



EINSTEIN
Hospital Israelita

Guia do Episódio de Cuidado

Bloqueio (radiofrequência ou fármaco) do Quadril

Procedimentos minimamente invasivos direcionados para o controle de dor e das limitações funcionais em pacientes portadores de doenças degenerativas do quadril. São realizados em sala cirúrgica, preferencialmente sob anestesia local e sedação, com utilização de radioscopia ou ultrassom, e agulhas ou cânulas de bloqueio e/ou radiofrequência.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- **História Clínica:** A osteoartrose do quadril é um importante problema de saúde pública devido a sua alta prevalência na população, disfunção sentida pelo paciente, e custo do tratamento. Esta condição é caracterizada por perda de cartilagem dentro da articulação, que pode ser focal ou generalizada; associado com crescimento de osteófitos, esclerose subcondral e sinovite. Os sintomas mais comuns são dor, disfunção articular, e perda de amplitude de movimento.
- **Exame Físico:** A condição é caracterizada por dor, limitação de movimento, rigidez, e encurtamento do membro acometido. Paciente pode apresentar hipotrofia da musculatura da coxa.
- **Confirmação Diagnóstica:** Radiografia de bacia AP e perfil do quadril acometido deve ser realizado. Em diversas situações, a radiografia é suficiente. Casos específicos podem necessitar de Ressonância Magnética para melhor elucidação do caso, e afastar outras lesões.

CID	Definição
M16	Coxartrose (artrose do quadril)
M16.0	Coxartrose bilateral
M16.1	Outras coxartroses primárias
M16.7	Outras coxartroses secundárias
M19	Artrose
M94.8	Transtornos não especificados da cartilagem
M16.9	Coxartrose não especificada

CÓDIGO TUSS

- 31403212: Microneurólise intraneural ou intrafascicular de dois ou mais nervos
- 31602118: Bloqueio de nervo periférico
- 40811026: Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração)

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: dor nas proximidades do local da aplicação, neurite, hematoma por lesão vascular, infecção superficial/profunda.

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).
- Radiografias e ressonância magnética (quando necessário) recentes.
- Suporte do médico assistente e sua equipe em pacientes com programação eletiva.

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 obstrutiva-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 DE INTERNAÇÃO PARA PACIENTES CLÍNICOS

Pacientes com osteoartrose sintomática do quadril (tipicamente graus 3 e 4 de Kellgren-Lawrence; ou grau 2 e 3 de Tonnis) que falharam com o tratamento conservador (medicação, fisioterapia) por período mínimo de 3-6 meses. Procedimento pode ser realizado em pacientes candidatos a artroplastia de quadril mas que desejam postergar a prótese, ou em pacientes que não apresentam condições clínicas para procedimento de maior porte. Contra-indicações: gestantes, diabetes não controlado, infecção aguda ou crônica no quadril e presença de marcapasso (contra-indicação para radiofrequência).

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

Indicação de Radiofrequência / Cânula de Bloqueio: Opção terapêutica após recidiva em pacientes submetidos à denervação química/farmacológica com resultado positivo, com melhora mínima de 50% da dor e limitações.

- **Tipo de agulha:** 2 cânulas de radiofrequência / cânula de bloqueio por nível da coluna *(as cânulas serão liberadas mediante avaliação da Prática Médica)*.
- **Indicação de Radiofrequência Refrigerada:** opção terapêutica para pacientes com idade avançada associado a comorbidades que impossibilite a realização de procedimento definitivo.
- **Tipo de agulha:** 1 cânula de radiofrequência refrigerada, independente de tratamento bilateral, *(as cânulas serão liberadas mediante avaliação da Prática Médica)*.

4. ALOCAÇÃO

Pós operatório imediato RPA. Verificar melhora da dor, presença/ausência de disfunção sensitivo/motora membros inferiores. Conduzido ao apartamento após liberação anestésica. Risco de queda.

5. TRATAMENTO

Procedimento cirúrgico:

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

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 1,0g 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

- Dor leve/moderada, com condições de alta com medicamentos orais

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 articular 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.
- Anti-inflamatórios caso dor mais intensa, e ausência de contra-indicações clínicas
- 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

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão 3: Ordem das cânulas de radiofrequência e layout

IV. Referências

- [1] Bhatia A, Hoydonckx Y, Peng P, Cohen S. Radiofrequency Procedures to Relieve Chronic Hip Pain: An Evidence-Based Narrative Review. Reg Anesth Pain Med. 2018;43(1):72-83.
- [2] Rivera F, Mariconda C, Annaretone G. Percutaneous radiofrequency denervation in patients with contraindications for total hip arthroplasty. Orhtopedics. 2012; 35(3):e302-5.
- [3] Kumar P, Hoydonckx Y, Bhatia A. A Review of Current Denervation Techniques for Chronic Hip Pain: Anatomical and technical Considerations.
- [4] 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: CPTW367.3	Elaborador: Leandro Ejnisman	Revisor: Mauro Dirlando C. Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 03/08/2023 Data de Atualização: 08/10/2025	Data de Aprovação: 08/10/2025
---------------------------------------	--	---	--	---	---