BMJ Best Practice

Dor musculoesquelética na coluna lombar

Direto ao local de atendimento



Última atualização: Oct 26, 2023

Índice

Visão geral 3
Resumo 3
Definição 3
Teoria 4
Epidemiologia 4
Etiologia 4
Fisiopatologia 5
Caso clínico 5
Diagnóstico 7
Abordagem 7
História e exame físico 11
Fatores de risco 13
Investigações 15
Diagnósticos diferenciais 18
Tratamento 21
Abordagem 21
Visão geral do algoritmo de tratamento 30
Algoritmo de tratamento 32
Novidades 57
Prevenção primária 58
Prevenção secundária 58
Discussões com os pacientes 58
Acompanhamento 60
Monitoramento 60
Complicações 60
Prognóstico 60
Diretrizes 62
Diretrizes diagnósticas 62
Diretrizes de tratamento 62
Recursos online 64
Tabelas de evidência 65
Referências 76
Aviso legal 95

Resumo

O diagnóstico de dor musculoesquelética na coluna lombar é feito com a eliminação das causas específicas da lombalgia decorrentes de comprometimento neurológico, neoplasia, artrite inflamatória, fratura ou dor referida em outros sítios ou sistemas de órgãos.

Dor, rigidez e/ou sensibilidade da região lombossacra são sintomas. Pode ser aguda (com duração <4 semanas), subaguda (4 a 12 semanas) ou crônica (> 12 semanas).

Educação do paciente, volta às atividades normais e tratamentos de autocuidado por temperatura (gelo, calor) são as primeiras etapas da terapia.

As abordagens não farmacológicas para controlar a dor são preferenciais. Quando estas são inefetivas, a farmacoterapia de primeira linha são os anti-inflamatórios não esteroidais orais. Paracetamol, relaxantes musculares, opioides e duloxetina podem ser usados como adjuvantes.

Definição

Dor musculoesquelética na coluna lombar é dor, rigidez e/ou sensibilidade na região lombossacral (abaixo da décima-segunda costela e acima das dobras glúteas).

A dor na coluna lombar é subdivida de acordo com a duração em dor lombar aguda, com duração <4 semanas, dor lombar subaguda, com duração de 4 a 12 semanas e dor lombar crônica, com duração >12 semanas.[1]

Um diagnóstico de exclusão é feito eliminando-se as causas específicas de dor lombar decorrentes de comprometimento neurológico, neoplasia, artrite inflamatória, fratura e dor referida de outros locais ou sistemas de órgãos. Geralmente é impossível identificar com precisão a causa exata da dor, mas ela surge de qualquer combinação de patologia envolvendo discos, vértebras, facetas articulares, ligamentos e/ou músculos.[2]

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Epidemiologia

Os sintomas na coluna lombar são um dos motivos primários para as consultas médicas nos EUA.[5] Em 2016, a lombalgia foi a principal causa de anos vividos com incapacidade entre a população dos EUA.[6] Existe considerável heterogeneidade entre os estudos epidemiológicos da lombalgia; as estimativas de incidência e prevalência devem ser interpretadas com cautela.

Taxas de incidência anual de 6.3% a 26% foram relatadas para lombalgia pela primeira vez.[7] [8] As estimativas da incidência de 1 ano de qualquer episódio de lombalgia variam de 1.5% a 36%.[8] [9] A incidência em 3 anos de dor lombar de qualquer gravidade ou duração foi de 67% em uma população ambulatorial de veteranos de guerra nos EUA.[10]

A lombalgia tem uma prevalência ao longo da vida de aproximadamente 39% a 84%.[9] [11] [12] A prevalência parece atingir o pico entre 40 e 69 anos, com uma modesta preponderância feminina, e declina progressivamente depois disso.[12] Na National Health Interview Survey (Pesquisa de Saúde Nacional por Entrevistas) dos EUA de 2018, 29.9% dos norte-americanos relataram pelo menos 1 dia de dor lombar nos últimos 3 meses.[13] Os dados globais sugerem uma prevalência pontual de 12% e 23% de prevalência em 1 mês.[12]

A prevalência global mediana de internações hospitalares por sintomas da coluna lombar foi estimada em 159 por 100,000 habitantes, com o tempo médio de internação hospitalar estimado variando de 5.4 dias a 6.2 dias.[14] Recidiva de dor lombar é muito comum. As estimativas de recorrência em 1 ano (incluindo a transformação da dor lombar aguda em dor recorrente ou crônica) variam de 24% a 80%.[8] [15] [16] Muitos pacientes com dor contínua, entretanto, param de consultar o médico.

Nenhuma predominância étnica foi demonstrada consistentemente. Em uma pesquisa nacional de saúde nos EUA em 2018, a maior prevalência de dor lombar foi em nativos norte-americanos e nativos do Alasca, e a menor foi em asiático-americanos (46.5% comparados a 20.1%, respectivamente, para a prevalência em um período de 3 meses).[13] No entanto, a prevalência estimada de lombalgia na Índia é de 51% anualmente e de 66% ao longo da vida, o que é mais elevado do que em outras populações.[17]

Uma das principais consequências sociais da lesão lombar e da dor crônica na coluna é a incapacidade. Uma revisão constatou que os anos vividos com incapacidades causadas pela dor lombar (em países desenvolvidos) aumentaram em mais de 50% desde 1990.[18] Prevê-se que a incapacidade relacionada à dor lombar aumente mais em países de baixa e média renda, onde os recursos são limitados, o acesso a cuidados de saúde de qualidade é geralmente ruim e o trabalho sedentário está se tornando mais comum (conforme esses países desenvolvem economias baseadas em serviços).[18]

Etiologia

A dor lombar inespecífica é, por definição, dor sem uma etiologia claramente definida. Uma identificação específica da origem exata da dor muitas vezes não é possível; no entanto, a dor lombar inespecífica é uma entidade clínica bem reconhecida. A evidências sugerem etiologias incluindo discos vertebrais, vértebras, facetas articulares, fáscia, ligamentos e/ou músculos.[2]

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Fisiopatologia

A fisiopatologia da dor lombar inespecífica pode se originar em diversas estruturas anatômicas da coluna lombar. O princípio básico por trás de nossa compreensão das fontes de dor é que apenas as estruturas espinhais inervadas podem ser fontes de dor lombar.

Disco intervertebral: consiste em um núcleo pulposo preenchido com fluido e proteoglicano no centro, cercado pelo anel externo. Embora o núcleo pulposo não seja inervado, o anel externo é inervado pelo nervo sinuvertebral e pode agir como uma fonte de dor.

Ruptura anular: pode ser um evento agudo envolvendo fatores inflamatórios. Um estudo usando imagem por ressonância nuclear magnética ponderada em T1 realçada por gadolínio-ácido dietileno triamino pentacético (DTPA) relatou aumento no anel posterior do disco vertebral (ruptura do anel externo) em 48% dos pacientes com dor lombar inespecífica de início súbito. Quando o disco realçado foi injetado com anestésico local, 73% dos pacientes apresentaram redução da dor.[19]

Doença degenerativa do disco: um processo de longa duração decorrente de fatores mecânicos e genéticos. A degeneração envolve inflamação, apoptose, anormalidades no conteúdo colágeno e proteoglicano, e crescimento interno vascular.[20]

Dor mediada pelas facetas articulares (ou zigapofisárias): decorrente de distensão mecânica repetitiva ou trauma. A derivação medial dos ramos primários dorsais fornece inervação.[21] Vários fatores inflamatórios foram identificados neste processo degenerativo, incluindo interleucina (IL)-1B, IL-6 e fator de necrose tumoral (TNF)-alfa.[22] [23]

Os níveis de biomarcadores imunoinflamatórios e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal podem diferir nas pessoas com lombalgia inespecífica em comparação com controles saudáveis; no entanto, as evidências são limitadas e os resultados inconclusivos.[24]

Entorse/lesão muscular, fascial e ligamentar pode causar lombalgia (dor lombar). Essas estruturas são inervadas pelos ramos dorsais primários.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 38 anos sem história significativa de dorsalgia desenvolveu dor lombar aguda ao levantar caixas há 2 semanas. A dor é de natureza dolorida, localizada na área lombar esquerda e associada a espasmos. Ele descreve episódios prévios semelhantes há vários anos, que remitiram sem consulta médica. Ele nega qualquer dor ou fraqueza na perna. Também nega febre, calafrios, perda de peso e infecções recentes. Ibuprofeno de venda livre ajudou um pouco, mas ele só o tomou duas vezes ao dia nos últimos 3 dias porque não quer ficar dependente de analgésicos. Ao exame físico, há menor flexão e extensão lombar secundária à dor, mas o exame neurológico não é digno de nota.

Outras apresentações

Os pacientes com dor musculoesquelética na coluna lombar apresentam dor de caráter, duração, localização e gravidade altamente variáveis. As características distintivas dessa condição são a ausência

 © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

de achados neurológicos nos membros inferiores e a ausência de sinais de alerta. Os sinais de alerta incluem traumas significativos recentes; pequena queda ou levantamento de peso em uma pessoa potencialmente osteoporótica ou idosa; perda de peso inexplicada; imunossupressão; história de câncer; uso de medicamentos intravenosos; infecção do trato urinário; uso prolongado de corticosteroides; osteoporose; deficit neurológico focal com sintomas progressivos ou incapacitantes; início agudo de retenção urinária ou incontinência por transbordamento; incontinência fecal ou perda do tônus do esfíncter anal; anestesia em sela; fraqueza motora global ou progressiva nos membros inferiores; duração da lombalgia >6 semanas, não respondendo a terapia conservadora.[3] [4] Os pacientes podem se queixar de dor muscular ou na região lombossacra da coluna. É comum que eles apresentem irradiação da dor até as nádegas ou coxas, mas geralmente isso não se estende distalmente ao joelho.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Abordagem

A dor musculoesquelética na coluna lombar pode ser diagnosticada clinicamente com base na anamnese e no exame físico. É um diagnóstico de exclusão: portanto, o médico deve eliminar causas específicas de lombalgia de comprometimento neurológico, neoplasia, artrite inflamatória, fratura ou dor referida de outros locais ou sistemas de órgãos.

História

Os pacientes com lombalgia devem ser questionados em relação a episódios e tratamentos prévios, início, duração, localização, irradiação, características, fatores agravantes e atenuantes e gravidade da dor lombar. A dor musculoesquelética na coluna lombar pode ser incômoda, em facada, lacerante, ardente, elétrica e/ou associada a espasmos musculares. O histórico das terapias prévias deve ser obtido, incluindo fisioterapia, acupuntura, massagem, estimulação elétrica transcutânea de nervo, medicamentos, injeções, manipulação vertebral ou cirurgia.

A anamnese deve incluir perguntas específicas sobre sintomas radiculares de dor, parestesia, dormência e fraqueza nas pernas. Geralmente, a dor lombar musculoesquelética não irradia para as pernas. Se irradiar, não passa do joelho. Se a dor estiver localizada abaixo do joelho, ela não poderá ser atribuída apenas à dor lombar musculoesquelética, e o diferencial é ampliado para incluir patologias como radiculopatia, estenose da coluna vertebral, neuropatia periférica, claudicação vascular e patologia dos membros inferiores.[3]

A anamnese também deve ser direcionada para descartar sinais de alerta:[3] [4]

- Trauma significante recente ou trauma mais leve em idade >50 anos
- Perda de peso inexplicada
- Imunossupressão
- História de câncer
- Uso de drogas por via intravenosa
- Infecção do trato urinário
- Uso prolongado de corticosteroides
- Osteoporose
- Deficit neurológico focal com sintomas progressivos ou incapacitantes
- Início agudo de retenção urinária ou incontinência por transbordamento
- Incontinência fecal ou perda do tônus do esfíncter anal
- Anestesia em sela
- Fraqueza motora global ou progressiva dos membros inferiores
- Duração da lombalgia >6 semanas, que não melhora com o tratamento conservador.

Caso haja sinal de alerta, são necessárias investigações adicionais e exames de imagem. A presença de um sinal de alerta indica lombalgia possivelmente associada a outra causa específica, incluindo síndrome da cauda equina, neoplasia, infecção, fratura vertebral, artrite inflamatória e relato de outro sistema de orgânico (por exemplo, pielonefrite) ou localização (isto é, disfunção sacroilíaca). A infecção da coluna vertebral é comum nas pessoas com condições associadas a imunossupressão. Os sintomas da infecção da coluna vertebral podem incluir febre e disfunção neurológica.[61]

Depois que o diagnóstico de dor lombar inespecífica for estabelecido, uma investigação mais profunda na história funcional, ocupacional, social e psiquiátrica deve ser obtida para abordar os fatores de risco, incluindo obesidade, riscos ocupacionais, tabagismo e estressores psicossociais. Comorbidades

psiquiátricas, como depressão, ansiedade e somatização, aumentam o risco de evolução para dor crônica incapacitante.[62] Fatores de risco para desfechos mais desfavoráveis em 1 ano incluem comportamentos mal-adaptativos de enfrentamento da dor, sinais não orgânicos, comprometimento funcional, mau estado geral de saúde e presença de comorbidades psiquiátricas.[34]

As evidências disponíveis sugerem que o médico deve considerar consultar a psiquiatria em caso de suspeita de transtornos de humor e de ansiedade.[34] [35]

Exame físico

Um exame musculoesquelético e neurológico focado deve ser realizado.

Exame musculoesquelético direcionado

A coluna deve ser examinada em busca de deformidade evidente (por exemplo, em fraturas) e curvatura anormal (escoliose, cifose, lordose), que podem causar dor em uma minoria dos casos. Isso deve levar o médico a solicitar radiografias para documentar a curvatura da linha basal e encaminhamento ortopédico para casos moderados a graves.

Os processos espinhosos e a musculatura devem ser palpados, sentindo bandas tensas, que causam dor somente no local do toque, e pontos desencadeadores (podem ter o aspecto de nó) que produzem dor irradiada em outro local. Esses achados sugerem dor miofascial.

Avalie a amplitude de movimento (ADM) ativa e passiva ao solicitar aos pacientes que fiquem em posição ortostática e instruí-los a ativamente flexionarem-se, estenderem-se e curvarem-se lateralmente o máximo que puderem. Dor à flexão que irradia para a perna sugere hérnia de disco com pinçamento em uma raiz nervosa; dor à extensão pode sugerir artropatia da faceta ou estenose da coluna vertebral. ADM altamente restrita em um paciente mais jovem pode sugerir espondilite anquilosante.

Todo paciente com dor lombar deve fazer um exame de quadril. A ADM passiva de cada quadril deve ser avaliada com o paciente deitado na posição supina. Deve haver normalmente 135° de flexão, extensão para 15° além da posição neutra e aproximadamente 45° de rotação interna e externa. Dor em qualquer desses movimentos sugere patologia do quadril, e uma radiografia do quadril deve ser realizada.

Podem ser realizados exames adicionais, dependendo do diagnóstico diferencial que esteja sendo considerado.

Teste de Schober

Realizado em caso de suspeita de espondiloartrite anquilosante. O ponto médio da espinha ilíaca póstero-superior é localizado, e um ponto 10 cm acima e outro ponto 5 cm abaixo são marcados com uma caneta. O paciente é instruído a curvar-se o máximo para frente, e a distância entre os 2 pontos marcados é medida. O teste é positivo quando a distância entre os 2 pontos é <20 cm. Teste de Schober positivo em combinação com achados positivos no exame sacroilíaco (SI), idade <40 anos ou história familiar positiva requerem encaminhamento a um reumatologista.

Teste de FABER (flexão, adução e rotação externa do quadril)

Avalia a patologia do quadril e sacroilíaca, dependendo se a dor está localizada na articulação do quadril ou sacroilíaca. É realizado pedindo ao paciente que fique em posição supina deitada e, então, fazendo flexão, abdução e rotação externa das articulações do quadril.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Teste de Gaenslen

Avalia a patologia da articulação sacroilíaca. é realizado com pacientes na posição supina deitados na beira da mesa de exame e pedindo a eles que flexionem um quadril ("leve o joelho até o peito") enquanto estendem o outro quadril sobre a beira da mesa de exame ("deixe a perna caindo da mesa"). Dor em qualquer uma das articulações sacroilíacas sugere patologia. Se esses testes forem positivos, uma radiografia da coluna lombossacra deve ser realizada. Se houver patologia sacroilíaca em combinação com flexão/extensão restrita da coluna, é necessário encaminhamento ao reumatologista.

Teste da elevação da perna estendida

Avalia a radiculopatia. Com o paciente na posição supina, 1 perna é elevada flexionando o quadril enquanto se mantém o joelho estendido. Se o paciente sentir dor irradiando além do joelho com esse movimento, o teste é positivo e sugere uma radiculopatia. Observação: o teste não é positivo se o paciente apresentar desconforto na região posterior da coxa (comumente devido ao alongamento do músculo criado por esse movimento).

Exame neurológico dirigido

Avalia a força motora, as sensibilidades térmica e tátil e os reflexos tendinosos profundos.

O exame motor deve incluir os testes musculares manuais da flexão do quadril, extensão do quadril, flexão do joelho, extensão do joelho, flexão plantar do tornozelo, dorsiflexão do tornozelo e extensão e flexão do hálux.

Exame sensitivo: percepção da sensibilidade tátil, à dor e vibratória da nádega, região perianal e membros inferiores é testada. Deve ser igual bilateralmente.

Os reflexos na patela (L4) e tornozelo (S1) são testados.

Teste da resposta plantar: as solas de ambos os pés são arranhadas com um objeto pontudo ao longo da superfície plantar lateral do pé e depois atravessando para a superfície medial ao redor da região da primeira articulação metatarsofalângica. Um hálux para cima com os outros pododáctilos se afastando é uma resposta positiva e sugere patologia do neurônio motor superior; um hálux para baixo é normal.

Considerações sobre o diagnóstico devem ser reavaliadas se uma anormalidade for encontrada no exame neurológico. O foco deve ser na classificação do padrão da seguente maneira:

- Mielopatia/radiculopatia
    - Sugeridas por uma combinação de perda sensorial um nível abaixo, sinais do neurônio motor superior (como reflexos aumentados ou resposta plantar para cima) e fraqueza motora um nível abaixo.
    - Atenção especial deve ser dada à área perianal e, em particular, ao tônus retal reduzido, que pode sugerir lesão na cauda equina e requer investigação imediata.
    - Mielopatias são decorrentes de problemas com a medula espinhal e podem ser secundárias à estenose da coluna vertebral, além de etiologias menos comuns, como doença desmielinizante, sífilis, insuficiência vascular, mielite transversa ou deficiência de vitamina B12.
    - Radiculopatia é sugerida por deficits no dermátomo e no miótomo. Se forem sugeridas mielopatia ou radiculopatia no exame, uma ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

lombossacra deve ser obtida, e o encaminhamento a um especialista em coluna vertebral deve ser considerado se os sintomas neurológicos forem graves ou progressivos.

- Neuropatia periférica/plexopatia
    - Sugeridas por sinais do neurônio motor inferior de fraqueza e RTPs reduzidos; as causas mais comuns desses sintomas são neuropatia periférica diabética e amiotrofia diabética.
    - Se for sugerida neuropatia ou plexopatia periférica pelo padrão do comprometimento motor, sensitivo ou de reflexo, investigações adicionais por eletromiografia (EMG) são indicadas.

Exames laboratoriais e de imagem

Avaliação do paciente com dor lombar com exames laboratoriais/de imagem só deve ser feita com base na suspeita clínica de certos cenários ou quando a dor persistir por >6 semanas apesar do tratamento conservador.

A RNM sem contraste intravenoso é a investigação de primeira linha preferida para a maioria dos pacientes com sintomas que persistem por mais de 6 semanas.[3]

Estudos de imagem e/ou investigações adicionais são necessários para os pacientes que apresentarem sinais de alerta: trauma significativo recente; perda de peso inexplicada; imunossupressão; história de câncer; uso de drogas intravenosas; infecção do trato urinário; uso prolongado de corticosteroides; pequena queda ou levantamento de peso em uma pessoa potencialmente osteoporótica ou idosa; deficit neurológico focal com sintomas progressivos ou incapacitantes; início agudo de retenção urinária ou incontinência por transbordamento; perda de tônus do esfíncter anal ou incontinência fecal; anestesia em sela; fraqueza motora global ou progressiva nos membros inferiores; ou duração da dor lombar >6 semanas.[3] [4]

Se houver suspeita de fratura, a investigação inicial deve ser uma radiografia da coluna lombar. Caso haja preocupação persistente sobre fratura do corpo vertebral, deve ser realizada uma tomografia computadorizada (TC) para obter uma análise óssea detalhada.[3] Em caso de suspeita de neoplasia ou infecção, uma RNM da coluna lombar com e sem contraste intravenoso é a investigação de primeira escolha.[3]

Suspeita de síndrome da cauda equina

- RNM sem contraste intravenoso é o exame de imagem de primeira escolha para a avaliação de pacientes com suspeita de síndrome da cauda equina.[3]
- A síndrome da cauda equina é uma emergência neurocirúrgica que requer encaminhamento imediato para tratamento adicional. Consulte Síndrome da cauda equina (Abordagem de tratamento) .

Dor progressiva ou distúrbios sensitivos ou motores nos membros inferiores

- Sugere sintomas neurológicos. Isso requer RNM da coluna lombossacra para avaliar o grau de pinçamento neurológico das raízes nervosas ou medula espinhal. Se a RNM for contraindicada, a mielotomografia é um substituto apropriado.

Suspeita de espondilite anquilosante ou outros distúrbios reumatológicos

- História de rigidez matinal durando >1 hora, história familiar positiva ou dores articulares simétricas requer encaminhamento imediato a um reumatologista. Antes do encaminhamento, exames laboratoriais básicos, como hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS) e

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

proteína C-reativa, bem como radiografia da coluna total (incluindo articulações SI), podem ser solicitados para servir de ponto inicial da investigação reumatológica.

Osteomielite

- História de uso de drogas intravenosas, fatores de risco para tuberculose, imunossupressão ou presença de febre/calafrios devem justificar a consideração de osteomielite. Febre, flutuação e sensibilidade extrema na coluna durante o exame físico podem estar presentes. Hemograma completo, VHS, proteína C-reativa e hemoculturas devem ser solicitados. Em caso de suspeita de tuberculose, um derivado proteico purificado (PPD) deve ser usado. Em todos os casos, a investigação de imagem deve começar com uma radiografia da coluna lombossacra.
- Se não houver evidências de osteomielite, mas ainda houver suspeita, uma cintilografia óssea deve ser solicitada. Novamente, se não houver evidência de osteomielite, mas ainda houver suspeita clínica elevada, uma RNM de alta sensibilidade da coluna lombossacra deve ser solicitada.
- Alguns médicos ignoram a cintilografia óssea e prosseguem para a RNM se as radiografias simples forem negativas. Se qualquer um dos estudos de imagem for positivo, um encaminhamento ortopédico deve ser considerado.

Suspeita de neoplasia maligna

- Pode surgir se o paciente tiver história de câncer, perda de peso inexplicada, dor noturna persistente ou dor em repouso. Um rastreamento de câncer adequado à idade e sexo deve ser iniciado.

Pielonefrite

- Pode resultar em dorsalgia ou dor no flanco. Os pacientes geralmente relatam outros sintomas, incluindo mal-estar, febre, calafrios e disúria. Urinálise e cultura podem ajudar no diagnóstico.

