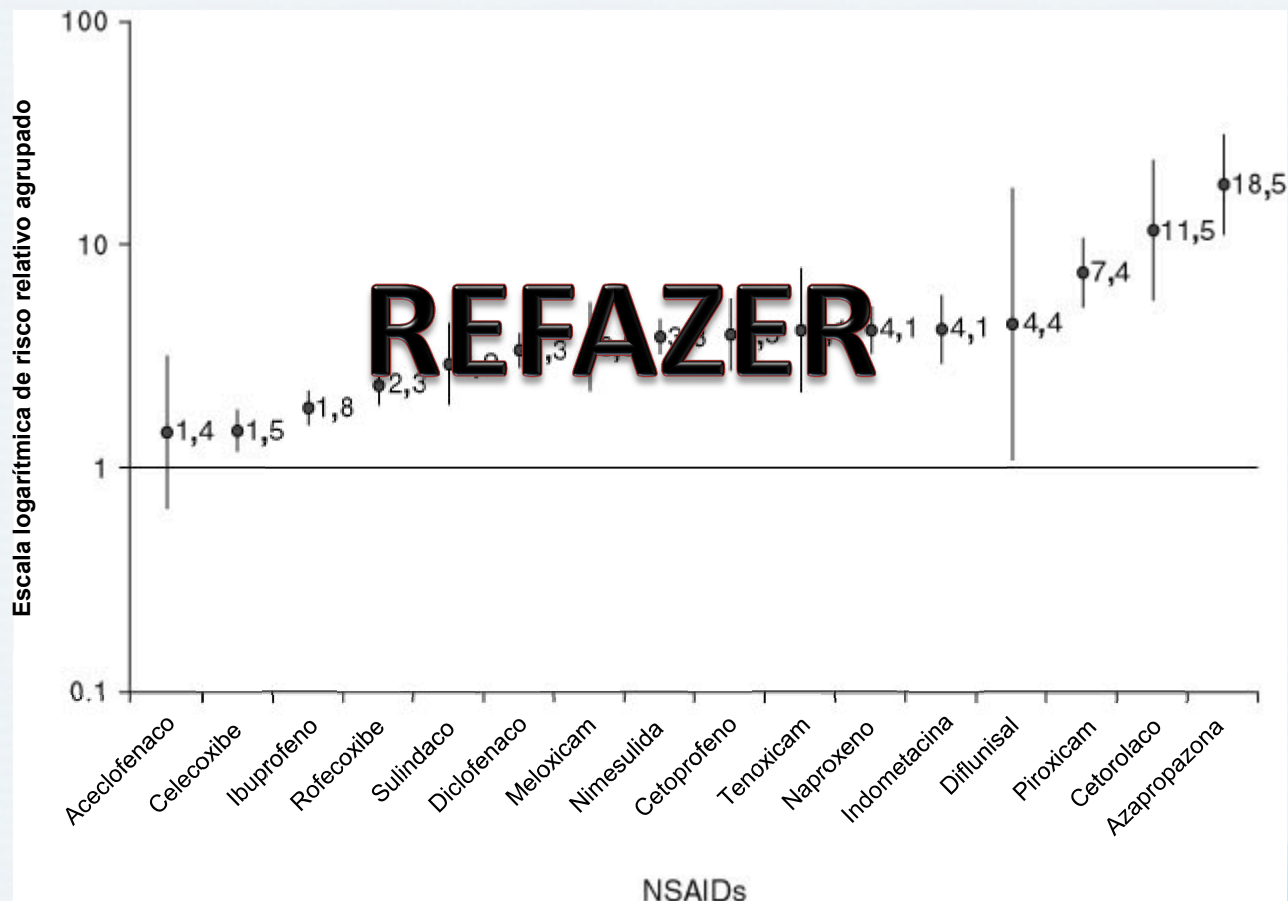
Composto inclui infarto do miocárdio não fatal, acidente vascular cerebral não fatal ou morte cardiovascular em comparação com placebo; gráfico baseado em metanálise de rede envolvendo 30 estudos e mais de 100.000 pacientes.

Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide não específico

Trelle S et al. *BMJ* 2011; 342:c7086.

Risco Gastrointestinal com nsNSAIDs/Coxibes?

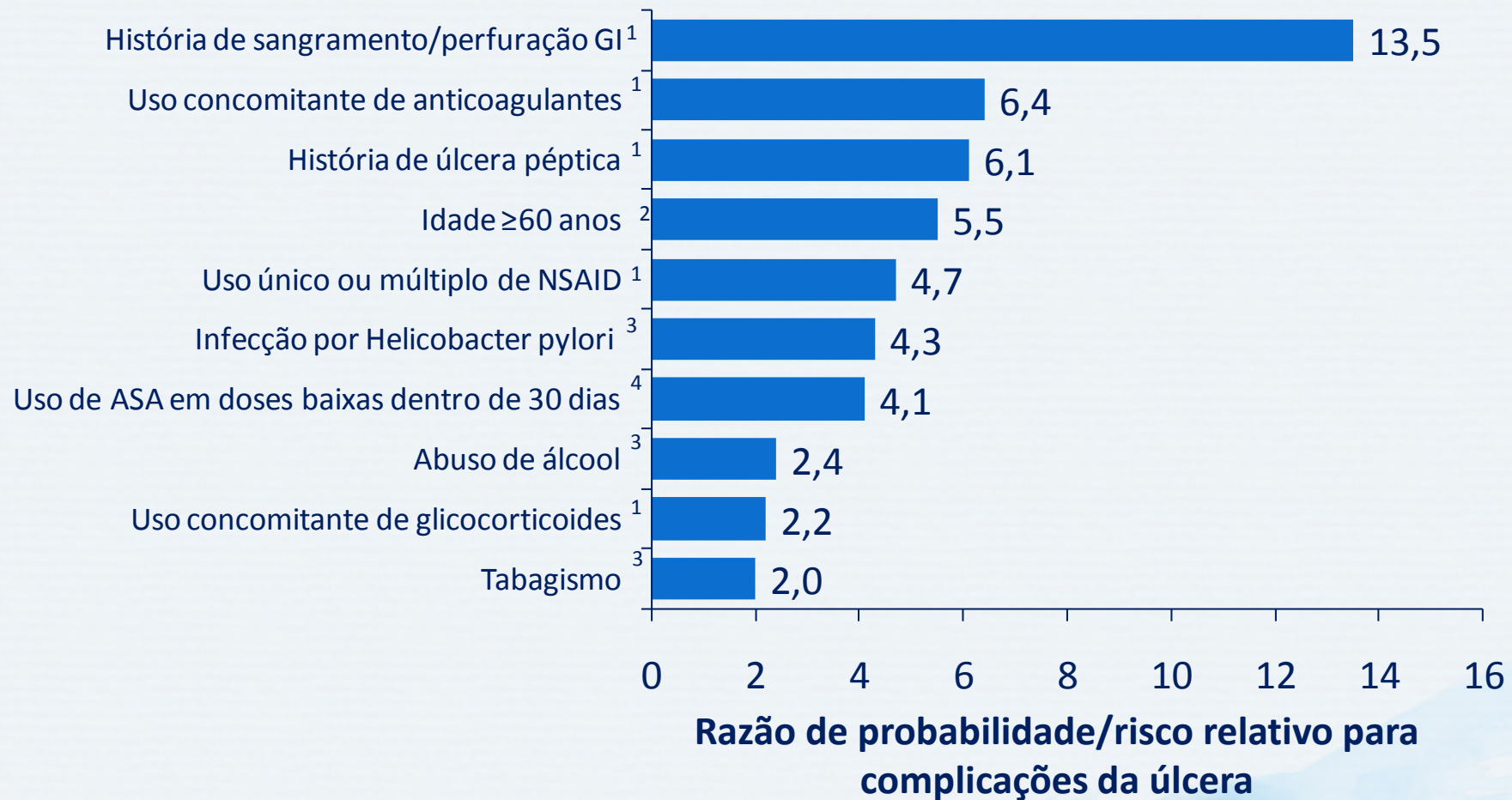
Riscos Relativos Agrupados e CIs de 95% de Complicações Gastrointestinais Superiores



