



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Guia do Episódio de Cuidado

Bloqueio (radiofrequência ou fârmaco) para tratamento da dor em coluna vertebral

Procedimentos minimamente invasivos direcionados para o controle da dor e das limitações funcionais em pacientes portadores de doenças degenerativas da coluna vertebral, realizados em sala cirúrgica, preferencialmente sob anestesia local e sedação, com utilização de radioescopia, meios de contraste, agulhas ou cânulas de bloqueio e/ou radiofrequência.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- **História Clínica:** As doenças degenerativas da coluna vertebral podem ser bastante sintomáticas, provocando dor, incapacidade, deterioração progressiva da qualidade de vida, e eventualmente, irradiação em trajeto radicular nos membros, quando ocorre compressão em elementos neurais.
- **Exame Físico:** Dor lombar, limitação de mobilidade do eixo axial, piora com extensão de tronco tipicamente em degeneração articular e sobrecarga de elementos do arco vertebral posterior. Manobras provocativas de conflito entre disco, osteófito e raiz nervosa positivas em estenose foraminal.
- **Confirmação Diagnóstica:** O exame padrão ouro para avaliação da coluna vertebral é a Ressonância Magnética. Em pacientes com alguma limitação ao método, a opção é a Tomografia Computadorizada.

CID	Definição	CÓDIGO TUSS
M54.5	Lombalgia	<ul style="list-style-type: none">• 30715423: Radiculotomia• 40813363: Infiltração foraminal ou facetária• 31403034: Denervação percutânea da faceta articular – por segmento• 3140336: Rizotomia percutânea por segmento: qualquer método• 40811026: Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)• 3.16.02.14-2: Bloqueio neurolítico do plexo celiaco, simpático lombar ou torácico.• 3.14.05.01-0: Bloqueio do sistema nervoso autônomo.• 3.16.02.14-2: Bloqueio neurolítico do plexo celiaco, simpático lombar ou torácico.• 3.14.05.01-0: Bloqueio do sistema nervoso autônomo.• 3.16.02.16-9: Bloqueio Peridural ou Subaracnóideo com corticoide.• 3.14.03.23-9: Microneurólise Única (uma raiz)• 3.14.03.22-0: Microneurólise múltiplas (mais de uma raiz)
M54.4	Lombociatalgia	
M54.3	Ciática	
M54.1	Radiculopatia	
M19	Artrose	
M51.0	Transtorno dos discos lombares	
M51.1	Transtorno dos discos lombares com radiculopatia	

2. ESCORE DE RISCO

Orientar indicação, riscos, objetivos e potenciais complicações (TCLE). Orientar paliatividade inerente ao método terapêutico. Orientar possibilidade de não melhora, melhora parcial, e recidiva precoce/tardia de quadro clínico. Orientar possibilidade de desfecho cirúrgico em refratariedade. Complicações relacionadas ao procedimento: parestesia de membros inferiores, piora de dor, infecção superficial/profunda, lesão dural, fistula liquórica, lesão radicular, empiema epidural, hematoma.

2.1 EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

- Avaliação pré-operatória a critério do cirurgião, cardiologista e anestesista.
- Verificar o uso de anticoagulantes orais.
- Verificar lesões de pele ou infecção no trajeto das punções.
- Verificar a utilização de marca-passo cardíaco (necessária avaliação para calibragem em denervação por radiofrequência).
- Ressonância de coluna recente (menos de 3 meses, desde que a queixa clínica seja sem alteração significativa).
- Suporte do médico e assistente e sua equipe em pacientes com programação eletiva.
- Avaliação da retaguarda em internação de urgência e exames de imagem (solicitação na internação após contato com titular).

Classificação da *American Society of Anesthesiologists (ASA)*:

ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool)
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve)
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC > 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos)
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada)
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos)
6	Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

3. INDICAÇÃO TRATAMENTO

Pacientes sintomáticos com falha de tratamento conservador (medicação, fisioterapia) por um período mínimo de 3 meses; Limitação significativa de atividades de vida diária; Ausência de déficit motor; Ausência de instabilidade segmentar vertebral significativa; Trauma recente; Infecção; Neoplasia primária/secundária vertebral; Abordagem cirúrgica prévia no segmento avaliado.

Indicação de bloqueio Farmacológico: abordagem inicial para dor refratária ao tratamento conservador por 3 meses.

- **Tipo de agulha:** 2 agulhas raquianestesia / bloqueio por nível da coluna (**as agulhas de bloqueio serão liberadas mediante avaliação da Prática Médica**).
- **Indicação de Radiofrequência:** Opção terapêutica após recidiva em pacientes submetidos à denervação química/farmacológica com ácido hialurônico ou corticoide com bloqueio teste positivo, e melhora mínima de 50% da dor e limitações.
- **Tipo de agulha:** 2 cânulas de radiofrequência por nível da coluna (**as cânulas de radiofrequência serão liberadas mediante avaliação da Prática Médica**).
- **Indicação de Radiofrequência Refrigerada:** opção terapêutica exclusivamente para tratamento em sacrilíaca.
- **Tipo de agulha:** 1 agulha de radiofrequência refrigerada, independente de tratamento bilateral, (**As agulhas serão liberadas mediante avaliação da Prática Médica**).

