

Luxação Glenoumeral (deslocamento de ombro)

Guia prático de prescrição e conduta para luxação glenoumeral (deslocamento de ombro) no Pronto-Socorro, com protocolos de sedoanalgesia, redução e medicações para alta hospitalar.

Paciente típico: Adulto jovem, masculino, qualquer idade, previamente hígido, após trauma esportivo ou queda com mecanismo de abdução + rotação externa do ombro. Apresenta dor intensa em ombro, deformidade visível, incapacidade funcional completa do membro superior acometido.

? Guia rápido

! Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente refere dor intensa em ombro direito/esquerdo há \square horas, após queda de própria altura. Relata sensação de "saída do ombro do lugar", com deformidade visível e incapacidade total de movimentar o membro. Nega perda de consciência, trauma craniano ou outras lesões associadas. Nega luxações prévias. Nega alergias medicamentosas.

Exame físico

BEG, consciente, orientado, vigil, TEC < 3s

Ombro: Deformidade visível com perda do contorno arredondado normal do ombro (sinal da dragoneira). Cabeça do úmero palpável anteriormente. Dor intensa à palpação. Limitação completa da mobilidade ativa e passiva. Pulsos distais presentes e simétricos.

Sensibilidade preservada em território do nervo axilar (região do deltoide). Força motora da mão preservada.

HD

- Luxação glenoumeral anterior (primária/recidivante)

Conduta

- Solicito RX de ombro (AP, perfil escapular e axilar) para confirmar diagnóstico e afastar fraturas
- Prescrevo analgesia para tentativa de redução da luxação
- Realizo redução fechada (manobra de Stimson, Cunningham, tração-contratração ou Milch)
- RX pós-redução para confirmar posicionamento adequado
- Imobilização relativa por 2 semanas
- Oriento acompanhamento ambulatorial com ortopedia
- Atestado por 7 dias

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

01. Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL), IM
 02. Dexametasona 10mg/2,5mL - 01 ampola (2,5mL), IM (associar com Dipirona)
 03. Diclofenaco 75mg/3mL - 01 ampola (3mL), IM
- # PARA SEDOANALGESIA E REDUÇÃO:
04. Midazolam 5mg/mL – 2mL (10mg), EV lento + Fentanil 50mcg/mL – 2mL (100mcg), EV lento
- # SE DOR REFRACTÁRIA:
05. Tramadol 50mg/mL – 02 ampolas (100mg) + SF0,9% 100mL, EV em 30min
OU
Morfina 10mg/mL – 0,1mg/kg (1mL) + SF0,9% 100mL, EV em 30min, se necessário

Para casa:

01. Dipirona 500mg ————— 20 comprimidos
Tomar 01 a 02 comprimidos, VO, de 6/6h, por 5 dias
02. Tramadol 50mg ————— 20 comprimidos
Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, por 5 dias (se dor moderada/intensa)
03. Ondansetrona 8mg ————— 10 comprimidos
Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, se náuseas
04. Omeprazol 20mg ————— 10 cápsulas
Tomar 01 cápsula, VO, em jejum, 1x/dia, por 10 dias

Para casa (receituário especial):

01. Tramadol 50mg ————— 20 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h, se dor, por até 5 dias

? NO PRONTO-SOCORRO

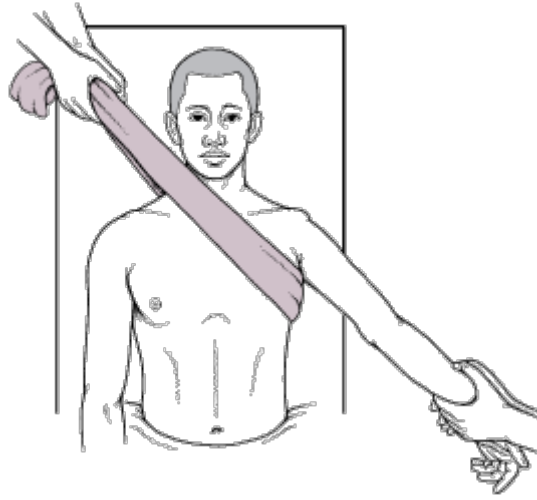
• ▲ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS

- Avaliação neurovascular distal imediata (pulsos, perfusão, sensibilidade, motricidade)
- Testar sensibilidade em região lateral do ombro (território do nervo axilar - mais comumente lesado)
- RX ombro ANTES da redução: AP, perfil escapular (Y) e axilar (descartar fraturas associadas em até 25% dos casos)
- Luxação anterior (95%): cabeça umeral desloca-se anteriormente, palpável anteriormente, perda do contorno normal
- Luxação posterior (4%): pós-convulsão ou choque elétrico, braço em adução + rotação interna
- Sinais de alarme: déficit neurovascular distal, fratura associada, impossibilidade de redução fechada
- Redução deve ser realizada o mais precocemente possível (< 6h idealmente para evitar edema e contratura)
- Monitorização contínua durante sedoanalgesia (oxímetro, PA, ECG)

• □ MANOBRAS DE CONTRAÇÃO

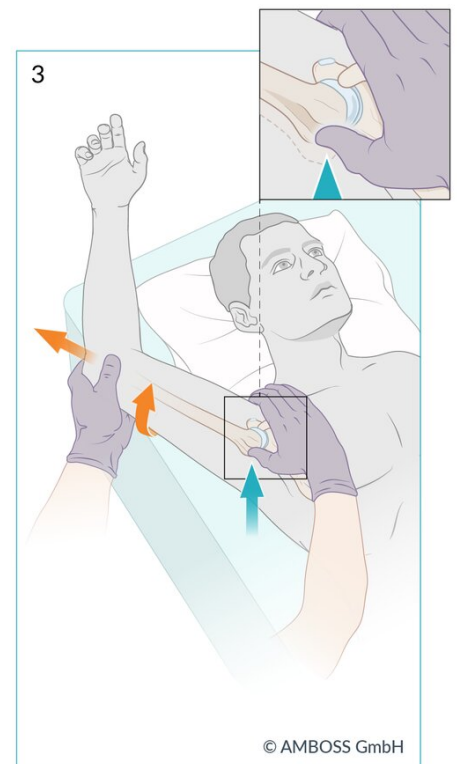
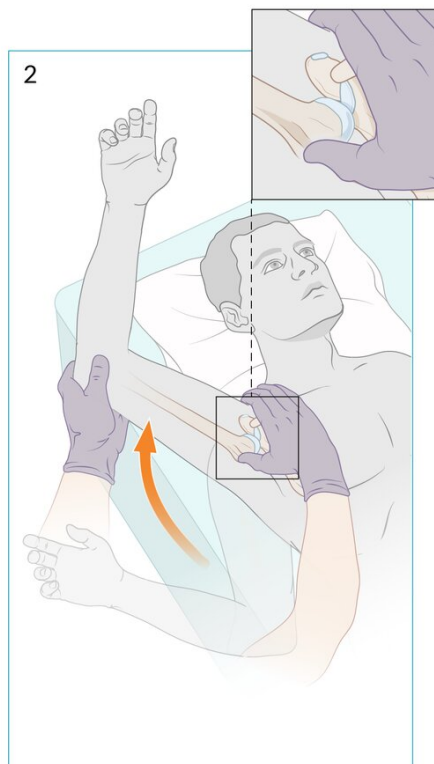
○ 1. Manobra de Tração-Contração

- Baseia-se na tração sustentada do membro superior para vencer o espasmo muscular e permitir o retorno da cabeça umeral à cavidade glenoide.
- O paciente é colocado em decúbito dorsal.
- O auxiliar aplica contração com uma faixa ou lençol ao redor do tórax, fixando o ombro à maca.
- O médico segura o punho ou antebraço do paciente e aplica tração contínua no sentido do eixo do úmero, com força progressiva e mantida.
- Pode-se associar rotação externa leve ou adução conforme a resistência.
- Após o relaxamento muscular, sente-se um “clique” e a cabeça umeral retorna à cavidade.
- A tração deve ser mantida, não brusca, por 5-10 minutos se necessário.