CI = intervalo de confiança; coxibe = inibidor da COX-2; NSAID = anti-inflamatório não esteroide;
nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide não seletivo

Castellsague J et al. *Drug Saf* 2012; 35(12):1127-46.

Fatores de Risco para Complicações Gastrointestinais Associadas com nsNSAIDs/Coxibes



ASA = ácido acetilsalicílico; coxibe = inibidor específico da COX-2; GI = gastrointestinal; NSAID = anti-inflamatório não esteroide; nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide não seletivo; SSRI = inibidor seletivo da recaptação de serotonina

1. Garcia Rodriguez LA, Jick H. *Lancet* 1994; 343(8900):769-72; 2. Gabriel SE et al. *Ann Intern Med* 1991; 115(10):787-96;

3. Bardou M. Barkun AN. *Joint Bone Spine* 2010; 77(1):6-12; 4. Garcia Rodriguez LA, Hernández-Díaz S. *Arthritis Res* 2001; 3(2):98-101.



Efeitos Gastrointestinais de nsNSAIDs/Coxibes Além do Trato Gastrointestinal Superior

- As estratégias atuais aparentam ser semelhantemente eficazes na redução do risco para o trato gastrointestinal **superior**
 - **No entanto**, fortes evidências sugerem efeitos adversos gastrointestinais potencialmente relevantes clinicamente que não são limitado ao trato gastrointestinal superior
- Estudos sugerem que NSAIDs aumentam o risco de eventos clínicos gastrointestinais **inferiores***



*Gastrointestinal inferior significa distal ao ligamento de Treitz ou quarto segmento do duodeno

Coxibe = inibidor específico da COX-2; GI = gastrointestinal; nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide não seletivo

Ilison MC et al. *N Engl J Med* 1992; 327(11):749-54; Lanas A, Sopeña F. *Gastroenterol Clin N Am* 2009; 38(2):333-53; Fujimori S et al. *Gastro Endoscopy* 2009; 69(7):1339-46; Laine L et al. *Gastroenterology* 2003; 124(2):288-92; Chan FK et al. *N Engl J Med* 2002; 347(26):2104-10.



Diretrizes para o Uso de nsNSAIDs/Coxibes Com Base no Risco Gastrointestinal e uso de ASA

	Risco gastrointestinal	
	Não elevado	Elevado
Não recebendo ASA	nsNSAID isolado	Coxibe nsNSAID + PPI
Recebendo ASA	Coxibe + PPI nsNSAID + PPI	Coxibe + PPI nsNSAID + PPI

Opioides para o Controle da Lombalgia

Lombalgia grave aguda ou crônica por períodos curtos de tempo

Eficácia	Segurança	Mecanismo de Ação
<ul style="list-style-type: none">• Eficaz• Evidências insuficientes para recomendar um opioide ao invés de outro• Eficácia aumentada pela adição de acetaminofeno e/ou nsNSAIDs/coxibes	<ul style="list-style-type: none">• Diversos efeitos colaterais• Potencial para abuso ou vício	<ul style="list-style-type: none">• Alteram a atividade do sistema límbico• Modificam os aspectos sensoriais e afetivos da dor• Ativam vias descendentes que modulam a transmissão na medula espinhal• Afetam a transdução de estímulos dolorosos a impulsos nervosos

Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide não específico

Chou R et al. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26(5):1026-48; Chou R et al. *J Pain* 2009; 10(2):113-30;

Furlan AD et al. *CMAJ* 2006; 174(11):1589-94; Kalso E et al. *Pain* 2004; 112(3):372-80; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Martell BA et al. *Ann Intern Med* 2007; 146(2):116-27; Rauck RL et al. *J Opioid Manag* 2006; 2(3):155-66; Reisine T, Pasternak G. In: Hardman JG et al (eds). *Goodman and Gilman's: The Pharmacological Basics of Therapeutics*. 9th ed. McGraw-Hill; New York, NY: 1996; Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7; Trescot AM et al. *Opioid Pharmacol Pain Phys* 2008; 11(2 Suppl):S133-53.



Tramadol para o Controle da Lombalgia

- Analgésico opioide "atípico"
- Mecanismo de ação único
 - Vias noradrenérgicas e serotoninérgicas
 - O efeito do opioide depende da conversão para o metabólito ativo M1
- Afinidade de ligação fraca ao receptor opioide mu
- Estudos clínicos de eficácia na lombalgia



Efeitos Adversos dos Opioides

Sistema	Efeitos adversos
Gastrointestinal	Náusea, vômito, constipação
CNS	Comprometimento cognitivo, sedação, vertigens, tonturas
Respiratório	Depressão respiratória
Cardiovascular	Hipotensão ortostática, desmaios
Outros	Urticária, miose, sudorese, retenção urinária

CNS = sistema nervoso central

Moreland LW, St Clair EW. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25(1):153-91; Yaksh TL, Wallace MS. In: Brunton L *et al* (eds). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th ed. (online version). McGraw-Hill; New York, NY: 2010.



