

Protocolo clínico e de regulação para lombalgia

*Helton Luiz Aparecido Defino**, *Carlos Fernando Pereira da Silva Herrero***

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A lombalgia por definição é a manifestação de dor, espasmo muscular ou rigidez localizada abaixo da margem costal e acima da prega glútea inferior, associada ou não à irradiação para o membro inferior (1;2). A lombalgia é apenas um sintoma, e pode ser a manifestação clínica de diferentes doenças localizadas na coluna vertebral ou outros órgãos (rins/ureteres, pâncreas, duodeno).

A dor lombar representa a segunda causa de consulta na atenção básica e é a principal causa de afastamento das atividades profissionais por períodos longos (> 2 semanas) em muitos países, e a segunda causa de afastamento das atividades profissionais por curto período de tempo (3;4).

Cerca de 77-85% das pessoas apresentam dor lombar durante a vida, enquanto que apenas metade dessas pessoas apresenta dor irradiada para os membros inferiores e apenas 3-5% dor ciática(5;6). A prevalência anual da dor lombar varia de 12-20% nos Estados Unidos da América e 25-45% na Europa (6).

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A dor lombar pode ser a manifestação de diferentes doenças, localizadas na coluna vertebral ou em outros órgãos. O diagnóstico diferencial da dor lombar apresenta um amplo espectro e em cerca de 85-90% dos

* Professor Titular do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – Ribeirão Preto, SP.

** Médico Assistente do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP – Ribeirão Preto, SP.

pacientes não é possível a identificação da etiologia, sendo o problema denominado de **doença não específica da coluna vertebral** (6;7).

A **dor axial** lombar tem sido dividida em três categorias de acordo com a sua localização, fatores de agravamento e natureza:

- **Axial ou mecânica** – restrita a região lombar e os sintomas aumentam de intensidade com o movimento ou determinadas posições.
- **Referida** – de intensidade variável, origina na região lombar e irradia para a região inguinal, nádegas ou coxa.
- **Radicular** – irradia para o membro inferior é associada à fraqueza muscular e a alterações da sensibilidade. Esse tipo de dor é ocasionado pela lesão no nervo espinhal e suas principais causas são a hérnia discal e a estenose foraminal.

A história natural da lombalgia é usualmente favorável, com a probabilidade de 90% de recuperação dentro de 6 semanas. As estatísticas mostram que quanto maior o período de lombalgia menor as chances de recuperação e retorno ao trabalho. Uma vez que o paciente esteja afastado do trabalho por 6 meses devido a lombalgia, a chance de retornar ao emprego é de 50%, e quando afastado por 2 anos ou tenha perdido o emprego, terá grande dificuldade de voltar a trabalhar (6;7).

A semiologia do paciente com queixa de dor lombar deve seguir as orientações clássicas e já consagradas da semiologia médica, pois a anamnese e o exame físico ainda são a base para a elaboração e orientação do diagnóstico e tratamento, apesar do grande progresso ocorrido na área do diagnóstico por meio de imagens.

Em raras situações a dor lombar está associada à doença grave da coluna vertebral ou outros órgãos, e existem sinais e sintomas que indicam essas situações e devem ser reconhecidos:

- Dor torácica;
- Febre e perda de peso;
- Disfunção da bexiga ou intestino;
- História pregressa de tumor;
- Déficit neurológico;
- Distúrbio da marcha;
- Alteração da sensibilidade do períneo.

O atendimento dos pacientes com lombalgia tem sido realizado basicamente por médicos da atenção básica, ortopedistas e fisiatras. No entanto, é necessária uma ação conjunta e colaborativa de outras áreas (psicologia, sociologia, epidemiologia, economia e política da saúde) para abordar o problema.

Os estudos atuais indicam que o melhor conjunto de atitudes para o tratamento da lombalgia envolve: examinar, estimular exercícios, dar atenção aos problemas psicológicos que impedem as atividades habituais e laborais, garantir o envolvimento do local de trabalho daqueles com incapacidade e remover, na medida do possível, as situações adversas oriundas da relação com o trabalho.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

A avaliação clínica tem como principal objetivo o diagnóstico de doenças graves que apresentam a dor lombar como sintoma. Na ausência de sinais de

doença grave (Quadro 1) o paciente não necessita de encaminhamento para exame com especialista, e cerca de 90% apresentam recuperação dentro de 4 semanas. A abordagem clínica deve ser a mesma para os pacientes que apresentam os sintomas agudos e pacientes que apresentam recidiva dos sintomas.

As principais doenças graves que causam dor lombar são: fraturas, tumores, infecções, síndrome da cauda eqüina e doenças localizadas fora da coluna vertebral (abdômen, tórax, pelve).