História e exame físico

Principais fatores diagnósticos

obesidade, estresse e comorbidades psiquiátricas (comuns)

- Há uma associação estatisticamente significativa entre sobrepeso/obesidade e aumento do risco para dor lombar.[25] [26] [27]
- A presença de uma comorbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão) pode predizer, ou estar associada a, dor lombar incapacitante.[34] [35] Os pacientes podem relatar depressão, ansiedade, estressores de família ou trabalho, ou comportamentos de medo e esquiva.

história de dor lombar prévia (comuns)

- Episódios prévios de dor lombar são relacionados ao episódio atual para diagnosticar dor lombar recorrente.
- As estimativas de recorrência de lombalgia em 1 ano (incluindo a transformação da dor lombar aguda em dor recorrente ou crônica) variam de 24% a 80%.[8] [15] [16]
- A história de quaisquer terapias prévias deve ser obtida, incluindo fisioterapia, acupuntura, massagem, estimulação elétrica nervosa transcutânea, medicamentos, injeções, manipulação vertebral ou cirurgia.

irradiação da dor não se estende além do joelho (comuns)

- Geralmente, a dor lombar musculoesquelética não irradia para as pernas. Se irradiar, não se estende além do joelho.
- Se a dor estiver localizada abaixo do joelho, ela não poderá ser atribuída apenas à dor lombar musculoesquelética, e o diferencial é ampliado para incluir patologias como radiculopatia, estenose da coluna vertebral, neuropatia periférica, claudicação vascular e patologia dos membros inferiores.[3]

ausência de sintomas de alerta (comuns)

- O diagnóstico presuntivo é dor lombar inespecífica se os sinais de alerta estiverem ausentes ou se os exames de imagem não forem dignos de nota no seguimento.
- Estudos de imagem e investigações adicionais são necessários para os pacientes que apresentarem sinais de alerta: trauma recente significativo; perda de peso inexplicada; imunossupressão; história de câncer; uso de medicamentos intravenosos; uso prolongado de corticosteroides; pequena queda ou levantamento de peso em uma pessoa potencialmente osteoporótica ou idosa; infecção do trato urinário; deficit neurológico focal com sintomas progressivos ou incapacitantes; início agudo de retenção urinária ou incontinência por transbordamento; perda do tônus do esfíncter anal ou incontinência fecal; anestesia em sela; fraqueza motora global ou progressiva nos membros inferiores; ou duração da lombalgia >6 semanas.[3] [4]

ausência de febre, flutuação, sensibilidade extrema à palpação (comuns)

- Ausência desses sinais não exclui infecção. Se houver suspeita de infecção com base na história, devem-se obter exames de imagem.

exames sensitivos, motores e dos reflexos tendinosos profundos dentro dos limites normais (comuns)

- Alguns exames têm maior especificidade que sensibilidade; assim, um exame físico normal não descarta comprometimento neurológico: fraqueza nos flexores plantares do tornozelo (sensibilidade 47%, especificidade 76%); fraqueza no quadríceps (sensibilidade 40%, especificidade 89%); reflexos tendinosos profundos anormais do tornozelo (sensibilidade 47%, especificidade 90%); sensação anormal nos membros inferiores (sensibilidade 50%, especificidade 62%).[63]

teste negativo de elevação da perna estendida em linha reta ou cruzada (comuns)

- O teste de elevação da perna estendida (SLR) tem uma sensibilidade de 91% e especificidade de 26%. O teste de elevação da perna estendida cruzada (CSLR) tem uma sensibilidade de 29% e especificidade de 88%.[64]
- Para realizar o teste de elevação de perna estendida (SLR), a perna supina do paciente é elevada com o joelho estendido. O teste é positivo quando a dor irradiante da perna atravessa para o joelho ipsilateral à lesão, indicando radiculopatia.
- Para o teste de elevação da perna estendida cruzada (CSLR), a dor ocorre ao elevar a perna contralateralmente à lesão radicular.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Outros fatores diagnósticos

dor incômoda, em facada, lacerante, ardente ou elétrica associada a espasmos musculares (comuns)

- O paciente é instruído a descrever a natureza da dor, incluindo dor incômoda, em facada, lacerante, ardente, elétrica, associada a espasmos musculares. A dor lombar inespecífica pode ser descrita como qualquer uma destas.
- O tipo de dor também pode levar à consideração de outra patologia (por exemplo, parestesia ardente em um padrão de dermátomos ao longo da coluna lombar, flanco e abdome inferior pode sugerir herpes-zóster).

ausência de dor na flexão ou alívio na extensão (comuns)

- Pode sugerir um subtipo particular de dor lombar inespecífica, ainda que não existam evidências.
- Dor na flexão e alívio na extensão podem sugerir doença do disco ou outra patologia de elemento anterior. Dor na extensão e alívio na flexão podem sugerir estenose da coluna vertebral, artropatia da faceta ou outra patologia de elemento posterior.

escoliose ou cifose (incomuns)

- Podem ser observadas nas posições ortostática ou de flexão para frente. Geralmente, graus leves da curvatura da coluna não contribuem para a dor, mas casos graves podem ser dolorosos com necessidade de apoio cirúrgico.

teste de FABER (flexão, abdução e rotação externa do quadril), Gaenslen ou Schober negativos (incomuns)

- Sensibilidade à palpação na articulação sacroilíaca (SI) e resultado positivo para os testes de FABER (flexão, abdução e rotação externa do quadril) e Gaenslen (flexão máxima do quadril associada à extensão contralateral do quadril) podem sugerir disfunção da articulação sacroilíaca; teste de Schober positivo indica flexão lombar reduzida.

Fatores de risco

Fortes

obesidade

- Há uma associação estatisticamente significativa entre sobrepeso/obesidade e aumento do risco para dor lombar.[25] [26] [27]
- Isso pode ser explicado pelo maior estresse mecânico exercido sobre estruturas vertebrais devido ao peso corporal elevado.

história familiar de doença degenerativa do disco

- A genética foi identificada como um fator de risco importante em doença degenerativa do disco (DDD), como mostrado em estudos com gêmeos.[28] [29]
- Há uma forte associação entre certos polimorfismos no gene do colágeno e DDD lombar.[30] [31]

flexibilidade musculotendinosa deficiente e postura anormal

- Metanálises relatam uma associação entre a redução da lordose lombar e o risco de evoluir para dor lombar devido à hérnia de disco ou degeneração.[32] [33]

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

estresse e comorbidades psiquiátricas

- A presença de uma comorbidade psiquiátrica (por exemplo, depressão ou estresse psicológico) pode predizer, ou estar associada a, lombalgia incapacitante.[34] [35] Os fatores de risco para os desfechos mais desfavoráveis a 1 ano são: comportamentos mal-adaptativos de enfrentamento da dor; sinais não orgânicos; comprometimento funcional; estado geral de saúde e presença de comorbidades psiquiátricas.[34]
- Uma análise multivariada relatou uma razão de chances de 2.52 para incidência de dor lombar em pacientes com sofrimento psíquico.[36] Depressão foi o maior preditor inicial isolado de dor lombar incidente, com uma razão de riscos de 2.3 em uma coorte de veteranos de guerra inicialmente assintomáticos.[10]

Fracos

idade mais avançada

- A prevalência de dor lombar parece atingir o pico entre 40 e 69 anos e diminuir progressivamente a partir daí.[12]
- A diminuição da prevalência de dorsalgia benigna (após um pico na sexta década) foi relatada em uma revisão sistemática anterior.[37] No entanto, a prevalência de dorsalgia grave continuou a crescer com a idade.
- A prevalência elevada de lombalgia com a idade pode ser explicada por desgaste cumulativo, alterações degenerativas, como perda de altura do disco ou alterações osteoartríticas das facetas articulares.

sexo feminino

- Alguns estudos sugerem uma prevalência elevada de lombalgia entre mulheres.[12] [38] [39] No entanto, outros estudos não replicaram esse achado.[40] [41]
- Em parte, a prevalência elevada de lombalgia em mulheres pode ser atribuída à prevalência elevada de osteoporose.

atividades físicas e ocupacionais pesadas

- Um estudo prospectivo e longitudinal no Reino Unido revelou que levantar objetos com mais de 11.4 kg (25 libras), empurrar/puxar objetos pesados e ficar em pé ou andar por períodos prolongados foram associados a uma maior incidência de dor lombar, especialmente entre trabalhadoras mulheres.[42]
- Essas atividades resultam em dor lombar causada por lesões agudas e estresses cumulativos à anatomia da coluna vertebral.[43]

tabagismo

- Um amplo estudo britânico de coorte sugeriu uma associação positiva, mas um estudo dinamarquês controlado pareado não conseguiu demonstrar uma associação significativa entre tabagismo e lombalgia.[36] [44]
- Possíveis mecanismos incluem esforço por tosse frequente, alterações osteoporóticas atribuídas ao tabagismo e desnutrição do disco decorrentes de uma menor oxigenação do sangue.[45]

posição ortostática por tempo prolongado

- A posição ortostática estática está associada ao aumento do risco de desenvolver lombalgia.[46] [47]

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

- Podem ocorrer níveis clinicamente relevantes de sintomas lombares após ficar em posição ortostática por um período prolongado (>40 minutos).[46]
- A força de compressão elevada de disco intervertebral em posição ortostática pode contribuir para o desenvolvimento de lombalgia.[48]

níveis de vitamina D

- Uma metanálise constatou que a deficiência de vitamina D está associada à gravidade da lombalgia, com associações mais intensas observadas em mulheres mais jovens e naquelas com níveis graves de deficiência.[49]
- A causalidade entre níveis baixos de vitamina D e o início da lombalgia ainda não foi demonstrada.[49]

Investigações

Primeiro exame a ser solicitado

Exame	Resultado
diagnóstico clínico • Exame de imagem não é necessário para dor musculoesquelética na coluna lombar durando <6 semanas, na ausência de características de sinais de alerta ou suspeita de uma doença subjacente ou diagnóstico alternativo.[3] [65]	**dorsalgia musculoesquelética típica**

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Outros exames a serem considerados

Exame	Resultado
ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna lombar • A RNM sem contraste intravenoso é a investigação de primeira linha preferida para a maioria dos pacientes com sintomas que persistem por mais de 6 semanas.[3] • Pode eliminar diagnósticos de fratura, espondilolistese e tumor/abscesso. • A RNM pode ser solicitada nas seguintes circunstâncias: suspeita de radiculopatia ou estenose da coluna vertebral em possíveis candidatos a cirurgia; suspeita de cauda equina; dor lombar pós-cirúrgica; perda de peso inexplicada; imunossupressão; história de câncer; uso de droga intravenosa (IV); uso prolongado de corticosteroides; ou dor persistente com duração >6 semanas.[3] • A RNM tem valor diagnóstico limitado na dor lombar aguda inespecífica. Estudos revelaram protrusões de disco, alterações degenerativas e estenose da coluna vertebral em pacientes assintomáticos que não deveriam ser submetidos a nenhuma intervenção.[3] [66] [67] [68]	**visualiza alterações no tecido cicatricial ou degenerativas**
radiografia da coluna lombar • As radiografias podem ser suficientes para a avaliação inicial dos seguintes grupos de pacientes: trauma recente significativo (em qualquer idade), pequena queda ou levantamento de peso em uma pessoa potencialmente osteoporótica ou idosa.[3] • Pode eliminar diagnósticos de fratura, espondilolistese ou tumor. • Radiografias não devem ser solicitadas para dor lombar inespecífica de duração <6 semanas, já que não têm efeito nos desfechos.[65] [69] [70]	**alterações degenerativas**
tomografia computadorizada (TC) da coluna lombar • Não é tão útil quanto a RNM para identificar protrusões de disco. • Melhor que a RNM para identificar patologia óssea. • A TC pode ser solicitada nas seguintes circunstâncias: se a RNM for contraindicada; necessidade de identificar detalhes de espondilólise, pseudoartrose ou escoliose; suspeita persistente de fratura do corpo vertebral apesar da radiografia normal da coluna lombar; ou se uma visão detalhada da fusão cirúrgica, instrumentação ou integridade do enxerto ósseo for necessária.[3]	**identifica patologia óssea**
mielografia • A sensibilidade da estenose da coluna vertebral usando mielografia (67% a 78%) é menor que com TC ou RNM.[71] • Desvantagens incluem necessidade de contraste e punção lombar, ainda que raramente usadas.	**ausência de hérnia de disco e estenose da coluna vertebral**
Hemograma completo • Contagem de leucócitos normal sugere que infecção ativa, como osteomielite, seja menos provável.	**normal**
velocidade de hemossedimentação (VHS) • VHS normal sugere menor probabilidade de infecção ativa (por exemplo, osteomielite), doença reumática ativa ou neoplasia. • Se a VHS for elevada, é necessária investigação adicional.	**normal**

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Exame	Resultado
proteína C-reativa • Proteína C-reativa normal sugere menor probabilidade de infecção ativa (por exemplo, osteomielite), doença reumática ativa ou neoplasia. • Se a proteína C-reativa for elevada, é necessária investigação adicional.	**dentro dos limites normais**
urinálise e cultura • Urinálise (ausência de leucócitos/eritrócitos) e cultura normais sugerem que a pielonefrite aguda é improvável.	**normal**
hemoculturas • Hemocultura negativa sugere menor probabilidade de osteomielite.	**negativo**
cintilografia óssea com radionuclídeos • Teste negativo de polifosfato de tecnécio pode excluir o diagnóstico de osteomielite. Em geral, o teste é necessário somente se os resultados da radiografia forem ambíguos.	**normal**
eletromiografia (EMG) • Uma avaliação normal da EMG exclui neuropatia periférica ou plexopatia (por exemplo, neuropatia periférica diabética/amiotrofia diabética).	**normal**

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Diagnósticos diferenciais

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Estenose da coluna vertebral	• Dormência, fraqueza dos membros inferiores, dor irradiando para as nádegas e perna (especialmente se a dor irradiar além dos joelhos) e claudicação neurogênica. A estenose da coluna vertebral geralmente é bilateral.	• Ressonância nuclear magnética (RNM), tomografia computadorizada (TC) ou mielografia lombar mostram estreitamento do canal vertebral. • A eletromiografia mostra atividade insercional elevada, fibrilação/ondas agudas e recrutamento menor.
Radiculopatia/ciática	• Dormência, fraqueza dos membros inferiores, dor irradiando para as nádegas e perna (especialmente se a dor irradiar além dos joelhos). A radiculopatia/ciática geralmente é unilateral.	• Reflexo patelar, posterior da coxa ou do tornozelo anormal ou assimétrico. • Teste de elevação da perna estendida positivo. • RNM ou mielografia lombar mostram protrusões de disco ou estreitamento foraminal que impingem nas raízes nervosas. • A TC lombar mostra estreitamento foraminal; talvez não possa ser observada hérnia aguda porque os nervos ou discos não são visíveis. • A eletromiografia mostra atividade insercional elevada, fibrilação/ondas agudas e recrutamento menor.
Síndrome da cauda equina	• Sinais e sintomas incluem incontinência ou retenção gastrointestinal/geniturinária, anestesia em sela e fraqueza súbita inexplicada bilateral dos membros inferiores.	• A RNM é o melhor teste para mostrar compressão da cauda equina. • Se não houver retenção urinária, a probabilidade de cauda equina é de <1/10,000.[72]
Neoplasia da coluna vertebral	• Pode haver suspeita quando ocorrer dor noturna e perda de peso, principalmente se a dor lombar não melhorar após 6 semanas de tratamento conservador.	• A radiografia da coluna total pode demonstrar lise do corpo vertebral ou elementos posteriores; metástases podem causar destruição do pedículo resultando no sinal de "coruja piscando". • A RNM da coluna vertebral pode mostrar uma lesão

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
		lítica ou blástica com intensidade variada do sinal em T2. • A velocidade de hemossedimentação pode estar elevada. • Cintilografia óssea pode identificar a área de renovação possivelmente representando doença primária ou metastática.
Abscesso, osteomielite ou discite séptica	• Os pacientes podem apresentar infecção cutânea ou do trato urinário recente, imunossupressão ou febre.	• A RNM pode identificar abscesso, osteomielite ou discite. • A velocidade de hemossedimentação e a proteína C-reativa podem estar elevadas.
Espondilite anquilosante ou psoriática ou artrite reativa	• Rigidez matinal com duração >60 minutos, melhora dos sintomas com atividade física e despertar à noite devido à dor lombar podem sugerir artrite inflamatória.	• Um teste de Schober positivo mostrando falta de flexibilidade da coluna vertebral sugere espondilite anquilosante, apesar disso ser inespecífico. • A velocidade de hemossedimentação e os níveis de proteína C-reativa podem estar elevadas. • Um resultado positivo para o teste do antígeno leucocitário humano (HLA)-B27 sugere essas doenças. • Radiografias pélvica e de coluna vertebral podem mostrar sacroileíte e coluna em bambu.
Fratura por compressão vertebral	• Sensibilidade na palpação da coluna vertebral, principalmente em pacientes mais velhos com história de tratamento esteroide e/ou osteoporose.	• A radiografia da coluna lombossacra pode mostrar fraturas. • A TC da coluna vertebral pode definir mais claramente a patologia óssea.
Aneurisma da aorta abdominal	• Dor abdominal intermitente ou contínua de início súbito, irradiando para as costas; o paciente pode sofrer colapso.	• Ultrassonografia/TC do abdome pode mostrar a presença de aneurisma da aorta abdominal.
Nefrolitíase	• A dor normalmente irradia em direção à virilha.	• Os resultados da urotomografia e

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Condição	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
		ultrassonografia renal são diagnósticos.
Pielonefrite	• Pacientes podem apresentar sensibilidade no ângulo costovertebral e sintomas urinários de disúria, frequência e hesitação; a dor no flanco pode irradiar para as costas; pode haver presença de febre, calafrios e fadiga.	• Urinálise e/ou cultura de urina positiva(s).
Patologia sacroilíaca (SI)	• Além da dor lombar, a dor também é comum nas nádegas e coxas.	• A sensibilidade à palpação na articulação SI e o resultado positivo para os testes de FABER (flexão, abdução e rotação externa do quadril) e Gaenslen (flexão máxima do quadril associada à extensão contralateral do quadril) podem sugerir disfunção da articulação SI. • Radiografias pélvica e lombar podem mostrar alterações escleróticas e aumento da articulação. • TC pélvica e da coluna lombar podem mostrar esclerose, esporão e subluxação.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Abordagem

Os principais objetivos do tratamento são a redução da dor e a restauração do status funcional.

Intervenções não farmacológicas devem ser tentadas primeiro para a lombalgia aguda, subaguda, crônica e recorrente.[73] Para pacientes com resposta inadequada às intervenções não farmacológicas, a farmacoterapia é recomendada como tratamento adjuvante.[73]

Deve-se considerar o encaminhamento dos pacientes com dor musculoesquelética na coluna lombar a um psiquiatra ou psicólogo se houver suspeita de depressão maior ou ansiedade.

Educação do paciente

A educação do paciente é recomendada como parte do tratamento inicial para todos os pacientes com lombalgia e serve como estrutura para o manejo.[74] A educação do paciente deve enfatizar o prognóstico em geral favorável da lombalgia inespecífica e o alto risco de recorrência.

Pode não ser necessário nenhum tratamento adicional, principalmente nos pacientes com baixo risco de desenvolverem dorsalgia crônica. No entanto, a educação do paciente por si só tem sido demonstrada como efetiva em curto prazo, mas deve ser usada em combinação com outras intervenções, se necessário, para prolongar e melhorar os desfechos benéficos para o paciente.[75]

Foi demonstrado que a educação do paciente melhora a dor e a função em idosos com lombalgia, mas outras evidências sugerem que ela faz pouca ou nenhuma diferença na dor e na função em comparação com o placebo para pacientes com lombalgia aguda e/ou subaguda.[76] [77] Contudo, quando são considerados os efeitos sobre outros desfechos, tais como tranquilização, e o desejo de informação do paciente, a educação do paciente deve fazer parte do tratamento de primeira linha.[77]

Os médicos devem tranquilizar os pacientes de que é extremamente improvável que a retomada das atividades diárias normais resulte no agravamento da lombalgia ou em qualquer lesão grave nas costas e encorajar o retorno às atividades habituais o mais rapidamente possível. A revisão Cochrane mais recente constatou que aconselhar o paciente a permanecer ativo está associado a pequenas melhoras na dor e no status funcional, em comparação ao repouso no leito.[78]

Tratamento não farmacológico: lombalgia aguda e subaguda

Considerando o prognóstico favorável da dor musculoesquelética na coluna lombar aguda e subaguda, recomenda-se o tratamento inicial com intervenção não farmacológica.[73]

Para os pacientes com lombalgia aguda e subaguda, calor superficial, massagem, acupuntura e manipulação vertebral são recomendados como tratamentos adjuvantes.[73]

Tratamentos de autocuidado com temperatura para lombalgia aguda e subaguda

As evidências que dão suporte ao calor e ao frio superficiais para a lombalgia são limitadas. Uma revisão Cochrane concluiu que há evidências moderadas para dar suporte ao uso da terapia com envoltório de calor para reduções da dor e da rigidez em curto prazo nas lombalgias aguda e subaguda, em comparação com o placebo oral.[79] A adição de exercícios reduziu ainda mais a dor e melhorou a função.

 © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

A evidência do benefício do uso de gelo para pessoas com lombalgia é limitada a estudos de baixa qualidade, com a revisão Cochrane relatando que não é possível tirar conclusões sobre a sua eficácia.[79] Contudo, na prática, o gelo reduz a dor em muitos pacientes, especialmente nos primeiros dias após o início da dor. Em decorrência do perfil favorável de risco-benefício (eventos adversos associados, como congelamento das extremidades, são raros), o gelo pode ser considerado um tratamento em potencial.

Massagem para a lombalgia aguda e subaguda

Há evidências de baixa qualidade que sugerem que a massagem pode melhorar a dor em curto prazo nas pessoas com lombalgia subaguda.[80] No entanto, nenhuma melhora na funcionalidade foi relatada.[80]

As diretrizes do Reino Unido recomendam que, se a massagem for usada para manejar a lombalgia, deve fazer parte de um pacote de tratamento que inclui exercício, com ou sem terapia psicológica.[81] [Evidence C]

Acupuntura para lombalgia aguda e subaguda

Uma revisão Cochrane concluiu que a acupuntura pode não ter nenhum papel clinicamente significativo no alívio da dor imediatamente após o tratamento ou na melhora da qualidade de vida em curto prazo, e possivelmente não melhorou a função em comparação com a acupuntura simulada em um período imediato para pessoas com lombalgia aguda.[82] Em comparação com os cuidados habituais, foi demonstrada uma melhora na função e na qualidade de vida, mas nenhuma redução na dor foi relatada imediatamente após a sessão de acupuntura. No entanto, em comparação com a ausência de tratamento, a acupuntura melhorou a dor e a função imediatamente.[82]

Os resultados de revisões sistemáticas subsequentes variaram.[83] [84] Em comparação com um tratamento de controle, a acupuntura reduziu a dor e o número de comprimidos tomados por pessoas com lombalgia aguda em uma metanálise.[84] O estudo relatou que as conclusões devem ser vistas com cautela devido ao baixo poder dos estudos incluídos.[84] Uma metanálise em rede adicional revelou que a acupuntura reduziu a dor em comparação com o placebo e melhorou a função em comparação com a farmacoterapia; no entanto, a qualidade dos ensaios incluídos foi baixa.[83]

Manipulação vertebral para lombalgia aguda e subaguda

Uma grande variedade de técnicas de manipulação vertebral pode ser realizada, todas envolvendo o movimento manual da coluna, para se obter um efeito terapêutico. Profissionais da saúde, como médicos, quiropráticos e fisioterapeutas recebem treinamentos diferentes; portanto, as técnicas de manipulação são heterogêneas. Não há evidências que mostrem resultados superiores de um tipo de manipulação vertebral sobre outro.