Diretrizes de Tratamento da APS e AAPM para Dor Não Oncológica: Recomendações para Médicos

- Estratificar os riscos ao selecionar pacientes para opiáceo em longo prazo
- Aconselhar os pacientes quanto aos riscos e benefícios do uso crônico de opioide
- Fornecer o esquema de tratamento da dor aos pacientes
- Considerar o uso inicial de terapia com opioide como um tratamento experimental
 - Individualizar a seleção, dosagem inicial e titulação
- **Exercitar cautela se a metadona for utilizada durante o período inicial e a titulação por causa de suas propriedades únicas**
- **Fornecer acompanhamento quanto à eficácia, efeitos adversos e possíveis desvios**
- **Pacientes com uma história de abuso de drogas ou problemas psiquiátricos devem ter monitoramento frequente e consulta com um especialista em saúde mental**

AAPM = *American Academy of Pain Medicine* [Academia Americana de Medicina da Dor]; APS = *American Pain Society* [Sociedade Americana de Dor];



Diretrizes de Tratamento da APS e AAPM para Dor Não Oncológica: Recomendações para Médicos (continuação)

- Reavaliar os riscos e os benefícios da terapia com opioides
- Considerar rotação se um paciente não obtiver eficácia adequada ou se os eventos adversos forem intoleráveis durante o período de titulação
- Antecipar e tratar os eventos adversos associados com opiáceos
- Incluir intervenções psicoterapêuticas interdisciplinares e terapias não opioides complementares
- Aconselhar os pacientes quanto a possível comprometimento cognitivo nas atividades diárias (por exemplo, dirigir)
- Ajudar os pacientes a encontrar uma instalação de cuidados médicos para os seus cuidados gerais
- Considerar terapia de resgate com opioide para dor incidental
- Aconselhar os pacientes quanto aos riscos e benefícios da terapia crônica com opioide

AAPM = American Academy of Pain Medicine; APS = American Pain Society;

Miller SM. *Prim Care* 2012; 39(3):499-510.



Ferramentas para Detecção de Riscos Associados com Opioides

Questionários de auto-relato do paciente para avaliar o risco de comportamento aberrante

- **SOAPP** (Screener and **O**pioid **A**ssessment for Patients with Pain [Selecionador e Avaliação de Opióide para Pacientes com Dor]) (Versão 1 e SOAPP Revisado)
- **CAGE-AID** (CAGE* **A**dapted to Include **D**rugs [Adaptado para Incluir Medicamentos])
- **SISAP** (Screening Instrument for **S**ubstance **A**buse **P**otential [Instrumento de Seleção para Potencial para Abuso de Substâncias])
- **ORT** (**O**pioid **R**isk **T**ool [Ferramenta de Risco de Opióides])

Questionário administrado por médico para avaliar riscos e benefícios

- **DIRE** (**D**iagnosis, **I**ntractability, **R**isk, **E**fficacy [Diagnóstico, Intratabilidade, Risco, Eficácia])

*O questionário CAGE compreende 4 questões simples para detectar o abuso de álcool: Você alguma vez: (1) sentiu a necessidade de reduzir seu consumo de álcool; (2) sentiu irritado com as críticas ao seu consumo de álcool; (3) teve sentimento de culpa com relação a seu consumo de álcool; e (4) tomou uma dose de álcool pela manhã?

Chou R et al. *J Pain* 2009; 10(2):113-30; Gardner-Nix J. *CMAJ* 2003; 169(1): 38-43; O'Brien CP. *JAMA* 2008; 300(17):2054-6.



Recomendações para o Uso de Opioides

Consulta clínica	Resumo das evidências
Seleção relevante a partir das diretrizes de opioides	<ul style="list-style-type: none">• As evidências mostram que o tapentadol e o sistema de buprenorfina transdérmica são clinicamente eficazes• As diretrizes atuais de opioides recomendam o uso de opioides fracos e fortes levando em consideração as preferências e os requisitos dos pacientes...



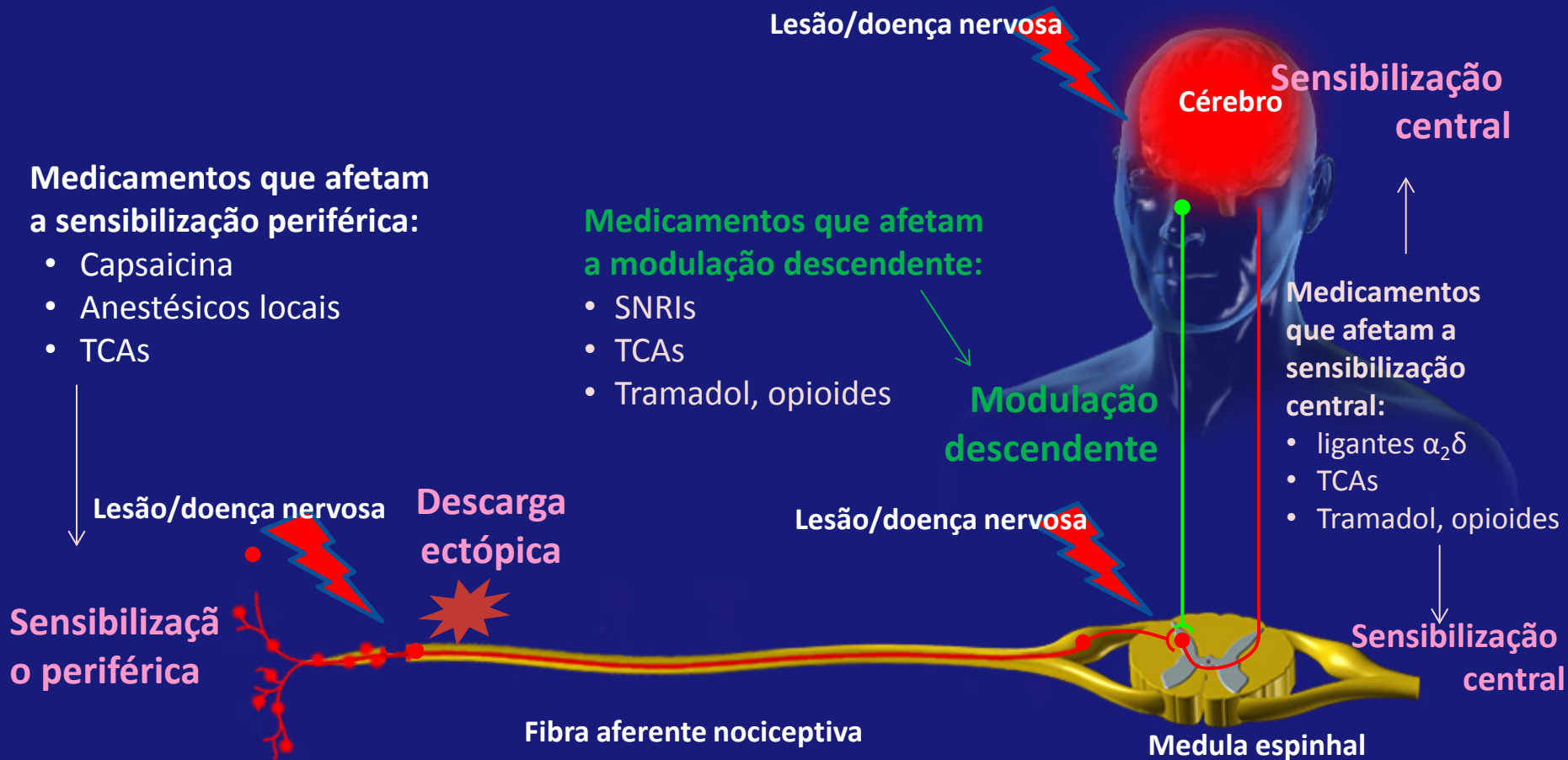
Relaxantes Musculares para o Controle da Lombalgia