• 2. Manobra de Milch

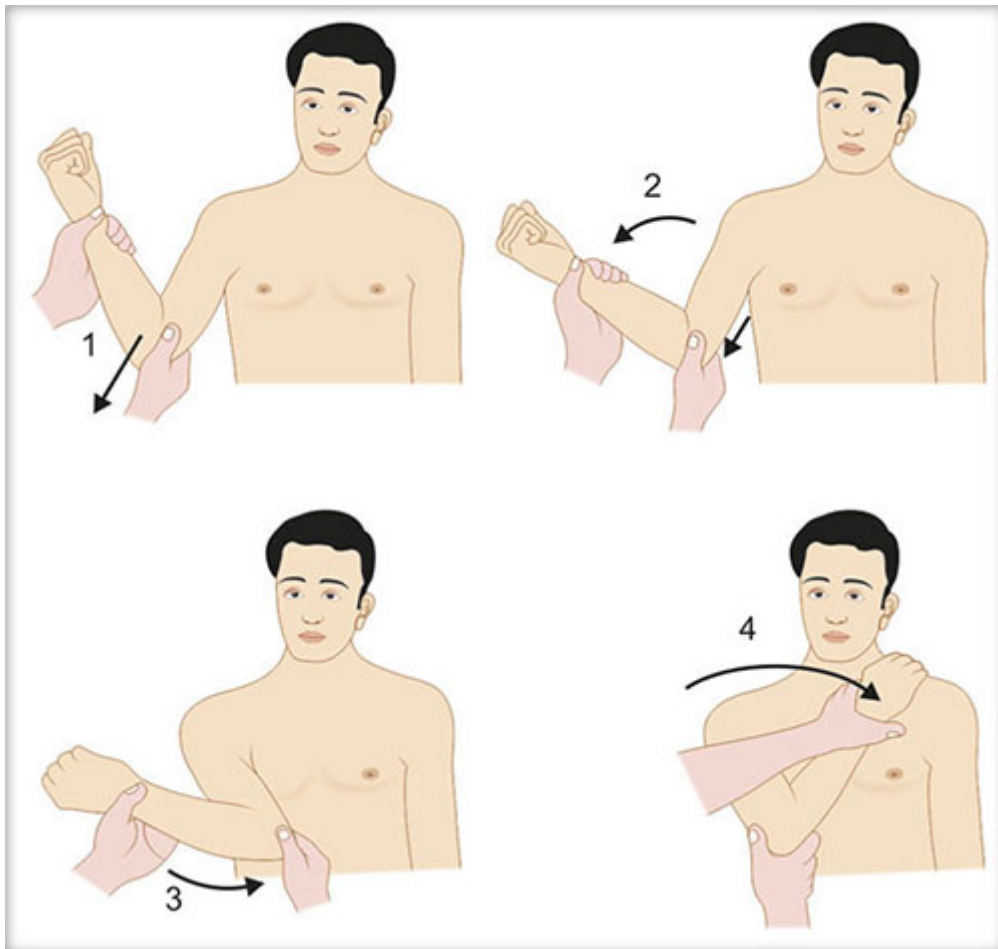
- A redução é obtida por abdução progressiva e rotação externa do braço, permitindo que a cabeça do úmero deslize suavemente de volta à glenoide.
- Paciente em decúbito dorsal ou sentado.
- O médico segura o punho do paciente e abduz lentamente o braço até acima da cabeça (180°), mantendo tração leve e rotação externa.
- Com a outra mão, o médico pode palpar a cabeça umeral pela axila e guiá-la suavemente para dentro da glenoide.
- Quando reduzido, o braço pode ser levado à rotação interna e apoiado sobre o tórax.
- É uma técnica indolor, muito usada em pacientes colaborativos.



