



Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Fisioterapia Aplicada a Ortopedia do Complexo Articular do Ombro

Coordenadora – Dra. Anamaria Siriani de Oliveira



Reabilitação da Dor no Ombro conciliando a biomecânica a neurociência da dor

Dor no ombro – terceira causa mais comum de dor musculoesquelética
Síndrome do Impacto é a causa mais comum de dor no ombro
Terceiro diagnóstico musculoesquelético mais encaminhado para reabilitação



Rubin & Kibler WB. Arthroscopy 2002 Nov-Dec;18(9 Suppl 2):29-39
Silva & Oliveira. Fisioter. Pesqui 2015, 22(1), 48-53

SIS – Rótulo Diagnóstico



Dor no ombro – terceira causa mais comum de dor musculoesquelética

SIS é a causa mais comum de dor no ombro

Síndrome do impacto, Síndrome de coalisão do ombro, Síndrome do manguito rotador, Síndrome de dor subacromial

Na SIS há possibilidade de acontecerem, isolada ou conjuntamente, tendinites (manifestações de inflamação aguda da bainha dos tendões) e tendinopatias (manifestações patológicas crônicas) do manguito rotador e da cabeça longa do músculo bíceps braquial, rupturas tendíneas (parciais, totais e massivas) e bursite subacromial

A identificação conclusiva do tecido lesado só é possível em exposição aberta

NENHUM REPRESENTA UM DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico



por que essa discussão é importante?

Isso porque, do ponto de vista prático, para a fisioterapia, não indica as possíveis deficiências que serão encontradas durante a avaliação dos pacientes e, portanto, não direciona a decisão sobre o tratamento fisioterapêutico

termo é utilizado conforme recomendado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, ou seja, define problemas na função ou estrutura do corpo, como um desvio significativo ou perda

Por que propor novas formas de tomada de decisão?



Manual Therapy 13 (2008) 478–483

www.elsevier.com/math

Review

Lack of uniformity in diagnostic labeling of shoulder pain: Time for a different approach

Jasper Mattijs Schellingerhout*, Arianne Petra Verhagen, Siep Thomas, Bart Willem Koes

Department of General Practice, Erasmus Medical Centre, Rotterdam, PO Box 2040, 3000 CA Rotterdam, The Netherlands

Os autores recomendam fortemente abandonar por completo os rótulos diagnósticos e diagnósticos anatomopatológicos

In the long term, we suggest to direct future research towards undivided populations with "general" shoulder pain. Possible subgroups with a better prognosis and/or treatment result can then be identified within these populations by means of data analysis in prospective cohort studies or randomised trials. Preferably, these new subgroups will be based on common characteristics that are easily and validly reproducible, to avoid the current problems with interobserver agreement.

Então vamos a um exemplo do que acontece na vida real!



Neurologista

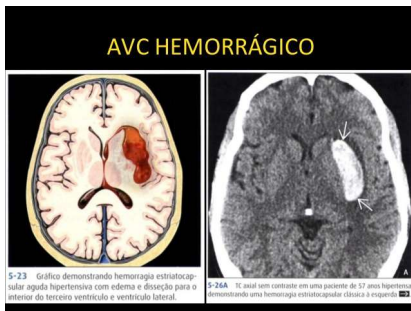
Tratado para conter e reduzir o extravasamento