- Grupo diverso de medicamentos
- Mecanismos de ação não esclarecidos
- O uso é controverso, principalmente em decorrência de efeitos colaterais e potencial para abuso e dependência
- As diretrizes não recomendam universalmente o uso de relaxantes musculares no controle da lombalgia
- Proporcionam alívio de curto prazo da lombalgia
 - Sem diferenças na eficácia e segurança
 - Pouquíssimos estudos de curto prazo
- Nenhuma evidência corrobora o uso em longo prazo ou recomenda um ao invés de outro

Relaxantes Musculares

Classificação	Medicamento	Comentários
Antiespástico	<ul style="list-style-type: none">• Baclofeno• Tizanidina• Dantroleno• Diazepam	<ul style="list-style-type: none">• Indicado na espasticidade associada à lesão do sistema nervoso central• Não recomendado para o controle da lombalgia
Antiespasmódico	<ul style="list-style-type: none">• Ciclobenzaprina• Metocarbamol• Carisoprodol• Metaxalona	

Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática com Base em Mecanismos



SNRI = inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina; TCA = antidepressivo tricíclico

Adaptado de: Attal N *et al.* *Eur J Neurol* 2010; 17(9):1113-e88; Beydoun A, Backonja MM. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25(5 Suppl):S18-30; Jarvis MF, Boyce-Rustay JM. *Curr Pharm Des* 2009; 15(15):1711-6; Gilron I *et al.* *CMAJ* 2006; 175(3):265-75; Moisset X, Bouhassira D. *NeuroImage* 2007; 37(Suppl 1):S80-8; Morlion B. *Curr Med Res Opin* 2011; 27(1):11-33; Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7.

Ligantes $\alpha_2\delta$ * para o Controle da Lombalgia

Úteis em combinação com outros tratamentos para lombalgia com um componente neuropático

Eficácia	Segurança	Mecanismo de Ação
<ul style="list-style-type: none">A combinação de pregabalina + coxibe é mais eficaz do que qualquer um dos medicamentos usado isoladamente para o tratamento da lombalgia	<ul style="list-style-type: none">Os efeitos colaterais mais comuns são tontura e sonolência	<ul style="list-style-type: none">Ligam-se a subunidade $\alpha_2\delta$ do canal de cálcio, que é regulada ascendentemente na dor neuropáticaA ligação reduz a liberação de neurotransmissores e a sensibilização à dor

*Gabapentina e pregabalina são ligantes $\alpha_2\delta$

Coxibe = inibidor específico da COX-2

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8; Bauer CS et al. *J Neurosci* 2009; 29(13):4076-88;

Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Romanó C et al. *J Orthop Traumatol* 2009; 10(4):185.

Antidepressivos para o Controle da Lombalgia

Úteis em combinação com outros tratamentos para lombalgia com um componente neuropático

Eficácia	Segurança	Mecanismo de Ação
<ul style="list-style-type: none">• Não recomendados para lombalgia aguda inespecífica• Podem ser considerados para lombalgia com um componente neuropático	<ul style="list-style-type: none">• TCAs podem causar distúrbios cognitivos, confusão, distúrbios da marcha e quedas• SNRIs são contraindicados em disfunção hepática grave ou hipertensão arterial instável	<ul style="list-style-type: none">• Inibição da recaptção de serotonina e noradrenalina, aprimorando a modulação descendente

TCA = antidepressivo tricíclico; SNRI = inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-2; Skljarevski V et al. *Eur J Neurol* 2009; 16(9):1041-8; Verdu B et al. *Drugs* 2008; 68(18):2611-32.



Intervenção Analgésica para o Controle da Lombalgia

Bloqueio epidural com esteroides (evidências de alta qualidade)

- Alternativa razoável à cirurgia
- Recomendado apenas para radiculopatia
- A via transforaminal é preferida
- Sempre guiado por imagem
- Use esteroides de pequenas partículas
 - 4 mg de dexametasona são suficientes



Intervenção Analgésica para o Controle da Lombalgia (continuação)

Bloqueio facetário (evidências de qualidade moderada)

- Muitos resultados positivos falsos
- Efeito placebo significativo
- Pelo menos 2 bloqueios devem ser realizados antes que uma forma mais avançada de terapia seja recomendada
- O ramo pericapsular ou medial são igualmente eficazes

Lise por radiofrequência (evidências de baixa qualidade)

- Raiz e faceta
 - Alívio mais prolongado
 - Ineficaz para síndrome da falha da cirurgia da coluna



Terapia de Combinação para Controle da Lombalgia

- Tipo de terapia usado por muitos médicos
- Relaxantes musculares + analgésicos ou NSAID
- Opioides + NSAID
- Evidências insuficientes para corroborar uma recomendação sobre a sua utilização na lombalgia

NSAID = anti-inflamatório não esteroide

Chou R *et al. Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Jamison RN *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 1998; 23(23):2591-600
van Tulder MW *et al. Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000396.

Terapias Não Recomendadas para Lombalgia

ASA	Bendodiazepínicos	Corticosteroides Sistêmicos
<ul style="list-style-type: none">Evidências insuficientes para permitir a recomendação de seu uso como um analgésico em pacientes com lombalgia	<ul style="list-style-type: none">Risco de abuso, vício e tolerância	<ul style="list-style-type: none">Oral ou parenteralNão é mais eficaz que placebo

ASA = ácido acetilsalicílico

Arbus L *et al. Clin Trials J* 1990; 27:258-67; Chou R *et al. Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Derry S *et al. BMJ* 2000; 321(7270):1183-7; Evans DP *et al. Curr Med Res Opin* 1980; 6(8):540-7; Finckh A *et al. Spine (Phila PA 1976)*. 2006; 31(4):377-81; Friedman BW *et al. J Emerg Med* 2006; 31(4):365-70; Haimovic IC, Beresford HR. *Neurology* 1986; 36(12):1593-4; Medina Santillán R *et al. Proc West Pharmacol Soc* 2000; 43:69-70.

Tratamento Farmacológico da Lombalgia

Medicamento	Detalhes	Nível de evidência
nsNSAIDs	<ul style="list-style-type: none">• Pode reduzir a dor na lombalgia crônica	Moderado
Coxibes	<ul style="list-style-type: none">• Analgesia superior vs. nsNSAIDs• Redução do consumo da terapia concomitante	Moderado
Bendodiazepínicos	<ul style="list-style-type: none">• Podem reduzir a dor no curto prazo na lombalgia inespecífica• O risco de efeitos adversos não está claro	Moderado
Acetaminofeno	<ul style="list-style-type: none">• Podem reduzir a dor no curto prazo na lombalgia inespecífica• O risco de efeitos adversos não está claro	Baixo

Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide não seletivo

Chou R *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34(10):1066-77; Manchikanti L *et al. Pain Physician* 2009; 12(4):699-802;

Ramos-Remus CR *et al. Curr Med Res Opin* 2004; 20(5):691-8; Romanò CL *et al. J Orthop Traumatol* 2009; 10(4):185-91;

Sakamoto C, Soen S. *Digestion* 2011; 83(1-2):108-23; Savigny P *et al. Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009;

Toward Optimized Practice. *Guidelines for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain*. Edmonton, AB: 2009.

