

## HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS

# **PROTOCOLO PARA A ABORDAGEM E TRATAMENTO DOS PACIENTES COM DOR LOMBAR AGUDA OU CIÁTICA NO PRONTO-ATENDIMENTO DO HOSPITAL**

**Preparação: Dr. Jorge dos Santos Silva**

**Supervisão: Dr. Francisco Torggler e  
Dr. Jorge Mattar**

**Outubro de 2002**

### INTRODUÇÃO

Dor lombar aguda é queixa comum de procura de serviços de emergência, sendo que de todos os diagnósticos registrados nos atendimentos da equipe de ortopedia no Pronto Atendimento do HSL no segundo semestre de 2001 tivemos 356 registros (CID M51.1 M51.2 M54.3 M54.4 M54.5 M54.8 M54.9), num universo de 4027 diagnósticos (8,8 %). Têm curso benigno em cerca de 90% dos casos e limitações funcionais podem ser minimizadas com tratamento conservador.

Radiografias e exames laboratoriais são geralmente desnecessários exceto em alguns casos em que causas específicas podem ser suspeitadas baseadas em história e exame físico bem feitos. Estas causas incluem: infecção, malignidade, doenças reumatológicas e neurológicas. Pacientes com suspeita de lesões de cauda equina devem ter avaliação cirúrgica imediata. Abordagem cirúrgica é também indicada para déficits neurológicos progressivos e dor refratária ao tratamento conservador.

Para a otimização do atendimento destes casos no nosso Serviço de Pronto Atendimento enviamos a segunda versão deste documento após reunião de 10-10-2002. As alterações realizadas estão marcadas em amarelo.

### OBJETIVOS

- Estabelecer um protocolo de conduta para o tratamento de emergência, indicação de exames complementares de imagem e ou laboratoriais, internação hospitalar e orientações para a alta de pacientes, com idade superior a 17 anos, com dor lombar aguda ou ciática atendidos no Pronto-Atendimento do Hospital Sírio-Libanês.
- Procurar organizar de forma lógica e rápida a avaliação do paciente, instituindo prontamente as ações necessárias para o controle da dor lombar aguda.
- Priorizar o emprego das melhores evidências da literatura atual, visando segurança, efetividade e praticidade.
- Estabelecer uma orientação de alta que minimize o retorno do paciente ao pronto-atendimento e sua internação

## **PROCESSO**

- Busca na literatura pelo MEDLINE e nas bases de literatura médica Cochrane e OVID, procurando por revisões sistemáticas, meta-análises, estudos controlados duplo-cegos, revisões e estudos de coorte, utilizando os seguintes termos:
  - *-Low Back, Pain/therapy\*, Low Back, Pain/economics\*, Low Back Pain/complications, Pain/therapy, Anti-Inflammatory Agents, Non-Steroidal/therapeutic use, Back Pain/surgery\*, Spinal Diseases/surgery\*, Intervertebral Disk Displacement/diagnosis, Pain Measurement, Sacroiliac Joint\*, Spinal Diseases/diagnosis, Practice Guidelines, Pain/therapy\*, Sciatica/etiology\*, Sciatica/drug therapy\*, Randomized Controlled Trials*
- ♦ Resultaram 109 publicações, sendo 23 pertinentes ao contexto enfocado.

As referências bibliográficas são citadas numericamente anexas ao grau de recomendação A, B, C ou D e a outras informações em que são pertinentes. O critério de classificação do grau de recomendação (que é relacionado à força de evidência científica do trabalho) por nós utilizado é semelhante ao adotado pelo Projeto Diretrizes desenvolvido pela Associação Médica Brasileira. Por se tratar de projeto de implementação local de padronização de condutas, a comissão editorial assume, após atualização por busca na literatura, as recomendações de Diretrizes construídas por entidades idôneas com a metodologia de Classificação de Evidências, nos quais a análise das tabelas evidenciárias é transparente, como recomendações tipo "A". Todos os graus de recomendação, incluindo-se o "D", são baseados em evidência científica. As diferenças entre o A, B, C e D deve-se exclusivamente ao desenho empregado na geração da evidência. A correspondência entre o grau de recomendação e a força de evidência científica é descrita em detalhes na tabela I e são resumidas a seguir:

- A. Meta-análises, Ensaios Clínicos Aleatorizados, Diretrizes baseadas em Evidência
- B. Outros Ensaios Clínicos ou Estudos Observacionais
- C. Relatos ou séries de casos
- D. Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas

A utilização do grau de recomendação associado à citação bibliográfica no texto tem como objetivos principais: conferir transparência à procedência das informações, estimular a busca de evidência científica de maior força, introduzir uma forma didática e simples de auxiliar a avaliação crítica do leitor, que arca com a responsabilidade da decisão frente ao paciente que orienta.