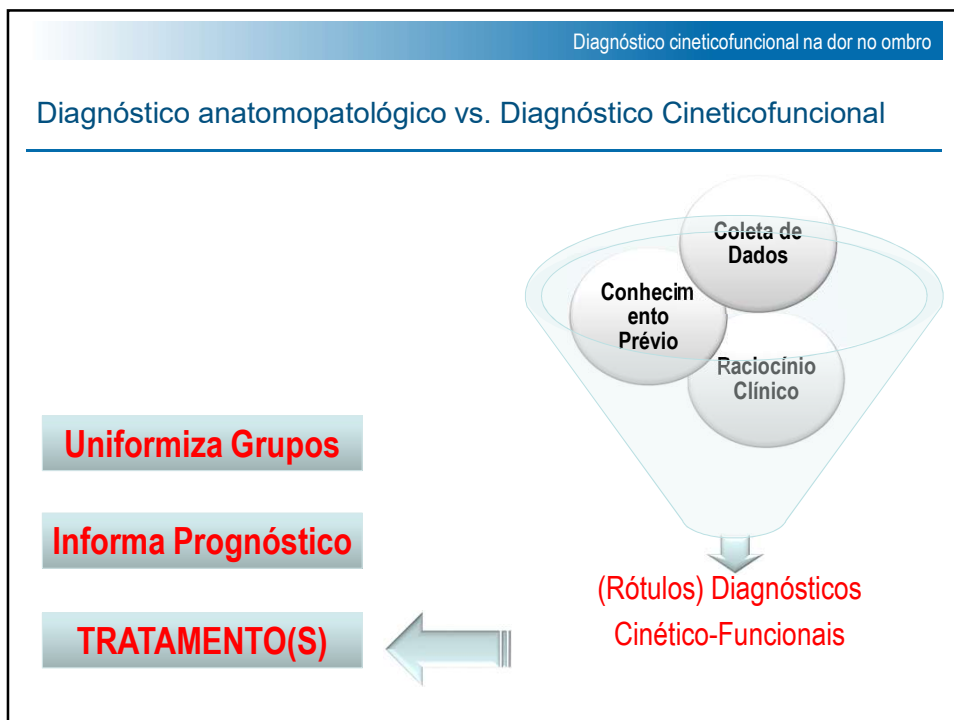
Há comprometimento específico do Sistema de Movimento
ENCAMINHA-SE o paciente com AVC AO FISIO



Fisioterapeuta

Tratado para ...





Diagnóstico cineticofuncional na dor no ombro

Porque não usar o diagnóstico médico para guiar o tto FT

1) O diagnóstico anatomopatológico pode não ser adequado para direcionar as intervenções fisioterapêuticas

AVC HEMORRÁGICO

5-23 Gráfico demonstrando hemorragia estriatocapsular aguda hipertensiva com edema e dissecação para o inferior do terceiro ventrículo e ventrículo lateral.

5-26A TC axial sem contraste em uma paciente de 57 anos hipertensa apresentando uma hemorragia estriatocapsular clivada à esquerda.

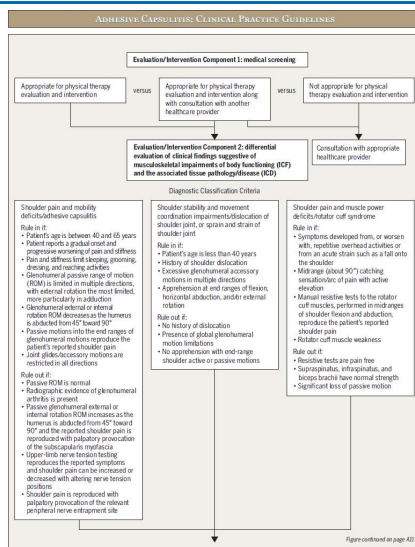
Fisioterapeuta

Ludewig et al. IJSP 2017;12(6):884-893

Síndrome do Impacto indica o tratamento fisioterapêutico?



Diagnóstico Cineticofuncional para Dor no Ombro



1) Dor no Ombro e Déficit de mobilidade/capsulite adesiva

2) Limitação da Estabilidade e Coordenação do Ombro/luxação da articulação do ombro ou entorse e laxidão da articulação do ombro

3) Dor no Ombro e Déficit de Potência Muscular/síndrome do impacto

Kelley et al. JOSPT 2013;43(5):A1-31

Déficit de mobilidade e dor no ombro / capsulite adesiva

Inclui-se:

- A idade do paciente é entre 40 e 65 anos
- O paciente relata um **início gradual e piora progressiva da dor e da rigidez**
- Dor e rigidez limitam dormir, se arrumar, se vestir e as atividades de alcance
- **A amplitude de movimento (ADM) passiva glenoumeral está limitada em múltiplas direções, sendo a rotação externa a mais limitada, mais particularmente em adução.**
- ADM de rotação externa ou interna glenoumeral diminui à medida que o úmero é abduzido de 45° para 90
- Movimentos passivos no final da amplitude da glenoumeral reproduzem a dor no ombro relatada pelo paciente
- Os movimentos de deslizamento (glide) / acessórios da articulação estão restritos em todas as direções

Descartar se:

- A ADM passiva é normal
- A evidência radiográfica da **artrite glenoumeral** está presente
- A ADM rotação externa ou interna glenoumeral passiva aumenta à medida que o úmero é abduzido de 45° para 90° e a dor relatada no ombro é reproduzida com provocação palpatória da miofascia subescapular
- O teste da tensão neural do membro superior reproduz os sintomas relatados e a dor no ombro pode ser aumentada ou diminuída com a alteração das posições de tensão nervosa
- A dor no ombro é reproduzida com a provocação palpatória do local de aprisionamento do nervo periférico relevante

Estabilidade do ombro e coordenação motora / luxação da articulação do ombro, ou entorse e distensão da articulação do ombro

Inclui-se:

- A idade do paciente é menor que 40 anos
- História de luxação do ombro
- **Excesso de movimentos glenoumerais em múltiplas direções**
- Apreensão nos limites finais flexão, abdução horizontal e / ou rotação externa

Descartar se:

- **Não há histórico de deslocamento**
- Presença de limitações globais no movimento glenoumeral
- Sem apreensão com movimentos passivos ou passivos do ombro no limite final

Dor no Ombro e Déficit de Potência Muscular/Síndrome do Impacto

Inclui-se:

- Sintomas desencadeados ou agravados por atividades repetidas acima de 90° de elevação do braço ou com estiramento causado por trauma direto como a queda sobre o ombro
- Sensação de “pinçamento” no meio do arco de movimento (cerca de 90°) ou **arco doloroso na elevação ativa do braço**
- Reprodução da dor nos testes resistidos dos músculos do manguito rotador, realizados no meio do arco de movimento durante a flexão e a abdução do braço
- Fraqueza dos músculos do manguito rotador

Descartar se:

- Há histórico de deslocamento
- Ausência de dor nos testes de movimentos contra resistência
- Força normal nos músculos supraespinhoso, infraespinhoso e bíceps braquial
- Perda significativa de amplitude de movimento passiva

O processo de tomada de decisão clínica para a dor no ombro

O panorama atual mostra diferentes esforços para sistematizar o processo de tomada de decisão clínica para dor no ombro, incluindo a SIS, e para avançar no sentido de identificar grupos de pacientes com características mais homogêneas, que possam nortear o tratamento fisioterapêutico

Publicados até o momento

Shoulder Symptom Modification Procedure ou SSMP (2009)

Algoritmo de Avaliação e Tratamento do Consenso de 2015

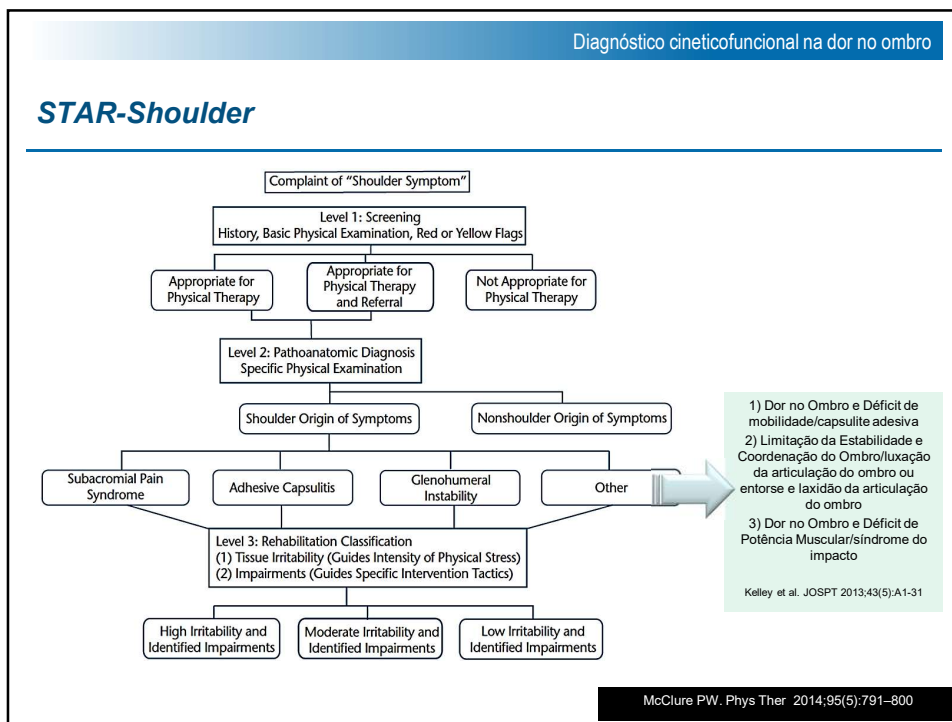
Staged Approach for Rehabilitation Classification: Shoulder Disorders ou STAR-Shoulder (2016)

Sistema Baseado em Movimento Ludewig et al (2017)

E outros ...