Por meio da história e exame físico (Tabela 1) é possível a determinação de três categorias de doença:

- Doença potencialmente grave da coluna vertebral: tumor, infecção, fratura, síndrome da cauda eqüina ou grave comprometimento neurológico (sinais de alerta);
- Ciática: dor lombar associada com acometimento das raízes nervosas (sintomas motores ou sensitivos);
- Dor lombar não específica: dor localizada na região lombar e não associada à compressão das raízes nervosas ou doença grave da coluna vertebral.

Esse processo de diferenciação permitirá ao médico responsável pelo atendimento na atenção básica iniciar o tratamento nos casos de dor lombar não específica, ou na eventual presença de sinais de alerta, realizar o encaminhamento do paciente para um especialista, permitindo a finalização do diagnóstico etiológico e do tratamento. O paciente que procura os serviços de saúde deverá ser atendido conforme o Algoritmo 1 respeitando sempre a individualidade de cada caso. Desta forma, o tratamento da lombalgia passará

a ser efetuado com mais precisão e racionalidade para os usuários e para o Sistema de Saúde

Quadro 1 – Sinais de alerta:

- História de trauma;
- Idade acima de 50 anos e abaixo de 20 anos;
- História de câncer;
- Perda de peso não explicado;
- História de febre;
- Infecção bacteriana recente;
- Uso de drogas injetáveis;
- Pacientes imunossuprimidos;
- Dor que não melhora com analgesia ou repouso.
- Alterações neurológicas:
 - Déficit grave ou progressivo nos membros inferiores;
 - Anestesia em sela (região perineal);
 - Disfunção de bexiga (retenção, incontinência);
 - Alterações no esfíncter anal.

Suspeita de fratura	Suspeita de tumor ou infecção	Suspeita de Síndrome da cauda eqüina
História clínica Trauma grave: acidente automobilístico ou queda de altura	Idade acima de 50 anos ou inferior a 20 anos	Anestesia em sela
Trauma leve: (idosos e osteoporóticos)	História de câncer	Início recente de disfunção na bexiga, tal como retenção urinária, aumento da frequência ou incontinência

Suspeita de fratura	Suspeita de tumor ou infecção	Suspeita de Síndrome da cauda eqüina
	Sintomas constitucionais, como febre ou calafrios recentes, perda de peso não explicada	Déficit neurológico grave ou progressivo nos membros inferiores
	Dor que piora com a posição supina e grave durante a noite	Frouxidão inesperada do esfíncter anal
Exame físico		Perda da sensibilidade perianal/perineal
		Fraqueza motora importante: quadríceps (fraqueza para extensão do joelho); flexor plantar, eversores e dorsiflexores do tornozelo (pé caído)

Tabela 1: Sinais de alerta na avaliação de pacientes com lombalgia aguda (< 3 meses) na rede assistencial do Sistema Único de Saúde.

EXAMES COMPLEMENTARES

Nos casos de dor lombar aguda (< 3 meses), os exames laboratoriais, radiografias simples da coluna vertebral e outros exames de imagem não são recomendados durante o primeiro mês de limitação das atividades, exceto nas situações em que existe sinal de alerta ou suspeita de doença grave localizada na coluna vertebral ou outro local (Tabela 1).

Na ausência dos sinais de alerta ou incapacidade persistente devido a alterações neurológicas dos membros inferiores, raramente os estudos de imagem fornecem informações que auxiliam no tratamento da fase aguda nos pacientes com idade superior a 30 anos. Acima dos 30 anos de idade, as

imagens falso-negativas devido às alterações degenerativas assintomáticas da coluna vertebral são muito freqüentes.

Nas situações em que os sintomas não melhoram após 4 semanas de tratamento, o paciente deve ser reavaliado e os exames complementares solicitados (Algoritmo 1).

TRATAMENTO INICIAL

A detecção de doença grave na avaliação inicial indica a necessidade do encaminhamento do paciente para tratamento especializado. Caso não tenha sido detectada doença grave na avaliação inicial o paciente deve ser tranqüilizado com relação à história natural favorável da dor lombar e deverá receber orientação a respeito das modalidades de tratamento.

Modalidades de tratamento:

A - Orientação do paciente/educação do paciente

Os pacientes com lombalgia devem ser orientados com relação à (ao):

- 1 – Rápida recuperação e recorrência dos sintomas baseados na história natural dos sintomas da dor lombar;
- 2 – Métodos seguros e efetivos de controle dos sintomas;
- 3 – Modificações das atividades;
- 4 – Melhores métodos de limitar a recorrência de problemas na coluna;
- 5 – Ausência da necessidade de exames adicionais, exceto na presença de sinais de alerta (Tabela 1);

6 – Efetividade e riscos dos meios de diagnóstico e tratamento disponíveis a ser considerado, caso os sintomas persistem.

