



A coluna vertebral é formada por um complexo triarticular, composto pelo disco intervertebral (na região anterior) e as articulações interfacetárias (zigoapofisárias). De forma global, três estruturas são reconhecidas como responsáveis pela dor crônica da coluna lombar: disco intervertebral, faceta articular e corpo vertebral, além da musculatura e ligamentos. A lombalgia é uma das queixas álgicas mais frequentes em unidades de pronto atendimento, sendo que em sua maioria, a dor muscular e mecânica são as principais causas. Trata-se de uma importante causa de afastamento das atividades laborais, impactando negativamente ao sistema de saúde [1,2,3]

## I. ASSISTENCIAL

### 1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico se inicia com a anamnese do paciente, onde a caracterização da dor quanto a localização e intensidade são pontos importantes para a elaboração das hipóteses diagnósticas.

Pacientes, em sua maioria, queixam-se de dor lombar contínua, uni ou bilateral, com ou sem irradiação para glúteos, virilha e coxa ou até mesmo em alguns casos, referem irradiações para o membro inferior como um todo [1,2] [a]

O teste clínico com maior acurácia para o diagnóstico das hérnias discais associados com radiculopatia é o teste de elevação do membro estendido em decúbito dorsal e na posição sentada [1,2] [a]

Pacientes que apresentam quadro clínico que não melhora com tratamento conservador devem ser submetidos aos exames de radiografia dinâmica e de ressonância magnética da coluna lombar, sendo este último, considerado o exame mais apropriado não invasivo, para confirmar esta doença. [1][b]

### 2. SCORE DE RISCO

Após a anamnese, é possível observar que cada paciente apresenta um conjunto de sinais e sintomas, e deve ser tratado de maneira individualizada, de acordo com a prática baseada em evidências.

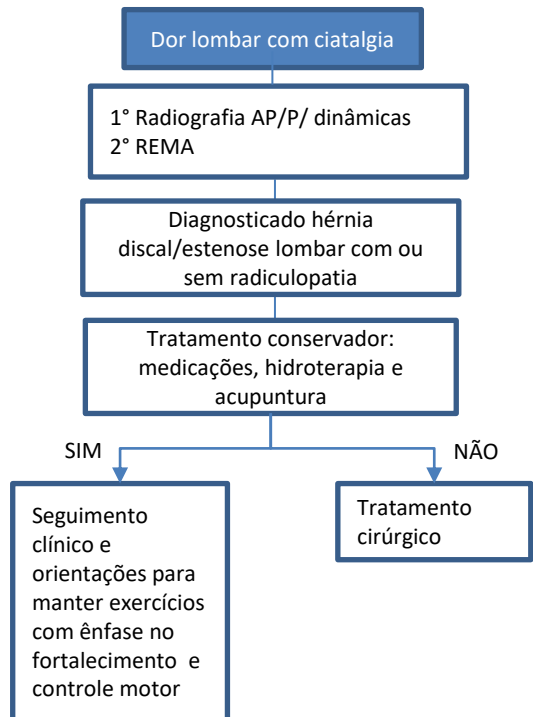
O estagiamento ocorre de acordo com a avaliação de “red flags”, uso de questionários específicos para melhor caracterização de aspectos de dor e disfunção, bem como aspectos psicossociais, para que o relato do paciente e sua percepção dos sintomas também contribuam para o processo de reabilitação.

Desta forma, a indicação de tratamento - que pode ser o cirúrgico, o conservador ou orientações domiciliares com planejamento de retornos periódicos - é realizada com participação ativa do paciente, tornando-o mais esclarecido e ciente da conduta a ser tomada [6].

### 3. EXAMES ADICIONAIS

Além das radiografias da coluna lombar nas posições anteroposterior e perfil, devem ser solicitadas as radiografias dinâmicas. A ressonância deverá ser requerida nos casos não responsivos ao tratamento conservador, ou naqueles em que houveram piora do quadro álgico e neurológico associados. (Quadro recorrente ou retorno recente à unidade de saúde)

CID 10	Definição
M54.4	Dor lombar baixa
M51.3	Outra degeneração especificada de disco intervertebral
M51.4	Nódulos de Schmorl
M51.9	Transtorno não especificado de disco intervertebral
M79.1	
M47.8	
M54.9	



#### 4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

Inicialmente todos os pacientes que não apresentarem nenhuma “red flags”, deverão ser encaminhados para o tratamento conservador e receber informações sobre o bom prognóstico da lombalgia e orientações para se manter ativo em sua rotina diária.