© AMBOSS GmbH

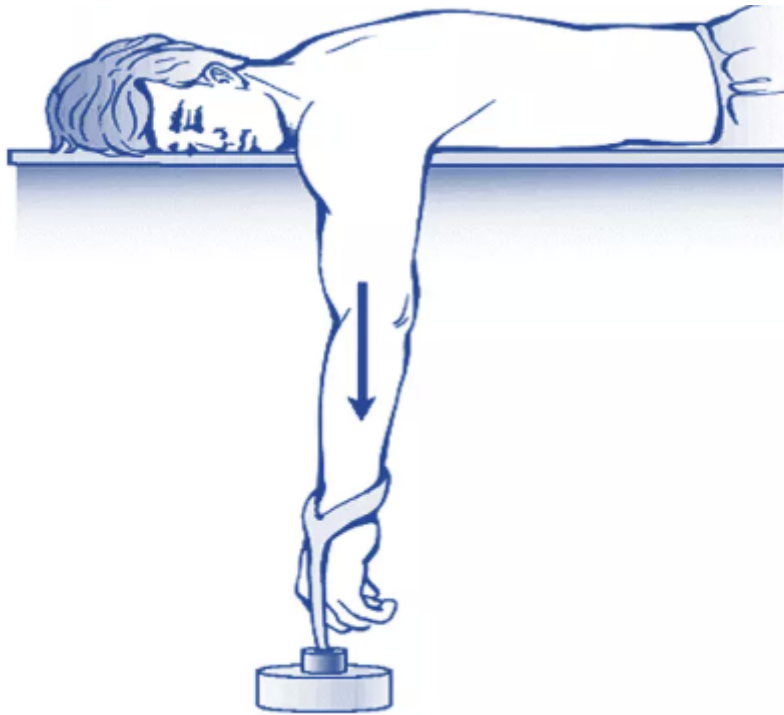
• 2. Manobra de Kocher

- Utiliza movimentos sequenciais de rotação externa, adução e rotação interna para alavancar a cabeça umeral de volta à posição anatômica.
- Paciente sentado ou deitado, cotovelo fletido a 90°.
- O médico segura o cotovelo junto ao tronco com uma mão e o punho com a outra.
- Segue-se a sequência:
 - (a) Rotação externa lenta até resistência.
 - (b) Adução (o cotovelo é trazido para a frente do tórax).
 - (c) Rotação interna (a mão do paciente toca o ombro oposto).
- A redução geralmente ocorre entre os passos (b) e (c).
- Deve ser feita com cuidado, evitando força excessiva.



• 2. Técnica de Stimson

- Utiliza o peso do membro e a ação da gravidade para promover redução gradual.
- O paciente é colocado em decúbito ventral, com o membro afetado pendente além da borda da maca.
- Deixa-se o braço suspenso livremente por 15 a 30 minutos.
- Pode-se adicionar peso (2-5 kg) ao punho ou antebraço.
- O relaxamento muscular e a tração gravitacional permitem o retorno espontâneo da cabeça umeral à glenoide.
- Ideal para pacientes cooperativos ou quando se deseja evitar manipulação ativa.



• ANALGÉSICO / ANTIESPASMÓDICO

○ Prescrição prática:

- Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento em 15min
- Dipirona 1g/2mL (500mg/mL) – 01 ampola (2mL), IM em deltoide contralateral

○ Alternativas:

- Paracetamol 1g – 01 frasco de 100mL, EV em 15min (não exceder 4g/dia)

○ Indicações:

- Analgesia inicial obrigatória antes de qualquer manipulação
- Associar sempre com opioide para dor intensa

○ Apresentações:

- Ampola 1g/2mL (500mg/mL)
- Frasco 1g/100mL para infusão EV

○ Via(s): EV | IM

○ Cuidados:

- Velocidade de infusão lenta (risco de hipotensão)
- Dose máxima: 4g/dia EV ou 6g/dia VO
- Evitar em hepatopatas graves
- Mínimo 12 anos para via parenteral

• OPIOIDE (Para analgesia pré-redução)

○ Prescrição prática:

- Fentanil 50mcg/mL – 01 ampola (2mL = 100mcg), EV lento, diluído em 8mL de SF0,9%
- Morfina 10mg/mL – 0,1mg/kg (□mL), EV lento, diluído em SF0,9% 100mL em 30min

○ Alternativas:

- Tramadol 50mg/mL – 02 ampolas (2mL = 100mg) + SF0,9% 100mL, EV em 30min

- **Indicações:**

- Analgesia potente obrigatória antes da redução
- Dor intensa refratária a analgésicos comuns

- **Apresentações:**

- Fentanil: ampola 50mcg/mL (2mL, 5mL ou 10mL)
- Morfina: ampola 10mg/mL (1mL)
- Tramadol: ampola 50mg/mL (2mL)

- **Via(s):** EV | IM (tramadol)

- **Cuidados:**

- Monitorização contínua obrigatória
- Risco de depressão respiratória (ter naloxona disponível 0,4mg)
- Fentanil: início rápido (1-2min), duração curta (30-60min)
- Morfina: início 5-10min, duração 3-4h, ajustar dose em idosos e IRC
- Tramadol: menor potência, alternativa se outros opioides indisponíveis
- Evitar em asmáticos graves (liberação histamina)

- **BENZODIAZEPÍNICO (Para sedação durante redução)**

- **Prescrição prática:**

- Midazolam 5mg/mL – Titular 0,5 a 1mg EV lento a cada 2-3min até sedação adequada
- Diazepam 5mg/mL – 10mg (2mL), EV lento

- **Indicações:**

- Sedação para procedimento de redução (associado a opioide)
- Ansiedade intensa
- Relaxamento muscular para facilitar redução

- **Apresentações:**

- Midazolam: ampola 5mg/mL (3mL ou 10mL)
- Diazepam: ampola 5mg/mL (2mL)

