

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 1/8	
Título do Documento	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR AGUDA	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

SUMÁRIO

2.	OBJETIVO (S)	2
3.	JUSTIFICATIVAS	2
4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	3
5.	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES.....	3
6.	HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	3
7.	EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	4
8.	TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	5
9.	CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	6
10.	CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA.....	6
11.	FLUXOS	7
12.	MONITORAMENTO.....	7
13.	REFERÊNCIAS	8
14.	DOCUMENTOS RELACIONADOS	8
15.	HISTÓRICO DE REVISÃO.....	8

- :: | EM ELABORAÇÃO | :-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 2/8	
Título do Documento	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR AGUDA	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

1. SIGLAS E CONCEITOS

MR: Manguito Rotador

TC: Tomografia Computadorizada

RNM: Ressonância Magnética

AP: Antero-posterior

LGU: Luxação Glenoumeral

LGUA: Luxação Glenoumeral Anterior

2. OBJETIVO (S)

Padronização da Assistência: Uniformizar as condutas diagnósticas e terapêuticas, reduzindo a variação clínica e garantindo que todos os pacientes recebam o tratamento adequado.

Maximização da Segurança do Paciente: Implementar fluxos de segurança para a administração de sedação e execução de manobras de redução, minimizando o risco de complicações iatrogênicas, como fraturas do colo umeral durante a manipulação, lesões neurovasculares e eventos adversos cardiorrespiratórios decorrentes da sedação.

Eficiência Operacional e Otimização de Recursos: Otimizar o fluxo de atendimento reduzindo o tempo até a redução da articulação e reduzindo o tempo de permanência hospitalar.

3. JUSTIFICATIVAS

A luxação glenoumeral é a mais comum no corpo humano, aproximadamente 45% a 50% de todas as luxações.

A incidência anual é estimada entre 11,2 e 26,2 casos por 100.000 habitantes.

Apresentação bimodal com pico em adultos jovens (15-29 anos), predominantemente homens (proporção 9:1) e segundo pico em idosos (>60 anos).

- :: EM ELABORAÇÃO :: -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 3/8	
Título do Documento	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR AGUDA	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Inclusão: Diagnóstico clínico e/ou radiográfico confirmado de luxação glenoumeral anterior aguda. Tempo de luxação inferior a 3 semanas (21 dias). Ambos os sexos. Pacientes com luxação primária (primeiro episódio) ou recidivante (episódios múltiplos), desde que o episódio atual seja agudo. Idade superior a 10 anos, considerando a maturidade esquelética e excluindo lesão fisária.

Exclusão: Luxações crônicas ou inveteradas, tempo de luxação maior que 3 semanas (21 dias), luxações posteriores, luxações inferiores, fratura-luxação, instabilidade multidirecional atraumática, pacientes com luxações voluntárias, habituais ou associadas a frouxidão ligamentar generalizada sem evento traumático agudo. Crianças com fise aberta, geralmente <10 anos, pois apresentam padrões de lesão fisária (descolamentos epifisários) que mimetizam luxações e requerem manejo pediátrico específico.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Médico: Diagnóstico, solicitação de exames, decisão terapêutica, realização de redução.

Enfermagem: Auxílio na redução, administração de medicação, monitoramento, orientação pós-redução.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A avaliação inicial deve ser sistemática para confirmar o diagnóstico, identificar a etiologia e excluir complicações imediatas.

Anamnese: Mecanismo de trauma, histórico de instabilidade, sintomas atuais, comorbidades, medicamentos.

Exame Físico: Inspeção: “Sinal da dragona”, deformidade.

- Palpação: Dor à palpação, crepitação.

- Avaliação neurovascular: Nervo axilar, nervo musculocutâneo, pulso radial (comparar com lado contralateral).

- Mobilidade: Limitação ativa e passiva.

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 4/8	
Título do Documento	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR AGUDA	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

Radiografias: (Série Trauma do Ombro)

Realizar antes da redução (para confirmar diagnóstico, direção e fraturas associadas) e **depois** da redução (para confirmar congruência e descartar fraturas iatrogênicas). A "Série Trauma do Ombro" padrão deve incluir três incidências ortogonais entre si:

1. Incidência Anteroposterior Verdadeira (AP de Grashey):

- **Técnica:** Raio angulado 35-45° em relação ao plano sagital, paralelo à articulação glenoumeral.
- **Utilidade:** Permite visibilizar o espaço articular vazio. Na luxação anterior, a cabeça umeral projeta-se, normalmente, inferior e medialmente, sobrepondo-se à glenoide.