Nos casos onde o paciente apresenta uma crise, cujo quadro álgico não responde as medicações habituais, este paciente deverá ser internado, em apartamento, para controle da dor, com medicações endovenosas e medidas fisioterápicas, em média por 2 dias.

#### 5. TRATAMENTO

O tratamento conservador se inicia com a prescrição de medicações sintomáticas de diferentes classes (analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, corticosteroides, antidepressivos e opióides) [1,3] [c]

O tratamento conservador consiste em: 20 sessões de fisioterapia (modulação de sintomas, controle de movimentos, otimização funcional), 20 sessões de hidroterapia (exercícios ativos em ambiente aquático) e 20 sessões de acupuntura (analgesia) com orientações domiciliares quanto a manejo da dor e exercícios (alongamento, fortalecimento, controle motor)

Nos casos de internação para controle da dor são utilizadas as seguintes medicações: novalgina, cetoprofeno, tramal (se dor forte), relaxantes musculares, omeprazol, ondasetrona (se náuseas ou vômitos) e nos casos de dor mais intensa poderá ser ministrado a morfina

O tratamento cirúrgico está indicado em casos em que a dor é refratária ao tratamento conservador, uma vez confirmado o diagnóstico e causa da dor através da ressonância [5,6] [d]

INTERNAÇÃO		
Novalgina (Dipirona) 1,0 g	EV	6h/6h
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h
Tramal (Tramadol) 100 mg	EV	8h/8h
Ondasetrona 4 mg	EV	8h/8h (se náuseas ou vômitos)
Omeprazol 20 mg	EV	1 x ao dia (jejum)
Enoxaparina 40 mg	SC	1x ao dia
Miosan (Ciclobenzaprina) 10 mg	VO	1 x ao dia
Morfina 2 mg	EV	4x ao dia ACM

TMP
01 a 02 dias

MEDICAMENTOS	
Novalgina (Dipirona)	Omeprazol
Cetoprofeno	Enoxaparina
Tramal (Tramadol)	Miosan (Ciclobenzaprina)
Ondasetrona	Morfina

#### 6. MANEJO SUBSEQUENTE

Se o tratamento conservador em âmbito ambulatorial estiver efetivo este deverá ser mantido por 3 meses, com reavaliações médicas mensais e reforço das orientações domiciliares quanto a manejo da dor e exercícios.

No caso de uma internação para controle da dor, após 2 dias de internação, o paciente, se controlado o quadro álgico, receberá alta, com as devidas orientações para continuar o tratamento citado acima, e reavaliações mensais por 3 meses.

Devem ser reinternados para tratamento cirúrgico os pacientes que não responderem ao tratamento conservador e permanecem com quadros álgico e disfuncional exacerbados ou que apresentem “red flags” que necessitam de manejo médico em caráter de urgência.

#### II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Tempo médio de permanência
- Taxa de readmissão

#### III. GLOSSÁRIO

- **AP:** Antero-posterior
- **P:** Perfil

#### III- HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: atualização do template, revisão pela SCIH

#### IV. REFERÊNCIAS

- [1] Biology of the Intervertebral Disc. Boca Raton, FL: CRC Press; 1988:151- 2
- [2] The Spine Journal 14 (2014) 180–191
- [3] Arch Phys Med Rehabil 2007;88:840– 5
- [4] Spine 2009;34:1585– 6
- [5] Phys Ther. 2016 Jul;96(7):1057-66
- [6] Clin J Pain 2004;20:455

<b>Código Documento:</b> CPTW139.3	<b>Elaborador:</b> Mario Lenza Alexandre S Iutaka Alberto O Gotfryd	<b>Revisor:</b> Mauro Dirlando C. Oliveira	<b>Aprovador:</b> Giancarlo Colombo	<b>Data de Elaboração:</b> 15/04/2021  <b>Data da revisão:</b> 26/07/2023	<b>Data de Aprovação:</b> 26/07/2023
---------------------------------------	--	---	---	---	---