- **Via(s):** EV

- **Cuidados:**

- Titular doses lentamente (risco depressão respiratória)
- Maior risco em idosos, obesos, DPOC
- Midazolam preferível (início mais rápido, meia-vida curta)
- Ter flumazenil disponível 0,25mg EV (reversão)
- Não utilizar via IM para sedação de procedimento
- Dose menor em idosos (reduzir 30-50%)

- **SEDATIVO HIPNÓTICO (Alternativa para sedação)**

- **Prescrição prática:**

- Propofol 10mg/mL – Doses de 0,5-1mg/kg EV lento, titulado a cada 3-5min

- **Alternativas:**

- Cetamina 50mg/mL – 1 a 2mg/kg EV lento em 1-2min (sedação dissociativa)
- **Indicações:**
 - Sedação profunda para redução quando benzodiazepínico + opioide insuficiente
 - Cetamina: opção para pacientes instáveis (preserva reflexos via aérea)
- **Apresentações:**
 - Propofol: frasco 10mg/mL ou 20mg/mL
 - Cetamina: ampola 50mg/mL (10mL)
- **Via(s):** EV
- **Cuidados:**
 - **PROPOFOL:** Risco significativo de hipotensão e apneia, usar apenas com equipe treinada em via aérea, reduzir dose em idosos (0,25-0,5mg/kg), infusão dolorosa (preferir fossa antecubital), contraindicado em alérgicos a ovo/soja
 - **CETAMINA:** Preserva respiração espontânea e reflexos, aumenta secreções (considerar atropina 0,01mg/kg), reações de emergência (pesadelos - reduzir com midazolam 1-2mg), contraindicada em HAS não controlada, psicose, glaucoma, < 3 meses
 - Ambos: monitorização contínua obrigatória

• ANTIEMÉTICO

- **Prescrição prática:**
 - Ondansetrona 8mg/4mL (2mg/mL) – 01 ampola (4mL), EV lento
 - Ondansetrona 4mg/2mL (2mg/mL) – 01 ampola (2mL), EV lento
- **Alternativas:**
 - Bromoprida 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL), EV lento ou IM
 - Metoclopramida 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL), EV lento ou IM
- **Indicações:**
 - Prevenção de náuseas/vômitos associados a opioides
 - Náuseas relacionadas à dor intensa
- **Apresentações:**
 - Ondansetrona: ampola 4mg/2mL ou 8mg/4mL
 - Bromoprida/Metoclopramida: ampola 10mg/2mL
- **Via(s):** EV | IM
- **Cuidados:**
 - Ondansetrona: primeira escolha (menos efeitos extrapiramidais), dose máxima 16mg/dia, precaução em cardiopatas (prolongamento QT)
 - Bromoprida/Metoclopramida: risco de efeitos extrapiramidais (especialmente < 30 anos), evitar em Parkinson
 - Evitar metoclopramida em < 18 anos

• PROTETOR GÁSTRICO

- **Prescrição prática:**

- Omeprazol 40mg – 01 frasco, EV em 15min
- Ranitidina 50mg/2mL (25mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 18mL SF0,9%, EV lento
- **Indicações:**
 - Proteção gástrica em uso de opioides
 - Prevenção de úlcera de estresse
- **Apresentações:**
 - Omeprazol: frasco 40mg
 - Ranitidina: ampola 50mg/2mL
- **Via(s):** EV
- **Cuidados:**
 - Omeprazol: preferir para uso prolongado, infusão lenta
 - Ranitidina: ação mais rápida, ajustar em IRC

? PARA CASA

• ANALGÉSICO

- **Prescrição:** Dipirona 500mg – Tomar 01 a 02 comprimidos, V0, de 6/6h, por 5-7 dias
- **Indicações:** Controle da dor leve a moderada após redução
- **Apresentações:** Comprimidos 500mg
- **Posologia:** 500-1000mg de 6/6h
- **Cuidados:**
 - Dose máxima: 4g/dia
 - Evitar uso prolongado
 - Não associar com álcool
- **Alternativa(s):**
 - Paracetamol 750mg – Tomar 01 comprimido, V0, de 6/6h, por 5-7 dias (máximo 3g/dia)

• OPIOIDE (Dor moderada a intensa)