Tratamento Farmacológico da Lombalgia (continuação)

Medicamento	Detalhes	Nível de evidência
Relaxantes musculares não benzodiazepínicos	<ul style="list-style-type: none">• Sem dados claros quanto à eficácia na lombalgia inespecífica• O risco de efeitos adversos não está claro	Baixo
Neuromoduladores (por exemplo, pregabalina)	<ul style="list-style-type: none">• Em combinação com um coxibe, podem reduzir a gravidade da lombalgia dentro de 4 semanas	Baixo
Antidepressivos (duloxetina)	<ul style="list-style-type: none">• Podem melhorar a lombalgia crônica mas a extensão do benefício não está clara	Moderado
TCAs	<ul style="list-style-type: none">• Reduzem a dor na lombalgia inespecífica	Moderado
Opioides	<ul style="list-style-type: none">• Podem ter eficácia de curto prazo na lombalgia	Moderado
Opioides	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de dados de longo prazo	Baixo
Glucosamina	<ul style="list-style-type: none">• Não reduz a lombalgia decorrente de osteoartrite lombar em 6 meses ou 1 ano	1A suficiente

Coxib = inibidor específico da COX-2; TCA = antidepressivo tricíclico

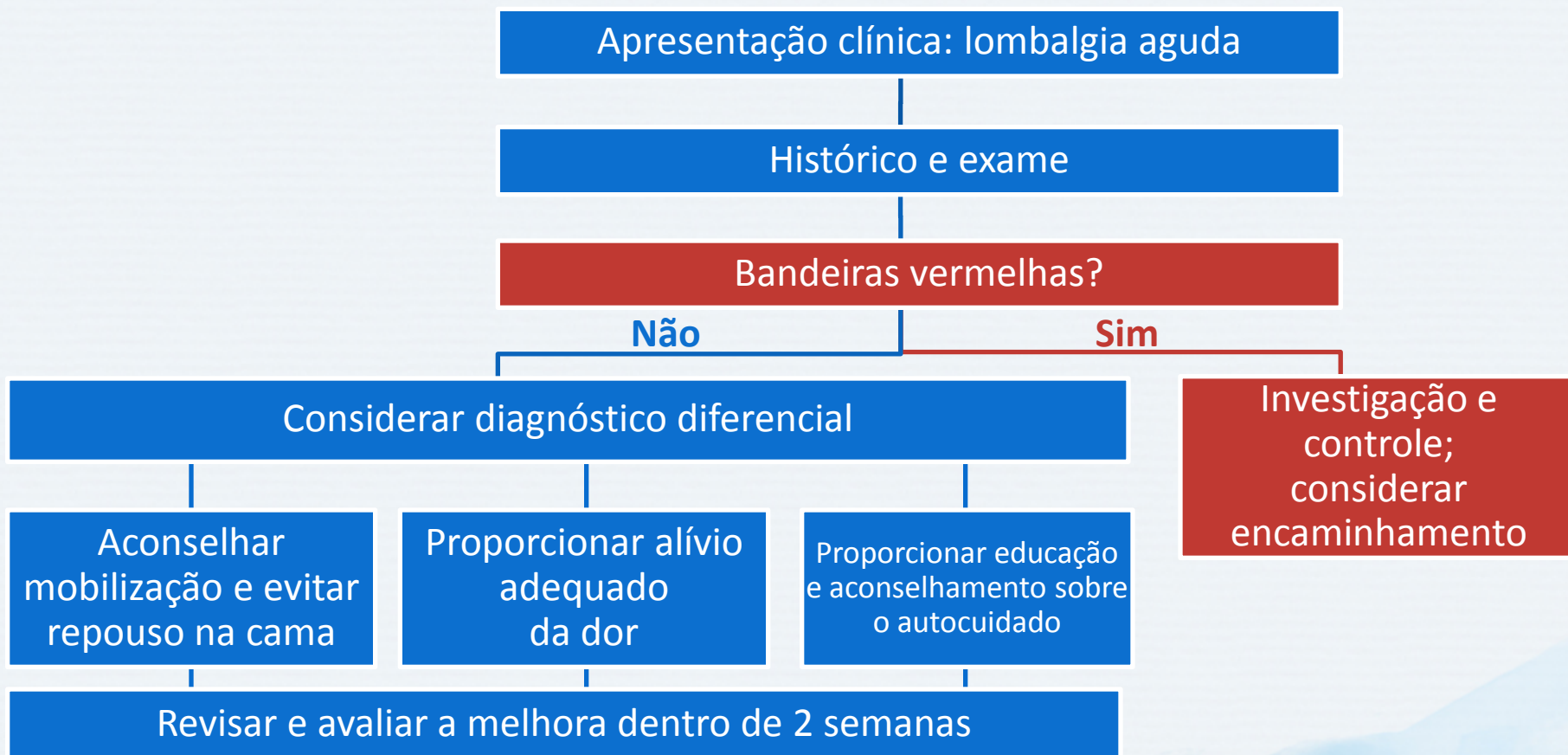
Chou R *et al. Spine (Phila Pa 1976)* 2009; 34(10):1066-77; Manchikanti L *et al. Pain Physician* 2009; 12(4):699-802;

Ramos-Remus CR *et al. Curr Med Res Opin* 2004; 20(5):691-8; Romanò CL *et al. J Orthop Traumatol* 2009; 10(4):185-91;

Sakamoto C, Soen S. *Digestion* 2011; 83(1-2):108-23; Savigny P *et al. Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009;

Toward Optimized Practice. *Guidelines for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain*. Edmonton, AB: 2009.