**Tabela I**

<b>Nível de Evidência</b>	<b>Grau de Recomendação</b>
<p><b>I</b> – Revisão Sistemática e Meta-análise de Ensaios Controlados e Aleatorizados                      Ensaio Controlado e Aleatorizado com Intervalo Confiança pequeno                      Revisão Sistemática de Estudos Diagnósticos bem desenhados.                      Estudo Diagnóstico de Padrão Ouro Aleatorizado e Controlado                      Estudo Diagnóstico com Alta Sensibilidade e/ou Especificidade                      Diretriz nacional ou internacional editada por instituição idônea, construída e bem documentada com a metodologia de classificação de evidências.</p>	<p><b>A</b> – Há evidências, cujos melhores estudos são classificados com nível de evidência I, diretamente aplicáveis à população alvo, que mostram consistência geral dos resultados, que suportam a recomendação.</p>
<p><b>II</b> – Outros Ensaios de intervenção com resultados ‘all or none’                      Revisão Sistemática de Estudos de Coorte                      Estudo de Coorte                      Estudo de Coorte de cuidados médicos recebidos ‘outcomes research’                      Revisão Sistemática de Estudos de Caso Controle                      Estudo Caso Controle                      Revisão Sistemática de Estudos Diagnósticos cujo desenho gera chance de viés.                      Estudo Diagnóstico de Padrão Ouro que é Aleatorizado ou Controlado                      Estudo Diagnóstico que é Aleatorizado ou Controlado sem Padrão Ouro</p>	<p><b>B</b> – Há evidências cujos melhores estudos são classificados com nível de evidência II, diretamente aplicáveis à população alvo, e que mostram consistência geral dos resultados ou há evidências extrapoladas de estudos de nível de evidência I, que suportam a recomendação.</p>
<p><b>III</b> – Série de casos                      Estudo Diagnóstico (estudo de Padrão Ouro ou estudo Aleatorizado ou estudo Controlado)</p>	<p><b>C</b> – Há evidências cujos melhores estudos são classificados com nível de evidência III, diretamente aplicáveis à população alvo, que mostram consistência geral dos resultados e que suportam a recomendação.</p>
<p><b>IV</b> – Consenso ou opinião de especialista                      Diretrizes construídas sem a metodologia de classificação de evidências</p>	<p><b>D</b> – Recomendações extraídas de estudos não analíticos, de diretrizes construídas sem a metodologia de classificação de evidências, de séries de casos e de opinião de especialista.</p>

Baseada nesta análise uma proposta de abordagem dos adultos que chegam ao Pronto Atendimento do HSL com dor lombar aguda foi preparada para ser discutida pela equipe de Plantonistas do PA e pelas diversas Equipes de Ortopedia que atuam no HSL.

## PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NA ABORDAGEM DO DOENTE

- 1) História e exame físico (*Grau de Recomendação A*)
- 2) Graduação da intensidade da dor segundo escala analógica (*Grau de recomendação D*)
  - ◆ Dor intensa (> 7)      Dor moderada (4 a 7)      Dor leve (1 a 3)
  - ◆ Material – régua de Escala Numérica Visual de Dor (a ser anexada)
- 3) Pesquisa de Sinais de Alerta (*Grau de Recomendação A*)
  - ◆ Trauma maior
  - ◆ Idade > 50 anos
  - ◆ Febre persistente
  - ◆ História de câncer prévio
  - ◆ Fraqueza muscular grave
  - ◆ Distúrbio metabólico (diabetes mellitus)
  - ◆ Anestesia perineal
  - ◆ Diminuição do tônus esfíncteriano
  - ◆ Dor noturna
  - ◆ Dor em repouso
- 4) Medicamentos para analgesia (*Grau de Recomendação A*)- Quadro 1
  - ◆ AINH (Cetoprofeno / Tenoxicam / Piroxicam) (*Recomendação A*)
  - ◆ Opióides (Cloridrato de Tramadol / Dimorf) (*Recomendação B*)
  - ◆ Dipirona (*Recomendação D*)
- 5) Exames de imagem da coluna lombar
  - ◆ Radiografia simples (Quadro 2)
  - ◆ Tomografia Computadorizada (Quadro 3)
  - ◆ Ressonância Magnética (Quadro 3)
  - ◆ Cintilografia óssea (Quadro 4)
- 6) Exames laboratoriais (Quadro 5)
  - ◆ Hemograma
  - ◆ Velocidade de Hemossedimentação
  - ◆ Proteína C Reativa
  - ◆ Alfa 1 – glicoproteína ácida
  - ◆ Eletroforese de proteínas
- 7) Evolução após a intervenção clínica
  - ◆ Alta com orientação clínica e medicamentosa (folheto de orientação)
  - ◆ Na ausência de melhora do quadro doloroso ou suspeita de condição clínica de risco (Quadro 6), internação.