2. Perfil Escapular (Y de Neer):

- **Técnica:** Raio paralelo à espinha da escápula.
- **Utilidade:** Fundamental para diferenciar luxação anterior de posterior. Na anterior, a cabeça umeral está anterior ao centro do "Y" (formado pelo corpo da escápula, acrômio e coracoide). Na posterior, está posterior.

3. Incidência Axilar ou Modificações (Velpau / Axilar de Trauma):

- **Técnica:** O raio incide de baixo para cima através da axila. Como o paciente com luxação não consegue abduzir o braço, utiliza-se a incidência de **Velpau** (paciente inclinado para trás, raio superior para inferior) ou **Axilar de Trauma** (paciente supino, braço apoiado levemente, raio horizontal).
- **Utilidade:** É a incidência definitiva ("padrão-ouro") para confirmar a direção da luxação e a relação cabeça-glenoide. Essencial para identificar fraturas da borda anterior da glenoide e a lesão de Hill-Sachs na cabeça umeral posterolateral.

Tomografia computadorizada: Não é indicada rotineiramente para todos os casos agudos, mas torna-se obrigatória nas seguintes situações:

- Suspeita radiográfica de fraturas complexas do úmero proximal (cominutivas, desvio das tuberosidades).
- Suspeita de fraturas significativas da glenoide (Bony Bankart >20%).
- Dúvida quanto à redução (suspeita de interposição de partes moles ou fragmentos osteocartilaginosos).

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 5/8	
Título do Documento	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR AGUDA	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

O tratamento da LGUA consiste na redução fechada de urgência, seguida de imobilização.

A redução deve ser facilitada pelo relaxamento muscular e controle da dor. A escolha do método depende do perfil do paciente e recursos disponíveis.

Opção A: Anestesia Intra-articular (Lidocaína)

Indicação: Pacientes cooperativos, idosos, risco elevado para sedação sistêmica, ou jejum inadequado.

Técnica: Injeção de 10-20 mL de Lidocaína 1% ou 2% (sem vasoconstritor) no espaço articular glenoumeral, utilizando técnica asséptica rigorosa.

Vantagens: Eficácia de redução comparável à sedação IV, menor tempo de permanência hospitalar, menor custo, e eliminação de riscos relacionados à sedação.

Desvantagens: Pode não prover relaxamento muscular suficiente em pacientes muito musculosos ou ansiosos.

Opção B: Sedação (Analgesia e Sedação Sistêmica)

Indicação: Pacientes muito ansiosos, musculatura muito forte/espástica, falha da anestesia local.

Segurança: Procedimento realizado em centro-cirúrgico pela equipe de Anestesiologia.

Técnica de redução:

Deverá ser usado a técnica que o médico do plantão julgar adequada e tiver mais familiaridade, sendo a técnica de Hipócrates original proscrita devido a alta índice de lesão neurológica.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 6/8	
Título do Documento	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR AGUDA	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

9. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

A estratégia de redução em pronto-socorro sob anestesia local deve ser convertida para redução em centro-cirúrgico em caso de falha de redução em no máximo 3 tentativas.

Caso não consiga realizar a redução em centro-cirúrgico deve-se solicitar tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética do ombro para avaliação e conduta a ser definida pela equipe do Ombro.

