



A osteoartrite ou artrose da articulação gleno-umeral é uma causa comum de dor no ombro. O paciente queixa-se de dor crônica no ombro, de longa data, que piora com a movimentação da articulação. Na grande maioria dos casos ocorre a partir de causas secundárias, como: fratura proximal do úmero, luxação gleno-umeral recidivante, rotura maciça do manguito rotador (artropatia degenerativa do manguito rotador). Já a osteoartrite do ombro primária é mais comum em mulheres com mais de 60 anos, sendo associada também ao uso crônico de corticosteroides e etilismo[1].

I . ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

História clínica (a)

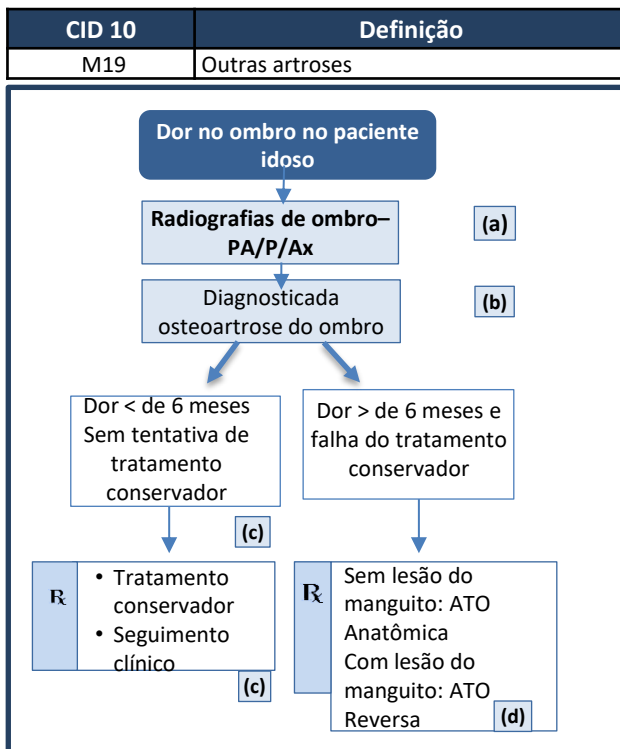
Dor ao nível do ombro é o primeiro sintoma. Essa dor é progressiva e se acentua inicialmente com atividades físicas e movimentação da articulação. Na maioria das vezes, pacientes com este diagnóstico têm mais de 60 anos, história de uso crônico de corticosteroides, etilismo ou antecedente de fratura no ombro[2].

Exame físico (a)

Inclui inspeção, palpação, amplitude de movimento (ADM) e testes especiais quando necessário. Um estudo comparativo entre os membros deve ser realizado. Avaliação minuciosa da ADM do ombro afetado e contralateral é de grande importância, pois a perda de ADM é a principal queixa do paciente[3].

Confirmação diagnóstica (b)

A investigação nos casos suspeitos de osteoartrose se inicia com a série radiográfica padrão que inclui as incidências: anteroposterior (AP); perfil em Y de escápula (P); e axilar (Ax), que é a melhor incidência para avaliar a erosão da glenoide, importante para determinar a escolha entre uma artroplastia parcial e total.



2. ESCORE DE RISCO

As artroplastias de ombro, apresentam riscos moderados a altos dependendo do estado geral do paciente. Os pacientes portadores deste tipo de patologia são pacientes idosos, acima dos 60 ou 65 anos de idade, que geralmente apresentam comorbidades, como hipertensão arterial, cardiopatia, diabetes, dentre outras. Logo, é muito importante uma adequada avaliação clínica prévia.

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [5]:

- ASA 1: Hígida(o)
- ASA 2: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc)
- ASA 3: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc)
- ASA 4: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral)
- ASA 5: Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa)
- ASA 6: Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação

3. TRATAMENTO

Tratamento Inicial (c)

Realização de tratamento conservador com fisioterapia + medicamentos;

Indicação de tratamento cirúrgico (d)

Após a realização de todos os tratamentos conservadores possíveis, se o paciente mantiver o quadro álgico e consequente limitação funcional, está indicada a artroplastia de ombro[4];

Avaliação do risco cirúrgico e alocação para cirurgia

Utilizar a classificação ASA. Avaliação clínica/cardiológica adequada, com exames complementares básicos: Hemograma, coagulograma, sódio, potássio, uréia, creatinina, glicemia, urina I e urocultura, eletrocardiograma e Rx de tórax. Outros exames conforme a necessidade de cada paciente. Pacientes ASA 1 e 2 devem ser alocados em apartamento, ASA 3 em semi-intensiva e 4, em UTI. A duração da internação é de 3 dias;

Profilaxia de tromboembolismo venoso

Deve ser realizada de acordo com o protocolo institucional.

TMP	TMP em sala cirúrgica	Tempo de Permanência em UTI
03 dias	4 horas	1 dia em Semi Intensiva

MEDICAMENTOS:

Kefazol (cefazolina)
Zinacef (cefuroxima)
Novalgina (dipirona)
Cetoprofeno
Tramal 100 mg (tramadol)
Ondasentrona

4. MANEJO NO PÓS-OPERATÓRIO

Critérios e momento da alta

- O paciente receberá alta no 3º PO, após fisioterapia, cuidados com a ferida e quadro álgico controlado;
- Realizar compressas de gelo 20 minutos 5x ao dia, manter o membro operado na tipoia, manter o curativo seco e limpo com soro fisiológico e ocluindo após;
- Retirar os pontos em 21 dias. Procurar o cirurgião se ocorrer vermelhidão, febre, aumento da dor mesmo em uso de analgésicos, edema no membro operado, saída de secreção pela ferida[5].

Retornos ambulatoriais

- No 7º PO para curativo e avaliação da radiografia;
- No 21º PO para retirada dos pontos;
- Com 1, 2, 4 e 6 meses.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Duração da internação;
- Readmissões relacionadas ao procedimento;
- Profilaxia adequada para TEV.

III. GLOSSÁRIO

ASA - American Society of Anesthesiologists

PO – Pós Operatório

TEV – Tromboembolismo Venoso

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: atualização do template, validação dos antibióticos pela SCIH

20/03/2026 – Unificação com HOEB

IV. Referências

[1] Rockwood And Matsen's The Shoulder fifth edition p.831-864

[2] Augmented glenoid implants in anatomic total Shoulder arthroplasty: review of implants and current literature. Review article. Ghorashian M, et al. JSES 2018

[3] Outcomes for subscapularis management techniques in Shoulder arthroplasty: a systematic review. Choate WS, et al. JSES 2018

[4] Management of the subscapularis tendon in total Shoulder arthroplasty. Shields E, et. Al. JSES 2017

[5] Rockwood And Matsen's The Shoulder fifth edition p.845-71

Código Documento: CPTW141.4	Elaborador: Mario Lenza Fabio T Matsunaga Danilo R O Oliveira Giovani Pacífico Jr.	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 02/10/2020 Data da revisão: 20/03/2026	Data de Aprovação: 20/03/2026
---------------------------------------	---	---	--	---	---