## ESQUEMA DE ANALGESIA

**QUADRO 1**

<i>Druga</i>	<i>Via</i>	<i>Tempo</i>
<b>1</b> Cetroprofeno (Profenid) – 100 mg SF – 0,9% - 100 ml	Endovenosa	20 minutos
<b>2</b> Tenoxicam (Tilatil) – 40 mg	Endovenosa	Lento
<b>3</b> Tramadol (Tramal) – 100 mg SF – 0,9% - 100 ml	Endovenosa	10 minutos
<b>4</b> Dipirona – (20 – 30 mg /kg) – 4 ml AD – 20 ml	Endovenosa	Lento
<b>5</b> Dimorf – 10 mg diluído em 10 ml Aplicar 1 a 2 ml – máximo de 10 mg	Endovenosa	Lento Cada 5 minutos s/n (observar sonolência / sedação)
<b>6</b> Piroxicam (Feldene – SL – 20 mg)	Sublingual	

### DOR INTENSA

- Iniciar com: **1** ou **2** associado a **3** e **4** (aplicar ao mesmo tempo)
- Passados 20 minutos após o final da infusão do item **3**, caso persista com dor intensa, e na ausência de efeito adverso (náusea ou vômito), repetir esta medicação. Se o paciente ainda estiver com dor intensa após 20 minutos do término da segunda aplicação, a mesma poderá ser aplicada novamente, pela última vez.
- Não ocorrendo melhora do quadro doloroso após duas aplicações do item **3**, passar para o de número **5**, devendo-se observar o aparecimento de sonolência ou sedação.
- Não havendo melhora, internar o paciente, entrando em contato com o Grupo de Dor do HSL.

### DOR MODERADA

- Oferecer ao paciente a possibilidade da administração de AINH (1 ou 2) + Dipirona via endovenosa, ou Piroxicam sublingual + Dipirona via oral (40 gotas).

**OPÇÕES PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR**

**DOR INTENSA**

AINH

Inibidor da Cox-2 VO- (Rofecoxib 50 mg/dia ou Celecoxib 200 mg 12/12h)

OPIÓIDES

Tramadol – VO – dose máxima – 400 mg /dia ou

Paracetamol + Codeína (30mg) – VO – cada 4 ou 6 horas

MIO-RELAXANTE

Baclofeno (Lioresal) 5 – 10 mg VO 12/12 h ou Miosan 10 mg VO 12/12h

PROTEÇÃO GÁSTRICA S/N

Omeprazol VO 20 mg/dia

**DOR MODERADA**

AINH

Inibidor da Cox-2 - (Rofecoxib ou Celecoxib)

MIO-RELAXANTE

Lioresal ou

Miosan

PROTEÇÃO GÁSTRICA S/N

Omeprazol

**DOR LEVE**

AINH

Inibidor da Cox-2 - (Rofecoxib ou Celecoxib)

ANALGÉSICO

Dipirona 40 gotas cada 6 horas ,ou

Paracetamol – dose máxima diária – 2,0g

**OBSERVAÇÕES**

1. Pacientes com **dor intensa**, com antecedentes de efeito adverso (náuseas ou vômitos) com o uso de **TRAMADOL**, utilizar como primeira opção o **DIMORF**.
2. A aplicação do **DIMORF -EV-** (solução de 10mg diluída em AD para 10ml) deve ser realizada a cada 5 minutos (1 a 2 ml) se houver necessidade, observando o aparecimento de sonolência ou sedação, até a dose máxima de 10 mg.
3. Não administrar **AINH** em pacientes com história de sangramento Gastro-intestinal ou portadores de úlcera gastroduodenal ativa. Utilizar somente **DIPIRONA E TRAMADOL**. Evitar, também, seu uso em pacientes > 70 anos.
4. Pode ser utilizada a **Betametasona** IM (Diprospan) em pacientes com ciática intensa.

## QUADRO 2

### **Radiografia simples da coluna lombar (AP + Perfil)**

- ◆ Geralmente Rx AP e perfil da coluna lombar não são úteis na fase aguda, mas podem ser justificadas quando:
  1. Idade > 50 anos (maior risco de câncer, fraturas por compressão).
  2. Dor em repouso (incidência aumentada de patologia clínica significativa).
  3. História de câncer (descartar doença metastática).
  4. Febre acima de 38 graus por mais de 48 horas.
  5. Déficit neurológico.
  6. Acidente grave ou trauma maior (queda de altura, traumatismo fechado, acidente com veículos motorizados - não se incluem lesões por torção ou esforço, a menos que existam outros fatores de risco, como história de osteoporose). Incluir a transição dorso-lombar.
  7. Paciente em tratamento conservador sem melhora (> 4 a 6 semanas).
  8. Uso de drogas ou álcool (maior incidência de osteomielite; trauma; fratura).
  9. Suspeita clínica de espondilite anquilosante.
  10. Houver grande expectativa do doente pela realização do Rx.