B – Medicações

Os analgésicos, como o acetoaminofeno, são medicações razoavelmente seguras e aceitáveis no tratamento de pacientes com lombalgia aguda. Os antiinflamatórios não esteroidais (AINES), incluindo a aspirina, são aceitáveis no tratamento de pacientes com lombalgia aguda. Os AINES têm o potencial de causar efeitos colaterais. A complicação mais freqüente é a irritação gastrintestinal. A decisão de utilizar estas medicações pode ser guiada pela presença de comorbidez, efeitos colaterais e custos.

Os relaxantes musculares são uma opção no tratamento de pacientes com lombalgia aguda. Os relaxantes musculares são provavelmente melhores do que o placebo, mas não parecem ser mais efetivos do que os AINES (8). Não existe benefício adicional com o uso de relaxante muscular em combinação com AINES quando comparado ao uso de AINES isoladamente (9). Os relaxantes musculares têm o potencial de causar efeitos colaterais, incluindo sonolência em 30% dos pacientes. Assim, quando considerar o uso de relaxantes musculares, o médico deve pesar o potencial de sonolência contra a tolerância do paciente a outros agentes (10).

C – Fisioterapia

A manipulação pode ser útil nos pacientes com lombalgia aguda sem a presença de radiculopatia quando empregada dentro de um mês do início dos sintomas (11).

A utilização de modalidades de tratamentos fisioterápicos não possui comprovação suficiente no tratamento da lombalgia aguda para justificar seus custos (12). Como opção, o paciente pode ser orientado a utilizar calor ou frio local na sua própria casa (13).

D – Coletes e cintas

Os coletes e as cintas lombares não são comprovadamente benéficos no tratamento de pacientes com lombalgia aguda (14).

E – Modificação das atividades

O paciente com lombalgia aguda pode ficar mais confortável se limitar ou evitar temporariamente atividades específicas, sabidamente causas de aumento do estresse mecânico na coluna vertebral. Especialmente levantar peso, inclinar ou girar a coluna vertebral ao levantar peso e sentar sem apoio por períodos prolongados, ou seja, sem encosto inclinado e com apoio para os braços (15).

F – Repouso

O retorno gradual as atividades diárias é mais efetivo que o repouso prolongado no tratamento da lombalgia aguda. A maioria dos pacientes com lombalgia não necessitará de repouso. O repouso por 2 a 4 dias pode ser uma opção no tratamento de sintomas iniciais graves, e o prolongado por mais de 4 dias pode levar a debilitação e não é recomendado no tratamento da lombalgia aguda (16).