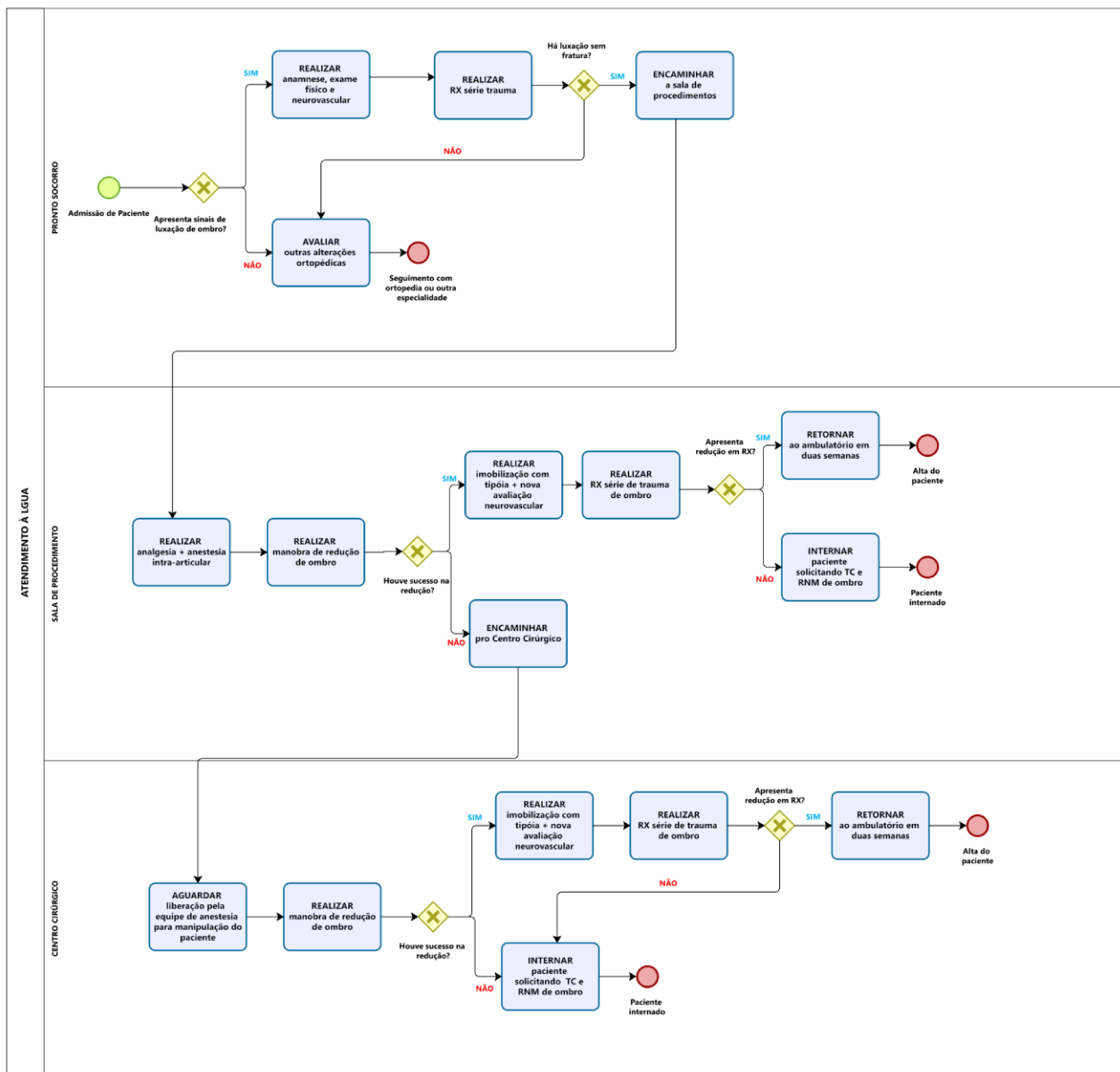
10. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Alta: Redução confirmada em radiografia pós-redução, exame neurovascular sem alterações e documentado pós-redução, sinais vitais estáveis pós-sedação e nível de consciência recuperado, imobilização instalada e orientações de cuidados fornecidas e encaminhado ao retorno ambulatorial com equipe de Ombro.

Transferência: Paciente com desafferentação de plexo braquial.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 7/8	
Título do Documento	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR AGUDA	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

11. FLUXO



12. MONITORAMENTO

- Acompanhamento ambulatorial em 2 semanas.
- Avaliação funcional, de recidiva e de instabilidade articular.
- Registro de complicações (infecção, neuropraxia, recidiva).

- : | EM ELABORAÇÃO | :-

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 8/8	
Título do Documento	PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR AGUDA	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

13. REFERÊNCIAS

1. Rockwood CA, et al. *Rockwood and Matsen's The Shoulder*.
2. Alkaduhimi H, et al. A systematic review of the reduction techniques for anterior shoulder dislocation. *J Shoulder Elbow Surg*. 2015.
3. Itoi E, et al. Immobilization in external rotation after shoulder dislocation reduces the risk of recurrence. *JBJS Am*. 2007.
4. Waterbrook AL, Paul S. Intra-articular Lidocaine Injection for Shoulder Reductions: A Clinical Review. *Sports Health*. 2011.

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº versão	Data	Descrição das alterações
00	00/00/0000	Publicação Inicial

- :: | **EM ELABORAÇÃO** | :: -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.