**QUADRO 3**

<b>Ressonância Magnética / Tomografia computadorizada da coluna lombar</b>	
<p>♦ Ressonância Magnética e Tomografia computadorizada, na fase aguda, podem ser consideradas na avaliação do trauma lombar maior, na suspeita de câncer ou infecção, e na possibilidade de indicação de cirurgia na coluna (Síndrome da cauda eqüina, hérnia discal)</p>	
<b>Ressonância Magnética</b>	<b>Tomografia computadorizada</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suspeita de metástase</li> <li>2. Tumor</li> <li>3. Osteomielite / Discite</li> <li>4. Abscesso paravertebral</li> <li>5. Síndrome da cauda eqüina</li> <li>6. Hérnia discal</li> <li>7. Diagnóstico diferencial entre fratura recente ou antiga</li> </ol>	<p>♦ Maior indicação no trauma agudo (permite avaliação rápida):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para caracterizar a extensão da fratura, localização dos fragmentos ósseos, avaliação do comprometimento do canal vertebral</li> <li>2. Excluir a suspeita clínica de fratura não visualizada nas radiografias convencionais</li> <li>3. Avaliação da localização de corpo estranho (fragmentos de projétil de arma de fogo)</li> </ol> <p>♦ Impossibilidade de realizar Ressonância Magnética (implantes metálicos, marcapasso, claustrofobia, etc...)</p>

**QUADRO 4**

<b>Cintilografia óssea</b>
<p>♦ Raramente tem indicação na fase aguda. Considerar na investigação diagnóstica do paciente com suspeita de câncer, doença metastática ou infecção</p>

**QUADRO 5**

<b>Exames laboratoriais</b>	
<p>▪ Raramente tem indicação na fase aguda. Considerar na investigação diagnóstica do paciente com suspeita de câncer, doença metastática ou infecção</p>	
<p>♦ Tumor / Câncer</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hemograma</li> <li>2. VHS</li> <li>3. Eletroforese de proteínas</li> </ol>	<p>♦ Infecção</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hemograma</li> <li>2. VHS</li> <li>3. PCR</li> <li>4. <math>\alpha</math> 1- glicoproteína ácida</li> </ol>



**Sinais de Alerta (SA)**

- Trauma maior
- Idade > 50 anos
- Febre persistente
- História de câncer
- Fraqueza muscular grave
- Distúrbio metabólico
- Disfunção esfincteriana
- Anestesia perineal
- Tônus esfincteriano ↓
- Dor noturna
- Dor em repouso

**EXCLUIR:**

- *Aneurisma de aorta abdominal*
- *Litíase renal*
- *Infeção urinária / Pielonefrite*
- *Neoplasia do pâncreas / Pancreatite*

**A** História + Exame Físico

**S.A +**

Analgesia conforme dor

**S.A -**

Dor intensa

Dor moderada

Dor leve

AINH EV+  
Dipirona EV +  
Tramadol EV

AINH EV ou SL +  
Dipirona VO

Melhor após  
20 min

N

Tramadol – EV  
(Repetir+ 1 dose de 100 mg S/N)  
Reavaliar após 20 min. do término da infusão

Melhor

N

Dimorf – sol.  
decimal

Melhor

N

Vá para o quadro 6  
**Iniciar investigação**  
Contatar retaguarda p/  
definir internação /  
acompanhamento  
ambulatorial.

Contatar equipe de  
retaguarda + Grupo de  
Dor p/ internação p/  
analgesia.

**A**  
**A** **Medicação p/ casa**  
**Folheto de orientação**  
**Alta do P.A.**

**QUADRO 6**

<b>Sinal de Alerta</b>	<b>Condição Clínica</b>	<b>Ação</b>
História de câncer Perda de peso sem causa Idade > 50 Dor > 4 a 6 sem. Dor noturna / repouso	<b>Câncer</b>	Exame de Imagem (Rx / R.M. / T.C.) Hemograma / VHS Eletroforese de proteínas Contatar retaguarda apropriada
Febre Usuário de drogas injetáveis Infecção bacteriana recente (Trato urinário / pele / pulmonar) Imunodeprimidos Dor em repouso	<b>Infecção (Espondilodiscite)</b>	Exame de Imagem (R.M.) Hemograma / VHS / PCR / $\alpha$ 1 glicoproteína ácida Contatar retaguarda Infectologia + Ortopedia
Incontinência ou retenção urinária Anestesia em sela Incontinência fecal / ↓tônus esfíncter anal Déficit neurológico progressivo Fraqueza bilateral MMII	<b>Síndrome da Cauda Equina</b>	Exame de Imagem (R.M.) Avaliação cirúrgica imediata Contatar retaguarda da Neurocirurgia ou Ortopedia
Trauma recente importante Uso de córtico-esteróides Idade > 70 ou história de osteoporose	<b>Fratura</b>	Exame de Imagem (Rx / R.M. / T.C.) Contatar retaguarda da Ortopedia ou Neurocirurgia
Grande fraqueza muscular	<b>Hérnia discal maciça</b>	Exame de Imagem (R.M.) Avaliação cirúrgica Contatar retaguarda da Neurocirurgia ou Ortopedia

