



A luxação de uma articulação ocorre quando as superfícies das articulações ficam completamente separadas uma das outras. Os traumas são os maiores causadores desta condição. Uma vez que o ombro tenha luxado, ele fica vulnerável a novos episódios. Quando o ombro está instável e há a sensação de deslocamento repetidamente, é chamado de instabilidade do ombro. [1,2].

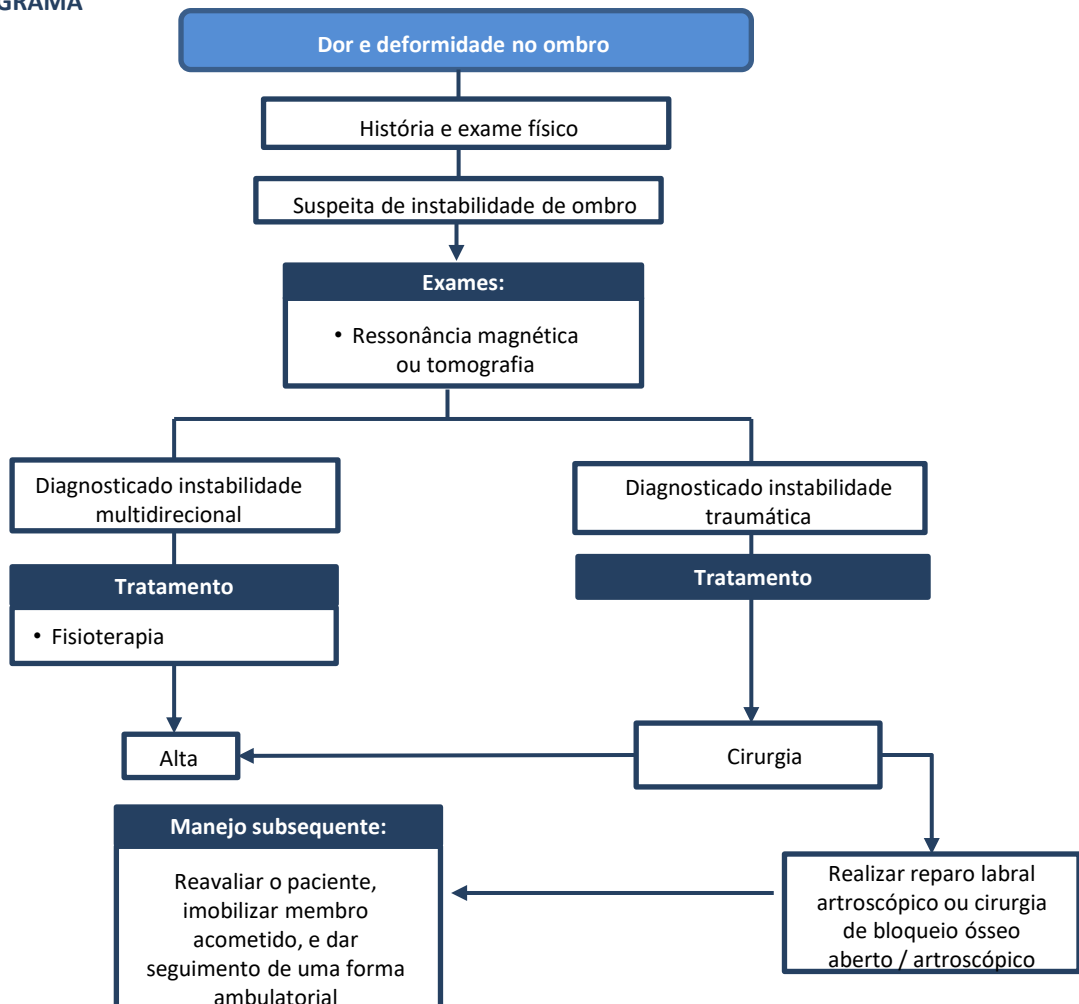
I - ASSISTENCIAL

CID 10	Definição
S43.0	Luxação da articulação do ombro (deslocamento da articulação glenoumeral)

1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da instabilidade do ombro é feito pela história e exame físico. Radiografias do ombro podem ser úteis para fazer o diagnóstico diferencial, tais como fraturas do cingulo do membro superior ou luxação da articulação acromioclavicular, entre outras. Exames de ressonância magnética e/ou tomografia são usualmente utilizados para diagnosticar as instabilidades do ombro[3,4].

2. FLUXOGRAMA



3. FATORES DE RISCO

Em geral existem duas maneiras o ombro se tornar instável:

- **Luxação do ombro**

Lesões graves ou traumas geralmente são a causa de uma luxação inicial do ombro. Quando a cabeça do úmero se desloca há lesão capsuloligamentar e o lábio - a borda da cartilagem ao redor da borda da glenóide - também pode lesionar. Isso é comumente chamado de lesão de Bankart. Uma primeira luxação grave pode levar a deslocamentos contínuos ou sensação de instabilidade..

- **Instabilidade Multidirecional**

Em alguns pacientes, como aqueles com frouxidão ligamentar, o ombro pode se tornar instável sem um histórico de lesão ou esforço repetitivo. Nesses pacientes, o ombro pode se deslocar em várias direções. Isso é chamado de instabilidade multidirecional.[5,6].