Processo cognitivo no qual se escolhe um plano de ação, entre outros, para uma situação problema.

“a escolha da melhor evidência científica disponível para a avaliação, prognóstico e tratamento de uma determinada condição clínica, que o profissional tem expertise para realizar de maneira adequada e eficaz, dentro de suas condições de trabalho e que o paciente concorda em receber”



Diagnóstico cineticofuncional na dor no ombro

STAR-Shoulder – Diagnóstico Anatomopatológico e Red Flags

Operational Definitions for 3 Stages of Tissue Irritability Derived by Consensus^a

	Stage of Irritability		
	High	Moderate	Low
History and examination findings	High pain (≥7/10) Consistent night or rest pain Pain before end of ROM AROM<PROM High disability	Moderate pain (4-6/10) Intermittent night or rest pain Pain at end of ROM AROM~PROM Moderate disability	Low pain (≤3/10) Absent night or rest pain Minimal pain with overpressure AROM=PROM Low disability
Intervention focus	Minimize Physical Stress Activity modification Monitor impairments	Mild-Moderate Physical Stress Address impairments Basic-level functional activity restoration	Moderate-High Physical Stress Address impairments High-demand functional activity restoration

^a ROM=range of motion, AROM=active range of motion, PROM=passive range of motion.

McClure PW. Phys Ther 2014;95(5):791-800

STAR-Shoulder – Diagnóstico Anatomopatológico e Red Flags

Common Shoulder Impairments Associated With Progressively Intensive Intervention Tactics Across a Spectrum of Tissue Irritability^a

Impairment	High Irritability	Moderate Irritability	Low Irritability
Pain associated with local tissue injury	Activity modification Manual therapy Modalities	Activity modification Manual therapy Limited modality use	No modalities
Pain associated with central sensitization	Progressive exposure to activity Medical management		
Limited passive mobility: joint/muscle/neural tissues	ROM, stretching, manual therapy: pain-free only, typically non-end-range	ROM, stretching, manual therapy: comfortable end-range stretch, typically intermittent	ROM, stretching, manual therapy: tolerable stretch sensation at end-range, typically longer duration and frequency
Excessive passive mobility	Protect joint or tissue from end-range	Develop active control in mid-range while avoiding end-range in basic activity Address hypomobility of adjacent joints or tissues	Develop active control during full-range, high-level functional activity Address hypomobility of adjacent joints or tissues
Neuromuscular weakness associated with atrophy, disuse, and deconditioning	AROM within pain-free ranges	Light or moderate resistance to fatigue Mid-ranges	Moderate or high resistance to fatigue Include end-ranges
Neuromuscular weakness associated with poor motor control or neural activation	AROM within pain-free ranges Consider use of biofeedback, neuromuscular electrical stimulation, or other activation strategies	Basic movement training with emphasis on quality/precision rather than resistance according to motor learning principles	High-demand movement training with emphasis on quality rather than resistance according to motor learning principles
Functional activity intolerance	Protect joint or tissue from end-range, encourage use of unaffected regions	Progressively engage in basic functional activity	Progressively engage in high-demand functional activity
Poor patient understanding leading to inappropriate activity (or avoidance of activity)	Appropriate patient education	Appropriate patient education	Appropriate patient education

^a ROM=range of motion, AROM=active range of motion.

McClure PW. Phys Ther 2014;95(5):791–800

O processo de tomada de decisão clínica para a dor no ombro

O panorama atual mostra diferentes esforços para sistematizar o processo de tomada de decisão clínica para dor no ombro, incluindo a SIS, e para avançar no sentido de identificar grupos de pacientes com características mais homogêneas, que possam nortear o tratamento fisioterapêutico

Shoulder Symptom Modification Procedure ou SSMP (2009)

Algoritmo de Avaliação e Tratamento do Consenso de 2015

Staged Approach for Rehabilitation Classification: Shoulder Disorders ou STAR-Shoulder (2016)

Roteiro de Decisão do A.R.C.O. (2017)

Processo cognitivo no qual se escolhe um plano de ação, entre outros, para uma situação problema.