Rx – Radiografia simples da coluna lombar  
R.M. – Ressonância Magnética da coluna lombar  
T.C. – Tomografia computadorizada da coluna lombar  
VHS – Velocidade de Hemossedimentação  
PCR- Proteína C reativa

***FOLHETO DE ORIENTAÇÃO***

1. Tome o(s) medicamento (s) prescrito(s) no horário e pelo tempo recomendado.
2. Sentindo qualquer efeito indesejado entre em contato com o seu médico ou com o Pronto-Atendimento do Hospital Sírio-Libanês.
3. O repouso absoluto não é o mais recomendado para o seu problema. Nos primeiros dois dias você deve evitar esforços desnecessários. Na medida do possível tente manter um mínimo de atividade física, como, por exemplo, caminhar.
4. Procure o seu médico o mais breve possível para que ele possa lhe dar mais orientações sobre como proceder, ou outros medicamentos, ou outros métodos de tratamento que ele julgue necessário.
5. Lembre-se que um adequado acompanhamento médico é importante para que novas crises dolorosas não voltem a acontecer.
6. Em caso de piora da sua dor ou aparecimento de outros sintomas, não hesite em voltar ao Pronto-Atendimento do Hospital Sírio-Libanês, ou, então, procure o seu médico assistente.

**ITENS DE CONTROLE DO ATENDIMENTO**

1. Tempo decorrido entre a abertura da ficha no P.A. e o início da avaliação médica.
2. Horário em que foi realizada a primeira medicação.
3. Utilizou Morfina – Sim ( ) Não ( )
4. Fez Tomografia - Sim ( ) Não ( )
5. Paciente foi internado –Sim ( ) Não ( )
6. Retorno do paciente ao P.A. dentro das primeiras 48 horas.

## LEMBRETES

1. Evite utilizar **AINH** em pacientes com antecedentes de sangramento gastrointestinal ou de úlcera gastroduodenal e em pacientes anticoagulados. Se utilizá-los associe Omeprazol 20 mg/dia<sup>18,19</sup>. Evite, também, usá-los em pacientes > 70 anos.
2. Em pacientes **grávidas**, com dor de pequena intensidade, a droga de primeira escolha é o Paracetamol (Acetaminofen)<sup>16</sup>.  
No primeiro e segundo trimestres de gestação é considerado seguro o uso de Naproxeno ou Ibuprofeno por período de curta duração<sup>16</sup>.  
Dor lombar intensa pode necessitar do uso de opióides e de hospitalização para a administração parenteral<sup>16</sup>.
  - contatar o obstetra da paciente.
  - Podem ser utilizados: Dipirona EV –2 cc ou Dimof (solução decimal)
3. Para pacientes que estão **amamentando**<sup>16</sup>:
  - Paracetamol – é considerada uma droga compatível com o aleitamento.
  - Quando for extremamente necessário o uso de AINH, orientar para que seja ingerido logo após a amamentação , ou no período mais longo entre as mamadas.
4. O **Tramadol** pode desencadear, em alguns pacientes, náuseas ou vômitos.
5. Uma dose parenteral de 10 mg de **morfina** tem o poder analgésico equivalente a 30 a 60 mg por via oral.
6. A utilização de alguma forma de calor local (úmido ou seco) pode ser feita, porém não há evidência científica de sua eficácia.