Controle da Lombalgia Aguda



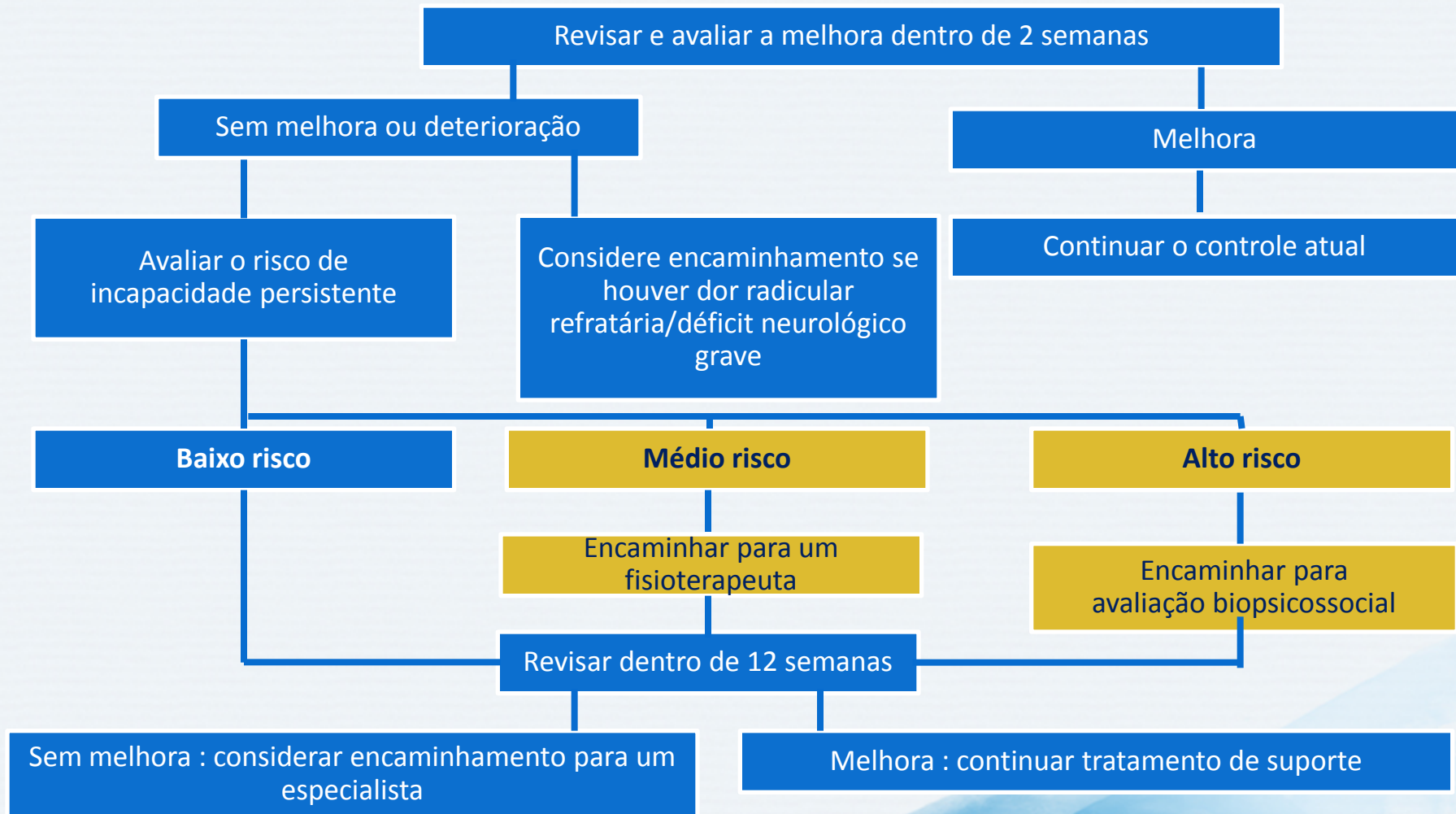
Recomendações para Acompanhamento de Pacientes com Lombalgia Aguda

População de Pacientes	Frequência de Acompanhamento
Todos	<ul style="list-style-type: none">• 2 semanas após a visita inicial• Opções de acompanhamento: telefone, e-mail ou visita• Acompanhamento adicional é indicado
Pacientes considerados em alto risco para dor crônica*	<ul style="list-style-type: none">• Visitas mais precoces e frequentes podem ser apropriadas
Pacientes mais velhos ou pacientes com: <ul style="list-style-type: none">• Progressão de sintomas ou falta de melhora significativa• Dor grave ou déficit funcional• Sinais de doença da raiz nervosa ou estenose espinal lombar	<ul style="list-style-type: none">• Reavaliação mais cedo e mais frequente pode ser apropriada
Pacientes encaminhados para manipulação da coluna vertebral, acupuntura ou massagem	<ul style="list-style-type: none">• Após 4 visitas, encaminhar o paciente para um especialista para determinar se a funcionalidade melhorou

***Vide bandeiras amarelas; também pode querer considerar populações em risco se a dor persistir na presença de tratamento adequado: crianças e adolescentes, mulheres <30 anos, homens >60 anos, pacientes com comorbidades específicas (por exemplo, diabetes) e pacientes imunocomprometidos ou imunodeprimidos**

Ochoa G. In: Díaz Barriga JS, Gamarra AI (eds). *Libro Dolor Musculoesquelético*. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, ACED; Bogotá, Colombia: 2010; Savigny P et al. *Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009.

Acompanhamento de Pacientes com Lombalgia Aguda



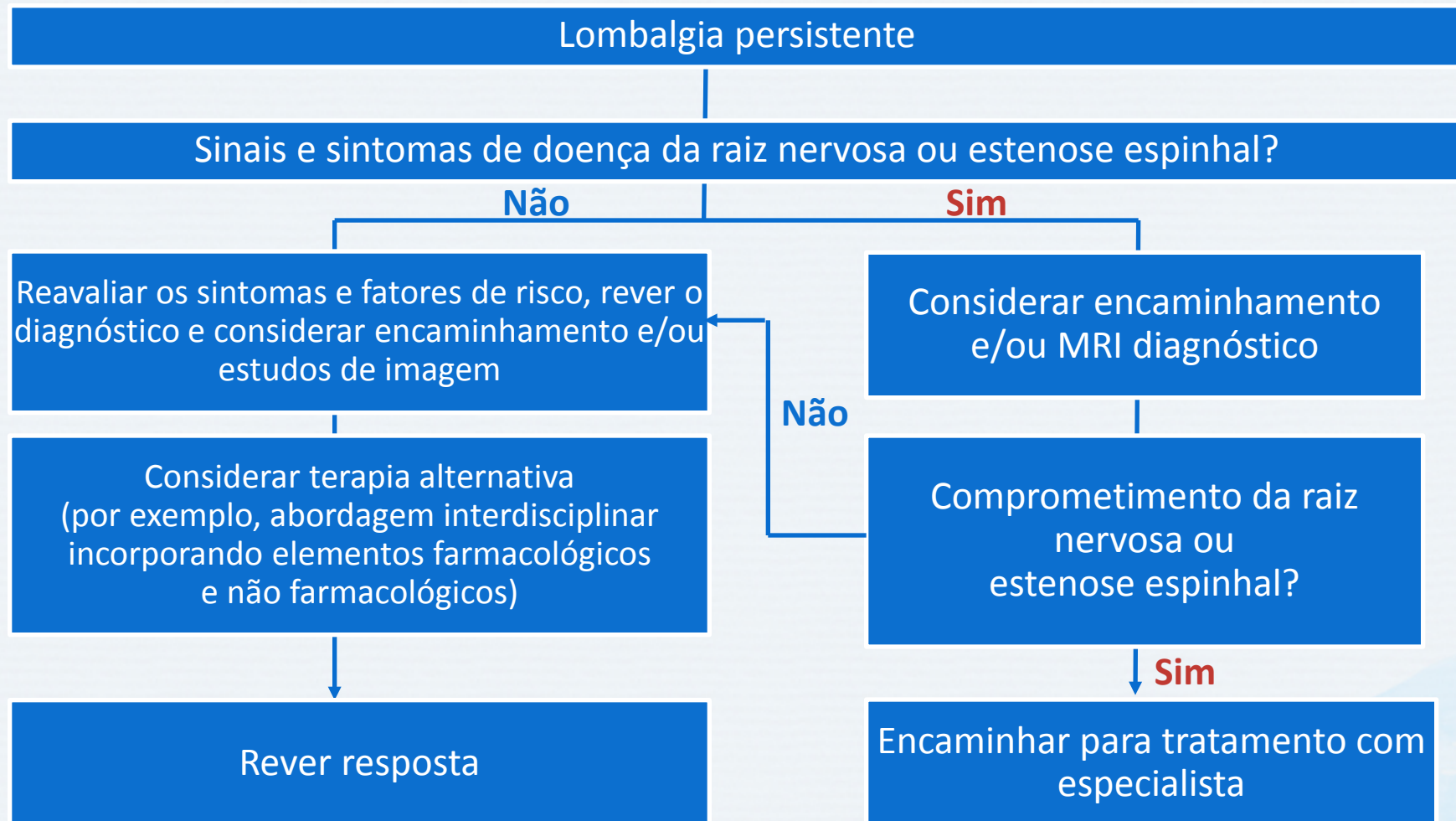
Principais Recomendações para o Controle da Lombalgia Aguda