Uma metanálise relatou que a terapia de manipulação vertebral não foi mais eficaz para a lombalgia aguda que a terapia de manipulação vertebral simulada, intervenção inerte ou outras terapias recomendadas.[85] Um ensaio clínico randomizado e controlado subsequente constatou que a terapia de manipulação vertebral esteve associada a uma redução considerável da dor e da incapacidade após 4 semanas, comparada aos cuidados médicos habituais. No entanto, a dor e os escores funcionais a 3 meses e a 6 meses não foram significativamente diferentes entre os grupos.[86]

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Os riscos de manipulação da coluna lombar são baixos, e eventos adversos graves, como síndrome da cauda equina e hérnia de disco, são raros.[87] Dorsalgia aumentada de curta duração e desconforto após a manipulação são efeitos adversos frequentes.[88] [89] Há evidências que sugerem que o número ideal de tratamentos é 12, e qualquer número acima de 18 não traz nenhum benefício extra.[90]

As diretrizes do Reino Unido recomendam que, se a manipulação vertebral ou a mobilização forem usadas para tratar a lombalgia, devem fazer parte de um pacote de tratamento que inclui exercício, com ou sem terapia psicológica.[81] [Evidence B]

Fisioterapia e exercícios para lombalgia aguda e subaguda

O encaminhamento à fisioterapia ativa ou à terapia com exercícios deve ser considerado, principalmente em pacientes que tiveram lombalgia por >6 semanas. O encaminhamento precoce para fisioterapia pode resultar em redução dos riscos de exames de imagem avançados, uso de opioides, cirurgia e injeções vertebrais em comparação com o protelamento da fisioterapia.[91] [92]

Os resultados das revisões sistemáticas sobre a eficácia do exercício são conflitantes. Alguns dados sugerem que as intervenções com exercícios melhoram a força muscular, a resistência e a atividade elétrica em pessoas com lombalgia inespecífica em comparação com o controle ativo ou passivo.[93] No entanto, uma metanálise que incluiu apenas pessoas com lombalgia aguda concluiu que há evidências de certeza muito baixa a moderada de que a terapia com exercícios resulta em pouca ou nenhuma diferença importante na dor ou na incapacidade, em comparação com outras intervenções, em pacientes adultos.[94]

Revisões sistemáticas subsequentes sugerem que as intervenções efetivas de exercícios para pessoas com lombalgia incluem exercícios focados no tronco (incluindo exercícios de fortalecimento do quadril) e treinamentos de resistência.[95] [96] [97] [98] Um pequeno benefício também pode ser observado ao se adicionarem exercícios para o assoalho pélvico ao regime, mas isso é baseado em evidências de qualidade muito baixa.-[99] No entanto, estes estudos não foram realizados exclusivamente em pessoas com lombalgia aguda.

As diretrizes do Reino Unido recomendam programas de exercício em grupo para pacientes com episódio específico ou recrudescimento de lombalgia.[81] [Evidence C]

Farmacoterapia: lombalgia aguda e subaguda

A farmacoterapia pode ser considerada um adjuvante na lombalgia aguda e subaguda, após discutir os riscos e benefícios com o paciente.[73]

Analgésicos para lombalgia aguda e subaguda

Os medicamentos de primeira linha incluem um ciclo curto de um anti-inflamatório não esteroidal (AINE) na dose mais baixa possível, nos pacientes sem comorbidades gástricas, cardiovasculares ou renais significativas.[81] As evidências sugerem que os AINEs podem ser ligeiramente mais efetivos na redução da dor, da incapacidade e da melhora global em curto prazo para as pessoas com lombalgia aguda, em comparação com placebos.[100]

O paracetamol isolado não é recomendado para lombalgia aguda.[81] Há evidências de alta qualidade que indicam que o paracetamol não é mais efetivo que um placebo para o manejo da lombalgia aguda.[101] [102] Entretanto, na prática, caso haja contraindicação para o uso de AINEs, um ciclo curto de paracetamol pode ser considerado, contanto que não haja comorbidades hepáticas. Demonstrou-

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

se que a combinação de AINEs e paracetamol reduz a incapacidade, em comparação com os AINEs isoladamente, em pessoas com lombalgia aguda.[103]

Opioides para lombalgia aguda grave

Na prática, um ciclo curto de tramadol ou outro opioide, como codeína ou oxicodona, pode ser considerado se a lombalgia aguda for grave e não controlada, apesar do retorno às atividades normais, aos tratamentos de autocuidado e à farmacoterapia inicial. A necessidade constante de opioides deve estar em conformidade com as diretrizes, e os riscos e benefícios devem ser discutidos com o paciente.[104]

Um ensaio randomizado e controlado por placebo não encontrou nenhuma diferença significativa entre os opioides, em comparação com o placebo, na intensidade da dor em pessoas com lombalgia aguda que se apresentaram na atenção primária ou em prontos-socorros.[105] Os efeitos adversos foram mais comuns no grupo dos opioides.

Os efeitos adversos de curto prazo podem incluir aumento de náuseas, tonturas, constipação, vômitos, sonolência ou xerostomia. Os riscos de longo prazo incluem dependência, uso indevido ou superdosagem.[73]

Relaxantes musculares para a lombalgia aguda

Um ciclo de curta duração de um relaxante muscular pode ser considerado nos pacientes com lombalgia aguda e subaguda.[73]

Há evidências de qualidades muito baixa e baixa de que os relaxantes musculares reduzem a lombalgia aguda antes de 2 semanas em comparação com placebo ou controle; no entanto, o benefício é pequeno e pode não ser clinicamente importante e a sua utilização pode estar associada a um aumento do risco de eventos adversos.[106] [107] O efeito adverso mais comum é torpor, o que pode limitar seu uso durante o dia.

Há evidências que sugerem que a combinação de relaxantes musculares e paracetamol ou anti-inflamatório não esteroidal (AINE) causa desfechos melhores em comparação a cada um desses tratamentos isolados.[106] [108] Alguns relaxantes musculares são potenciais substâncias de abuso; portanto, os benzodiazepínicos não devem ser usados como agentes de primeira linha.

Tratamento não farmacológico: dorsalgia crônica

Terapias não farmacológicas são recomendadas como tratamentos de primeira linha para pacientes com lombalgia crônica.[73]

Terapias físicas para dorsalgia crônica

As fisioterapias recomendadas incluem a terapia por exercícios, a fisioterapia ativa, pilates, tai chi, ioga, exercícios de controle motor, laserterapia de baixa intensidade, acupuntura e manipulação vertebral para as pessoas com lombalgia crônica.[73] Os fisioterapeutas podem escolher usar modalidades como gelo, calor e ultrassonografia.[109] Elas devem ser adjuvantes à terapia ativa com exercícios.

Fisioterapia e terapia com exercícios para lombalgia crônica

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Os estudos sobre a terapia com exercícios físicos variam em termos de frequência, duração, orientação ou instrução do fisioterapeuta e movimentos específicos realizados. Não há evidências definitivas que sugiram que certos exercícios ou rotinas sejam superiores a outros.[110] Dados de revisões sistemáticas demonstram um efeito pequeno, mas benéfico, sobre a dor e a função em pessoas com lombalgia crônica, em comparação com ausência de tratamento, cuidados habituais, tratamento conservador ou placebo.[111] [112] O benefício da terapia com exercícios pode ser mais pronunciado nos idosos com lombalgia crônica, mas os elementos da terapia com exercícios devem ser cuidadosamente considerados para garantir a segurança do paciente.[113]

Os exercícios em grupo podem ser considerados para as pessoas com lombalgia crônica.[73] [81] [Evidence C] Um estudo randomizado controlado em clusters sugere que a terapia em grupo é tão efetiva quanto o tratamento individualizado.[114]

A frequência dos exercícios pode ser mais importante que seu tipo, duração ou intensidade (em pacientes com lombalgia recorrente).[114] A fisioterapia precoce parece estar associada à redução da probabilidade de uso de opioides entre pacientes com lombalgia, bem como à redução de miligramas equivalentes à morfina oral entre pacientes que usavam opioides.-[91]

A maioria dos programas de exercícios para a coluna tem como objetivo o fortalecimento dos músculos estabilizadores do tronco (abdominais, oblíquos, eretor da espinha, músculos do assoalho pélvico e grande dorsal), condicionamento aeróbio e flexibilidade da coluna na extensão, flexão, curvatura lateral e rotação.

As intervenções de exercícios efetivas para as pessoas com lombalgia crônica incluem exercícios de estabilidade dos músculos estabilizadores do tronco (incluindo caminhada, natação e ciclismo), exercícios de força e resistência, programas de exercícios de coordenação/estabilização.[112][115] [116] [117][118] [119][120]

A terapia aquática pode ser tão benéfica quanto os exercícios fora da água.[114] Os resultados de uma metanálise demonstraram que a terapia aquática reduziu a intensidade da dor, melhorou a qualidade de vida e reduziu a incapacidade, mas não melhorou a dor em repouso em pessoas com lombalgia crônica, em comparação com o grupo-controle.[121]

Pilates, tai chi e ioga para lombalgia crônica

Há evidências que sugerem que pilates, ioga e tai chi podem reduzir a dor e melhorar a função em pessoas com lombalgia crônica.[122] [123] [124] [125]

Em comparação com a não prática de exercícios, a ioga pode resultar em uma melhora pequena, mas clinicamente sem importância, na função e na dor relacionadas às costas.[126] Ainda não está claro se a ioga é mais efetiva na redução da dor e na melhoria da função em comparação com grupos-controle de exercícios ou de fisioterapia.[127] [128]

O pilates pode ser mais efetivo que o exercício geral ou o controle como uma intervenção para a lombalgia crônica, mas as evidências sugerem que não é mais efetivo na redução da dor e na melhora da função do que outras formas de exercícios de direção específica e exercícios de estabilização da coluna vertebral.[129] [130]

Exercícios de controle motor para lombalgia crônica

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Essa terapia foca na ativação dos músculos profundos do tronco e tem como objetivo a restauração da coordenação, do controle e da força desses músculos.

Há evidências muito baixas a moderadas de que os exercícios de controle motor têm um efeito clinicamente importante na dor e na funcionalidade de pessoas com lombalgia crônica, em comparação com intervenções mínimas.[131] Resultados semelhantes foram demonstrados com evidências de qualidade moderada a alta quando exercícios de controle motor foram comparados com terapia manual, e evidências de baixa qualidade sugerem resultados semelhantes em comparação com outros exercícios.[131]

Uma revisão sistemática subsequente, incluindo evidências de qualidade baixa a muito baixa, demonstrou que os exercícios de controle motor reduzem a dor e melhoram a função em comparação com um controle simulado, e reduziram a dor em comparação com outros tratamentos para lombalgia crônica inespecífica a 6 meses.[132] No entanto, foram relatados efeitos semelhantes na redução da dor nos períodos de acompanhamento de 12 meses e 24 meses, e na incapacidade nos períodos de acompanhamento de 6 meses, 12 meses e 24 meses.[132]

Acupuntura para lombalgia crônica

A acupuntura é amplamente utilizada por pacientes com lombalgia crônica. Não está claro se ela é um tratamento efetivo, pois as evidências das revisões sistemáticas apresentam resultados conflitantes.[133] [134]

Algumas evidências sugerem que a acupuntura é mais efetiva que a ausência de tratamento ou tratamento simulado para os alívios imediato e em curto prazo da dor em pacientes com lombalgia crônica inespecífica.[133] [134] Por outro lado, uma revisão Cochrane concluiu que a acupuntura pode não desempenhar um papel clinicamente significativo no alívio da dor imediatamente após o tratamento, melhorar a qualidade de vida em curto prazo e pode não melhorar a função das costas no período imediato em comparação com o controle simulado em pessoas com lombalgia crônica.[82]

As diretrizes do Reino Unido não recomendam acupuntura para lombalgia crônica.[81]

Terapia de manipulação vertebral para lombalgia crônica

Evidências de revisões sistemáticas demonstram que tanto a terapia de mobilização quanto a de manipulação vertebral são benéficas para o tratamento da lombalgia em curto prazo, mas nenhum tipo de manipulação vertebral é superior a outro.[135] [136] [137]

Evidências de alta qualidade indicam que a terapia de manipulação vertebral não é mais efetiva que intervenções para reduzir a dor e melhorar a funcionalidade em pessoas com lombalgia crônica.[138] [139] No entanto, existem evidências de baixa qualidade que sugerem que a terapia de manipulação osteopática é mais benéfica na redução da dor e na mudança do estado funcional, em comparação com intervenções de controle.[140]

Um estudo concluiu que o número ideal de tratamentos efetivo é 12, e qualquer número acima de 18 não traz nenhum benefício adicional.[90]

Os riscos de manipulação da coluna lombar são baixos, especialmente em comparação à manipulação cervical. Eventos adversos graves, como síndrome da cauda equina e hérnia de disco, são raros.[87] Aumento da dorsalgia no curto prazo e desconforto após a manipulação são efeitos adversos frequentes.[88] [89]

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

As diretrizes do Reino Unido recomendam que, se a manipulação vertebral ou a mobilização forem usadas para tratar a lombalgia crônica, devem fazer parte de um pacote de tratamento que inclui exercício, com ou sem terapia psicológica.[81] [Evidence B]

Massagem para lombalgia crônica

A massagem terapêutica pode melhorar a dor e a função em pessoas com lombalgia crônica em comparação com controles inativos, mas apenas em curto prazo.[80] No entanto, os ensaios incluídos foram de baixa qualidade.

As diretrizes do Reino Unido recomendam que, se a massagem for usada para manejar a lombalgia crônica, deve fazer parte de um pacote de tratamento que inclui exercício, com ou sem terapia psicológica.[81] [Evidence C]

Laserterapia de baixa intensidade para lombalgia crônica

A laserterapia de baixa potência (LBP), também conhecida como fotobiomodulação, é um tratamento com luz de baixa intensidade que desencadeia alterações bioquímicas intracelulares. A luz com comprimento de onda nas regiões vermelha e quase infravermelha do espectro eletromagnético é capaz de penetrar a pele e os tecidos moles. Isso afeta as células por meio de vários mecanismos: dissociação do óxido nítrico da citocromo c oxidase; vasodilatação mediada por luz; aumento de espécies reativas de oxigênio e redução de espécies reativas de nitrogênio; e ativação do fator de transcrição para genes que codificam fatores de crescimento.[141]

Foi demonstrado que o laser de baixa intensidade reduz significativamente a dor em comparação com o controle em pessoas com lombalgia crônica a 30 meses.[142]

Terapias comportamentais para lombalgia crônica

As terapias comportamentais podem incluir redução do estresse baseada na atenção plena, relaxamento progressivo, terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia operante e biofeedback eletromiográfico.[73] As terapias comportamentais podem ajudar o paciente a reconhecer que fatores externos associados à dor podem reforçá-la, ajudar os pacientes a controlar pensamentos, sentimentos e crenças que desencadeiam a dor; e interromper a tensão muscular (por exemplo, usando técnicas de relaxamento progressivo ou biofeedback eletromiográfico).[143]

A avaliação psicossocial deve fazer parte da avaliação da lombalgia. Comorbidades psiquiátricas como depressão, ansiedade e somatização aumentam o risco de evolução para dor crônica incapacitante.[62] Os fatores de risco para desfechos mais desfavoráveis em 1 ano incluem comportamentos mal-adaptativos de enfrentamento da dor, sinais não orgânicos, comprometimento funcional, mau estado geral de saúde e presença de comorbidades psiquiátricas.[34]

Nenhuma terapia comportamental é mais efetiva que as outras.[143] Em comparação com controles em lista de espera ou cuidados habituais, a terapia operante e a terapia comportamental, respectivamente, são mais efetivas na redução da dor em pessoas com lombalgia crônica.[143] Evidências de baixa qualidade sugerem que o relaxamento progressivo é mais efetivo na melhora da função em curto prazo, e que o biofeedback eletromiográfico é mais efetivo na redução do alívio da dor em curto prazo em comparação com o controle por lista de espera.[143]

 © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Foi demonstrado que a TCC melhora a dor, a incapacidade, a evitação do medo e a autoeficácia em comparação com grupos-controle (lista de espera/cuidados habituais, terapia ativa).[144] A TCC pode ser efetiva quando realizada em grupo ou online.[145] [146] [147] [148] [149]

A redução de estresse baseada em atenção plena e a TCC são igualmente eficazes na melhora da dor e limitações funcionais em adultos com lombalgia crônica.[150] Ambas são mais efetivas que os cuidados habituais.[150] Uma revisão sistemática subsequente revelou que, quando comparada com terapia cognitivo-comportamental, cuidados habituais ou controles em lista de espera, a redução do estresse baseada na atenção plena melhorou a função física a 8 semanas e a 6 meses de acompanhamento em pessoas com lombalgia crônica.[151]

Evidências de baixa qualidade sugerem que a terapia respondente (relaxamento progressivo ou biofeedback com eletromiografia) é mais efetiva que o controle em lista de espera para o alívio da dor em curto prazo, mas não tem efeitos sobre a funcionalidade.[143]

As diretrizes do Reino Unido recomendam oferecer TCC como parte de um pacote de tratamentos que inclui exercícios, com ou sem terapia manual, para pacientes com lombalgia crônica.[81] [Evidence B]

Reabilitação multidisciplinar para lombalgia crônica

A reabilitação multidisciplinar combina terapias físicas e psicológicas e é recomendada para pessoas com lombalgia persistente que podem ter obstáculos psicossociais à recuperação, por exemplo, evitando atividades normais com base em crenças inadequadas sobre a sua condição.[73] [81] A terapia de reabilitação individualizada demonstrou ser mais efetiva que outros tratamentos ativos em pessoas com lombalgia crônica.[152]

Evidências de revisões Cochrane sugerem que a reabilitação biopsicossocial multidisciplinar (RBM) reduz a dor e a incapacidade em comparação com os cuidados habituais ou tratamento físico em pessoas com lombalgia crônica ou subaguda.[153] Uma metanálise subsequente relatou que a RBM é mais efetiva na redução da dor e da incapacidade em comparação com outras intervenções de reabilitação para pessoas com lombalgia crônica, mas não é mais efetiva para pessoas com lombalgia aguda.[154]

A adição de TCC à fisioterapia de rotina parece reduzir a dor e a incapacidade, além de melhorar a capacidade funcional, comparada com a fisioterapia isolada.[155]

As diretrizes do Reino Unido recomendam oferecer um programa físico e psicológico combinado para pacientes com lombalgia crônica que enfrentam obstáculos psicossociais significativos para a recuperação (por exemplo, acreditar que devem evitar as atividades normais), ou quando os tratamentos prévios não foram eficazes.[81]

Farmacoterapia: lombalgia crônica

Os pacientes com lombalgia crônica que apresentarem resposta inadequada ao tratamento não farmacológico devem receber farmacoterapia.[73]

Analgesia para lombalgia crônica

Os AINEs são o tratamento de primeira linha recomendado. O tratamento de segunda linha pode incluir o tramadol ou a duloxetina.[73] Existem algumas evidências que sugerem que a farmacoterapia combinada é mais efetiva para as pessoas com lombalgia crônica.[156]

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente. Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

A duloxetina (um inibidor da recaptação da serotonina-noradrenalina [IRSN]) é o único antidepressivo recomendado para as pessoas com lombalgia crônica e pode ser considerado como tratamento de segunda linha nos EUA, mas não é recomendado no Reino Unido.[73] [81][157]

Há evidências de qualidade moderada a alta de que a duloxetina pode reduzir a dor e melhorar a função em adultos com dor crônica (incluindo dor musculoesquelética).[158] Revisões sistemáticas anteriores específicas para a dorsalgia relataram evidências moderadas de que o efeito dos IRSNs sobre os escores de dor e de incapacidade é pequeno e não é clinicamente importante.[159] [160]

Opioides diferentes do tramadol podem ser considerados uma opção de terceira linha para os pacientes com lombalgia crônica que não tiverem respondido a outros tratamentos, se os potenciais benefícios superarem os riscos, após se discutirem os riscos e benefícios com o paciente.[73] Para pessoas com lombalgia crônica, há evidências de qualidade muito baixa a alta de que os opioides podem ter um pequeno efeito benéfico sobre a dor.[161] No entanto, este benefício só pode ser observado em curto ou médio prazos (4-15 semanas), os efeitos em longo prazo dos opioides (≥6 meses) podem não ser superiores aos dos não opioides na melhora da dor ou da incapacidade ou da funcionalidade relacionada à dor em pessoas com lombalgia crônica e estão associados a mais efeitos adversos, uso indevido ou dependência de opioides e possivelmente a um aumento na mortalidade por todas as causas.[162]

Os opioides devem ser considerados para o tratamento em curto a médio prazos de pacientes cuidadosamente selecionados com dor crônica não maligna e apenas mantidos se forem efetivos.[73] Revisão regular é necessária, pelo menos uma vez ao ano. Encaminhamento a especialista ou aconselhamento deve ser considerado se houver qualquer preocupação quanto à escalação de dose rápida, ou se a dose exceder 90 mg/dia equivalente a morfina.[73]

Recorrência

Não está claro por que a dor lombar aguda inespecífica tem recidivas tão frequentes. O limiar para investigação nesse grupo de pacientes é geralmente baixo.

A abordagem de tratamento é a mesma do tratamento da lombalgia aguda inespecífica, desde que não haja sinais de alerta: trauma recente significativo; pequena queda ou levantamento de peso em uma pessoa potencialmente osteoporótica ou idosa; perda de peso inexplicada; imunossupressão; história de câncer; uso de medicamentos intravenosos; uso prolongado de corticosteroides; infecção do trato urinário; deficit neurológico focal com sintomas progressivos ou incapacitantes; início agudo de retenção urinária ou incontinência por transbordamento; perda do tônus do esfíncter anal ou incontinência fecal; anestesia em sela; fraqueza motora global ou progressiva nos membros inferiores; ou duração da lombalgia >6 semanas.[3] [4]

As taxas de recorrência são significativas, com 50% a 59% apresentando algum grau de dor lombar recorrente, e 20% a 35% apresentando dor lombar funcionalmente incapacitante entre 6 e 22 meses após a dor lombar aguda.[163]

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Visão geral do algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: consulte o aviso legal

Aguda (Resumo)		
lombalgia aguda e subaguda (≤12 semanas)		
	1a.	**educação do paciente + retorno à atividade normal**
	adjunta	**tratamentos de autocuidado de temperatura**
	adjunta	**massagem**
	adjunta	**acupuntura**
	adjunta	**terapia de manipulação vertebral**
	adjunta	**fisioterapia e exercícios físicos**
	adjunta	**analgesia**
	adjunta	**relaxante muscular**

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua		(Resumo)
dor lombar crônica (>12 semanas)		
	1a.	fisioterapia e terapia com exercícios
	associado a	educação do paciente + retorno à atividade normal
	adjunta	pilates, tai chi ou ioga
	adjunta	exercício de controle motor
	adjunta	acupuntura
	adjunta	terapia de manipulação vertebral
	adjunta	massagem
	adjunta	laserterapia de baixa potência
	adjunta	terapia comportamental
	adjunta	reabilitação multidisciplinar
	2a.	farmacoterapia
	associado a	educação do paciente + retorno à atividade normal
	adjunta	fisioterapia e exercícios físicos
	adjunta	pilates, tai chi ou ioga
	adjunta	exercício de controle motor
	adjunta	acupuntura
	adjunta	terapia de manipulação vertebral
	adjunta	massagem
	adjunta	laserterapia de baixa potência
	adjunta	terapia comportamental
	adjunta	reabilitação multidisciplinar
dor lombar recorrente		
	1a.	tratamento semelhante ao do episódio agudo

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Algoritmo de tratamento

Observe que as formulações/vias e doses podem diferir entre nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. As recomendações de tratamento são específicas para os grupos de pacientes: consulte o aviso legal

Aguda

lombalgia aguda e subaguda (≤12 semanas)

1a. educação do paciente + retorno à atividade normal

» A educação do paciente é recomendada como parte do tratamento inicial para todos os pacientes com lombalgia e serve como estrutura para o manejo.[74] A educação do paciente deve enfatizar o prognóstico geral favorável da lombalgia inespecífica e o alto risco de recorrência.

» Pode não ser necessário nenhum tratamento adicional, principalmente nos pacientes com baixo risco de desenvolverem dorsalgia crônica. No entanto, a educação do paciente por si só tem sido demonstrada como efetiva em curto prazo, mas deve ser usada em combinação com outras intervenções, se necessário, para prolongar e melhorar os desfechos benéficos para o paciente.[75]

» Foi demonstrado que a educação do paciente melhora a dor e a função em idosos com lombalgia, mas outras evidências sugerem que ela faz pouca ou nenhuma diferença na dor e na função em comparação com o placebo para pacientes com lombalgia aguda e/ou subaguda.[76] [77] Contudo, quando são considerados os efeitos em outros desfechos, tais como tranquilização, e o desejo de informação do paciente, a educação do paciente deve fazer parte do tratamento de primeira linha.[77]

» Os médicos devem tranquilizar os pacientes de que é extremamente improvável que a retomada das atividades diárias normais resulte no agravamento da lombalgia ou em qualquer lesão grave nas costas e encorajar o retorno às atividades habituais o mais rapidamente possível. A revisão Cochrane mais recente constatou que aconselhar o paciente a permanecer ativo está associado a pequenas melhoras na dor e no status funcional, em comparação ao repouso no leito.[78]

adjunta tratamentos de autocuidado de temperatura

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Aguda

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Para pacientes com lombalgia aguda e subaguda, o calor superficial é recomendado como tratamento adjuvante.[73]

» As evidências que dão suporte ao calor e ao frio superficiais para a lombalgia são limitadas. Uma revisão Cochrane concluiu que há evidências moderadas para dar suporte ao uso da terapia com envoltório de calor para reduções da dor e da rigidez em curto prazo nas lombalgias aguda e subaguda, em comparação com o placebo oral.[79] A adição de exercícios reduziu ainda mais a dor e melhorou a funcionalidade.