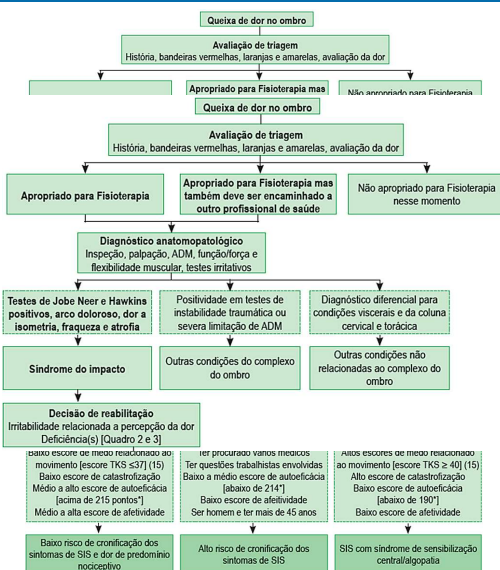
"a escolha da melhor evidência científica disponível para a avaliação, prognóstico e tratamento de uma determinada condição clínica, que o profissional tem expertise para realizar de maneira adequada e eficaz, dentro de suas condições de trabalho e que o paciente concorda em receber"

Objetivo da Aula



Prover, frente a melhor evidência científica disponível, um roteiro de tomada de decisão clínica que inclua aspectos da estrutura e função do corpo humano, fatores psicossociais e ambientais na avaliação e escolha do tratamento do paciente com dor no ombro, incluindo aqueles com alto risco de cronificação e pacientes com sensibilização central

Roteiro de Tomada de Decisão do ARCO para pacientes com SDS, considerando o diagnóstico anatomopatológico, a identificação do risco de cronificação e a irritabilidade relacionada a percepção de dor



Quadro 1. Roteiro de classificação de pacientes com SIS, considerando o diagnóstico anatomopatológico, a identificação do risco de cronificação e a irritabilidade relacionada a percepção de dor. Há possibilidade de múltiplos diagnósticos e deficiências. No entanto, o paciente é classificado em apenas uma das categorias de irritabilidade relacionada a percepção de dor (categoria mutuamente exclusiva). Note que o do *Central Sensitization Inventory* (CSI) ainda precisa de uma versão adaptada para Língua Portuguesa para ser considerado em pesquisas com nossa população. Os valores indicados com asterisco são apenas sugestões e não possuem fundamento estatístico para serem considerados como valores de corte. Esses valores foram incluídos apenas para tentar nortear colegas com menor experiência no acompanhamento de pacientes com SDS e foram obtidos do primeiro, segundo e terceiro quartis do banco de dados de pesquisas do grupo e do Ambulatório de Reabilitação do Complexo do Ombro, o ARCO

Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

Triagem

IDENTIFICAÇÃO E TRIAGEM	
Data da avaliação: ___/___/___	
Nome: _____	
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos Sexo: F () M () Estado civil: _____	Se Homem acima de 45 anos, em conjunto com outros fatores, indica elevado risco de cronificação
Endereço completo: _____	
Telefone fixo de referência: () _____ Telefone móvel () _____	
Hipótese diagnóstica: _____	
Peso (kg): _____ Altura (cm): _____ Dominância: direita () esquerda () ambidestra ()	
Há quanto tempo tem dor no ombro? (ou a quanto tempo o sintoma apareceu em um dos ombros?) _____ É no ombro DIREITO () ESQUERDO () ou em AMBOS: ()	Se há dor a mais de 3 meses, indica elevado risco de cronificação
O lado em que o sintoma é pior: _____	
No último ano, quantas vezes você procurou por médicos/outras por causa do seu ombro? _____	Se vários profissionais, em conjunto com outros fatores, indica elevado risco de cronificação
Cirurgia previa no membro superior ou coluna? NÃO () SIM () _____	
Alguma fratura no membro superior, pescoço ou tronco? NÃO () SIM () _____	
Alguma luxação no ombro, cotovelo ou mão? NÃO () SIM () _____	
Dor irradiada pelo membro superior ou mãos? NÃO () SIM () _____	
Doença sistêmica como diabetes, hipertensão? NÃO () SIM () _____	
Medicação para dor (Qual?/Dose?): _____	Se não faz uso regular, em conjunto com outros fatores, indica baixo risco de cronificação
Exames complementares: _____	
INDICADORES SECUNDÁRIOS DO RISCO DE CRONIFICAÇÃO Pobre percepção geral de saúde Percepção de baixo suporte social (assistência ou cuidado de um grupo social, como a família ou amigos)	
FATORES PROTETORES MODERADOS DO RISCO DE CRONIFICAÇÃO Possuir um plano de saúde ativo	
Struyf et al. Pain Physician. 2016 Feb;19(2):1-10	
PROFISIO FISIOTERAPIA ESPORTIVA E TRAUMATO-ORTOPÉDICA Ciclo 6 Volume 4	

Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

Diagnóstico Diferencial

Descrição de limitação de movimento severa com dor ao repouso (queixa típica de ombro congelado)

História de luxações ou deslocamentos, momentâneos traumáticos ou não da articulação glenoumeral (instabilidade)

Queixa de dor no ombro relacionada aos movimentos cervicais ou torácicos (dor referida com origem fora do complexo do ombro)

Questione o paciente sobre doença coronariana, hepática, gástrica e do pâncreas – dores referidas

Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

Fatores de Risco Físico – Bandeiras Vermelhas

História prévia de câncer, ou ainda, sobre sinais típicos da história de tumores, como perda de peso injustificada, dor que acorda o paciente (e não a dor noturna que tipicamente dificulta o paciente com SIS de dormir)

Dor persistente de início insidioso sem relação com estresse mecânico (não há posturas ou atividades que melhorem ou piorem a dor) ou relação com um trajeto nervoso

Aparecimento de deformidade inespecífica, aumento de volume de massa tecidual ou edemaciamento

Alterações de sensibilidade e força muscular acompanhada de atrofia muscular e diminuição de reflexos tendíneos, que são indicativos de lesão neurológica, como compressão de raiz nervosa ou mielopatia

Fique atento a sinais de infecção (indisposição geral associada a febre e áreas de vermelhidão na pele) ou histórias de trauma como queda associadas a perda significativa da função

Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

Triagem

Struyf et al. Pain Physician. 2016 Feb;19(2):1-10
 Chester et al. Br J Sports Med. 2016 Jul 21 (ahead)

Na avaliação de fatores psicossociais é importante perguntar ao paciente quais são os papéis por ele desempenhados ou desejados no contexto do trabalho, família e lazer e como a condição atual de dor no ombro interfere nesses papéis direta ou indiretamente (participação social). Pode-se ainda questionar o paciente o que ele acredita que precisa ser melhorado para que ele possa superar essa condição (atividades funcionais críticas)

Fatores de Risco Ambiental (Bandeira Azuis - Trabalho)

Está afastado do seu trabalho por causa da dor no ombro? NÃO () SIM () ___ meses	Se está afastado, em conjunto com outros fatores, indica elevado risco de cronificação
Ocupação: _____ Envolve alta demanda física ou psicológica? NÃO () SIM ()	Se tem alta demanda, em conjunto com outros fatores, indica elevado risco de cronificação
Sedentário () ou realiza atividade esportiva/prática corporal. Qual? _____	
Tempo de prática: _____ (anos/meses) Frequência semanal de treino: _____ x	
Treinamento de musculação ou outro? SIM () NÃO () Frequência semanal de treino: _____ x	
Escore total do Índice de Dor e Incapacidade no Ombro (SPADI): _____	Escores acima de 60 pontos* podem indicar elevado risco de cronificação
Escore total do Índice de Incapacidade Relacionada ao Pescoço (NDI): _____	
Escala de Autoeficácia na Dor Crônica (CPSS): _____	Escores alto melhor potencial de aderência a exercícios domiciliares
Escala de Afeto Negativo e Positivo (PANAS): _____	Escores baixo indica elevado risco de cronificação
Escala de Pensamentos Catastróficos sobre a dor (B-PCS): _____	Escores alto indica elevado risco de cronificação
Medo relacionado ao movimento ou cinesiofobia (TSK ou FABQ): _____	Escores igual ou acima de 40 pontos indica elevado risco de cronificação
Escore total de sensibilização central (CSI): _____	Escores acima de 40 pontos indica sensibilização central
Impacto psicossocial e ergonômico do trabalho (MUEQ-Br revisado): _____	
Escala de Avaliação dos Resultados do Ombro do Esportista (EROE): _____	