Nível A (Evidências Consistentes)	Nível B (Evidências Inconsistentes)	Nível C (Consenso)
<ul style="list-style-type: none">• O repouso não é recomendado• nsNSAIDs/coxibes, acetaminofeno e relaxantes musculares são tratamento eficazes para lombalgia inespecífica	<ul style="list-style-type: none">• A educação dos pacientes é benéfica• A estabilização da espinha pode reduzir a recorrência e a necessidade de serviços de saúde• Técnicas de manipulação da coluna vertebral e quiropráticas não são recomendadas	<ul style="list-style-type: none">• Bandeiras vermelhas são comuns, mas não indicam necessariamente uma patologia séria• Exames de imagem não são indicados sem achados sugestivos de patologia séria

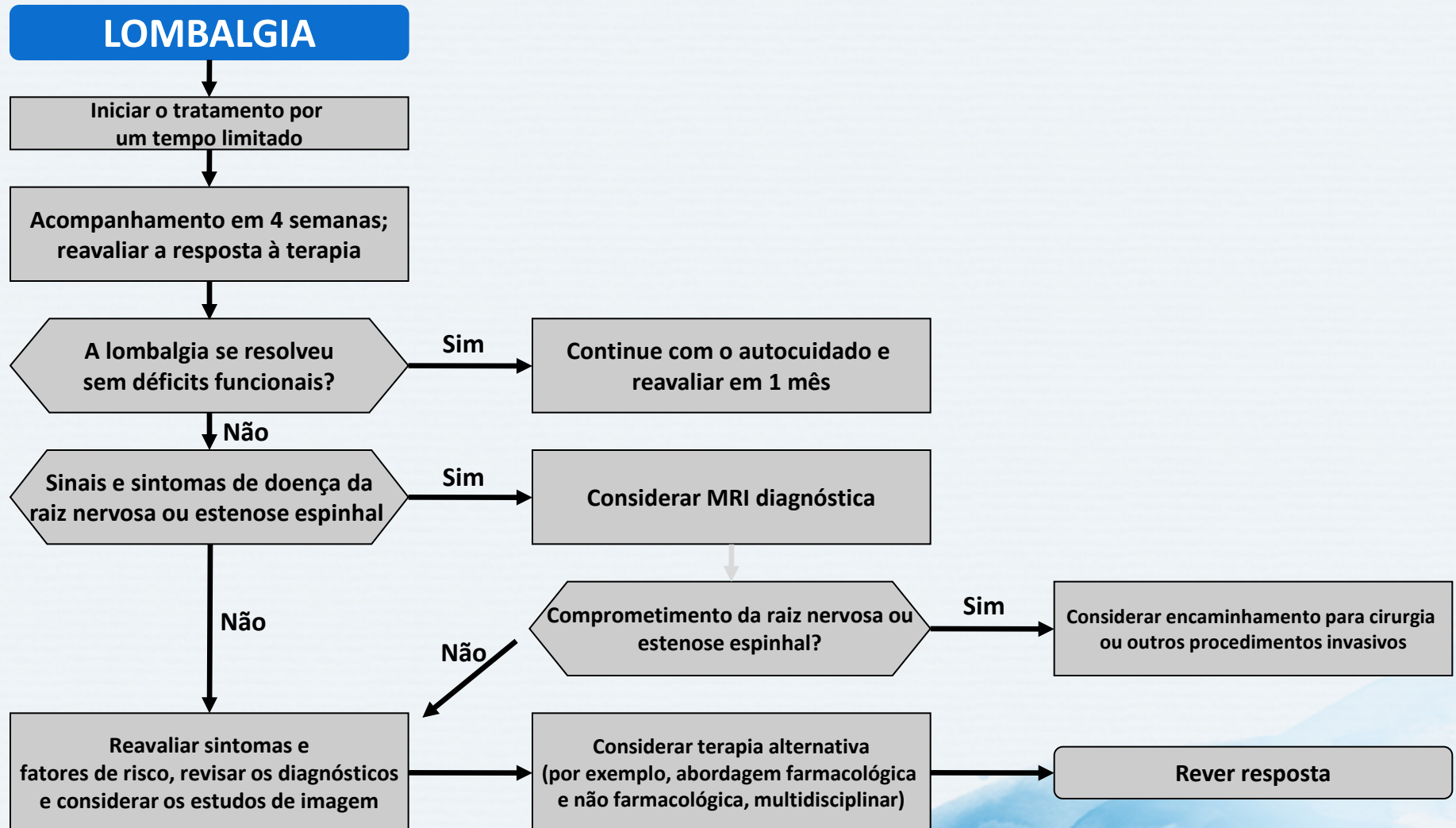
Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide

Casazza BA. *Am Fam Physician* 2012; 85(4):343-50.

Controle da Lombalgia Persistente*



Controle da Lombalgia Aguda*



*American College of Physicians e a American Pain Society; MRI = magnetic resonance imaging

Adaptado de: Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):478-91.