» A evidência do benefício do uso de gelo para pessoas com lombalgia é limitada a estudos de baixa qualidade, com a revisão Cochrane relatando que não é possível tirar conclusões sobre a sua eficácia.[79] Contudo, na prática, o gelo reduz a dor em muitos pacientes, especialmente nos primeiros dias após o início da dor. Em decorrência do perfil favorável de risco-benefício (eventos adversos associados como congelamento de extremidades são raros), o gelo pode ser considerado um tratamento potencial.

adjunta **massagem**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Para pacientes com lombalgia aguda e subaguda, a massagem é recomendada como tratamento adjuvante.[73]

» Há evidências de baixa qualidade que sugerem que a massagem pode melhorar a dor em curto prazo nas pessoas com lombalgia subaguda.[80] No entanto, nenhuma melhora na funcionalidade foi relatada.[80]

adjunta **acupuntura**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Para pacientes com lombalgia aguda e subaguda, a acupuntura é recomendada como tratamento adjuvante.[73]

» Uma revisão Cochrane concluiu que a acupuntura pode não ter nenhum papel clinicamente significativo no alívio da dor imediatamente após o tratamento ou na melhora da qualidade de vida em curto prazo, e possivelmente não melhorou a função em

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Aguda

comparação com a acupuntura simulada em um período imediato para pessoas com lombalgia aguda.[82] Em comparação com os cuidados habituais, foi demonstrada uma melhora na função e na qualidade de vida, mas nenhuma redução na dor foi relatada imediatamente após a sessão de acupuntura. No entanto, em comparação com a ausência de tratamento, a acupuntura melhorou a dor e a função imediatamente.[82]

» Os resultados de revisões sistemáticas subsequentes variaram.[83] [84] Em comparação com um tratamento de controle, a acupuntura reduziu a dor e o número de comprimidos tomados por pessoas com lombalgia aguda em uma metanálise.[84] O estudo relatou que as conclusões devem ser vistas com cautela devido ao baixo poder dos estudos incluídos.[84] Uma metanálise em rede adicional revelou que a acupuntura reduziu a dor em comparação com o placebo e melhorou a função em comparação com a farmacoterapia; no entanto, a qualidade dos ensaios incluídos foi baixa.[83]

adjunta **terapia de manipulação vertebral**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Para pacientes com lombalgia aguda e subaguda, a terapia de manipulação vertebral é recomendada como tratamento adjuvante.[73]

» Uma grande variedade de técnicas de manipulação vertebral pode ser realizada, todas envolvendo o movimento manual da coluna, para se obter um efeito terapêutico. Profissionais da saúde, como médicos, quiropráticos e fisioterapeutas recebem treinamentos diferentes; portanto, as técnicas de manipulação são heterogêneas. Não há evidências que mostrem resultados superiores de um tipo de manipulação vertebral sobre outro.

» Uma metanálise relatou que a terapia de manipulação vertebral não foi mais eficaz para a lombalgia aguda que a terapia de manipulação vertebral simulada, intervenção inerte ou outras terapias recomendadas.[85] Um ensaio clínico randomizado e controlado subsequente constatou que a terapia de manipulação vertebral esteve associada a uma redução considerável da dor e da incapacidade após 4 semanas, comparada aos cuidados médicos habituais. No entanto, a dor e os escores funcionais a 3 meses e a 6 meses não

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Aguda

foram significativamente diferentes entre os grupos.[86]

» Os riscos de manipulação da coluna lombar são baixos, e os eventos adversos graves, como síndrome da cauda equina e hérnia de disco, são raros.[87] Dorsalgia aumentada de curta duração e desconforto após a manipulação são efeitos adversos frequentes.[88] [89] Há evidências que sugerem que o número ideal de tratamentos efetivos é 12, e qualquer número acima de 18 não traz nenhum benefício extra.[90]

»

adjunta **fisioterapia e exercícios físicos**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Para pacientes com lombalgia aguda e subaguda, a fisioterapia e os exercícios são recomendados como tratamento adjuvante.[73]

» O encaminhamento à fisioterapia ativa ou à terapia com exercícios deve ser considerado, principalmente em pacientes que tiveram lombalgia por >6 semanas. O encaminhamento precoce para fisioterapia pode resultar em redução dos riscos de exames de imagem avançados, uso de opioides, cirurgia e injeções vertebrais em comparação com o protelamento da fisioterapia.[91] [92]

» Os resultados das revisões sistemáticas sobre a eficácia do exercício são conflitantes. Alguns dados sugerem que as intervenções com exercícios melhoram a força muscular, a resistência e a atividade elétrica em pessoas com lombalgia inespecífica em comparação com o controle ativo ou passivo.[93] No entanto, uma metanálise que incluiu apenas pessoas com lombalgia aguda concluiu que há evidências de certeza muito baixa a moderada de que a terapia com exercícios resulta em pouca ou nenhuma diferença importante na dor ou incapacidade, em comparação com outras intervenções, em pacientes adultos.[94]

» Revisões sistemáticas subsequentes sugerem que as intervenções efetivas de exercícios para pessoas com lombalgia incluem exercícios focados no tronco (incluindo exercícios de fortalecimento do quadril) e treinamentos de resistência.[95] [96] [97] [98] Um pequeno benefício também pode ser observado ao se adicionarem exercícios para o assoalho pélvico ao regime, mas isso é baseado em evidências

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Aguda

de qualidade muito baixa.[99] No entanto, estes estudos não foram realizados exclusivamente em pessoas com lombalgia aguda.

adjunta **analgesia**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» ibuprofeno: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

ou

» naproxeno: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

ou

» celecoxibe: 100-200 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário

Opções secundárias

» paracetamol: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

Opções terciárias

» fosfato de codeína: 30-60 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 240 mg/dia

ou

» paracetamol/codeína: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia
A dose refere-se ao componente de paracetamol. Máximo de 240 mg/dia de codeína.

ou

» tramadol: 50-100 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia; 100-300 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia, máximo de 300 mg/dia

ou

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Aguda

» oxicodona/paracetamol: 2.5 a 10 mg por via oral a cada 6 horas quando necessário
A dose refere-se ao componente de oxicodona. Máximo de 4000 mg/dia de paracetamol.

» A farmacoterapia pode ser considerada um adjuvante na lombalgia aguda e subaguda, após discutir os riscos e benefícios com o paciente.[73]

» Os medicamentos de primeira linha incluem um ciclo curto de um anti-inflamatório não esteroidal (AINE) na dose mais baixa possível, nos pacientes sem comorbidades gástricas, cardiovasculares ou renais significativas.[81] As evidências sugerem que os AINEs podem ser ligeiramente mais efetivos na redução da dor em curto prazo, da incapacidade e em melhora global para pessoas com lombalgia aguda, em comparação com placebo.[100]

» O paracetamol isolado não é recomendado para lombalgia aguda.[81] Há evidências de alta qualidade que indicam que o paracetamol não é mais efetivo que um placebo para o manejo da lombalgia aguda.[101] [102] Entretanto, na prática, caso haja contraindicação para o uso de AINEs, um ciclo curto de paracetamol pode ser considerado, contanto que não haja comorbidades hepáticas. Demonstrou-se que a combinação de AINEs e paracetamol reduz a incapacidade, em comparação com os AINEs isoladamente, em pessoas com lombalgia aguda.[103]

» Na prática, um ciclo curto de tramadol ou outro opioide, como codeína ou oxicodona, pode ser considerado se a lombalgia aguda for grave e não controlada, apesar do retorno às atividades normais, aos tratamentos de autocuidado e à farmacoterapia inicial. A necessidade constante de opioides deve estar em conformidade com as diretrizes, e os riscos e benefícios devem ser discutidos com o paciente.[104]

» Um ensaio randomizado e controlado por placebo não encontrou nenhuma diferença significativa entre os opioides, em comparação com o placebo, na intensidade da dor em pessoas com lombalgia aguda que se apresentaram na atenção primária ou em prontos-socorros.[105] Os efeitos adversos foram mais comuns no grupo de opioides. Os efeitos adversos de curto prazo podem incluir aumento de náuseas, tonturas, constipação, vômitos, sonolência ou xerostomia. Os riscos de

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Aguda

longo prazo incluem dependência, uso indevido ou superdosagem.[73]

» As diretrizes do Reino Unido recomendam o uso de um opioide fraco, com ou sem paracetamol, caso o AINE seja contraindicado, não seja tolerado nem eficaz.[81]

adjunta **relaxante muscular**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» ciclobenzaprina: 5-10 mg por via oral três vezes ao dia quando necessário

ou

» tizanidina: 4-8 mg por via oral três vezes ao dia quando necessário, máximo de 24 mg/dia

ou

» metaxalona: 800 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 3200 mg/dia

Opções secundárias

» diazepam: 2-10 mg por via oral três a quatro vezes ao dia

» Um ciclo de curta duração de um relaxante muscular pode ser considerado nos pacientes com lombalgia aguda e subaguda.[73]

» Há evidências de qualidades muito baixa e baixa de que os relaxantes musculares reduzem a lombalgia aguda antes de 2 semanas em comparação com placebo ou controle; no entanto, o benefício é pequeno e pode não ser clinicamente importante e a sua utilização pode estar associada a um aumento do risco de eventos adversos.[106] [107] O efeito adverso mais comum é torpor, o que pode limitar seu uso durante o dia.

» Há evidências que sugerem que a combinação de relaxantes musculares e paracetamol ou anti-inflamatório não esteroidal (AINE) causa desfechos melhores em comparação a cada um desses tratamentos isolados.[106] [108] Alguns relaxantes musculares são potenciais substâncias de abuso; portanto, os benzodiazepínicos não devem ser usados como agentes de primeira linha.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

dor lombar crônica (>12 semanas)

1a. fisioterapia e terapia com exercícios

» As terapias não farmacológicas, incluindo a fisioterapia e os exercícios, são recomendadas como primeira linha para os pacientes com lombalgia crônica.[73]

» Os estudos sobre a terapia com exercícios físicos variam em termos de frequência, duração, orientação ou instrução do fisioterapeuta, e os movimentos específicos realizados. Não há evidências definitivas que sugiram que certos exercícios ou rotinas sejam superiores a outros.[110] Dados de revisões sistemáticas demonstram um efeito pequeno, mas benéfico, sobre a dor e a função em pessoas com lombalgia crônica, em comparação com a ausência de tratamento, os cuidados habituais, o tratamento conservador ou o placebo.[111] [112] O benefício da terapia com exercícios pode ser mais pronunciado em idosos com lombalgia crônica, mas os elementos da terapia com exercícios devem ser cuidadosamente considerados para garantir a segurança do paciente.[113]

» Os exercícios em grupo podem ser considerados para as pessoas com lombalgia crônica.[73] [81] [Evidence C] Um estudo randomizado controlado em clusters sugere que a terapia em grupo é tão efetiva quanto o tratamento individualizado.[114]

» A frequência dos exercícios pode ser mais importante que seu tipo, duração ou intensidade (em pacientes com lombalgia recorrente).[114] A fisioterapia precoce parece estar associada à redução da probabilidade de uso de opioides entre pacientes com lombalgia, bem como à redução de miligramas equivalentes à morfina oral entre os pacientes que usavam opioides.[91]

» A maioria dos programas de exercícios para a coluna tem como objetivo o fortalecimento dos músculos estabilizadores do tronco (abdominais, oblíquos, eretor da espinha, músculos do assoalho pélvico e grande dorsal), condicionamento aeróbio e flexibilidade da coluna na extensão, flexão, curvatura lateral e rotação.

» As intervenções de exercícios efetivas para as pessoas com lombalgia crônica incluem exercícios de estabilidade dos músculos

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

estabilizadores do tronco (incluindo caminhada, natação e ciclismo), exercícios de força e resistência, programas de exercícios de coordenação/estabilização.[112] [115] [116] [117][118] [119][120]

» A terapia aquática pode ser tão benéfica quanto os exercícios fora da água.[114] Os resultados de uma metanálise demonstraram que a terapia aquática reduziu a intensidade da dor, melhorou a qualidade de vida e reduziu a incapacidade, mas não melhorou a dor em repouso em pessoas com lombalgia crônica, em comparação com o grupo-controle.[121]

associado a **educação do paciente + retorno à atividade normal**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A educação do paciente é recomendada como parte do tratamento inicial para todos os pacientes com lombalgia e serve como estrutura para o manejo.[74] A educação do paciente deve enfatizar o prognóstico em geral favorável da lombalgia inespecífica e o alto risco de recorrência.

» Pode não ser necessário nenhum tratamento adicional, principalmente nos pacientes com baixo risco de desenvolverem dorsalgia crônica. No entanto, a educação do paciente por si só tem sido demonstrada como efetiva em curto prazo, mas deve ser usada em combinação com outras intervenções, se necessário, para prolongar e melhorar os desfechos benéficos para o paciente.[75]

» Foi demonstrado que a educação do paciente melhora a dor e a função em idosos com lombalgia, mas outras evidências sugerem que ela faz pouca ou nenhuma diferença na dor e na função em comparação com o placebo para pacientes com lombalgia aguda e/ou subaguda.[76] [77] Contudo, quando são considerados os efeitos sobre outros desfechos, tais como tranquilização, e o desejo de informação do paciente, a educação do paciente deve fazer parte do tratamento de primeira linha.[77]

» Os médicos devem tranquilizar os pacientes de que é extremamente improvável que a retomada das atividades diárias normais resulte no agravamento da lombalgia ou em qualquer lesão grave nas costas e encorajar o retorno às atividades habituais o mais rapidamente possível. A revisão Cochrane mais

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

recente constatou que aconselhar o paciente a permanecer ativo está associado a pequenas melhoras na dor e no status funcional, em comparação ao repouso no leito.[78]

adjunta **pilates, tai chi ou ioga**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Pilates, tai chi e a ioga são recomendados como possíveis tratamentos adjuvantes para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» Há evidências que sugerem que pilates, ioga e tai chi podem reduzir a dor e melhorar a função em pessoas com lombalgia crônica.[122] [123] [124] [125]

» Em comparação com a não prática de exercícios, a ioga pode resultar em uma melhora pequena, mas clinicamente sem importância, na funcionalidade e na dor relacionadas às costas.[126] Ainda não está claro se a ioga é mais efetiva na redução da dor e na melhoria da função em comparação com grupos-controle de exercícios ou de fisioterapia.[127] [128]

» O pilates pode ser mais efetivo que o exercício geral ou o controle como uma intervenção para a lombalgia crônica, mas as evidências sugerem que não é mais efetivo na redução da dor e na melhora da função do que outras formas de exercícios de direção específica e exercícios de estabilização da coluna vertebral.[129] [130]

adjunta **exercício de controle motor**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» O exercício de controle motor é recomendado como um potencial tratamento adjuvante para as pessoas com lombalgia crônica.[73]

» Essa terapia foca na ativação dos músculos profundos do tronco e tem como objetivo a restauração da coordenação, do controle e da força desses músculos.

» Há evidências muito baixas a moderadas de que os exercícios de controle motor têm um efeito clinicamente importante na dor e na funcionalidade de pessoas com lombalgia crônica, em comparação com intervenções mínimas.[131] Resultados semelhantes foram demonstrados com evidências de qualidade moderada a alta quando exercícios de controle motor são comparados com terapia manual, e evidências de baixa qualidade sugerem

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

resultados semelhantes em comparação com outros exercícios.[131]

» Uma revisão sistemática subsequente que incluiu evidências de qualidade baixa a muito baixa, demonstrou que os exercícios de controle motor reduzem a dor e melhoram a função em comparação com um controle simulado, e reduziram a dor em comparação com outros tratamentos para lombalgia crônica inespecífica a 6 meses.[132] No entanto, foram relatados efeitos semelhantes na redução da dor nos períodos de acompanhamento de 12 meses e 24 meses, e na incapacidade nos períodos de acompanhamento de 6 meses, 12 meses e 24 meses.[132]

»

adjunta **acupuntura**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A acupuntura é recomendada como um potencial tratamento adjuvante para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» A acupuntura é amplamente utilizada por pacientes com lombalgia crônica. Não está claro se ela é um tratamento efetivo, pois as evidências das revisões sistemáticas apresentam resultados conflitantes.[133][134]

» Algumas evidências sugerem que a acupuntura é mais efetiva que a ausência de tratamento ou tratamento simulado para os alívios imediato e em curto prazo da dor em pacientes com lombalgia crônica inespecífica.[133] [134] Por outro lado, uma revisão Cochrane concluiu que a acupuntura pode não desempenhar um papel clinicamente significativo no alívio da dor imediatamente após o tratamento, melhorar a qualidade de vida em curto prazo, e pode não melhorar a função das costas no período imediato em comparação com o controle simulado em pessoas com lombalgia crônica.[82]

adjunta **terapia de manipulação vertebral**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A terapia de manipulação vertebral é recomendada como um potencial tratamento adjuvante para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» Evidências de revisões sistemáticas demonstram que tanto a terapia de mobilização

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

quanto a de manipulação vertebral são benéficas para o tratamento da lombalgia em curto prazo, mas nenhum tipo de manipulação vertebral é superior a outro.[135] [136] [137]

» Evidências de alta qualidade indicam que a terapia de manipulação vertebral não é mais efetiva em comparação com outras intervenções para reduzir a dor e melhorar a função em pessoas com lombalgia crônica.[138] [139] No entanto, existem evidências de baixa qualidade que sugerem que a terapia de manipulação osteopática é mais benéfica na redução da dor e na mudança do estado funcional, em comparação com intervenções de controle.[140]

» Um estudo concluiu que o número ideal de tratamentos efetivo é 12, e qualquer número acima de 18 não traz nenhum benefício adicional.[90]

» Os riscos de manipulação da coluna lombar são baixos, especialmente em comparação à manipulação cervical. Eventos adversos graves, como síndrome da cauda equina e hérnia de disco, são raros.[87] Dorsalgia aumentada de curta duração e desconforto após a manipulação são efeitos adversos frequentes.[88] [89]

adjunta **massagem**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A massagem é recomendada como um potencial tratamento adjuvante para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» A massagem terapêutica pode melhorar a dor e a função em pessoas com lombalgia crônica em comparação com controles inativos, mas apenas em curto prazo.[80] No entanto, os ensaios incluídos foram de baixa qualidade.

adjunta **laserterapia de baixa potência**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A laserterapia de baixa potência (LBP) é recomendada como um potencial tratamento adjuvante para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» A LBP, também conhecida como fotobiomodulação, é um tratamento com luz de baixa intensidade que desencadeia alterações bioquímicas intracelulares. A luz com comprimento de onda nas regiões vermelha e quase infravermelha do espectro

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

eletromagnético é capaz de penetrar a pele e os tecidos moles. Isso afeta as células por meio de vários mecanismos: dissociação do óxido nítrico da citocromo c oxidase; vasodilatação mediada por luz; aumento de espécies reativas de oxigênio e redução de espécies reativas de nitrogênio; e ativação do fator de transcrição para genes que codificam fatores de crescimento.[141]

» Foi demonstrado que o laser de baixa intensidade reduz significativamente a dor em comparação com o controle em pessoas com lombalgia crônica a 30 meses.[142]

adjunta **terapia comportamental**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A terapia comportamental é recomendada como um potencial tratamento adjuvante para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» As terapias comportamentais podem incluir redução do estresse baseada na atenção plena, relaxamento progressivo, terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia operante e biofeedback eletromiográfico.[73]

» As terapias comportamentais podem ajudar o paciente a reconhecer quais fatores externos associados à dor podem reforçá-la, ajudar os pacientes a controlar pensamentos, sentimentos e crenças que desencadeiem dor; e interromper a tensão muscular (por exemplo, usando técnicas de relaxamento progressivo ou biofeedback eletromiográfico).[143]

» A avaliação psicossocial deve fazer parte da avaliação da lombalgia. Comorbidades psiquiátricas como depressão, ansiedade e somatização aumentam o risco de evolução para dor crônica incapacitante.[62] Fatores de risco para desfechos mais desfavoráveis em 1 ano incluem comportamentos mal-adaptativos de enfrentamento da dor, sinais não orgânicos, comprometimento funcional, mau estado geral de saúde e presença de comorbidades psiquiátricas.[34]

» Nenhuma terapia comportamental é mais efetiva que as outras.[143] Em comparação com controles em lista de espera ou cuidados habituais, a terapia operante e a terapia comportamental, respectivamente, são mais efetivas na redução da dor em pessoas com lombalgia crônica.[143] Evidências de baixa qualidade sugerem que o relaxamento

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

progressivo é mais efetiva na melhora da função em curto prazo, e que o biofeedback eletromiográfico é mais efetivo na redução do alívio da dor em curto prazo em comparação com o controle em lista de espera.[143]

» Foi demonstrado que a TCC melhora a dor, a incapacidade, a evitação do medo e a autoeficácia em comparação com grupos-controle (lista de espera/cuidados habituais, terapia ativa).[144] A TCC pode ser efetiva quando realizada em grupo ou online.[145] [146] [147] [148] [149]

» A redução de estresse baseada em atenção plena e a TCC são igualmente eficazes na melhora da dor e limitações funcionais em adultos com lombalgia crônica.[150] Ambas são mais eficazes que os cuidados comuns.[150] Uma revisão sistemática subsequente revelou que, quando comparada com terapia cognitivo-comportamental, cuidados habituais ou controle em lista de espera, a redução do estresse baseada na atenção plena melhorou a função física a 8 semanas e a 6 meses de acompanhamento em pessoas com lombalgia crônica.[151]

» Evidências de baixa qualidade sugerem que a terapia respondente (relaxamento progressivo ou biofeedback com eletromiografia) é mais efetiva que o controle em lista de espera para o alívio da dor em curto prazo, mas não tem efeitos sobre a funcionalidade.[143]

adjunta **reabilitação multidisciplinar**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A reabilitação multidisciplinar combina terapias físicas e psicológicas e é recomendada para pessoas com lombalgia persistente que podem ter obstáculos psicossociais à recuperação, por exemplo, evitando atividades normais com base em crenças inadequadas sobre a sua condição.[73] [81] A terapia de reabilitação individualizada demonstrou ser mais efetiva que outros tratamentos ativos em pessoas com lombalgia crônica.[152]

» Evidências de revisões Cochrane sugerem que a reabilitação biopsicossocial multidisciplinar (RBM) reduz a dor e a incapacidade em comparação com os cuidados habituais ou tratamento físico em pessoas com lombalgia crônica ou subaguda.[153] Uma metanálise subsequente relatou que a RBM é mais efetiva na redução da dor e da

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

incapacidade em comparação com outras intervenções de reabilitação para pessoas com lombalgia crônica, mas não é mais efetiva para pessoas com lombalgia aguda.[154]

» A adição de TCC à fisioterapia de rotina parece reduzir a dor e a incapacidade, além de melhorar a capacidade funcional, comparada com a fisioterapia isolada.[155]

»

2a. farmacoterapia

Opções primárias

» ibuprofeno: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

ou

» naproxeno: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

ou

» celecoxibe: 100-200 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário

Opções secundárias

» duloxetina: 30-60 mg por via oral uma vez ao dia

ou

» tramadol: 50-100 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia; 100-300 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia, máximo de 300 mg/dia

Opções terciárias

» sulfato de morfina: 10-30 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4 horas quando necessário inicialmente, ajustar a dose de acordo com a resposta; 15 mg por via oral (liberação prolongada) a cada 8-12 horas quando necessário inicialmente, ou 30 mg por via oral (liberação prolongada) a cada 24 horas quando necessário inicialmente, ajustar a dose de acordo com a resposta
Para pacientes experientes ou tolerantes a opioides, calcule a dose inicial com base na

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

ingestão atual de opioides, de acordo com as recomendações do fabricante.

ou

» oximorfona: 5-20 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário; 5 mg por via oral (liberação prolongada) a cada 12 horas quando necessário inicialmente, aumentar em 5-10 mg/dose a cada 12 horas, de acordo com a resposta, a cada 3-7 dias
Para pacientes experientes ou tolerantes a opioides, calcule a dose inicial com base na ingestão atual de opioides, de acordo com as recomendações do fabricante.

ou

» hidromorfona: 2-4 mg por via oral (comprimido de liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário inicialmente, ajustar a dose de acordo com a resposta; 2.5 a 10 mg por via oral (solução de liberação imediata) a cada 3-6 horas quando necessário inicialmente, ajustar a dose de acordo com a resposta
A formulaçao de liberação prolongada só é recomendada em pacientes com experiência em opioides.