- **Prescrição:** Tramadol 50mg – Tomar 01 comprimido, V0, de 8/8h, por 5 dias
- **Indicações:** Dor moderada a intensa não controlada com analgésicos simples
- **Apresentações:** Comprimidos 50mg
- **Posologia:** 50-100mg de 8/8h (máximo 400mg/dia)
- **Cuidados:**
 - Receituário de controle especial (branco em 2 vias)
 - Risco de dependência
 - Evitar em idosos (ajustar dose)
 - Não associar com álcool
 - Pode causar náuseas (prescrever antiemético)
 - Reduzir dose em IRC/IHC
- **Alternativa(s):**
 - Codeína 30mg – Tomar 01 comprimido, V0, de 6/6h, por 5 dias

• ANTIEMÉTICO

- **Prescrição:** Ondansetrona 8mg – Tomar 01 comprimido, V0, de 8/8h, se náuseas
- **Indicações:** Náuseas/vômitos associados a opioides ou dor
- **Apresentações:** Comprimidos 4mg ou 8mg
- **Posologia:** 4-8mg de 8/8h se necessário
- **Cuidados:**
 - Usar apenas se sintomático
 - Dose máxima: 24mg/dia
- **Alternativa(s):**
 - Bromoprida 10mg – Tomar 01 comprimido, V0, de 8/8h, se náuseas
 - Metoclopramida 10mg – Tomar 01 comprimido, V0, de 8/8h, se náuseas

• PROTETOR GÁSTRICO

- **Prescrição:** Omeprazol 20mg – Tomar 01 cápsula, V0, em jejum, 1x/dia, por 10 dias
- **Indicações:** Proteção gástrica durante uso de analgésicos/opioides
- **Apresentações:** Cápsulas 20mg
- **Posologia:** 20mg 1x/dia em jejum
- **Cuidados:**
 - Tomar 30min antes do café da manhã
 - Uso por tempo limitado (10-14 dias)
- **Alternativa(s):**
 - Pantoprazol 40mg – Tomar 01 comprimido, V0, em jejum, 1x/dia, por 10 dias

• RELAXANTE MUSCULAR (Se espasmo muscular associado)

- **Prescrição:** Ciclobenzaprina 5mg – Tomar 01 comprimido, V0, à noite, por 5 dias
- **Indicações:** Espasmo muscular periarticular
- **Apresentações:** Comprimidos 5mg ou 10mg
- **Posologia:** 5-10mg à noite ou de 8/8h
- **Cuidados:**
 - Sonolência (não dirigir)
 - Evitar em idosos (risco de queda)
 - Não usar > 2 semanas
 - Evitar com álcool
- **Alternativa(s):**
 - Carisoprodol 125mg – Tomar 01 comprimido, V0, de 8/8h, por 5 dias

• Orientações ao paciente

- **Retornar imediatamente se:**

- Dor intensa não controlada com medicações
- Dormência, formigamento ou fraqueza na mão/braço
- Dedos frios, pálidos ou arroxeados
- Inchaço progressivo do braço
- Febre
- Luxação recorrente (ombro "sai do lugar" novamente)
- **Cuidados:**
 - Manter tipoia (3 semanas para luxação primária, 2 semanas para recidivante)
 - Retirar tipoia apenas para higiene e vestimenta
 - Crioterapia local (gelo) 20min de 3/3h nas primeiras 48-72h
 - Evitar movimentos de abdução e rotação externa do braço
 - Não carregar peso com o membro acometido
 - Não dormir sobre o ombro lesionado
- **Expectativa de recuperação:**
 - Dor intensa: 3-7 dias
 - Retorno às atividades leves: 3-4 semanas
 - Retorno ao esporte: 3-6 meses (com reabilitação adequada)
- **Reabilitação:**
 - Iniciar fisioterapia após 2-3 semanas (com liberação ortopédica)
 - Fortalecimento do manguito rotador essencial para prevenir recidivas
- **Seguimento:**
 - Retorno em ambulatório de ortopedia em 7-10 dias
 - Trazer RX pós-redução
- **Risco de recidiva:**
 - < 20 anos: até 80-90% de recidiva
 - 20-40 anos: 40-50% de recidiva
 - “ 40 anos: 10-15% de recidiva
- **Afastamento:**
 - Trabalho administrativo: 7-14 dias
 - Trabalho com esforço físico: 4-6 semanas
 - Esportes de contato: 3-6 meses

? CID-10:

- **S43.0:** Luxação da articulação do ombro
- **S43.00:** Luxação não especificada da articulação do ombro
- **S43.01:** Luxação anterior da articulação do ombro
- **S43.02:** Luxação posterior da articulação do ombro
- **S43.08:** Outras luxações da articulação do ombro

Revision #4

Created 23 October 2025 22:41:54 by Heric

Updated 23 October 2025 23:09:08 by Heric