Intervenções Recomendadas para o Controle da Lombalgia*

Tratamento recomendado	Detalhes	Duração da dor	
		Aguda (<4 semanas)	Subaguda ou crônica (≥4 semanas)
Autocuidado	<ul style="list-style-type: none">• Aconselhar os pacientes a permanecerem ativos• Fornecer livros ou panfletos sobre cuidados das costas aos pacientes• Aconselhar os pacientes a aplicar calor	+	+
Farmacológico		+	+
Não farmacológico		+	+

Intervenções Recomendadas para o Controle da Lombalgia*

Tratamento farmacológico	Duração da dor	
	Aguda (<4 semanas)	Subaguda ou crônica (>4 semanas)
Acetaminofeno	+	+
NSAIDs	+	+
Relaxantes musculares	+	
TCA's		+
Bendodiazepínicos	+	+
Tramadol, opioides	+	+

*American College of Physicians e a American Pain Society

NSAID = anti-inflamatório não esteroide; TCA = antidepressivo tricíclico

Adaptado de: Chou R *et al.* *Ann Intern Med* 2007; 147(7):478-91.

Intervenções Recomendadas para o Controle da Lombalgia*

Tratamentos não farmacológicos	Duração da dor	
	Aguda (<4 semanas)	Subaguda ou crônica (>4 semanas)
Manipulação da coluna vertebral	+	+
Terapia com exercícios		+
Massagem		+
Acupuntura		+
loga		+
Terapia cognitivo-comportamental		+
Relaxamento progressivo		+
Reabilitação interdisciplinar intensiva		+

*American College of Physicians e a American Pain Society

Adaptado de: Chou R *Ann Intern Med* 2007; 147(7):478-91.



Acompanhamento/Monitoramento de Pacientes com Lombalgia Aguda ou Crônica

População de pacientes	Frequência de acompanhamento
Estável	Conforme necessário
Dor flutuante	Periodicamente
Recebendo tratamento farmacológico	Periodicamente

Recomendações Terapêuticas para o Controle da Lombalgia

	Lombalgia Inespecífica	Dor Radicular
Aguda	<ul style="list-style-type: none">• Acetaminofeno• nsNSAIDs/coxibes<ul style="list-style-type: none">• Prescrever concomitantemente PPI para pacientes >45 anos de idade• Opioides fracos• Relaxantes musculares	<p>Se a dor radicular for proeminente considerar a adição de:</p> <ul style="list-style-type: none">• ligantes $\alpha^2\delta$• TCAs
Crônica	<p>Encaminhar para especialista para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terapia cognitivo-comportamental• Controle farmacológico complexo, incluindo opioides e medicamentos para dor neuropática• Considerar terapias de dor intervencionistas• Considerar cirurgia	

Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = anti-inflamatório não esteroide não seletivo;

PPI = inibidor da bomba de prótons; TCA = antidepressivo tricíclico

Adaptado de: Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20.

Aderência



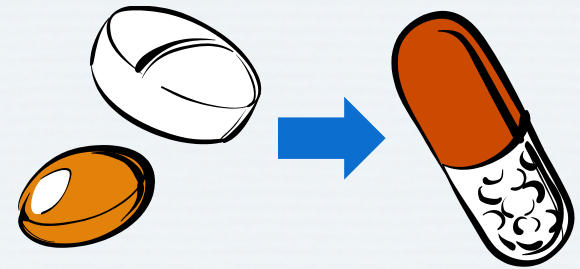


Estratégias para Melhorar a Aderência

- **S**implificar o regime
- Transm**I**tir conhecimentos
- **M**odificar as crenças do paciente e o comportamento humano
- **P**roporcionar comunicação e confiança
- **L**argar o preconceito
- Avaliar a ad**E**rência

Simplificando o Regime de Medicamentos

- Se possível, ajuste o regime para minimizar:
 - O número de comprimidos administrados
 - O número de doses por dia
 - Requisitos especiais (por exemplo, administração ao deitar, evitar administrar o medicamento com alimentos etc.)




- Recomende que todos os medicamentos sejam administrados na mesma hora do dia (se possível)
- Vincule a administração de medicamentos a atividades diárias, tais como escovar os dentes ou comer
- Incentive o uso de auxílios de aderência, tais como organizadores de medicamentos e alarmes



Transmitindo Conhecimentos

- Forneça instruções claras e concisas (por escrito e verbais) para cada prescrição
- Certifique-se de fornecer as informações em um nível que o paciente possa compreender
- Envolver membros da família, se possível
- Forneça folhetos e/ou *websites* confiáveis para que os pacientes acessem informações sobre sua condição
- Forneça conselhos concretos sobre como lidar com os custos de medicamentos



Modificando as Crenças e Comportamentos do Paciente: Técnica de Entrevista Motivacional

Técnicas

- Expresse empatia
- Desenvolva discrepância
- Lide com a resistência
- Apoie a autoeficácia

Exemplos

- "É normal se preocupar com os efeitos colaterais dos medicamentos"
- "Você obviamente se importa com a sua saúde, como você acha que não tomar os comprimidos a está afetando?"
- "Eu entendo que você tem várias outras coisas com que se preocupar além de tomar os comprimidos"
- "Parece que você fez esforços impressionantes para conseguir colocar seu novo medicamento na sua rotina diária"

Proporcionando Comunicação e Confiança: Dicas de Comunicação

- Seja um ouvinte ativo
 - Foque no paciente
 - Acene com a cabeça e sorria para demonstrar que compreende
- Faça contato visual



- Esteja consciente de sua própria linguagem corporal
 - Encare o paciente
 - Mantenha os braços descruzados
 - Tire as mãos dos bolsos
- Reconheça e interprete sinais não verbais



Largando o Preconceito

Reconheça
preconceitos



Aprenda mais sobre como pouco conhecimento sobre saúde pode afetar as evoluções dos pacientes



Pergunte especificamente sobre atitudes, crenças e normas culturais com relação a medicamentos



Adapte a comunicação às crenças e ao nível de compreensão do paciente



Avaliando a Aderência: Uma Estratégia de 4 Etapas para Detectar a Não Aderência

1

Faça uma pergunta aberta sobre a administração de medicamentos



2

Normalize e universalize a não aderência para reverter o ambiente de julgamento



3

Explicite o papel das informações precisas quanto a aderência na tomada de decisão médica



4

Não pergunte sobre o “esquecimento” ou “omissão” de doses até que as 3 primeiras etapas tenham criado as condições

Resumo





Controle da Lombalgia Aguda: Resumo

- Uma abordagem interdisciplinar deve ser usada para abordar a dor
 - Incluir educação de pacientes e terapias não farmacológicas
- Pacientes com lombalgia aguda devem retornar às atividades imediatamente e gradualmente
 - O repouso não é recomendado
- Exercícios supervisionados e terapia cognitivo-comportamental podem ser úteis para lombalgia crônica
- A farmacoterapia para lombalgia aguda pode incluir acetaminofeno, nsNSAIDs/coxibes, opioides fracos e/ou relaxantes musculares
 - A adição de ligantes $\alpha_2\delta$ ou TCAs deve ser considerada se dor radicular estiver presente
- Pacientes com lombalgia de maior duração devem ser avaliados quanto a dor neuropática e sensibilização central/dor disfuncional
 - Estes pacientes podem exigir encaminhamento a um especialista