Para pacientes experientes ou tolerantes a opioides, calcule a dose inicial com base na ingestão atual de opioides, de acordo com as recomendações do fabricante.

ou

» tapentadol: 50-100 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 700 mg/dia no primeiro dia e 600 mg/dia daí em diante; 50 mg por via oral (liberação prolongada) a cada 12 horas quando necessário inicialmente, ajustar a dose de acordo com a resposta, máximo de 500 mg/dia
Uma segunda dose pode ser administrada 1 hora após a primeira dose, se o controle da dor não for alcançado com a dose inicial da formulação de liberação imediata.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

Para pacientes experientes ou tolerantes a opioides, calcule a dose inicial com base na ingestão atual de opioides, de acordo com as recomendações do fabricante.

ou

» buprenorfina: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Os pacientes com lombalgia crônica que apresentarem resposta inadequada ao tratamento não farmacológico devem receber farmacoterapia.[73]

» Os AINEs são o tratamento de primeira linha recomendado. O tratamento de segunda linha pode incluir o tramadol ou a duloxetina.[73] Existem algumas evidências que sugerem que a farmacoterapia combinada é mais efetiva para pessoas com lombalgia crônica.[156]

» A duloxetina (um inibidor da recaptação da serotonina-noradrenalina [IRSN]) é o único antidepressivo recomendado para pessoas com lombalgia crônica e pode ser considerado um tratamento de segunda linha nos EUA, mas não é recomendado no Reino Unido.[73] [81] [157] Há evidências de qualidade moderada a alta de que a duloxetina pode reduzir a dor e melhorar a função em adultos com dor crônica (incluindo dor musculoesquelética).[158] Revisões sistemáticas anteriores específicas para dorsalgia relataram evidências moderadas de que o efeito dos IRSNs nos escores de dor e incapacidade é pequeno e não é clinicamente importante.[159] [160]

» Opioides podem ser considerados uma opção de terceira linha para pacientes com lombalgia crônica que não responderam a outros tratamentos, se os potenciais benefícios superarem os riscos, após discutir os riscos e benefícios com o paciente.[73] Para pessoas com lombalgia crônica, há evidências de qualidade muito baixa a alta de que os opioides podem ter um pequeno efeito benéfico sobre a dor.[161] No entanto, este benefício só pode ser observado em curto ou médio prazos (4-15 semanas), os efeitos em longo prazo dos opioides (≥6 meses) podem não ser superiores aos dos não opioides na melhora da dor ou da incapacidade ou da funcionalidade relacionada à dor em pessoas com lombalgia crônica e estão associados a mais eventos adversos, uso indevido ou dependência de opioides e

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

possivelmente a um aumento na mortalidade por todas as causas.[162] Os opioides devem ser considerados para o tratamento em curto a médio prazos de pacientes cuidadosamente selecionados com dor crônica não maligna e apenas mantidos se forem efetivos.[157] Revisão regular é necessária, pelo menos uma vez ao ano. O encaminhamento para ou aconselhamento por especialista deve ser considerado se houver qualquer preocupação quanto a escalonamento rápido da dose, ou se a dose equivalente a morfina exceder 90 mg/dia.[157]

associado a educação do paciente + retorno à atividade normal

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A educação do paciente é recomendada como parte do tratamento inicial para todos os pacientes com lombalgia e serve como estrutura para o manejo.[74] A educação do paciente deve enfatizar o prognóstico em geral favorável da lombalgia inespecífica e o alto risco de recorrência.

» Pode não ser necessário nenhum tratamento adicional, principalmente nos pacientes com baixo risco de desenvolverem dorsalgia crônica. No entanto, a educação do paciente por si só tem sido demonstrada como efetiva em curto prazo, mas deve ser usada em combinação com outras intervenções, se necessário, para prolongar e melhorar os desfechos benéficos para o paciente.[75]

» Foi demonstrado que a educação do paciente melhora a dor e a função em idosos com lombalgia, mas outras evidências sugerem que ela faz pouca ou nenhuma diferença na dor e na função em comparação com o placebo para pacientes com lombalgia aguda e/ou subaguda.[76] [77] Contudo, quando são considerados os efeitos sobre outros desfechos, tais como tranquilização, e o desejo de informação do paciente, a educação do paciente deve fazer parte do tratamento de primeira linha.[77]

» Os médicos devem tranquilizar os pacientes de que é extremamente improvável que a retomada das atividades diárias normais resulte no agravamento da lombalgia ou em qualquer lesão grave nas costas e encorajar o retorno às atividades habituais o mais rapidamente possível. A revisão Cochrane mais recente constatou que aconselhar o paciente a

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

permanecer ativo está associado a pequenas melhoras na dor e no status funcional, em comparação ao repouso no leito.[78]

adjunta **fisioterapia e exercícios físicos**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» As terapias não farmacológicas, incluindo a fisioterapia e os exercícios, são recomendadas como primeira linha para os pacientes com lombalgia crônica.[73]

» Os estudos sobre a terapia com exercícios físicos variam em termos de frequência, duração, orientação ou instrução por fisioterapeuta, e dos movimentos específicos realizados. Não há evidências definitivas que sugiram que certos exercícios ou rotinas sejam superiores aos outros.[110] Dados de revisões sistemáticas demonstram um efeito pequeno, mas benéfico, sobre a dor e a função em pessoas com lombalgia crônica, em comparação com ausência de tratamento, cuidados habituais, tratamento conservador ou placebo.[111] [112] O benefício da terapia com exercícios pode ser mais pronunciado em idosos com lombalgia crônica, mas os elementos da terapia com exercícios devem ser cuidadosamente considerados para garantir a segurança do paciente.[113]

» Os exercícios em grupo podem ser considerados para as pessoas com lombalgia crônica.[73] [81][Evidence C] Um estudo randomizado controlado agrupado sugere que a terapia em grupo é tão efetivo quanto o tratamento individualizado.[114]

» A frequência dos exercícios pode ser mais importante que seu tipo, duração ou intensidade (em pacientes com lombalgia recorrente).[114] A fisioterapia precoce parece estar associada à redução da probabilidade de uso de opioides entre pacientes com lombalgia, bem como à redução de miligramas equivalentes à morfina oral entre pacientes que usavam opioides.-[91]

» A maioria dos programas de exercícios para a coluna tem como objetivo o fortalecimento dos músculos estabilizadores do tronco (abdominais, oblíquos, eretor da espinha, músculos do assoalho pélvico e grande dorsal), condicionamento aeróbio e flexibilidade da coluna na extensão, flexão, curvatura lateral e rotação.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

» As intervenções de exercícios efetivas para as pessoas com lombalgia crônica incluem exercícios de estabilidade dos músculos estabilizadores do tronco (incluindo caminhada, natação e ciclismo), exercícios de força e resistência, programas de exercícios de coordenação/estabilização.[112] [115] [116] [117][118] [119][120]

» A terapia aquática pode ser tão benéfica quanto os exercícios fora da água.[114] Os resultados de uma metanálise demonstraram que a terapia aquática reduziu a intensidade da dor, melhorou a qualidade de vida e reduziu a incapacidade, mas não melhorou a dor em repouso em pessoas com lombalgia crônica, em comparação com o grupo-controle.[121]

adjunta **pilates, tai chi ou ioga**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» Pilates, tai chi e a ioga são recomendados como possíveis tratamentos adjuvantes para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» Há evidências que sugerem que pilates, ioga e tai chi podem reduzir a dor e melhorar a função em pessoas com lombalgia crônica.[122] [123] [124] [125]

» Em comparação com a não prática de exercícios, a ioga pode resultar em uma melhora pequena, mas clinicamente sem importância, na funcionalidade e na dor relacionadas às costas.[126] Ainda não está claro se a ioga é mais eficaz na redução da dor e na melhoria da funcionalidade em comparação com grupos-controle de exercícios ou de fisioterapia.[127] [128]

» O pilates pode ser mais efetivo que o exercício geral ou o controle como uma intervenção para a lombalgia crônica, mas as evidências sugerem que não é mais efetivo na redução da dor e na melhora da função do que outras formas de exercícios de direção específica e exercícios de estabilização da coluna vertebral.[129] [130]

adjunta **exercício de controle motor**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» O exercício de controle motor é recomendado como um potencial tratamento adjuvante para as pessoas com lombalgia crônica.[73]

» Essa terapia foca na ativação dos músculos profundos do tronco e tem como objetivo a

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

restauração da coordenação, do controle e da força desses músculos.

» Há evidências muito baixas a moderadas de que os exercícios de controle motor têm um efeito clinicamente importante na dor e na funcionalidade de pessoas com lombalgia crônica, em comparação com intervenções mínimas.[131] Resultados semelhantes foram demonstrados com evidências de qualidade moderada a alta quando exercícios de controle motor são comparados com terapia manual, e evidências de baixa qualidade sugerem resultados semelhantes em comparação com outros exercícios.[131]

» Uma revisão sistemática subsequente que incluiu evidências de qualidade baixa a muito baixa, demonstrou que os exercícios de controle motor reduzem a dor e melhoram a função em comparação com um controle simulado, e reduziram a dor em comparação com outros tratamentos para lombalgia crônica inespecífica a 6 meses.[132] No entanto, foram relatados efeitos semelhantes na redução da dor nos períodos de acompanhamento de 12 meses e 24 meses, e na incapacidade nos períodos de acompanhamento de 6 meses, 12 meses e 24 meses.[132]

adjunta **acupuntura**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A acupuntura é recomendada como um potencial tratamento adjuvante para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» A acupuntura é amplamente utilizada por pacientes com lombalgia crônica. Não está claro se ela é um tratamento efetivo, pois as evidências das revisões sistemáticas apresentam resultados conflitantes.[133][134]

» Algumas evidências sugerem que a acupuntura é mais efetiva que a ausência de tratamento ou tratamento simulado para os alívios imediato e em curto prazo da dor em pacientes com lombalgia crônica inespecífica.[133] [134] Por outro lado, uma revisão Cochrane concluiu que a acupuntura pode não desempenhar um papel clinicamente significativo no alívio da dor imediatamente após o tratamento, melhorar a qualidade de vida em curto prazo e pode não melhorar a funcionalidade das costas no período imediato em comparação com o controle simulado em pessoas com lombalgia crônica.[82]

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

adjunta **terapia de manipulação vertebral**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A terapia de manipulação vertebral é recomendada como um potencial tratamento adjuvante para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» Evidências de revisões sistemáticas demonstram que tanto a terapia de mobilização quanto a de manipulação vertebral são benéficas para o tratamento da lombalgia em curto prazo, mas nenhum tipo de manipulação vertebral é superior a outro.[135] [136] [137]

» Evidências de alta qualidade indicam que a terapia de manipulação vertebral não é mais efetiva em comparação com outras intervenções para reduzir a dor e melhorar a função em pessoas com lombalgia crônica.[138] [139] No entanto, existem evidências de baixa qualidade que sugerem que a terapia de manipulação osteopática é mais benéfica na redução da dor e na mudança do estado funcional, em comparação com intervenções de controle.[140]

» Um estudo concluiu que o número ideal de tratamentos efetivo é 12, e qualquer número acima de 18 não traz nenhum benefício adicional.[90]

» Os riscos de manipulação da coluna lombar são baixos, especialmente em comparação à manipulação cervical. Eventos adversos graves, como síndrome da cauda equina e hérnia de disco, são raros.[87] Dorsalgia aumentada de curta duração e desconforto após a manipulação são efeitos adversos frequentes.[88] [89]

adjunta **massagem**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A massagem é recomendada como um potencial tratamento adjuvante para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» A massagem terapêutica pode melhorar a dor e a função em pessoas com lombalgia crônica em comparação com controles inativos, mas apenas em curto prazo.[80] No entanto, os ensaios incluídos foram de baixa qualidade.

adjunta **laserterapia de baixa potência**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

» A laserterapia de baixa potência (LBP) é recomendada como um potencial tratamento adjuvante para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» A LBP, também conhecida como fotobiomodulação, é um tratamento com luz de baixa intensidade que desencadeia alterações bioquímicas intracelulares. A luz com comprimento de onda nas regiões vermelha e quase infravermelha do espectro eletromagnético é capaz de penetrar a pele e os tecidos moles. Isso afeta as células por meio de vários mecanismos: dissociação do óxido nítrico da citocromo c oxidase; vasodilatação mediada por luz; aumento de espécies reativas de oxigênio e redução de espécies reativas de nitrogênio; e ativação do fator de transcrição para genes que codificam fatores de crescimento.[141]

» Foi demonstrado que o laser de baixa intensidade reduz significativamente a dor em comparação com o controle em pessoas com lombalgia crônica a 30 meses.[142]

adjunta **terapia comportamental**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A terapia comportamental é recomendada como um potencial tratamento adjuvante para pessoas com lombalgia crônica.[73]

» As terapias comportamentais podem incluir redução do estresse baseada na atenção plena, relaxamento progressivo, terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia operante e biofeedback eletromiográfico.[73]

» As terapias comportamentais podem ajudar o paciente a reconhecer quais fatores externos associados à dor podem reforçá-la, ajudar os pacientes a controlar pensamentos, sentimentos e crenças que desencadeiem dor; e interromper a tensão muscular (por exemplo, usando técnicas de relaxamento progressivo ou biofeedback eletromiográfico).[143]

» A avaliação psicossocial deve fazer parte da avaliação da lombalgia. Comorbidades psiquiátricas como depressão, ansiedade e somatização aumentam o risco de evolução para dor crônica incapacitante.[62] Fatores de risco para desfechos mais desfavoráveis em 1 ano incluem comportamentos mal-adaptativos de enfrentamento da dor, sinais não orgânicos, comprometimento funcional, mau estado

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

geral de saúde e presença de comorbidades psiquiátricas.[34]

» Nenhuma terapia comportamental é mais efetiva que as outras.[143] Em comparação com controles em lista de espera ou cuidados habituais, a terapia operante e a terapia comportamental, respectivamente, são mais efetivas na redução da dor em pessoas com lombalgia crônica.[143] Evidências de baixa qualidade sugerem que o relaxamento progressivo é mais efetiva na melhora da função em curto prazo, e que o biofeedback eletromiográfico é mais efetivo na redução do alívio da dor em curto prazo em comparação com o controle em lista de espera.[143]

» Foi demonstrado que a TCC melhora a dor, a incapacidade, a evitação do medo e a autoeficácia em comparação com grupos-controle (lista de espera/cuidados habituais, terapia ativa).[144] A TCC pode ser efetiva quando realizada em grupo ou online.[145] [146] [147] [148] [149]

» A redução de estresse baseada em atenção plena e a TCC são igualmente eficazes na melhora da dor e limitações funcionais em adultos com lombalgia crônica.[150] Ambas são mais eficazes que os cuidados comuns.[150] Uma revisão sistemática subsequente revelou que, quando comparada com terapia cognitivo-comportamental, cuidados habituais ou controle em lista de espera, a redução do estresse baseada na atenção plena melhorou a função física a 8 semanas e a 6 meses de acompanhamento em pessoas com lombalgia crônica.[151]

» Evidências de baixa qualidade sugerem que a terapia respondente (relaxamento progressivo ou biofeedback com eletromiografia) é mais efetiva que o controle em lista de espera para o alívio da dor em curto prazo, mas não tem efeitos sobre a funcionalidade.[143]

adjunta **reabilitação multidisciplinar**

Tratamento recomendado para ALGUNS pacientes no grupo de pacientes selecionado

» A reabilitação multidisciplinar combina terapias físicas e psicológicas e é recomendada para pessoas com lombalgia persistente que podem ter obstáculos psicossociais à recuperação, por exemplo, evitando atividades normais com base em crenças inadequadas sobre a sua condição.[73] [81] A terapia de reabilitação individualizada demonstrou ser mais efetiva

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Contínua

que outros tratamentos ativos em pessoas com lombalgia crônica.[152]

» Evidências de revisões Cochrane sugerem que a reabilitação biopsicossocial multidisciplinar (RBM) reduz a dor e a incapacidade em comparação com os cuidados habituais ou tratamento físico em pessoas com lombalgia crônica ou subaguda.[153] Uma metanálise subsequente relatou que a RBM é mais efetiva na redução da dor e da incapacidade em comparação com outras intervenções de reabilitação para pessoas com lombalgia crônica, mas não é mais efetiva para pessoas com lombalgia aguda.[154]

» A adição de TCC à fisioterapia de rotina parece reduzir a dor e a incapacidade, além de melhorar a capacidade funcional, comparada com a fisioterapia isolada.[155]

dor lombar recorrente

1a. tratamento semelhante ao do episódio agudo

» Não está claro por que a lombalgia aguda inespecífica tem recidivas tão frequentes. O limiar para investigação nesse grupo de pacientes geralmente é menor. A abordagem de tratamento é a mesma do tratamento da lombalgia aguda inespecífica, desde que não haja sinais de alerta (trauma recente significativo; pequena queda ou levantamento de peso em uma pessoa potencialmente osteoporótica ou idosa; perda de peso inexplicada; imunossupressão; história de câncer; uso de medicamentos intravenosos; uso prolongado de corticosteroides; infecção do trato urinário; deficit neurológico focal com sintomas progressivos ou incapacitantes; início agudo de retenção urinária ou incontinência por transbordamento; perda do tônus do esfíncter anal ou incontinência fecal; anestesia em sela; fraqueza motora global ou progressiva nos membros inferiores; ou duração da lombalgia >6 semanas).[3] [4]

» As taxas de recorrência são significativas, com 50% a 59% apresentando algum grau de dor lombar recorrente, e 20% a 35% apresentando dor lombar funcionalmente incapacitante entre 6 e 22 meses após a dor lombar aguda.[163]

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Novidades

Tanezumabe

O tanezumabe é um anticorpo monoclonal humanizado que se liga ao fator de crescimento neural, que regula o crescimento e a função dos neurônios sensoriais. Em ensaios clínicos randomizados e controlados, o tanezumabe melhorou significativamente a intensidade da lombalgia em comparação com o placebo.[164] [165] No entanto, os comitês consultivos da Food and Drug Administration (FDA) dos EUA e da European Medicines Agency (EMA) rejeitaram a aprovação do tanezumabe, concluindo que os seus benefícios em pacientes para os quais o uso de anti-inflamatórios não esteroidais ou opiáceos é inefettvo ou inadequado não superou seus riscos. O programa de ensaios clínicos em osteoartrite com o tanezumabe foi descontinuado.

Laserterapia de alta potência

Uma revisão sistemática relatou que, em comparação com o controle, a laserterapia de alta intensidade reduziu a intensidade da dor e melhorou a função em pessoas com lombalgia.[166]

Neurotomia por radiofrequência (denervação por radiofrequência)

Há escassez de evidências para o uso da neurotomia por radiofrequência em pessoas com lombalgia inespecífica. Os resultados de revisões sistemáticas e metanálises, incluindo pessoas com lombalgia com causas subjacentes, são mistos, sugerindo que a radiofrequência não traz nenhum benefício ou é mais efetiva que o placebo em pacientes com lombalgia crônica.[167] [168] [169] Uma metanálise subsequente constatou que, na lombalgia crônica derivada de facetas articulares, a neurotomia por radiofrequência reduziu consideravelmente a dor ao longo de 12 meses em pacientes que responderam a um bloqueio nervoso diagnóstico (comparado a procedimentos simulados ou bloqueios nervosos epidurais).[170] A qualidade geral da evidência foi muito baixa a moderada.[167] [168] [169] Em pacientes com lombalgia vertebrogênica, há evidências de qualidade moderada de que a ablação por radiofrequência de nervos reduziu a dor e a incapacidade na maioria dos pacientes.[171]

Procedimentos anulares térmicos

Os procedimentos anulares térmicos, como a biacuplastia percutânea, utilizam calor para fazer a ablação de parte de um anel do disco intervertebral. Uma revisão sistemática encontrou evidências sólidas de que a biacuplastia percutânea trata de maneira efetiva a dorsalgia discogênica crônica refratária.[172] O procedimento reduziu a dor a 6 meses e a 12 meses, comparado com placebo ou com os cuidados médicos usuais.[172]

Terapia com injeções e agulhamento a seco

A terapia com injeções é controversa. Uma revisão Cochrane inicial apresentou evidências insuficientes para dar suporte ao uso de terapia de injeção nas lombalgias subaguda e crônica.[173] Uma metanálise apontou evidências moderadas de que o agulhamento a seco de pontos-gatilho miofasciais, principalmente quando administrado em combinação com outras terapias, pode aliviar a intensidade da dor e a deficiência funcional em pacientes com lombalgia.[174]

Estimulação do campo nervoso periférico

A estimulação do campo nervoso periférico envolve o implante de eletrodos nas costas, conectados a um neuroestimulador colocado debaixo da pele. Ela tem como objetivo mascarar a dorsalgia ao modular a transmissão dos sinais de dor para o cérebro. Os dados relativos a eficácia (qualidade e quantidade), segurança ou acompanhamento são limitados.[175] As evidências de revisões sistemáticas e metanálises não apoiam o uso da estimulação da medula espinhal para o tratamento da lombalgia fora de um ensaio clínico.[176] No Reino Unido, a estimulação dos músculos lombares para a lombalgia crônica inespecífica refratária só deve ser utilizada mediante providências especiais em termos de governança clínica, consentimento e auditoria ou pesquisa.[177]

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Terapia extracorpórea por ondas de choque

Há evidências que sugerem que a TOC pode melhorar a função lombar e reduzir a dor em pessoas com lombalgia, mas pode ser efetiva em curto prazo apenas.[178] [179] [180]

Estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS)

Não há evidências para dar suporte à TENS como adjuvante no tratamento da dorsalgia crônica.[181]

Prevenção primária

Há um escopo limitado para prevenir a incidência dos primeiros episódios de lombalgia.[50]

Terapias e dispositivos específicos destinados a prevenir dores lombares devem ser evitados, mas exercícios aeróbicos rotineiros devem ser incentivados. Algumas evidências sugerem que os exercícios isolados, ou em combinação com a educação, podem ser efetivos para prevenir a lombalgia.[51] [52][53] [54] [55]

Abandono do hábito de fumar e controle de peso também devem ser levados em consideração para a saúde em geral, ainda que essas ações possam não ser bem-sucedidas em relação à prevenção primária da dor lombar.

Não há evidências suficientes para recomendar as seguintes intervenções para a prevenção primária da lombalgia:[50] [56] [57] [58]

- palmilhas, suporte/cinta lombar, manipulação da coluna vertebral e escolas de postura
- Treinamento em técnicas de trabalho com ou sem equipamento de musculação.

