



Bloqueio (farmacológico) para tratamento da dor em ombro

Procedimentos minimamente invasivos direcionados para o controle de dor e das limitações funcionais em pacientes portadores de doenças degenerativas do ombro. São realizados em sala cirúrgica, preferencialmente sob anestesia local e sedação, com utilização de agulhas, radioescopia e/ou ultrassonografia.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- **História Clínica:** As doenças degenerativas do ombro podem ser muito sintomática, provocando dor, limitação do arco de movimento, evoluindo com progressiva deteriorização da qualidade de vida.
- **Exame Físico:** Dor no ombro, limitação do arco de movimento ativo e/ou passivo, piora da dor com mobilização do ombro, podendo ocorrer dor em região de musculatura cervical e periescapular devido aos mecanismos compensatórios.
- **Confirmação Diagnóstica:** A realização de Radiografias, Ultrassonografia, Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética podem ser úteis para a complementação diagnóstica.

CID	Definição
M19	Artrose
M75.0	Capsulite Adesiva do Ombro
M94.8	Transtornos não especificados da cartilagem

CÓDIGO TUSS

- 30713137: Punção articular diagnóstica ou terapêutica (infiltração) – orientada ou não por método de imagem.
- 31403026: Bloqueio de nervo periférico – nervos periféricos.
- 40811026: Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração).

2. ESCORE DE RISCO

Orientar indicação, riscos do procedimento, 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: piora de dor, infecção superficial/profunda, hematoma.

2.1 EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

- Avaliação pré-operatória a critério do cirurgião, cardiologista e anestesiista.
- 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).
- Radiografia e Ressonância Magnética (quando necessário) recentes.

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 DE INTERNAÇÃO PARA PACIENTES CLÍNICOS

- Procedimentos de radiofrequência não estão indicados nos procedimentos de dor no ombro, por falta de evidências. As indicações estão relacionadas exclusivamente para infiltração farmacológica.
- Pacientes sintomáticos com falha do tratamento conservador (medicação, fisioterapia) por período mínimo de 3 meses, limitação significativa das atividades de vida diária, ausência de déficit motor, trauma recente, infecção, neoplasia primária/secundária ou abordagem cirúrgica prévia no segmento avaliado.
- O procedimento pode ser realizado em pacientes candidatos a artroplastia de ombro mas que desejam postergar a prótese, ou em pacientes que não apresentam condições clínicas para procedimento de maior porte.
- **OBS: Não está contemplado tratamento com radiofrequência/ cânula de bloqueio para os procedimentos de ombro, apenas a infiltração química (com medicamentos) utilizando agulha de raquianestesia.**

4. ALOCAÇÃO

Durante o período na RPA será necessário avaliar presença/ausência de disfunção sensitivo/motora membros superiores., assim como melhora do quadro de dor.

A alocação deverá ocorrer em apartamento, após a liberação da RPA pelo anestesista.

5. TRATAMENTO

Procedimento cirúrgico:

- **Tempo de cirurgia:** 30 minutos a 1 hora.
- **Anestesia:** local + sedação.
- **Tecnologias necessárias durante a cirurgia:** radioscopia ou ultrassom.
- **Contraste:** Não iônico intratecal
- **Antibioticoprofilaxia** - Cefuroxima.
- **Dose profilática:** 1,5g 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

- Cefuroxima 1,5g 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% na intensidade da dor.

Orientações de alta / retorno

- Não realizar atividade física vigorosa até liberação médica. Manter tratamento conservador, suporte multidisciplinar para dor crônica, estímulo a interromper o tabagismo e iniciar prática de atividades físicas compatíveis com a patologia 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.
- Observar piora de dor, 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

V. Referências

- [1] Lara PHS, Pereira VL, Júnior RR, Ribeiro LM, Ejnisman B, Belangero PS. Panorama of Infiltration for Painful Shoulder Among Shoulder Specialists. Rev Bras Ortop (Sao Paulo). 2020 Feb;55(1):95-99. doi: 10.1055/s-0039-1697969. Epub 2019 Dec 19. PMID: 32123452; PMCID: PMC7048563.
- [2] Sá Malheiro N, Afonso NR, Pereira D, Oliveira B, Ferreira C, Cunha AC. Efficacy of ultrasound guided suprascapular block in patients with chronic shoulder pain: retrospective observational study. Braz J Anesthesiol. 2020 Jan-Feb;70(1):15-21. doi: 10.1016/j.bjan.2019.11.001. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32178894; PMCID: PMC9373396.
- [3] Sabeti-Aschraf M, Lemmerhofer B, Lang S, Schmidt M, Funovics PT, Ziai P, Frenzel S, Kolb A, Graf A, Schueller-Weidekamm C. Ultrasound guidance improves the accuracy of the acromioclavicular joint infiltration: a prospective randomized study. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2011 Feb;19(2):292-5. doi: 10.1007/s00167-010-1197-y. Epub 2010 Jun 19. PMID: 20563553.
- [4] Yung EM, Got TC, Patel N, Brull R, Abdallah FW. Intra-articular infiltration analgesia for arthroscopic shoulder surgery: a systematic review and meta-analysis. Anaesthesia. 2021 Apr;76(4):549-558. doi: 10.1111/anae.15172. Epub 2020 Jun 29. PMID: 32596840.
- [5] Colen S, Geervliet P, Haverkamp D, Van Den Bekerom MP. Intra-articular infiltration therapy for patients with glenohumeral osteoarthritis: A systematic review of the literature. Int J Shoulder Surg. 2014 Oct;8(4):114-21. doi: 10.4103/0973-6042.145252. PMID: 25538430; PMCID: PMC4262866.

Código Documento: CPTW263.3	Elaborador: Mario Lenza Giovani M. Pacifico Jr.	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 04/08/2023 Data de Atualização: 08/10/2025	Data de Aprovação: 08/10/2025
---------------------------------------	--	--	---	---	---