## **BIBLIOGRAFIA**

### **ARTIGOS DE REVISÃO**

1. ATLAS, S.J.; DEYO, R.A. Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. **J Gen Intern Med.**, v. 16, p. 120-31, 2001.
2. BIELANSI, T.E.; NASHELSKY, J. What is the prognosis for acute low back pain? **J Fam Pract.**, v. 51, p. 417-8, 2002.
3. BRATTON, R.L. Assessment and management of acute low back pain. **American Family Physician.**, v. 60, p. 2299-308, 1999.
4. DEEN Jr., H.G. Diagnosis and management of lumbar disk disease. **Mayo Clin Proc.**, v. 71, p. 283-7, 1996.
5. DELLA-GIUSTINA, D.; KILCLINE, B.A. Acute low back pain: A comprehensive review. **Comp Ther.**, v. 26, p. 153-9, 2000.
6. DEYO, R.A.; WEINSTEIN, J.N. Primary care: Low back pain. **N Engl J Med.**, v. 344, p. 363-70, 2001
7. MALANGA, G.A.; NADLER, S.F. Non operative treatment of low back pain. **Mayo Clin Proc.**, v. 74, p. 1135-48, 1999.
8. PATTEL, A.T.; OGLE, A.A. Diagnosis and management of acute low back pain. **American Family Physician.**, v. 61, p. 1779-90, 2000.
9. ROSE-INNES, A.P.; ENGSTROM, J.W. Low back pain: an algorithmic approach to diagnosis and management. **Geriatrics**, v. 53, p. 26-45, 1998.
10. ROSOMOFF, H.L.; ROSOMOFF, R.S. Low back pain. Evaluation and management in the primary care setting. **Med Clin North Am.**, v. 83, p. 643-62, 1999.
11. VAN TULDER, M.W.; KOES, B.W.; BOUTER, L.M. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. **Spine**, v. 22, p. 2128-56, 1997.
12. WING, P.C. Minimizing disability in patients with low-back pain. **CMAJ**, v.164, p. 1459-68, 2001.

### **TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

13. DEYO, R.A. Drug therapy for back pain: Which drugs help which patients? **Spine**, v. 21, p. 2840-9, 1996.

14. KOES, B.W.; SCHOLTEN, R.J.; MENS, J.M.A.; BOUTER, L.M. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomized clinical trials. **Ann Rheum Dis.**, v. 56, p. 214-23, 1997.
15. McQUAY, H.; MOORE, A.; JUSTINS, D. Fortnightly review: Treating acute pain in hospital. **BMJ**, v. 314, p. 1531-35, 1997.
16. RATHMELL, J.P.; VISCOMI, C.M.; ASHBURN, M.A. Management of nonobstetric pain during pregnancy and lactation. **Anesth Analg.**, v. 85, p. 1074-87, 1997.
17. VAN TULDER, M.W.; SCHOLTEN, R.J.; KOES, B.W.; DEYO, R.A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review within de framework of the Cochrane collaboration back review group. **Spine**, v. 25, p. 2501-13, 2000.
18. ALBERTO GARCIA RODRIGUEZ, L, . HERNANDEZ-DIAZ, S. Relative Risk of Upper Gastrointestinal Complications among Users of Acetaminophen and Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. **Epidemiology**. 12(5):570-576, September 2001
19. HAWKEY CJ, KARRASCH JA, SZCZEPANSKI L, WALKER DG, BARKUN A, SWANNELL AJ, YEOMANS ND. Omeprazole compared with misoprostol for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Omeprazole versus Misoprostol for NSAID-induced Ulcer Management (OMNIUM) Study Group. **N Engl J Med** 1998; 338: 727–734

### **REPOUSO E ATIVIDADE FÍSICA**

20. ATLAS, S.J; VOLINN, E. Classics from the spine literature revisited: A randomized trial of 2 *versus* 7 days of recommended bed rest for acute low back pain. **Spine**, v. 22, p. 2331-37, 1997.
21. HAGEN, K.B.; HILDE, G.; JAMTVEDT, G.; WINNEM, M.F. The Cochrane review of bed rest for acute low back pain and sciatica. **Spine**, v. 25, p. 2932-39, 2000.
22. VAN TULDER, M.W.; MALMIVAARA, A.; ESMAIL, R.; KOES, B.W. Exercise therapy for low back pain: A systematic review within the framework of the Cochrane collaboration back review group. **Spine**, v. 25, p. 2784-96, 2000.
23. WADDELL, G.; FEDER, G.; LEWIS, M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. **Br J Gen Pract.**, v. 47, p. 647-52, 1997.

Nome: \_\_\_\_\_ Contábil: \_\_\_\_\_

Sinais de Alerta ?
<input type="checkbox"/> -Trauma maior
<input type="checkbox"/> -Idade > 50 anos
<input type="checkbox"/> -Febre persistente
<input type="checkbox"/> -História de câncer
<input type="checkbox"/> -Fraqueza muscular grave
<input type="checkbox"/> -Distúrbio metabólico
<input type="checkbox"/> -Disfunção esfinteriana
<input type="checkbox"/> -Anestesia perineal
<input type="checkbox"/> -Tônus esfinteriano ↓
<input type="checkbox"/> -Dor noturna
<input type="checkbox"/> -Dor em repouso

**EXCLUIR:**

- Aneurisma de aorta abdominal
- Litíase renal
- Infecção urinária / Pielonefrite
- Neoplasia do pâncreas / Pancreatite

Vá para o quadro no Verso:

-Exames: \_\_\_\_\_

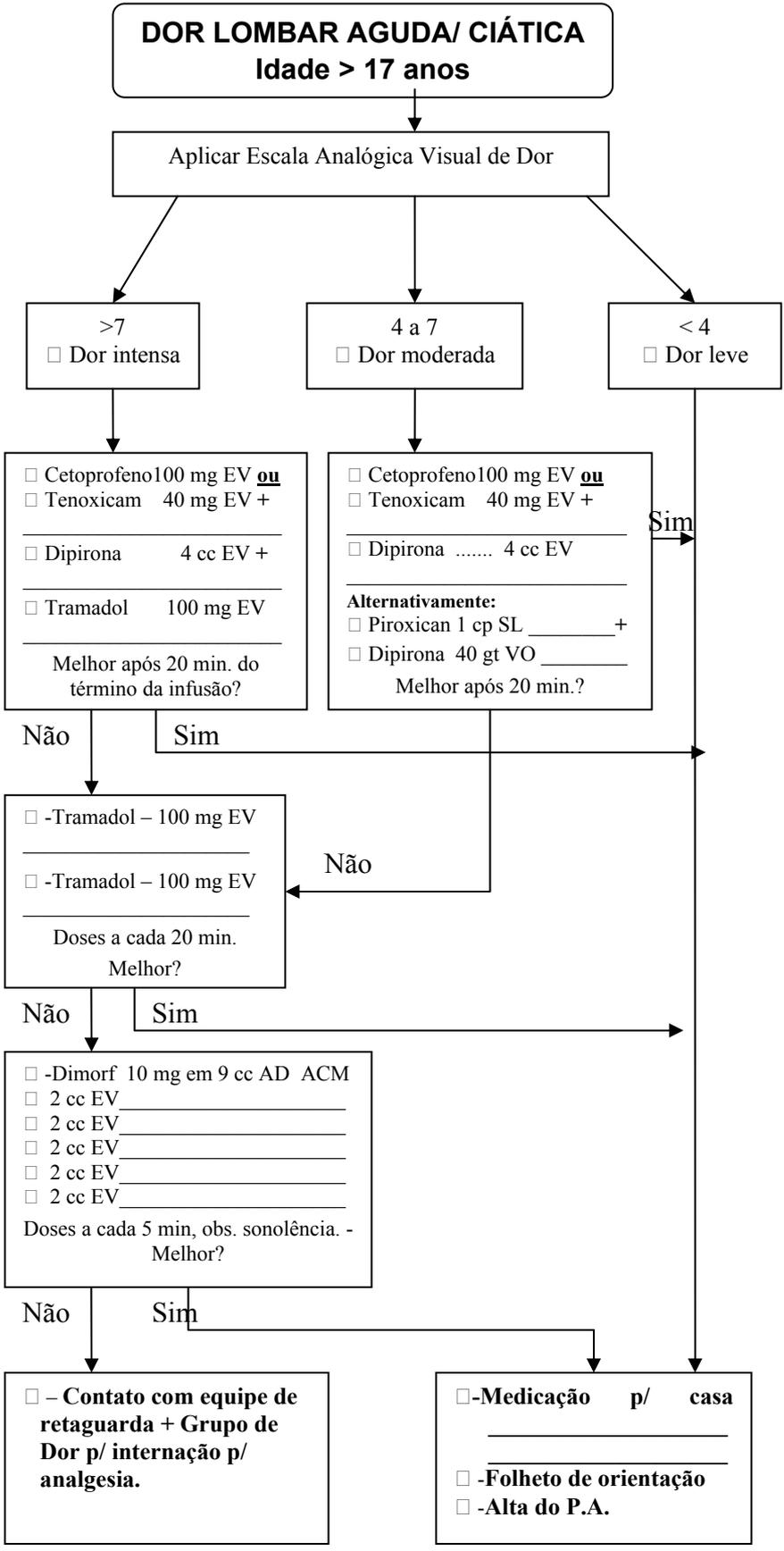
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-Contatar retaguarda p/ definir Internação

-Acomp. Ambulatorial.

INDICADORES		
	Data	Hora
1		e
2		e/m
3		e
1-Entra no Consultório		
2-Alta Médica		
3-Saída do PA		
Grau de Dor na Entrada: _____ m		
Data/Hora da 1ª Med.: _____ e		
Usou Morfina? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> e		
Sinal de Alerta? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> m		
Retorno no mesmo contábil? S <input type="checkbox"/> e		
Digitado por: (Login)		