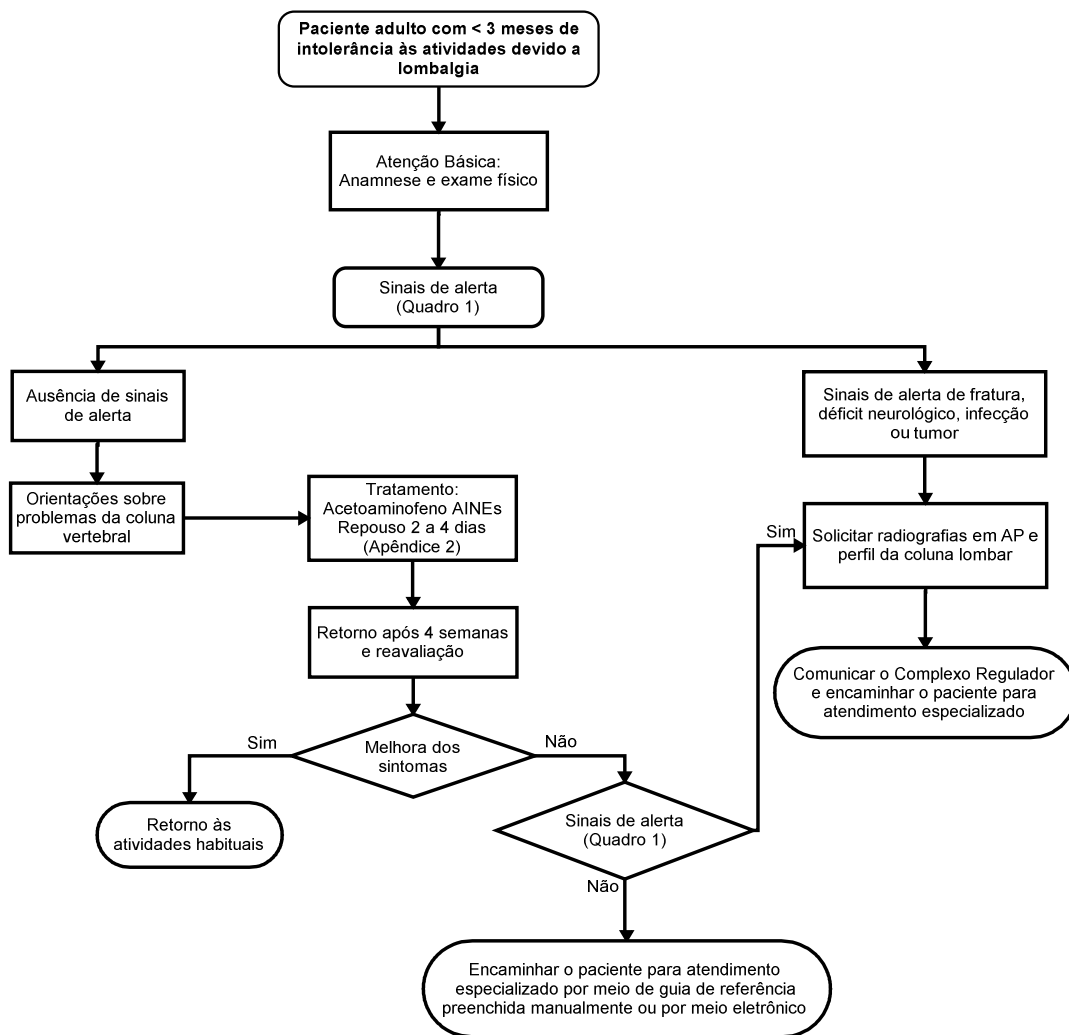
Encaminhamento para o especialista

Os pacientes devem ser encaminhados para o especialista em duas

situações: em qualquer momento na presença de Sinais de Alerta (Tabela 1), ou durante a reavaliação na ausência de melhora dos sintomas.

Na presença de qualquer Sinal de Alerta (Tabela 1), o médico da atenção básica deverá entrar em contato por telefone ou por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico com o Complexo Regulador para encaminhar o paciente para um hospital terciário (Algoritmo 1).

Após reavaliação do tratamento prescrito por 4 semanas e retorno dentro de 4 semanas, com a constatação da ausência de melhora dos sintomas, o médico da atenção básica deverá encaminhar o paciente para atendimento especializado por meio de guia de referência preenchida manualmente ou por meio eletrônico (Algoritmo 1).



Algoritmo 1 - Algoritmo para as ações clínicas e de regulação na presença de lombalgia em pacientes adultos na rede assistencial do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heliovaara M, Impivaara O, Sievers K, Melkas T, Knekt P, Korpi J, et al. Lumbar disc syndrome in Finland. *J Epidemiol Community Health* 1987 Sep;41(3):251-8.
2. Heliovaara M, Makela M, Knekt P, Impivaara O, Aromaa A. Determinants of sciatica and low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 1991 Jun;16(6):608-14.
3. Heliovaara M, Impivaara O, Sievers K, Melkas T, Knekt P, Korpi J, et al. Lumbar disc syndrome in Finland. *J Epidemiol Community Health* 1987 Sep;41(3):251-8.
4. Heliovaara M, Makela M, Knekt P, Impivaara O, Aromaa A. Determinants of sciatica and low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)* 1991 Jun;16(6):608-14.
5. Kuorinka I, Jonsson B, Kilbom A, Vinterberg H, Biering-Sorensen F, Andersson G, et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon* 1987 Sep;18(3):233-7.
6. Nachemson AL JE. Neck and back pain. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2000.
7. Defino HLA. Coluna lombar. In: Barros Filho TEP LO, editor. Exame físico em Ortopedia. São Paulo: Sarvier; 2001. p. 37-75.
8. Amlie E, Weber H, Holme I. Treatment of acute low-back pain with piroxicam: results of a double-blind placebo-controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 1987 Jun;12(5):473-6.
9. Amlie E, Weber H, Holme I. Treatment of acute low-back pain with piroxicam: results of a double-blind placebo-controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 1987 Jun;12(5):473-6.

10. Borenstein DG, Lacks S, Wiesel SW. Cyclobenzaprine and naproxen versus naproxen alone in the treatment of acute low back pain and muscle spasm. *Clin Ther* 1990 Mar;12(2):125-31.
11. Bergquist-Ullman M, Larsson U. Acute low back pain in industry. A controlled prospective study with special reference to therapy and confounding factors. *Acta Orthop Scand* 1977;(170):1-117.
12. Gibson T, Grahame R. The best back to manipulate? *Ann R Coll Surg Engl* 1984 Nov;66(6):450.
13. Gibson T, Grahame R. The best back to manipulate? *Ann R Coll Surg Engl* 1984 Nov;66(6):450.
14. Coxhead CE, Inskip H, Meade TW, North WR, Troup JD. Multicentre trial of physiotherapy in the management of sciatic symptoms. *Lancet* 1981 May 16;1(8229):1065-8.
15. Chaffin DB. Biomechanical modelling of the low back during load lifting. *Ergonomics* 1988 May;31(5):685-97.
16. Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1986 Oct 23;315(17):1064-70.