Uma revisão sistemática concluiu que as intervenções ergonômicas (com o objetivo de alterar a exposição biomecânica no local de trabalho ou a organização do trabalho) não costumam ser eficazes para prevenir a lombalgia.[59] Uma revisão e uma metanálise subsequentes constataram que a mudança de postura (com o uso de uma estação de trabalho que permita trabalhar sentado ou em pé) reduziu o risco de desenvolver lombalgia na população sedentária.[60]

Prevenção secundária

Revisões sistemáticas e metanálise indicam que os exercícios, com ou sem intervenções educacionais, podem prevenir a recorrência da dorsalgia.[54] [187][188]

Diretrizes europeias defendem que o exercício físico ajuda a evitar o afastamento por doença e dor lombar recorrente.[50] As diretrizes também afirmam que existem evidências insuficientes para recomendar ou não qualquer tipo ou intensidade de exercício. Os autores recomendam que, quando se recuperarem da dor lombar aguda inespecífica, os pacientes devem iniciar uma rotina de exercícios aeróbicos de baixo impacto que inclua exercícios direcionados aos músculos estabilizadores do tronco.

Discussões com os pacientes

Os pacientes devem ser lembrados de que a maioria das dores lombares musculoesqueléticas responde ao tratamento, ainda que a recuperação total possa demorar e outros episódios possam desenvolver-se. A volta às atividades regulares é incentivada e pode minimizar a incapacidade.[78] [National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS): low back pain fact sheet] (http://www.ninds.nih.gov/disorders/backpain/detail_backpain.htm) Retomar as atividades diárias comuns provavelmente não resulta no agravamento da dor lombar ou de qualquer lesão grave à sua coluna.

A qualidade das interações com o cuidador que fornece essa educação também pode ser um fator importante na recuperação potencial do paciente. Duas revisões sistemáticas descobriram que os pacientes com lombalgia desejam:[185] [186]

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

- Cuidados voltados para o paciente
- Informações personalizadas sobre prognóstico, opções de tratamento e automanejo
- Estar ativamente envolvidos nos cuidados
- Manter uma boa relação entre o profissional e o paciente por meio da boa comunicação e da tomada de decisão conjunta.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Monitoramento

Monitoramento

Um acompanhamento adequado é pedir que o paciente volte em 4 a 6 semanas, se a dor não melhorar. Se a dor for progressiva ou mudar em natureza para incluir sintomas de alerta, então, um acompanhamento mais urgente será necessário. Os pacientes com risco médio e alto de dor crônica podem se beneficiar de fisioterapia precoce.[184]

Se em 4 a 6 semanas os sintomas não tiverem melhorado, exames de imagem e o encaminhamento a um fisioterapeuta e/ou especialista em coluna vertebral devem ser considerados. Especialistas geralmente usam uma abordagem multidisciplinar e estão bem equipados para monitorar os medicamentos para dor e as fisioterapias. Eles podem fornecer uma investigação diagnóstica abrangente e encaminhar os pacientes a serviços adicionais (por exemplo, para psicologia da dor, intervenções cirúrgicas).

Quando um paciente não responde ao padrão de cuidados inicial, pode-se tentar outras medidas com alguma evidência de suporte (por exemplo, reabilitação multidisciplinar).

Complicações

Complicações	Período de ocorrência	Probabilidad
perda de emprego/ausência por doença	**longo prazo**	**alta**
Muitos pacientes precisam tirar licença durante um episódio agudo de dor lombar. Quanto maior o tempo de ausência (por exemplo, 6 meses ou mais), menor a probabilidade de que voltem ao trabalho. Isso tem enormes implicações psicossociais e econômicas.[182]		
depressão	**longo prazo**	**alta**
Comorbidades psiquiátricas, como depressão, ansiedade e somatização, aumentam o risco de evolução para dor incapacitante crônica.[62] Fatores de risco psicossociais evoluindo para lombalgia crônica são de longo alcance.[34] [183] As evidências disponíveis sugerem que o médico deve considerar consultar a psiquiatria em caso de suspeita de transtornos de humor e de ansiedade.		

Prognóstico

Prognóstico

Aproximadamente 90% das dores lombares agudas inespecíficas melhoram em 4 a 6 semanas. A melhora geralmente é considerável, apesar de que muitos pacientes continuam a sentir alguma dor. Um estudo constatou que apenas 25% dos pacientes relataram recuperação total em 12 meses.[16]

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

As taxas de recorrência são significativas, com 50% a 59% apresentando algum grau de dor lombar recorrente, e 20% a 35% apresentando dor lombar funcionalmente incapacitante entre 6 e 22 meses após a dor lombar aguda.[163]

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Diretrizes diagnósticas

Reino Unido

Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (https://www.nice.org.uk/guidance/NG59)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence **Última publicação:** 2020

América do Norte

Diagnosis and treatment of low back pain (https://www.healthquality.va.gov/index.asp)

Publicado por: US Department of Veterans Affairs **Última publicação:** 2022

ACR appropriateness criteria: low back pain (https://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria)

Publicado por: American College of Radiology **Última publicação:** 2021

Diretrizes de tratamento

Reino Unido

Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management (https://www.nice.org.uk/guidance/NG59)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence **Última publicação:** 2020

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

América do Norte

Diagnosis and treatment of low back pain (https://www.healthquality.va.gov/index.asp)

Publicado por: US Department of Veterans Affairs **Última publicação:** 2022

Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain (https://www.acponline.org/clinical-information/guidelines)

Publicado por: American College of Physicians **Última publicação:** 2017

Interventional techniques in chronic spinal pain (https://asipp.org/ipm-practice-guidelines)

Publicado por: American Society of Interventional Pain Physicians **Última publicação:** 2013

Prescribing opioids for pain (https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/rr/rr7103a1.htm?s_cid=rr7103a1_w)

Publicado por: Centers for Disease Control and Prevention **Última publicação:** 2022

Responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain (https://asipp.org/guidelines)

Publicado por: American Society of the Interventional Pain Physicians **Última publicação:** 2017

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Recursos online

1. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS): low back pain fact sheet (http://www.ninds.nih.gov/disorders/backpain/detail_backpain.htm) *(external link)*

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Tabelas de evidência

Quais são os efeitos das técnicas de tecidos moles, comparadas à terapia simulada ou aos cuidados habituais, para o tratamento de uma lombalgia inespecífica?[81]

Esta tabela é um sumário da análise reportada em uma diretriz (apoiada por uma revisão sistemática) que se foca na importante questão clínica acima.

Ver a diretriz fonte completa (https://www.nice.org.uk/guidance/ng59)

Evidência C *	A confiança nas evidências é muito baixa ou baixa quando GRADE foi realizado, podendo não haver nenhuma diferença na eficácia entre a intervenção e a comparação para os desfechos principais. No entanto, isso é incerto e novas evidências podem mudar isso no futuro.

População: Pessoas com ≥16 anos com dor lombar inespecífica
Intervenção: Técnicas de tecidos moles, como massagem
Comparação: Simulação ou cuidados habituais [a]

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ)†	Confiança na evidência (GRADE)‡
Técnicas de tecidos moles versus simulação em indivíduos com dorsalgia sem ciática		
Intensidade da dor (escala visual analógica [EVA]) ≤4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
Intensidade da dor (questionário McGill) ≤4 meses	Intervenção favorável [b]	Muito baixo
Função (escore de incapacidade de Quebec, 0-100) ≤4 meses	Intervenção favorável [b]	Baixo
Técnicas de tecidos moles versus cuidados habituais em indivíduos com dorsalgia sem ciática		
Intensidade da dor (escala de Von Korff) a <4 meses e a >4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Moderado
Qualidade de vida (componente físico SF-36)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo a muito baixo [c]

 © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ)†	Confiança na evidência (GRADE)‡
Qualidade de vida (componente mental SF-36) ≤4 meses	Intervenção favorável [b]	Muito baixo
Qualidade de vida (componente mental SF-36) >4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Função (questionário de incapacidade de Roland Morris [RMDQ]) ≤4 meses	Intervenção favorável	Muito baixo
Função (RMDQ) >4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo

Recomendações conforme apresentadas na diretriz fonte
As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre dorsalgia e ciática em maiores de 16 anos fazem a seguinte recomendação:

Considere a terapia manual (manipulação vertebral, mobilização ou técnicas de tecidos moles como massagem) para o manejo da dorsalgia com ou sem ciática, mas apenas como parte de um pacote de tratamento que inclui exercício, com ou sem terapia psicológica.

Nota

- O NICE analisou evidências de dor crônica, aguda e subaguda. Assim, esta tabela foi acrescentada a ambas as seções no tópico BMJ Best Practice.
- Nenhum evento adverso grave atribuível à terapia manual foi relatado por qualquer um dos estudos analisados.
- De maneira geral, o comitê de diretrizes constatou que as evidências para essas terapias usadas de maneira isolada foram limitadas, com pouco benefício adicional, principalmente em longo prazo, comparadas aos cuidados habituais. Portanto, ele recomenda que essas terapias sejam consideradas somente como parte de um "pacote de tratamentos". Veja a diretriz para mais informações.

[a] Cuidados habituais, conforme definido por estudos individuais incluídos. O NICE também considerou evidências das seguintes comparações: cada uma, qualquer intervenção não invasiva para dorsalgia inespecífica, e terapia combinada (consulte as diretrizes para obter mais informações).

[b] O comitê de diretrizes concordou que essa diferença não era clinicamente importante (como padrão, uma melhora de 10% era necessária para mostrar benefício clínico).

[c] A eficácia foi a mesma, mas o GRADE variou com o ponto de tempo (≤4 meses versus >4 meses).

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Quais são os efeitos das técnicas de mobilização/manipulação vertebral, comparadas à terapia simulada ou cuidados habituais, para o tratamento de uma lombalgia inespecífica?[81]

Esta tabela é um sumário da análise reportada em uma diretriz (apoiada por uma revisão sistemática) que se foca na importante questão clínica acima.

Ver a diretriz fonte completa (https://www.nice.org.uk/guidance/ng59)

Evidência B *	A confiança nas evidências é moderada ou baixa a moderada quando GRADE foi realizado, podendo não haver nenhuma diferença na eficácia entre a intervenção e a comparação para os desfechos principais.

População: Pessoas com ≥16 anos com dor lombar inespecífica
Intervenção: Mobilização/manipulação vertebral
Comparação: Simulação ou cuidados habituais [a]

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ)†	Confiança na evidência (GRADE)‡
Mobilização/manipulação versus simulação em indivíduos com dorsalgia sem ciática		
Qualidade de vida (estado de saúde Euroqol)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Alta a moderada [b]
Qualidade de vida (SF-12/ SF36: escore físico composto) ≤4 meses	Intervenção favorável	Moderado
Qualidade de vida (SF-12/ SF36: escore mental composto, subescala de dor ou subescala de função física) ≤4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Moderada a muito baixa [c]
Qualidade de vida (SF-12) >4 meses (escores físicos e mentais compostos)	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Alto
Dor (EVA) ≤4 meses	Intervenção favorável [d]	Moderado
Dor (EVA) >4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Alto
Função (Índice de incapacidade de Oswestry [ODI]) ≤4 meses	Intervenção favorável [d]	Baixo

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ)†	Confiança na evidência (GRADE)‡
Função (ODI) >4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Moderado
Função (escala de Von Korff) a <4 meses e a >4 meses	Intervenção favorável [d]	Moderado
Mobilização/manipulação versus cuidados habituais em indivíduos com dorsalgia sem ciática		
Intensidade da dor (escala de classificação numérica [NRS]) ≤4 meses	Intervenção favorável	Baixo
Intensidade da dor (NRS) >4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Função (ODI) ≤4 meses	Intervenção favorável [d]	Muito baixo
Função (ODI) >4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo

Recomendações conforme apresentadas na diretriz fonte

As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre dorsalgia e ciática em maiores de 16 anos fazem a seguinte recomendação:

Considere a terapia manual (manipulação vertebral, mobilização ou técnicas de tecidos moles como massagem) para o manejo da dorsalgia com ou sem ciática, mas apenas como parte de um pacote de tratamento que inclui exercício, com ou sem terapia psicológica.

Nota

- Esta tabela inclui apenas os desfechos definidos pelo grupo de desenvolvimento de diretrizes como essenciais para a tomada de decisão; consulte as diretrizes para obter mais informações sobre esses desfechos considerados importantes.
- O NICE analisou evidências de dor crônica, aguda e subaguda. Assim, esta tabela foi acrescentada a ambas as seções no tópico BMJ Best Practice.
- Nenhum evento adverso grave atribuível à terapia manual foi relatado por qualquer um dos estudos analisados. No entanto, o comitê de diretrizes estava ciente de possíveis eventos adversos graves e muito raros, que podem estar relacionados com a manipulação vertebral, e levou isso em consideração ao fazer sua recomendação.
- De maneira geral, o comitê de diretrizes constatou que as evidências para essas terapias usadas de maneira isolada foram limitadas, com pouco benefício adicional, principalmente em longo prazo, comparadas aos cuidados habituais. Portanto, ele recomenda que essas terapias sejam consideradas somente como parte de um "pacote de tratamentos". Veja a diretriz para mais informações.

[a] Cuidados habituais, conforme definido por estudos individuais incluídos. O NICE também considerou evidências das seguintes comparações: cada uma, qualquer intervenção não invasiva para dorsalgia inespecífica, e terapia combinada (consulte as diretrizes para obter mais informações).

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

[b] A eficácia foi a mesma, mas o GRADE variou com o ponto de tempo (≤4 meses versus >4 meses).

[c] A eficácia foi a mesma, mas o GRADE variou com a modalidade.

[d] O comitê de diretrizes concordou que essa diferença não era clinicamente importante (como padrão, uma melhora de 10% era necessária para mostrar benefício clínico).

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Quais são os efeitos das terapias com exercícios, comparadas aos cuidados habituais, para o tratamento de uma lombalgia inespecífica?[81]

Esta tabela é um sumário da análise reportada em uma diretriz (apoiada por uma revisão sistemática) que se foca na importante questão clínica acima.

Ver a diretriz fonte completa (https://www.nice.org.uk/guidance/ng59)

Evidência C *	A confiança nas evidências é muito baixa ou baixa quando GRADE foi realizado, e a intervenção pode ser mais eficaz/benéfica que a comparação para os desfechos principais. No entanto, isso é incerto, e novas evidências podem mudar esse cenário no futuro.

População: Pessoas com ≥16 anos com dor lombar inespecífica
Intervenção: Programa de exercício em grupo [a]
Comparação: Cuidados habituais [b]

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ)†	Confiança na evidência (GRADE)‡
Exercício biomecânico em grupo versus cuidados habituais em indivíduos com dorsalgia sem ciática		
Escores compostos de qualidade de vida (SF-36) <4 meses: componente físico ou mental	Intervenção favorável	Moderado
Escores individuais de qualidade de vida (SF-12) <4 meses: saúde geral, função física, limitação cognitiva, dor corporal, função social ou percepção de saúde	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
Dor (escala visual analógica [EVA]) <4 meses	Intervenção favorável	Muito baixo
Função (Índice de incapacidade de Oswestry [ODI]) <4 meses	Intervenção favorável	Muito baixo
Exercício aeróbico em grupo versus cuidados habituais em indivíduos com dorsalgia sem ciática		
Qualidade de vida (componente físico ou mental SF-36) <4 meses	Intervenção favorável	Muito baixo

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ)[†]	Confiança na evidência (GRADE)[‡]
Qualidade de vida (limitação cognitiva ou função física SF-36) <4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
Dor (EVA ou Questionário McGill) <4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
Dor (EVA) >4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Função (ODI) <4 meses	Intervenção favorável	Muito baixo
Função (ODI) >4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
Sofrimento psíquico (Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos de Radloff) <4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
Exercício mente-corpo em grupo versus cuidados habituais em indivíduos com dorsalgia sem ciática		
Dor (EVA) a <4 meses e a >4 meses	Intervenção favorável	Muito baixo
Exercício misto em grupo versus cuidados habituais em indivíduos com dorsalgia sem ciática		
Qualidade de vida (SF-36) em <4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo a muito baixo [c]
Dor (EVA) <4 meses	Intervenção favorável	Baixo
Dor (EVA, mudança no escore) <4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
Função (ODI, questionário de incapacidade de Roland Morris, mudança no escore) <4 meses	Intervenção favorável	Muito baixo
Sofrimento psíquico (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) <4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo

Recomendações conforme apresentadas na diretriz fonte

As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre dorsalgia e ciática em maiores de 16 anos fazem a seguinte recomendação:

Considere um programa de exercício em grupo (biomecânico, aeróbico, mente–corpo, ou uma combinação de abordagens) do NHS para indivíduos com um episódio específico ou recrudescimento ou dorsalgia com ou sem dor ciática. Leve em consideração as necessidades específicas, preferências e habilidades das pessoas ao escolher o tipo de exercício.

Nota
O NICE analisou evidências de dor crônica, aguda e subaguda. Esta tabela foi acrescentada a ambas as seções no tópico Best Practice.

[a] As diretrizes também consideraram programas de exercício individuais, mas como as evidências deram melhor respaldo ao exercício em grupo (e essa foi a recomendação), apenas as evidências para programas em grupo foram incluídas nesta tabela.

[b] Cuidados habituais, conforme definido por estudos individuais incluídos. O NICE também considerou evidências das seguintes comparações: placebo, simulação, controle de atenção, lista de espera e qualquer outra intervenção não invasiva para dorsalgia inespecífica, diferentes programas de exercício versus um ao outro, e terapia combinada (com terapia de exercício como adjuvante). Consulte as diretrizes para obter mais informações.

[c] A classificação GRADE é muito baixa para todos os escores de qualidade de vida (SF-36), conforme listado na diretriz para esse grupo de comparação, exceto para limitação emocional, que é baixa.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Quais são os efeitos dos programas físicos e psicológicos combinados para o tratamento de uma lombalgia inespecífica?[81]

Esta tabela é um sumário da análise reportada em uma diretriz (apoiada por uma revisão sistemática) que se foca na importante questão clínica acima.

Ver a diretriz fonte completa (https://www.nice.org.uk/guidance/ng59)

Evidência B *	A confiança nas evidências é moderada ou baixa a moderada quando o GRADE foi realizado, e a intervenção pode ser mais eficaz/benéfica que a comparação para desfechos importantes.

População: Pessoas com 16 anos ou mais com dor lombar inespecífica

Intervenção: Programa físico e psicológico combinado

Comparação: Placebo/simulação ou atenção; cuidados habituais ou lista de espera; ou intervenção psicológica ou programa físico isolado

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ)†	Confiança na evidência (GRADE)‡
Intervenção psicológica (terapia comportamental) associada a exercício (aeróbico), comparada com lista de espera para indivíduos com dor na lombar sem dor ciática		
Intensidade da dor (questionário McGill) ≤4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
Intervenção psicológica (terapia comportamental) associada a exercício (aeróbico), comparada com exercício (aeróbico) isolado para indivíduos com dor na lombar sem dor ciática		
Intensidade da dor (questionário McGill) ≤4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Muito baixo
Intervenção psicológica (abordagens cognitivas comportamentais) associada a exercício, comparada com exercício isolado para indivíduos com dor na lombar com ou sem dor ciática		
Intensidade da dor (escala de classificação numérica [NRS]) ≤4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Intensidade da dor (NRS) >4 meses	Intervenção favorável	Baixo
Função (questionário de escala de desfecho lombar) ≤4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo

 © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Desfecho	Eficácia (classificação do BMJ)†	Confiança na evidência (GRADE)‡
Função (questionário de escala de desfecho lombar) >4 meses	Intervenção favorável	Baixo
Intervenção psicológica (abordagens cognitivas comportamentais) associada a autotratamento, comparada com autotratamento isolado para indivíduos com dor na lombar com ou sem dor ciática (população mista)		
Intensidade da dor (escala de Von Korff)	Intervenção favorável [a]	Moderada a baixa [b]
Função (questionário de incapacidade de Roland Morris ou escala de Von Korff)	Intervenção favorável [a]	Moderada a baixa [b]
Qualidade de vida (EQ-5D)	Intervenção favorável	Moderada a baixa [b]
Qualidade de vida (SF-12) ≤4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Baixo
Qualidade de vida (componente físico SF-12) >4 meses	Nenhuma diferença estatisticamente significativa	Moderado
Qualidade de vida (componente mental SF-12) >4 meses	Intervenção favorável	Moderado

Recomendações conforme apresentadas na diretriz fonte
As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre dorsalgia e ciática em maiores de 16 anos fazem a seguinte recomendação:

Considere um programa físico e psicológico combinado, incorporando uma abordagem cognitiva comportamental (de preferência em um contexto grupal que leve em consideração as necessidades e habilidades específicas de cada pessoa) para indivíduos com dorsalgia ou dor ciática:

- quando enfrentam obstáculos psicossociais significativos para a recuperação (por exemplo, evitar atividades normais com base em crenças inadequadas sobre sua condição) ou
- quando os tratamentos anteriores não foram eficazes.

Nota

- De maneira geral, a classificação de evidência desta tabela baseia-se nos resultados de combinações que incluem terapia cognitivo-comportamental, que é explicitamente mencionada nas recomendações das diretrizes.
- O comitê de diretrizes sentiu que as evidências indicaram alguns benefícios de prazo potencialmente mais longo de um programa físico e psicológico combinado, que incorporou abordagens cognitivas comportamentais.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

- O comitê de diretrizes também analisou as evidências de terapias psicológicas isoladas, mas concordou que não havia evidências suficientes para fazer recomendações para o seu uso.

[a] O comitê de diretrizes concordou que essa diferença não era clinicamente importante (como padrão, uma melhora de 10% era necessária para mostrar benefício clínico).

[b] A eficácia foi a mesma, mas o GRADE variou com o ponto de tempo (≤4 meses versus >4 meses).

* Níveis de evidência

O nível de Evidência é uma classificação interna aplicada pelo BMJ Best Practice. Consulte a seção Kit de ferramentas em MBE (https://bestpractice.bmj.com/info/evidence-tables/) para obter detalhes.

Confiança na evidência

A - Alta ou moderada a alta

B - Moderada ou baixa a moderada

C - Muito baixa ou baixa

† Eficácia (classificação do BMJ)

Baseada na significância estatística, a qual demonstra que os resultados têm pouca probabilidade de serem devidos ao acaso, mas a qual não necessariamente se traduz em uma significância clínica.

‡ Classificações de certeza da GRADE

Alto	Os autores estão muito confiantes de que o efeito real seja similar ao efeito estimado.
Moderado	Os autores estão moderadamente confiantes de que o efeito real seja próximo ao efeito estimado.
Baixo	Os autores têm confiança limitada na estimativa do efeito, e o efeito real pode ser substancialmente diferente.
Muito baixo	Os autores têm muito pouca confiança na estimativa do efeito, e o efeito real provavelmente é substancialmente diferente.