4. ESCORE DE RISCO

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [7]:

- **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.

5. EXAMES ADICIONAIS

- **Pré operatórios:** Solicitados conforme idade do paciente, como também a presença ou não de comorbidades clínicas
- **Abaixo de 40 anos:** Hemograma e coagulograma
- **Acima dos 40 anos:** os citados acima mais Sódio / Potássio / Ureia / Creatinina / Eletrocardiograma
- **Outros exames:** conforme necessidade

6. TRATAMENTO

- O objetivo do tratamento das instabilidade do ombro é aliviar os sintomas do paciente e restaurar o movimento e a função do ombro. O tratamento conservador está indicado para a instabilidades atraumáticas e no primeiro episódio nas instabilidades traumáticas (em não-atletas). Tratamentos conservadores incluem anti-inflamatórios ou analgésicos, fisioterapia específica e orientação de atividade para evitar o uso excessivo do ombro;
- As indicações para o tratamento cirúrgico da instabilidade do ombro estão definidas para as instabilidades traumáticas após o segundo episódio de luxação. Estas técnicas podem ser divididas em procedimentos abertos (cirurgias de bloqueio ósseo) e artroscopia (cirurgia de bloqueio ósseo ou reparo labral).

7. ORIENTAÇÕES E CUIDADOS

7.1. INTERNAÇÃO

Sugerimos que o paciente seja internado no dia da cirurgia, em jejum há pelo menos 8 horas, exceto quando estiverem agendados para o primeiro horário cirúrgico, uma vez que poderão ser internados a partir das 21 horas do dia anterior;

Os pacientes devem chegar ao local de internação com pelo menos 3 horas de antecedência, em posse de todos os exames de imagem já realizados e. Para o cirurgião responsável, sugerimos que deixe a documentação pronta (pré-internação) no guichê de internação com no mínimo 6 horas de antecedência.

7.2. PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

A pele poderá ser degermada na enfermaria;

A antibiótico profilaxia deve ser feita em até 60 minutos antes da incisão no centro cirúrgico;

Tricotomia será realizada no centro cirúrgico, se necessário e a critério do cirurgião;

7.3 - PÓS-OPERATORIO IMEDIATO (POI)

No caso das reparações artroscópicas, sugerimos que o paciente deixe a sala cirúrgica com um curativo que contenha a drenagem do líquido que costuma ocorrer após o término do procedimento, através das incisões;

Recomendamos a utilização de tipoia de Velpeau

Em geral, os pacientes retornam para a enfermaria, após a recuperação anestésica, em alguns casos com bloqueio anestésico.

7.4. PERÍODO ENTRE POI E PRIMEIRO DIAS APÓS A CIRURGIA

Sugerimos que o curativo cirúrgico seja trocado para um curativo simples antes da alta;
Deve-se ter cuidado especial com a analgesia pós-operatória, principalmente nos casos que não tiveram o bloqueio do plexo braquial;
A fisioterapia pós-operatória fica a critério médico.

7.5. PRIMEIRO PÓS OPERATÓRIO

Orientar a correta colocação e a retirada da tipoia, com auxílio da enfermagem, em especial para o primeiro banho e nos pacientes com bloqueio nervoso do plexo braquial;
Trocar o curativo se necessário;
Alta hospitalar, se a intensidade da dor for pequena e as condições clínicas permitirem.

Tempo médio de permanência	Tempo médio de permanência em sala cirúrgica
01 a 02 dias	4 horas

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Aderência a antibioticoterapia recomendada;
- Alocação adequada;
- Tempo médio de permanência;
- Taxa de readmissão.

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: atualização do template, revisão pela SCIH
26/05/2026 – Unificação Hospital Ortopédico do Estado da Bahia (HOEB) Roberto Palma Costa Filho

IV. Referências Bibliográficas

- [1] Kavaja L, et al. Treatment after traumatic shoulder dislocation: a systematic review with a network meta-analysis. Br J Sports Med. 2018;52(23):1498-506
- [2] Hohmann E, et al. Open versus arthroscopic surgical treatment for anterior shoulder dislocation: a comparative systematic review and meta-analysis over the past 20 years. J Shoulder Elbow Surg. 2017;26(10):1873-80
- [3] Zaremski JL, et al. Recurrence and return to play after shoulder instability events in young and adolescent athletes: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2017;51(3):177-84
- [4] An VV, et al. A systematic review and meta-analysis of clinical and patient-reported outcomes following two procedures for recurrent traumatic anterior instability of the shoulder: Latarjet procedure vs. Bankart repair. J Shoulder Elbow Surg. 2016;25(5):853-63
- [5]: Olds M, et al. Risk factors which predispose first-time traumatic anterior shoulder dislocations to recurrent instability in adults: a systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2015;49(14):913-22
- [6] DeLong JM, et al. Posterior Instability of the Shoulder: A Systematic Review and Meta-analysis of Clinical Outcomes. Am J Sports Med. 2015;43(7):1805-17
- [7] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA).

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW115.4	Mario Lenza Fabio T Matsunaga Danilo R O Oliveira Giovani Pacifico Jr Victor Sechin	Fernando Ramos de Mattos	Andrea Maria Novaes Machado	15/04/2021 Data da Revisão: 15/06/2026	15/06/2026