Assinar e carimbar

\_\_\_\_\_

	Condição Clínica	Ação
História de câncer Perda de peso sem causa Idade > 50 Dor > 4 a 6 sem. Dor noturna / repouso	<b>Câncer</b>	Exame de Imagem (Rx / R.M. / T.C.) Hemograma / VHS Eletroforese de proteínas Contatar retaguarda apropriada
Febre Usuário de drogas injetáveis Infecção bacteriana recente (Trato urinário / pele / pulmonar) Imunodeprimidos Dor em repouso	<b>Infecção (Espondilodiscite)</b>	Exame de Imagem (R.M.) Hemograma / VHS / PCR / $\alpha$ 1 glicoproteína ácida Contatar retaguarda Infectologia + Ortopedia
Incontinência ou retenção urinária Anestesia em sela Incontinência fecal / ↓tônus esfíncter anal Déficit neurológico progressivo Fraqueza bilateral MMII	<b>Síndrome da Cauda Equina Hérnia discal maciça</b>	Exame de Imagem (R.M.) Avaliação cirúrgica imediata Contatar retaguarda da Neurocirurgia ou Ortopedia
Trauma recente importante Uso de córtico-esteróides Idade > 70 ou história de osteoporose	<b>Fratura</b>	Exame de Imagem (Rx / R.M. / T.C.) Contatar retaguarda da Ortopedia ou Neurocirurgia

Rx – Radiografia simples da coluna lombar  
R.M. – Ressonância Magnética da coluna lombar  
T.C. – Tomografia computadorizada da coluna lombar  
VHS – Velocidade de Hemossedimentação  
PCR- Proteína C reativa

#### LEMBRETES

- Evite utilizar **AINH** em pacientes com antecedentes de sangramento gastrointestinal ou de úlcera gastroduodenal e em pacientes anticoagulados. Se utilizá-los associe Omeprazol 20 mg/dia<sup>18,19</sup>. Evite, também, usá-los em pacientes > 70 anos.
- Em pacientes **grávidas**, com dor de pequena intensidade, a droga de primeira escolha é o Paracetamol (Acetaminofen)<sup>16</sup>. No primeiro e segundo trimestres de gestação é considerado seguro o uso de Naproxeno ou Ibuprofeno por período de curta duração<sup>16</sup>.  
Dor lombar intensa pode necessitar do uso de opióides e de hospitalização para a administração parenteral<sup>16</sup>.
  - contatar o obstetra da paciente.
  - Podem ser utilizados: Dipirona EV –2 cc ou Dimof (solução decimal)
- Para pacientes que estão **amamentando**<sup>16</sup>:
  - Paracetamol – é considerada uma droga compatível com o aleitamento.
  - Quando for extremamente necessário o uso de AINH, orientar para que seja ingerido logo após a amamentação, ou no período mais longo entre as mamadas.
- O **Tramadol** pode desencadear, em alguns pacientes, náuseas ou vômitos.
- Uma dose parenteral de 10 mg de **morfina** tem o poder analgésico equivalente a 30 a 60 mg por via oral.
- A utilização de alguma forma de calor local (úmido ou seco) pode ser feita, porém não há evidência científica de sua eficácia.

OPÇÕES PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR		
DOR INTENSA	DOR MODERADA	DOR LEVE
<u>AINH</u> ✓ Inibidor da Cox-2 VO- (Rofecoxib 50 mg/dia ou Celecoxib 200 mg 12/12h) <u>OPIÓIDES</u> ✓ Tramadol – VO – dose máxima – 400 mg /dia ou ✓ Paracetamol + Codeína (30mg) – VO – cada 4 ou 6 horas <u>MIO-RELAXANTE</u> ✓ Baclofeno (Lioresal) 5 – 10 mg VO 12/12 h ou Miosan 10 mg VO 12/12h <u>PROTEÇÃO GÁSTRICA S/N</u> ✓ Omeprazol VO 20 mg/dia	<u>AINH</u> ✓ Inibidor da Cox-2 - (Rofecoxib ou Celecoxib) <u>MIO-RELAXANTE</u> ✓ Lioresal ou ✓ Miosan <u>PROTEÇÃO GÁSTRICA S/N</u> ✓ Omeprazol	AINH ✓ Inibidor da Cox-2 - (Rofecoxib ou Celecoxib) ANALGÉSICO ✓ Dipirona 40 gotas cada 6 horas ,ou ✓ Paracetamol – dose máxima diária – 2,0g

#### OBSERVAÇÕES

- Pacientes com dor intensa, com antecedentes de efeito adverso (náuseas ou vômitos) com o uso de TRAMADOL, utilizar como primeira opção o DIMORF.
- A aplicação do DIMORF -EV- (solução de 10mg diluída em AD para 10ml) deve ser realizada a cada 5 minutos (1 a 2 ml) se houver necessidade, observando o aparecimento de sonolência ou sedação, até a dose máxima de 10 mg.
- Não administrar AINH em pacientes com história de sangramento Gastro-intestinal ou portadores de úlcera gastroduodenal ativa. Utilizar somente DAPIRONA E TRAMADOL. Evitar, também, seu uso em pacientes > 70 anos.
- Pode ser utilizada a Betametasona IM (Diprospon) em pacientes com ciática intensa.