Kit de Ferramentas em MBE do BMJ Best Practice: O que é o GRADE? (https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/)

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Principais artigos

- American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: low back pain. 2021 [internet publication]. Texto completo (https://acsearch.acr.org/docs/69483/Narrative)
- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017 Apr 4;166(7):514-30. Texto completo (https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M16-2367) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28192789?tool=bestpractice.bmj.com)
- National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. Dec 2020 [internet publication]. Texto completo (https://www.nice.org.uk/guidance/NG59)

Referências

1. US Department of Veterans Affairs. VA/DoD clinical practice guideline for diagnosis and treatment of low back pain. Feb 2022 [internet publication]. Texto completo (https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/lbp/VADoDLBPCPGFinal508.pdf)
2. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med. 2007 Oct 2;147(7):478-91. Texto completo (http://annals.org/article.aspx?articleid=736814) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17909209?tool=bestpractice.bmj.com)
3. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: low back pain. 2021 [internet publication]. Texto completo (https://acsearch.acr.org/docs/69483/Narrative)
4. Han CS, Hancock MJ, Downie A, et al. Red flags to screen for vertebral fracture in people presenting with low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Aug 24;8(8):CD014461. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD014461.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37615643?tool=bestpractice.bmj.com)
5. Centers for Disease Control and Prevention. National Ambulatory Medical Care Survey: 2016 National Summary Tables. 2020 [internet publication]. Texto completo (https://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/namcs_summary/2016_namcs_web_tables.pdf)
6. US Burden of Disease Collaborators; Mokdad AH, Ballestros K, Echko M, et al. The state of US health, 1990-2016: burden of diseases, injuries, and risk factors among US states. JAMA. 2018 Apr 10;319(14):1444-72. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5933332) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29634829?tool=bestpractice.bmj.com)
7. Taylor JB, Goode AP, George SZ, et al. Incidence and risk factors for first-time incident low back pain: a systematic review and meta-analysis. Spine J. 2014 Oct 1;14(10):2299-319. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24462537?tool=bestpractice.bmj.com)

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

8. Hoy D, Brooks P, Blyth F, et al. The epidemiology of low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010 Dec;24(6):769-81. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21665125?tool=bestpractice.bmj.com)

9. Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. Spine. 1998 Sep 1;23(17):1860-6. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9762743?tool=bestpractice.bmj.com)

10. Jarvik JG, Hollingworth W, Heagerty PJ, et al. Three-year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: clinical and imaging risk factors. Spine (Phila Pa 1976). 2005 Jul 1;30(13):1541-8. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15990670?tool=bestpractice.bmj.com)

11. Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. Neurol Clin. 2007 May;25(2):353-71. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17445733?tool=bestpractice.bmj.com)

12. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. Arthritis Rheum. 2012 Jun;64(6):2028-37. Texto completo (https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.34347) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22231424?tool=bestpractice.bmj.com)

13. National Center for Health Statistics; Villarroel MA, Blackwell DL, Jen A. Tables of summary health statistics for US adults: 2018 national health interview survey. 2019 [internet publication]. Texto completo (https://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/NHIS/SHS/2018_SHS_Table_A-18.pdf)

14. Melman A, Lord HJ, Coombs D, et al. Global prevalence of hospital admissions for low back pain: a systematic review with meta-analysis. BMJ Open. 2023 Apr 21;13(4):e069517. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10124269) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37085316?tool=bestpractice.bmj.com)

15. Manchikanti L. Epidemiology of low back pain. Pain Physician. 2000 Apr;3(2):167-92. Texto completo (http://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=MzMx&journal=3) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16906196?tool=bestpractice.bmj.com)

16. Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, et al. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. BMJ. 1998 May 2;316(7141):1356-9. Texto completo (https://www.bmj.com/content/316/7141/1356.long) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9563990?tool=bestpractice.bmj.com)

17. Shetty GM, Jain S, Thakur H, et al. Prevalence of low back pain in India: a systematic review and meta-analysis. Work. 2022;73(2):429-52. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35964222?tool=bestpractice.bmj.com)

18. Clark S, Horton R. Low back pain: a major global challenge. Lancet. 2018 Jun 9;391(10137):2302. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29573869?tool=bestpractice.bmj.com)

19. Hyodo H, Sato T, Sasaki H, et al. Discogenic pain in acute nonspecific low-back pain. Eur Spine J. 2005 Aug;14(6):573-7. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15668774?tool=bestpractice.bmj.com)

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

20. Martin MD, Boxell CM, Malone DG. Pathophysiology of lumbar disc degeneration: a review of the literature. Neurosurg Focus. 2002 Aug 15;13(2):E1. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15916393?tool=bestpractice.bmj.com)

21. Shuang F, Hou SX, Zhu JL, et al. Clinical anatomy and measurement of the medial branch of the spinal dorsal ramus. Medicine (Baltimore). 2015 Dec;94(52):e2367. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26717379?tool=bestpractice.bmj.com)

22. Cohen SP, Raja SN. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of lumbar zygapophysial (facet) joint pain. Anesthesiology. 2007 Mar;106(3):591-614. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17325518?tool=bestpractice.bmj.com)

23. van den Berg R, Jongbloed EM, de Schepper EIT, et al. The association between pro-inflammatory biomarkers and nonspecific low back pain: a systematic review. Spine J. 2018 Nov;18(11):2140-51. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29960111?tool=bestpractice.bmj.com)

24. Sanabria-Mazo JP, Colomer-Carbonell A, Carmona-Cervelló M, et al. Immune-inflammatory and hypothalamic-pituitary-adrenal axis biomarkers are altered in patients with non-specific low back pain: a systematic review. Front Immunol. 2022;13:945513. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9478440) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36119028?tool=bestpractice.bmj.com)

25. Peng T, Pérez A, Pettee Gabriel K. The association among overweight, obesity, and low back pain in US adults: a cross-sectional study of the 2015 national health interview survey. J Manipulative Physiol Ther. 2018 May;41(4):294-303. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29459122?tool=bestpractice.bmj.com)

26. Zhang TT, Liu Z, Liu YL, et al. Obesity as a risk fractor for low back pain: a meta-analysis. Clin Spine Surg. 2018 Feb;31(1):22-7. Texto completo (https://www.doi.org/10.1097/BSD.0000000000000468) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27875413?tool=bestpractice.bmj.com)

27. Peiris WL, Cicuttini FM, Hussain SM, et al. Is adiposity associated with back and lower limb pain? A systematic review. PLoS One. 2021;16(9):e0256720. Texto completo (https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0256720) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34520462?tool=bestpractice.bmj.com)

28. Battie MC, Videman T, Gibbons LE, et al. 1995 Volvo Award in clinical sciences. Determinants of lumbar disc degeneration. A study relating lifetime exposures and magnetic resonance imaging findings in identical twins. Spine. 1995 Dec 15;20(24):2601-12. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8747238?tool=bestpractice.bmj.com)

29. Videman T, Battie MC, Ripatti S, et al. Determinants of the progression in lumbar degeneration: a 5-year follow-up study of adult male monozygotic twins. Spine. 2006 Mar 15;31(6):671-8. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16540872?tool=bestpractice.bmj.com)

30. Solovieva S, Lohiniva J, Leino-Arjas P, et al. Intervertebral disc degeneration in relation to the COL9A3 and the IL-1ss gene polymorphisms. Eur Spine J. 2006 May;15(5):613-9. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16133074?tool=bestpractice.bmj.com)

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

31. Feng Y, Egan B, Wang J. Genetic factors in intervertebral disc degeneration. Genes Dis. 2016 Sep;3(3):178-85. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016799) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27617275?tool=bestpractice.bmj.com)

32. Sadler SG, Spink MJ, Ho A, et al. Restriction in lateral bending range of motion, lumbar lordosis, and hamstring flexibility predicts the development of low back pain: a systematic review of prospective cohort studies. BMC Musculoskelet Disord. 2017 May 5;18(1):179. Texto completo (https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-017-1534-0) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28476110?tool=bestpractice.bmj.com)

33. Chun SW, Lim CY, Kim K, et al. The relationships between low back pain and lumbar lordosis: a systematic review and meta-analysis. Spine J. 2017 Aug;17(8):1180-91. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28476690?tool=bestpractice.bmj.com)

34. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? JAMA. 2010 Apr 7;303(13):1295-302. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20371789?tool=bestpractice.bmj.com)

35. Parreira P, Maher CG, Steffens D, et al. Risk factors for low back pain and sciatica: an umbrella review. Spine J. 2018 Sep;18(9):1715-21. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29792997?tool=bestpractice.bmj.com)

36. Power C, Frank J, Hertzman C, et al. Predictors of low back pain onset in a prospective British study. Am J Public Health. 2001 Oct;91(10):1671-8. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11574334?tool=bestpractice.bmj.com)

37. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR. Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. Age Ageing. 2006 May;35(3):229-34. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16547119?tool=bestpractice.bmj.com)

38. Kopec JA, Sayre EC, Esdaile JM. Predictors of back pain in a general population cohort. Spine. 2004 Jan 1;29(1):70-7. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14699279?tool=bestpractice.bmj.com)

39. Bressler HB, Keyes WJ, Rochon PA, et al. The prevalence of low back pain in the elderly. A systematic review of the literature. Spine. 1999 Sep 1;24(17):1813-9. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10488512?tool=bestpractice.bmj.com)

40. Hurwitz EL, Morgenstern H. Correlates of back problems and back-related disability in the United States. J Clin Epidemiol. 1997 Jun;50(6):669-81. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9250265?tool=bestpractice.bmj.com)

41. Liira JP, Shannon HS, Chambers LW, et al. Long-term back problems and physical work exposures in the 1990 Ontario Health Survey. Am J Public Health. 1996 Mar;86(3):382-7. Texto completo (http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.86.3.382) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8604764?tool=bestpractice.bmj.com)

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

42. Macfarlane GJ, Thomas E, Papageorgiou AC, et al. Employment and physical work activities as predictors of future low back pain. Spine. 1997 May 15;22(10):1143-9. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9160474?tool=bestpractice.bmj.com)

43. Shelerud RA. Epidemiology of occupational low back pain. Clin Occup Environ Med. 2006;5(3):501-28. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16963373?tool=bestpractice.bmj.com)

44. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Kyvik KO. Are lifestyle-factors in adolescence predictors for adult low back pain? A cross-sectional and prospective study of young twins. BMC Musculoskelet Disord. 2006 Mar 15;7:27. Texto completo (http://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-7-27) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16539729?tool=bestpractice.bmj.com)

45. Ernst E. Smoking, a cause of back trouble? Br J Rheumatol. 1993 Mar;32(3):239-42. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8448616?tool=bestpractice.bmj.com)

46. Coenen P, Parry S, Willenberg L, et al. Associations of prolonged standing with musculoskeletal symptoms: a systematic review of laboratory studies. Gait Posture. 2017 Oct;58:310-8. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28863296?tool=bestpractice.bmj.com)

47. Locks F, Gupta N, Hallman D, et al. Association between objectively measured static standing and low back pain: a cross-sectional study among blue-collar workers. Ergonomics. 2018 Sep;61(9):1196-207. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29560812?tool=bestpractice.bmj.com)

48. Hasegawa T, Katsuhira J, Oka H, et al. Association of low back load with low back pain during static standing. PLoS One. 2018 Dec 18;13(12):e0208877. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6298701) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30562374?tool=bestpractice.bmj.com)

49. Zadro J, Shirley D, Ferreira M, et al. Mapping the association between vitamin D and low back pain: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Pain Physician. 2017 Nov;20(7):611-40. Texto completo (https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=NDcwNA%3D%3D&journal=108) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29149142?tool=bestpractice.bmj.com)

50. Burton AK, Balagué F, Cardon G, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. Eur Spine J. 2006 Mar;15(suppl 2):S136-68. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3454541) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16550446?tool=bestpractice.bmj.com)

51. Steffens D, Maher CG, Pereira LS, et al. Prevention of low back pain: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2016 Feb;176(2):199-208. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26752509?tool=bestpractice.bmj.com)

52. Alzahrani H, Mackey M, Stamatakis E, et al. The association between physical activity and low back pain: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Sci Rep. 2019 Jun

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

3;9(1):8244. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6547713) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31160632?tool=bestpractice.bmj.com)

53. Huang R, Ning J, Chuter VH, et al. Exercise alone and exercise combined with education both prevent episodes of low back pain and related absenteeism: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) aimed at preventing back pain. Br J Sports Med. 2020 Jul;54(13):766-70. Texto completo (https://bjsm.bmj.com/content/54/13/766.long) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31672696?tool=bestpractice.bmj.com)

54. Sowah D, Boyko R, Antle D, et al. Occupational interventions for the prevention of back pain: overview of systematic reviews. J Safety Res. 2018 Sep;66:39-59. Texto completo (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022437517304176?via%3Dihub) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30121110?tool=bestpractice.bmj.com)

55. Hernandez-Lucas P, Leirós-Rodríguez R, Lopez-Barreiro J, et al. Is the combination of exercise therapy and health education more effective than usual medical care in the prevention of non-specific back pain? A systematic review with meta-analysis. Ann Med. 2022 Dec;54(1):3107-16. Texto completo (https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2022.2140453) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36331870?tool=bestpractice.bmj.com)

56. US Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement. Am Fam Physician. 2005 Jun 15;71(12):2337-8. Texto completo (http://www.aafp.org/afp/2005/0615/p2337.html) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15999872?tool=bestpractice.bmj.com)

57. Sahar T, Cohen MJ, Ne'eman V, et al. Insoles for prevention and treatment of back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD005275. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005275.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17943845?tool=bestpractice.bmj.com)

58. Martimo KP, Verbeek J, Karppinen J, et al. Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review. BMJ. 2008 Feb 23;336(7641):429-31. Texto completo (http://www.bmj.com/content/336/7641/429.full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18244957?tool=bestpractice.bmj.com)

59. Driessen MT, Proper KI, van Tulder MW, et al. The effectiveness of physical and organisational ergonomic interventions on low back pain and neck pain: a systematic review. Occup Environ Med. 2010 Apr;67(4):277-85. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20360197?tool=bestpractice.bmj.com)

60. Agarwal S, Steinmaus C, Harris-Adamson C, et al. Sit-stand workstations and impact on low back discomfort: a systematic review and meta-analysis. Ergonomics. 2018 Apr;61(4):538-52. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29115188?tool=bestpractice.bmj.com)

61. Yusuf M, Finucane L, Selfe J. Red flags for the early detection of spinal infection in back pain patients. BMC Musculoskelet Disord. 2019 Dec 13;20(1):606. Texto completo (https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-019-2949-6) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31836000?tool=bestpractice.bmj.com)

 © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

62. Pincus T, Burton AK, Vogel S, et al. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine. 2002 Mar 1;27(5):E109-20. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11880847?tool=bestpractice.bmj.com)

63. Malanga GA, Nadler S. Musculoskeletal physical examination: an evidence-based approach. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus; 2005.

64. Devillé WL, van der Windt DA, Dzaferagić A, et al. The test of Lasègue: systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. Spine (Phila Pa 1976). 2000 May 1;25(9):1140-7. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10788860?tool=bestpractice.bmj.com)

65. Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2011 Feb 1;154(3):181-9. Texto completo (http://annals.org/article.aspx?articleid=746774) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21282698?tool=bestpractice.bmj.com)

66. Boden SD, Davis DO, Dina TS, et al. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. J Bone Joint Surg Am. 1990 Mar;72(3):403-8. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2312537?tool=bestpractice.bmj.com)

67. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. N Engl J Med. 1994 Jul 14;331(2):69-73. Texto completo (https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199407143310201) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8208267?tool=bestpractice.bmj.com)

68. Jarvik JJ, Hollingworth W, Heagerty P, et al. The Longitudinal Assessment of Imaging and Disability of the Back (LAIDBack) Study: baseline data. Spine (Phila Pa 1976). 2001 May 15;26(10):1158-66. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11413431?tool=bestpractice.bmj.com)

69. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. BMJ. 2001 Feb 17;322(7283):400-5. Texto completo (http://www.bmj.com/content/322/7283/400.full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11179160?tool=bestpractice.bmj.com)

70. Chou R, Fu R, Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2009 Feb 7;373(9662):463-72. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19200918?tool=bestpractice.bmj.com)

71. Kent DL, Haynor DR, Larson EB, et al. Diagnosis of lumbar spinal stenosis in adults: a metaanalysis of the accuracy of CT, MR, and myelography. AJR Am J Roentgenol. 1992 May;158(5):1135-44. Texto completo (http://www.ajronline.org/doi/pdf/10.2214/ajr.158.5.1533084) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1533084?tool=bestpractice.bmj.com)

72. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? JAMA. 1992 Aug 12;268(6):760-5. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1386391?tool=bestpractice.bmj.com)

73. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Apr 4;166(7):514-30. Texto completo (https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M16-2367) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28192789?tool=bestpractice.bmj.com)

74. Engers A, Jellema P, Wensing M, et al. Individual patient education for low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD004057. Texto completo (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004057.pub3/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18254037?tool=bestpractice.bmj.com)

75. Jones CM, Shaheed CA, Ferreira GE, et al. Advice and education provide small short-term improvements in pain and disability in people with non-specific spinal pain: a systematic review. J Physiother. 2021 Oct;67(4):263-70. Texto completo (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955321000941?via%3Dihub) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34518145?tool=bestpractice.bmj.com)

76. Zahari Z, Ishak A, Justine M. The effectiveness of patient education in improving pain, disability and quality of life among older people with low back pain: a systematic review. J Back Musculoskelet Rehabil. 2020;33(2):245-54. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31356191?tool=bestpractice.bmj.com)

77. Piano L, Ritorto V, Vigna I, et al. Individual patient education for managing acute and/or subacute low back pain: little additional benefit for pain and function compared to placebo. A systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. J Orthop Sports Phys Ther. 2022 Jul;52(7):432-45. Texto completo (https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2022.10698?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35584025?tool=bestpractice.bmj.com)

78. Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, et al. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jun 16;(6):CD007612. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007612.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20556780?tool=bestpractice.bmj.com)

79. French SD, Cameron M, Walker BF, et al. Superficial heat or cold for low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD004750. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004750.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437495?tool=bestpractice.bmj.com)

80. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, et al. Massage for low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 1;(9):CD001929. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001929.pub3/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26329399?tool=bestpractice.bmj.com)

81. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. Dec 2020 [internet publication]. Texto completo (https://www.nice.org.uk/guidance/NG59)

82. Mu J, Furlan AD, Lam WY, et al. Acupuncture for chronic nonspecific low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Dec 11;12(12):CD013814. Texto completo (https://

 © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013814/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33306198?tool=bestpractice.bmj.com)

83. Wu B, Yang L, Fu C, et al. Efficacy and safety of acupuncture in treating acute low back pain: a systematic review and bayesian network meta-analysis. Ann Palliat Med. 2021 Jun;10(6):6156-67. Texto completo (https://apm.amegroups.org/article/view/70419/html) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34118845?tool=bestpractice.bmj.com)

84. Su X, Qian H, Chen B, et al. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review and meta-analysis. Ann Palliat Med. 2021 Apr;10(4):3924-36. Texto completo (https://apm.amegroups.org/article/view/66741/htm) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33894708?tool=bestpractice.bmj.com)

85. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, et al. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12;(9):CD008880. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008880.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972127?tool=bestpractice.bmj.com)

86. Schneider M, Haas M, Glick R, et al. Comparison of spinal manipulation methods and usual medical care for acute and subacute low back pain: a randomized clinical trial. Spine (Phila Pa 1976). 2015 Feb 15;40(4):209-17. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4326596) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25423308?tool=bestpractice.bmj.com)

87. Oliphant D. Safety of spinal manipulation in the treatment of lumbar disk herniations: a systematic review and risk assessment. J Manipulative Physiol Ther. 2004 Mar-Apr;27(3):197-210. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15129202?tool=bestpractice.bmj.com)

88. Barrett AJ, Breen AC. Adverse effects of spinal manipulation. J R Soc Med. 2000 May;93(5):258-9. Texto completo (http://jrs.sagepub.com/content/93/5/258.full.pdf+html) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10884771?tool=bestpractice.bmj.com)

89. Ernst E. Adverse effects of spinal manipulation: a systematic review. J R Soc Med. 2007 Jul;100(7):330-8. Texto completo (http://jrs.sagepub.com/content/100/7/330.full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606755?tool=bestpractice.bmj.com)

90. Haas M, Vavrek D, Peterson D, et al. Dose-response and efficacy of spinal manipulation for care of chronic low back pain: a randomized controlled trial. Spine J. 2014 Jul 1;14(7):1106-16. Texto completo (http://www.thespinejournalonline.com/article/S1529-9430%2813%2901390-9/fulltext) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24139233?tool=bestpractice.bmj.com)

91. Sun E, Moshfegh J, Rishel CA, et al. Association of early physical therapy with long-term opioid use among opioid-naive patients with musculoskeletal pain. JAMA Netw Open. 2018 Dec 7;1(8):e185909. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6324326) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30646297?tool=bestpractice.bmj.com)

92. Childs JD, Fritz JM, Wu SS, et al. Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs. BMC Health Serv Res. 2015 Apr 9;15:150. Texto completo

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4393575) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25880898?tool=bestpractice.bmj.com)

93. Clael S, Campos LF, Correia KL, et al. Exercise interventions can improve muscle strength, endurance, and electrical activity of lumbar extensors in individuals with non-specific low back pain: a systematic review with meta-analysis. Sci Rep. 2021 Aug 19;11(1):16842. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8376921) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34413400?tool=bestpractice.bmj.com)

94. Karlsson M, Bergenheim A, Larsson MEH, et al. Effects of exercise therapy in patients with acute low back pain: a systematic review of systematic reviews. Syst Rev. 2020 Aug 14;9(1):182. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7427286) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32795336?tool=bestpractice.bmj.com)

95. Prat-Luri A, de Los Rios-Calonge J, Moreno-Navarro P, et al. Effect of trunk-focused exercises on pain, disability, quality of life, and trunk physical fitness in low back pain and how potential effect modifiers modulate their effects: a systematic review with meta-analyses. J Orthop Sports Phys Ther. 2023 Feb;53(2):64-93. Texto completo (https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2023.11091?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36645193?tool=bestpractice.bmj.com)

96. Ceballos-Laita L, Estébanez-de-Miguel E, Jiménez-Rejano JJ, et al. The effectiveness of hip interventions in patients with low-back pain: a systematic review and meta-analysis. Braz J Phys Ther. 2023 Mar-Apr;27(2):100502. Texto completo (https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1413355523000230?via%3Dihub) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37037144?tool=bestpractice.bmj.com)

97. de Jesus FLA, Fukuda TY, Souza C, et al. Addition of specific hip strengthening exercises to conventional rehabilitation therapy for low back pain: a systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil. 2020 Nov;34(11):1368-77. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32691625?tool=bestpractice.bmj.com)

98. Syroyid Syroyid I, Cavero-Redondo I, Syroyid Syroyid B. Effects of resistance training on pain control and physical function in older adults with low back pain: a systematic review with meta-analysis. J Geriatr Phys Ther. 2022 Jul-Sep 01;46(3):E113-26. Texto completo (https://www.doi.org/10.1519/JPT.0000000000000374) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36805624?tool=bestpractice.bmj.com)

99. Bernard S, Gentilcore-Saulnier E, Massé-Alarie H, et al. Is adding pelvic floor muscle training to an exercise intervention more effective at improving pain in patients with non-specific low back pain? A systematic review of randomized controlled trials. Physiotherapy. 2021 Mar;110:15-25. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32349867?tool=bestpractice.bmj.com)

100. van der Gaag WH, Roelofs PD, Enthoven WT, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Apr 16;4(4):CD013581. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013581/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32297973?tool=bestpractice.bmj.com)

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

101. Chou R, Deyo R, Friedly J, et al. Systemic pharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American College of Physicians clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2017 Apr 4;166(7):480-92. Texto completo (https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M16-2458) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28192790?tool=bestpractice.bmj.com)

102. Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, et al. Paracetamol for low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 7;(6):CD012230. Texto completo (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012230/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27271789?tool=bestpractice.bmj.com)

103. Baroncini A, Maffulli N, Al-Zyoud H, et al. Nonopioid pharmacological management of acute low back pain: a level I of evidence systematic review. J Orthop Res. 2023 Aug;41(8):1781-91. Texto completo (https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jor.25508) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36811209?tool=bestpractice.bmj.com)

104. Alford DP. Chronic back pain with possible prescription opioid misuse. JAMA. 2013 Mar 6;309(9):919-25. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23462788?tool=bestpractice.bmj.com)

105. Jones CMP, Day RO, Koes BW, et al. Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2023 Jul 22;402(10398):304-12. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37392748?tool=bestpractice.bmj.com)

106. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, et al. Muscle relaxants for non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD004252. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004252/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12804507?tool=bestpractice.bmj.com)

107. Cashin AG, Folly T, Bagg MK, et al. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2021 Jul 7;374:n1446. Texto completo (https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1446.long) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34233900?tool=bestpractice.bmj.com)

108. Cherkin DC, Wheeler KJ, Barlow W, et al. Medication use for low back pain in primary care. Spine. 1998 Mar 1;23(5):607-14. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9530793?tool=bestpractice.bmj.com)

109. Ebadi S, Henschke N, Forogh B, et al. Therapeutic ultrasound for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Jul 5;7(7):CD009169. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009169.pub3/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32623724?tool=bestpractice.bmj.com)

110. Schaafsma F, Schonstein E, Ojajärvi A, et al. Physical conditioning programs for improving work outcomes among workers with back pain. Scand J Work Environ Health. 2011 Jan;37(1):1-5. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20700550?tool=bestpractice.bmj.com)

111. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, et al. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3):CD000335. Texto completo (https://

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000335.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16034851?tool=bestpractice.bmj.com)

112. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, et al. Exercise therapy for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Sep 28;9(9):CD009790. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8477273) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34580864?tool=bestpractice.bmj.com)