4. ALOCAÇÃO

Pós Operatório imediato na RPA. Verificar melhora da dor, presença/ausência de disfunção sensitivo/motora membros inferiores. Conduzido ao apartamento após liberação anestesista. Risco de queda, possível paresia transitória em infiltrações peri-radulares.

5. TRATAMENTO

Procedimento cirúrgico:

- **Tempo de cirurgia:** 30 minutos a 1 hora.
- **Anestesia:** local + sedação.
- **Tecnologias necessárias durante a cirurgia:** radioscopia.
- **Contraste:** Não iônico intratecal
- **Antibioticoprofilaxia** - Cefazolina.
- **Dose profilática:** 2,0 g endovenoso (EV).
- **Dose e duração da antibioticoprofilaxia no pós-operatório:** Não utilizar.

OBS: Para pacientes alérgicos cefalosporinas, utilizar 900 mg de Clindamicina.

Prescrição médica

- Deambular com ajuda, risco de queda.
- Compressas com gelo no local de perfurações, durante 20 minutos, a cada 2 horas.

Dieta

- Dieta leve quando paciente bem acordado(a).

Analgesia

- Dipirona 1g EV dose única se necessário.
- Profenid 100mg EV dose única se necessário.

Antibioticoterapia

- Cefazolina 2g EV profilaxia cirúrgica.

Antieméticos

- Ondansetrona 4mg ou 8mg EV dose única se necessário.

Protetor Gástrico

- Pantoprazol 20mg EV dose única se necessário.

Profilaxia TEV

- Deambulação precoce (com ajuda / risco de queda).

Reabilitação

- Após orientação médica em retorno ambulatorial.

Curativos

- Manter por 24 horas e retirar após para higiene local.

Prescrições especiais

- Repouso no leito e fisioterapia analgésica a critério médico.

6. ALTA HOSPITALAR

Critérios de alta

- Melhora mínima de 50% de quadro clínico – intensidade da dor.

Orientações de alta / retorno

- Andar com ajuda por 48 horas. Cuidados com escada/risco de queda. Não realizar atividade física vigorosa até liberação médica. Manter tratamento conservador, cuidados posturais, observar ergonomia no trabalho, controle de peso, suporte multidisciplinar para dor crônica, estímulo a interromper o tabagismo e iniciar prática de atividades físicas compatíveis com a patologia vertebral e as limitações individuais específicas. Retorno ambulatorial em 7 a 14 dias.

Prescrição médica para alta

- Compressas com gelo durante 20 minutos 4 vezes ao dia por 3 dias.
- Dipirona 1g via oral a cada 6 horas conforme dor.
- Ciclobenzaprina 5mg via oral à noite por 7 dias.
- Observar piora de dor, alteração neurológica, edema, hiperemia cutânea, presença de hematoma, cefaleia, tontura, náusea/vômitos e comunicar equipe médica assistencial imediatamente. Procurar Pronto Atendimento se necessário.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

Tempo médio de permanência: 1 dia.

Taxa de mortalidade: 0%.

Taxa de reinternação hospitalar (até 30 dias): Menor que 10%.

Taxa de complicações: Menor que 5%.

Melhora de dor: Maior que 50%.

Duração do controle de dor após procedimento: Mínimo 3 meses.

III. GLOSSÁRIO

TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido

IMC: Índice de massa corpórea

DM: Diabetes mellitus

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

IRC: Insuficiência renal crônica

PO: Pós operatório

RPA: Recuperação pós anestésica

V. Referências

- [1] Cohen SP, Bhaskar A, Bhatia A, et al. Consensus practice guidelines on interventions for lumbar facet joint pain from a multispecialty, international working group. *Reg Anesth Pain Med.* 2020;45(6):424-467. doi:10.1136/rapm-2019-101243
- [2] Poetscher AW, Gentil AF, Lenza M, Ferretti M. Radiofrequency denervation for facet joint low back pain: a systematic review. *Spine (Phila Pa 1976).* 2014;39(14):E842-E849. doi:10.1097/BRS.0000000000000337
- [3] Beynon R, Hawkins J, Laing R, et al. The diagnostic utility and cost-effectiveness of selective nerve root blocks in patients considered for lumbar decompression surgery: a systematic review and economic model. *Health Technol Assess.* 2013;17(19):1-vi. doi:10.3310/hta17190
- [4] Campos WK, Costa BS. Manual de codificação e diretrizes técnicas para procedimentos neurocirúrgicos no SUS. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, 2018 Nov, São Paulo.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Atualização do rol de procedimentos e eventos em saúde. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/participacao-da-sociedade/consultaspublicas/cp59/dut/cp_59_60.pdf

Código Documento: CPTW364.2	Elaborador: Edgar Santiago Valesin Filho	Revisor: Mauro Dirlando	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 17/07/2023 Data de atualização: 22/10/2024	Data de Aprovação: 22/10/2024
---------------------------------------	---	--------------------------------------	---	---	---