113. Zhang SK, Gu ML, Zhang T, et al. Effects of exercise therapy on disability, mobility, and quality of life in the elderly with chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Orthop Surg Res. 2023 Jul 19;18(1):513. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10357808) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37468931?tool=bestpractice.bmj.com)

114. Díaz-Arribas MJ, Lovacs FM, Royuela A, et al; Spanish Back Pain Research Network. Effectiveness of the Godelieve Denys-Struyf (GDS) method in people with low back pain: cluster randomized controlled trial. Phys Ther. 2015 Mar;95(3):319-36. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25359444?tool=bestpractice.bmj.com)

115. Wang XQ, Zheng JJ, Yu ZW, et al. A meta-analysis of core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. PLoS One. 2012;7(12):e52082. Texto completo (http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0052082) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23284879?tool=bestpractice.bmj.com)

116. Natour J, Cazotti Lde A, Ribeiro LH, et al. Pilates improves pain, function and quality of life in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2015 Jan;29(1):59-68. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24965957?tool=bestpractice.bmj.com)

117. Sitthipornvorakul E, Klinsophon T, Sihawong R, et al. The effects of walking intervention in patients with chronic low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials. Musculoskelet Sci Pract. 2018 Apr;34:38-46. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29257996?tool=bestpractice.bmj.com)

118. Vanti C, Andreatta S, Borghi S, et al. The effectiveness of walking versus exercise on pain and function in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Disabil Rehabil. 2019 Mar;41(6):622-32. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29207885?tool=bestpractice.bmj.com)

119. Nwodo OD, Ibikunle PO, Ogbonna NL, et al. Review of core stability exercise versus conventional exercise in the management of chronic low back pain. Afr Health Sci. 2022 Dec;22(4):148-67. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10117466) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37092047?tool=bestpractice.bmj.com)

120. Pocovi NC, de Campos TF, Christine Lin CW, et al. Walking, cycling, and swimming for nonspecific low back pain: a systematic review with meta-analysis. J Orthop Sports Phys Ther. 2022 Feb;52(2):85-99. Texto completo (https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2022.10612?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34783263?tool=bestpractice.bmj.com)

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

121. Ma J, Zhang T, He Y, et al. Effect of aquatic physical therapy on chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. BMC Musculoskelet Disord. 2022 Dec 2;23(1):1050. Texto completo (https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-022-05981-8) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36460993?tool=bestpractice.bmj.com)

122. Byrnes K, Wu PJ, Whillier S. Is pilates an effective rehabilitation tool? A systematic review. J Bodyw Mov Ther. 2018 Jan;22(1):192-202. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29332746?tool=bestpractice.bmj.com)

123. Lin HT, Hung WC, Hung JL, et al. Effects of pilates on patients with chronic non-specific low back pain: a systematic review. J Phys Ther Sci. 2016 Oct;28(10):2961-9. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5088161) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27821970?tool=bestpractice.bmj.com)

124. Zou L, Zhang Y, Yang L, et al. Are mindful exercises safe and beneficial for treating chronic lower back pain? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Clin Med. 2019 May 8;8(5):628. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6571780) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31072005?tool=bestpractice.bmj.com)

125. Qin J, Zhang Y, Wu L, et al. Effect of Tai Chi alone or as additional therapy on low back pain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). 2019 Sep;98(37):e17099. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6750325) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31517838?tool=bestpractice.bmj.com)

126. Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, et al. Yoga for chronic non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Nov 18;11(11):CD010671. Texto completo (https://www.doi.org/10.1002/14651858.CD010671.pub3) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36398843?tool=bestpractice.bmj.com)

127. Nduwimana I, Nindorera F, Thonnard JL, et al. Effectiveness of walking versus mind-body therapies in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of recent randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). 2020 Aug 28;99(35):e21969. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7458239) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32871946?tool=bestpractice.bmj.com)

128. Zhu F, Zhang M, Wang D, et al. Yoga compared to non-exercise or physical therapy exercise on pain, disability, and quality of life for patients with chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. 2020;15(9):e0238544. Texto completo (https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0238544) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32870936?tool=bestpractice.bmj.com)

129. Wong CM, Rugg B, Geere JA. The effects of Pilates exercise in comparison to other forms of exercise on pain and disability in individuals with chronic non-specific low back pain: a systematic review with meta-analysis. Musculoskeletal Care. 2023 Mar;21(1):78-96. Texto completo (https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/msc.1667) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36912214?tool=bestpractice.bmj.com)

130. Yu Z, Yin Y, Wang J, et al. Efficacy of pilates on pain, functional disorders and quality of life in patients with chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

2023 Feb 6;20(4):2850. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9956295) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36833545?tool=bestpractice.bmj.com)

131. Saragiotto BT, Maher CG, Yamato TP, et al. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jan 8;(1):CD012004. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012004/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26742533?tool=bestpractice.bmj.com)

132. Zhang C, Li Y, Zhong Y, et al. Effectiveness of motor control exercise on non-specific chronic low back pain, disability and core muscle morphological characteristics: a meta-analysis of randomized controlled trials. Eur J Phys Rehabil Med. 2021 Oct;57(5):793-806. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33960180?tool=bestpractice.bmj.com)

133. Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jan 25;(1):CD001351. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001351.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15674876?tool=bestpractice.bmj.com)

134. Xiang Y, He JY, Tian HH, et al. Evidence of efficacy of acupuncture in the management of low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised placebo- or sham-controlled trials. Acupunct Med. 2020 Feb;38(1):15-24. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31526013?tool=bestpractice.bmj.com)

135. Castro-Sánchez AM, Lara-Palomo IC, Matarán-Peñarrocha GA, et al. Short-term effectiveness of spinal manipulative therapy versus functional technique in patients with chronic nonspecific low back pain: a pragmatic randomized controlled trial. Spine J. 2016 Mar;16(3):302-12. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26362233?tool=bestpractice.bmj.com)

136. Coulter ID, Crawford C, Hurwitz EL, et al. Manipulation and mobilization for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. Spine J. 2018 May;18(5):866-79. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6020029) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29371112?tool=bestpractice.bmj.com)

137. Rubinstein SM, de Zoete A, van Middelkoop M, et al. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2019 Mar 13;364:l689. Texto completo (https://www.bmj.com/content/364/bmj.l689.long) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30867144?tool=bestpractice.bmj.com)

138. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, et al. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2):CD008112. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008112.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328304?tool=bestpractice.bmj.com)

139. Jenks A, de Zoete A, van Tulder M, et al. Spinal manipulative therapy in older adults with chronic low back pain: an individual participant data meta-analysis. Eur Spine J. 2022 Jul;31(7):1821-45. Texto completo (https://link.springer.com/article/10.1007/s00586-022-07210-1) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35633383?tool=bestpractice.bmj.com)

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

140. Dal Farra F, Risio RG, Vismara L, et al. Effectiveness of osteopathic interventions in chronic non-specific low back pain: a systematic review and meta-analysis. Complement Ther Med. 2021 Jan;56:102616. Texto completo (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229920318835?via%3Dihub) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33197571?tool=bestpractice.bmj.com)

141. Cotler HB, Chow RT, Hamblin MR, et al. The use of low level laser therapy (LLLT) for musculoskeletal pain. MOJ Orthop Rheumatol. 2015;2(5):00068. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743666) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26858986?tool=bestpractice.bmj.com)

142. Glazov G, Yelland M, Emery J. Low-level laser therapy for chronic non-specific low back pain: a meta-analysis of randomised controlled trials. Acupunct Med. 2016 Oct;34(5):328-41. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5099186) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27207675?tool=bestpractice.bmj.com)

143. Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jul 7;(7):CD002014. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614428?tool=bestpractice.bmj.com)

144. Yang J, Lo WLA, Zheng F, et al. Evaluation of cognitive behavioral therapy on improving pain, fear avoidance, and self-efficacy in patients with chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. Pain Res Manag. 2022;2022:4276175. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8957446) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35345623?tool=bestpractice.bmj.com)

145. Lamb SE, Hansen Z, Lall R, et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. Lancet. 2010 Mar 13;375(9718):916-23. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20189241?tool=bestpractice.bmj.com)

146. Lamb SE, Mistry D, Lall R, et al. Group cognitive behavioural interventions for low back pain in primary care: extended follow-up of the Back Skills Training Trial (ISRCTN54717854). Pain. 2012 Feb;153(2):494-501. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22226729?tool=bestpractice.bmj.com)

147. Buhrman M, Syk M, Burvall O, et al. Individualized guided internet-delivered cognitive-behavior therapy for chronic pain patients with comorbid depression and anxiety: a randomized controlled trial. Clin J Pain. 2015 Jun;31(6):504-16. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25380222?tool=bestpractice.bmj.com)

148. Dear BF, Gandy M, Karin E, et al. The Pain Course: a randomised controlled trial examining an internet-delivered pain management program when provided with different levels of clinician support. Pain. 2015 Oct;156(10):1920-35. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26039902?tool=bestpractice.bmj.com)

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

149. Garg S, Garg D, Turin TC, et al. Web-based interventions for chronic back pain: a systematic review. J Med Internet Res. 2016 Jul 26;18(7):e139. Texto completo (https://www.jmir.org/2016/7/e139) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27460413?tool=bestpractice.bmj.com)

150. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. JAMA. 2016 Mar 22-29;315(12):1240-9. Texto completo (http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2504811) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27002445?tool=bestpractice.bmj.com)

151. Soundararajan K, Prem V, Kishen TJ. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction intervention on physical function in individuals with chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Complement Ther Clin Pract. 2022 Nov;49:101623. Texto completo (https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1744388122000913?via%3Dihub) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35779457?tool=bestpractice.bmj.com)

152. Fleckenstein J, Floessel P, Engel T, et al. Individualized exercise in chronic non-specific low back pain: a systematic review with meta-analysis on the effects of exercise alone or in combination with psychological interventions on pain and disability. J Pain. 2022 Nov;23(11):1856-73. Texto completo (https://www.jpain.org/article/S1526-5900(22)00364-9/fulltext) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35914641?tool=bestpractice.bmj.com)

153. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chairotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Sep 2;(9):CD000963. Texto completo (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25180773?tool=bestpractice.bmj.com)

154. Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 28;(6):CD002193. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002193.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28656659?tool=bestpractice.bmj.com)

155. Hajihasani A, Rouhani M, Salavati M, et al. The influence of cognitive behavioral therapy on pain, quality of life, and depression in patients receiving physical therapy for chronic low back pain: a systematic review. PM R. 2019 Feb;11(2):167-76. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30266349?tool=bestpractice.bmj.com)

156. Song L, Qiu P, Xu J, et al. The effect of combination pharmacotherapy on low back pain: a meta-analysis. Clin J Pain. 2018 Nov;34(11):1039-46. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29727303?tool=bestpractice.bmj.com)

157. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic pain: a national clinical guideline. Aug 2019 [internet publication]. Texto completo (https://www.sign.ac.uk/media/2097/sign136_2019.pdf)

158. Birkinshaw H, Friedrich CM, Cole P, et al. Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2023 May 10;5(5):CD014682.

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD014682.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37160297?tool=bestpractice.bmj.com)

159. Ferreira GE, McLachlan AJ, Lin CC, et al. Efficacy and safety of antidepressants for the treatment of back pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2021 Jan 20;372:m4825. Texto completo (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33472813) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33472813?tool=bestpractice.bmj.com)

160. Ferraro MC, Bagg MK, Wewege MA, et al. Efficacy, acceptability, and safety of antidepressants for low back pain: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2021 Feb 24;10(1):62. Texto completo (https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-021-01599-4) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33627178?tool=bestpractice.bmj.com)

161. Cashin AG, Wand BM, O'Connell NE, et al. Pharmacological treatments for low back pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Apr 4;4(4):CD013815. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013815.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37014979?tool=bestpractice.bmj.com)

162. Nury E, Schmucker C, Nagavci B, et al. Efficacy and safety of strong opioids for chronic noncancer pain and chronic low back pain: a systematic review and meta-analyses. Pain. 2022 Apr 1;163(4):610-36. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34326292?tool=bestpractice.bmj.com)

163. Carey TS, Garrett JM, Jackman A, et al. Recurrence and care seeking after acute back pain: results of a long-term follow-up study. Med Care. 1999 Feb;37(2):157-64. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10024120?tool=bestpractice.bmj.com)

164. Markman JD, Bolash RB, McAlindon TE, et al. Tanezumab for chronic low back pain: a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled, phase 3 study of efficacy and safety. Pain. 2020 Sep 1;161(9):2068-78. Texto completo (https://journals.lww.com/pain/fulltext/2020/09000/tanezumab_for_chronic_low_back_pain__a_randomized,.14.aspx) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32453139?tool=bestpractice.bmj.com)

165. Kivitz AJ, Gimbel JS, Bramson C, et al. Efficacy and safety of tanezumab versus naproxen in the treatment of chronic low back pain. Pain. 2013 Jul;154(7):1009-21. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23628600?tool=bestpractice.bmj.com)

166. Abdildin Y, Tapinova K, Jyeniskhan N, et al. High-intensity laser therapy in low back pain management: a systematic review with meta-analysis. Lasers Med Sci. 2023 Jul 26;38(1):166. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37493840?tool=bestpractice.bmj.com)

167. Maas ET, Ostelo RW, Niemisto L, et al. Radiofrequency denervation for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Oct 23;(10):CD008572. Texto completo (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008572.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26495910?tool=bestpractice.bmj.com)

168. Poetscher AW, Gentil AF, Lenza M, et al. Radiofrequency denervation for facet joint low back pain: a systematic review. Spine. 2014 Jun 15;39(14):E842-9. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24732848?tool=bestpractice.bmj.com)

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

169. Chen CH, Weng PW, Wu LC, et al. Radiofrequency neurotomy in chronic lumbar and sacroiliac joint pain: a meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2019 Jun;98(26):e16230. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6617467) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31261580?tool=bestpractice.bmj.com)

170. Lee CH, Chung CK, Kim CH. The efficacy of conventional radiofrequency denervation in patients with chronic low back pain originating from the facet joints: a meta-analysis of randomized controlled trials. Spine J. 2017 Nov;17(11):1770-80. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28576500?tool=bestpractice.bmj.com)

171. Conger A, Burnham TR, Clark T, et al. The effectiveness of intraosseous basivertebral nerve radiofrequency ablation for the treatment of vertebrogenic low back pain: an updated systematic review with single-arm meta-analysis. Pain Med. 2022 Jul 20;23(suppl 2):S50-62. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9297160) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35856331?tool=bestpractice.bmj.com)

172. Helm Ii S, Simopoulos TT, Stojanovic M, et al. Effectiveness of thermal annular procedures in treating discogenic low back pain. Pain Physician. 2017 Sep;20(6):447-70. Texto completo (https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=NDYwMQ%3D%3D&journal=107) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28934777?tool=bestpractice.bmj.com)

173. Staal JB, de Bie R, de Vet HC, et al. Injection therapy for subacute and chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD001824. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001824.pub3/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18646078?tool=bestpractice.bmj.com)

174. Liu L, Huang QM, Liu QG, et al. Evidence for dry needling in the management of myofascial trigger points associated with low back pain: a systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2018 Jan;99(1):144-52. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28690077?tool=bestpractice.bmj.com)

175. National Institute for Health and Care Excellence. Peripheral nerve-field stimulation for chronic low back pain. Mar 2013 [internet publication]. Texto completo (https://www.nice.org.uk/guidance/ipg451)

176. Traeger AC, Gilbert SE, Harris IA, et al. Spinal cord stimulation for low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Mar 7;3(3):CD014789. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD014789.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36878313?tool=bestpractice.bmj.com)

177. National Institute for Health and Care Excellence. Neurostimulation of lumbar muscles for refractory non-specific chronic low back pain. Sep 2022 [internet publication]. Texto completo (https://www.nice.org.uk/guidance/ipg739)

178. Liu K, Zhang Q, Chen L, et al. Efficacy and safety of extracorporeal shockwave therapy in chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of 632 patients. J Orthop Surg Res. 2023 Jun 24;18(1):455. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10290808) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37355623?tool=bestpractice.bmj.com)

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

179. Li C, Xiao Z, Chen L, et al. Efficacy and safety of extracorporeal shock wave on low back pain: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2022 Dec 30;101(52):e32053. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9803516) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36595991?tool=bestpractice.bmj.com)

180. Yue L, Sun MS, Chen H, et al. Extracorporeal shockwave therapy for treating chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Biomed Res Int. 2021;2021:5937250. Texto completo (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8617566) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34840977?tool=bestpractice.bmj.com)

181. Khadilkar A, Odebiyi DO, Brosseau L, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;(4):CD003008. Texto completo (https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003008.pub3/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843638?tool=bestpractice.bmj.com)

182. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 2003;81(9):646-56. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14710506?tool=bestpractice.bmj.com)

183. Ramond-Roquin A, Bouton C, Gobin-Tempereau AS, et al. Interventions focusing on psychosocial risk factors for patients with non-chronic low back pain in primary care - a systematic review. Fam Pract. 2014 Aug;31(4):379-88. Texto completo (http://fampra.oxfordjournals.org/content/31/4/379.long) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24632524?tool=bestpractice.bmj.com)

184. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. Lancet. 2011 Oct 29;378(9802):1560-71. Texto completo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3208163) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21963002?tool=bestpractice.bmj.com)

185. Chou L, Ranger TA, Peiris W, et al. Patients' perceived needs of health care providers for low back pain management: a systematic scoping review. Spine J. 2018 Apr;18(4):691-711. Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29373836?tool=bestpractice.bmj.com)

186. Lim YZ, Chou L, Au RT, et al. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. J Physiother. 2019 Jul;65(3):124-35. Texto completo (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955319300578?via%3Dihub) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31227280?tool=bestpractice.bmj.com)

187. Choi BK, Verbeek JH, Tam WW, et al. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD006555. Texto completo (http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006555.pub2/full) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091596?tool=bestpractice.bmj.com)

188. de Campos TF, Maher CG, Fuller JT, et al. Prevention strategies to reduce future impact of low back pain: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2021 May;55(9):468-76. Texto completo (https://bjsm.bmj.com/content/55/9/468.long) Resumo (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32646887?tool=bestpractice.bmj.com)

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Aviso legal

O BMJ Best Practice destina-se a profissionais da área médica licenciados. A BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) não defende nem apoia o uso de qualquer medicamento ou terapia contidos nesta publicação, nem diagnostica pacientes. Como profissional da área médica, são de sua inteira responsabilidade a assistência e o tratamento dos de seus pacientes, e você deve usar seu próprio julgamento clínico e sua experiência ao utilizar este produto.

Este documento não tem a pretensão de cobrir todos os métodos diagnósticos, tratamentos, acompanhamentos, medicamentos e contraindicações ou efeitos colaterais possíveis. Além disso, como os padrões e práticas na medicina mudam à medida que são disponibilizados novos dados, você deve consultar várias fontes. Recomendamos que você verifique de maneira independente os diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos específicos para verificar se são a opção adequada para seu paciente em sua região. Além disso, em relação aos medicamentos que exijam prescrição médica, você deve consultar a bula do produto, que acompanha cada medicamento, para verificar as condições de uso e identificar quaisquer alterações na posologia ou contraindicações, principalmente se o medicamento administrado for novo, usado com pouca frequência ou tiver uma faixa terapêutica estrita. Você deve sempre verificar se os medicamentos referenciados estão licenciados para o uso especificado e às doses especificadas na sua região.

As informações incluídas no BMJ Best Practice são fornecidas "na maneira em que se encontram", sem nenhuma declaração, condição ou garantia de serem precisas ou atualizadas. A BMJ, suas licenciadoras ou licenciadas não assumem nenhuma responsabilidade por nenhum aspecto do tratamento administrado a qualquer paciente com o auxílio dessas informações. Nos limites da lei, a BMJ e suas licenciadoras e licenciadas não deverão incorrer em qualquer responsabilização, incluindo, mas não limitada a, responsabilização por eventuais danos decorrentes do conteúdo. São excluídas todas as condições, garantias e outros termos que possam estar implícitos por lei, incluindo, entre outros, garantias de qualidade satisfatória, adequação a um fim específico, uso de assistência e habilidade razoáveis e não violação de direitos de propriedade.

Caso o BMJ Best Practice tenha sido traduzido a outro idioma diferente do inglês, a BMJ não garante a precisão e a confiabilidade das traduções ou do conteúdo fornecido por terceiros (incluindo, mas não limitado a, regulamentos locais, diretrizes clínicas, terminologia, nomes de medicamentos e dosagens de medicamentos). A BMJ não se responsabiliza por erros e omissões decorrentes das traduções e adaptações ou de outras ações. Quando o BMJ Best Practice apresenta nomes de medicamentos, usa apenas a Denominação Comum Internacional (DCI) recomendada. É possível que alguns formulários de medicamentos possam referir-se ao mesmo medicamento com nomes diferentes.

Observe que as formulações e doses recomendadas podem ser diferentes entre os bancos de dados de medicamentos, nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. Deve-se sempre consultar o formulário de medicamentos local para obter informações completas sobre a prescrição.

As recomendações de tratamento presentes no BMJ Best Practice são específicas para cada grupo de pacientes. Recomenda-se cautela ao selecionar o formulário de medicamento, pois algumas recomendações de tratamento destinam-se apenas a adultos, e os links externos para formulários pediátricos não necessariamente recomendam o uso em crianças (e vice-versa). Sempre verifique se você selecionou o formulário de medicamento correto para o seu paciente.

Quando sua versão do BMJ Best Practice não estiver integrada a um formulário de medicamento local, você deve consultar um banco de dados farmacêutico local para obter informações completas sobre o medicamento, incluindo as contraindicações, interações medicamentosas e dosagens alternativas antes de fazer a prescrição.

Interpretação dos números

Independentemente do idioma do conteúdo, os numerais são exibidos de acordo com o padrão de separador numérico do documento original em inglês. Por exemplo, os números de 4 dígitos não devem incluir vírgula ou ponto; os números de 5 ou mais dígitos devem incluir vírgulas; e os números menores que 1 devem incluir pontos decimais. Consulte a Figura 1 abaixo para ver uma tabela explicativa.

Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

A BMJ não se responsabiliza pela interpretação incorreta de números que estejam em conformidade com o padrão de separador numérico mencionado.

Esta abordagem está alinhada com a orientação do Bureau Internacional de Pesos e Medidas.

Figura 1 – Padrão numérico do BMJ Best Practice

numerais de 5 dígitos: 10,000

numerais de 4 dígitos: 1000

numerais < 1: 0.25

Nosso site completo e os termos e condições de inscrição podem ser encontrados aqui: Termos e Condições do site.

Fale conosco

+ 44 (0) 207 111 1105
support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

Este PDF do tópico do BMJ Best Practice é baseado na versão da web que foi atualizada pela última vez em: Oct 26, 2023resistente.
Os tópicos do BMJ Best Practice são atualizados regularmente, e a versão mais recente dos tópicos pode ser encontrada em bestpractice.bmj.com . O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos aviso legal (. O uso deste conteúdo está sujeito aos nossos) . © BMJ Publishing Group Ltd 2024.Todos os direitos reservados.

Colaboradores:

// Autores:

Andrew Sherman, MD, MS

Professor and Vice Chair
Department of Physical Medicine & Rehabilitation, University of Miami Miller School of Medicine, Miami, FL
Declarações: AS declares that he has no competing interests.

// Agradecimentos:

Dr Andrew Sherman would like to gratefully acknowledge Dr Robert W. Irwin, Dr Louise Thwaites, Dr Karen Walker-Bone, Dr Joanne Borg-Stein, and Dr Philip Chiou, previous contributors to this topic.
Declarações: RWI, LT, KWB, JBS, and PC declare that they have no competing interests.

// Pares revisores:

Jennifer Baima, MD

Staff Physiatrist
Orthopedic and Arthritis Center, Brigham and Women's Hospital, Chestnut Hill, MA
Declarações: JB declares that she has no competing interests.

Alexios G. Carayannopoulos, DO, MPH

Interventional Spine Physiatrist
Pain Medicine Specialist, Medical Director, Spine Center, Lahey Clinic, Burlington, MA
Declarações: AGC declares that he has no competing interests.