Fatores de Risco Ambiental – Esporte

Fatores de Risco Psicossociais (Bandeiras Amarelas, Laranjas)

PROFISIO | FISIOTERAPIA ESPORTIVA E TRAUMATO-ORTOPÉDICA | Ciclo 6 | Volume 4

Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

Avaliação da Dor

Nível de irritabilidade associado a percepção de dor*

↓

Você está com dor no ombro neste momento? NÃO () SIM ()

Se SIM, qual é a intensidade da dor que está sentindo no ombro, agora, com o braço parado, em repouso, ao lado do corpo? (Deixar o voluntário assinalar a intensidade da dor usando um número inteiro; informar que 0 = sem dor e que 10 = pior dor).

Você sente dor no ombro quando o braço está parado, em repouso? NÃO () SIM ()

Quando você tem dor em repouso, a dor é:

1 () contínua estável constante	2 () ritmada periódica intermitente	3 () breve momentânea transitória
---	---	---

Você sente dor no ombro à noite? NÃO () SIM () NÃO SEI ()

Quando você tem dor à noite, a dor é:

1 () contínua estável constante	2 () ritmada periódica intermitente	3 () breve momentânea transitória
---	---	---

Avaliação da distribuição da queixa percebida

↓

Por favor, preencha no esquema de corpos qual é a região que melhor representa a dor que você está sentindo por causa do seu problema no ombro.

Lado Direito
Costas
Frente
Lado Esquerdo

PROFISIO | FISIOTERAPIA ESPORTIVA E TRAUMATO-ORTOPÉDICA | Ciclo 6 | Volume 4

Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

Avaliação do movimento escapular e exame físico específico

INSPEÇÃO — AVALIAÇÃO DA DISCINESE ESCAPULAR

() Sem carga no membro superior OU com carga de () 1,5kg () 2,5kg

Descrição da posição de repouso ou avaliação estática das escápulas direita e esquerda:

SIM e NÃO*

Flexão	
Escápula direita	Escápula esquerda

De acordo com o Consenso de Discinese de 2013 essa avaliação deve incluir a avaliação da posição de repouso (estática), observação da movimentação da escápula (dinâmica), a execução de manobras corretivas ou de modificação dos sintomas (SAT e SRT) e a avaliação de tecidos adjacentes como a flexibilidade do peitoral menor

Usar palpação quando não é possível visualizar

Escápula direita	Escápula esquerda

Fonte: Elaborado pelos autores.

Testes para escápula	Direita	Esquerda
SAT	← SAT – T. de Assistência da Escápula	← SRT – T. de Recolocação da Escápula
SRT		
Resultados em positivo ou negativo		

Rossi et al. (2017)
Kibler et al 2013

Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

Avaliação do movimento escapular e exame físico específico

O método foi validado e apresenta boa acurácia e confiabilidade. Valor de corte de 7.44

Borstad 2008; Borstad e Ludewig 2005

As proporções entre ADM ativa e passiva livres de dor serão utilizadas para compor a identificação do nível de irritabilidade relacionada a percepção de dor. Observe também se os sintomas aparecem no início, ao longo ou no final do movimento. Os valores das ADMs também são utilizados para identificar as deficiências de limitada mobilidade passiva (ADM ativa e passiva reduzidas em relação ao contralateral ou esperado) ou excessiva mobilidade passiva global ou de rotação lateral (ADM passiva maior que ADM ativa)

A avaliação da função em testes manuais dos músculos relacionados ao complexo do ombro, para identificar a deficiência de fraqueza neuromuscular por atrofia, desuso e descondicionamento, pode ser indireta por testes de função manual, testando grupos musculares ou as variações de posição de prova que enfatizam um músculo em relação aos demais

Kelley et al. JOSPT 2013;43(5):A1-31

Avaliação Física

COMPRIMENTO PROCESSO CORACÓIDE-QUARTA COSTELA - PM

Repetição	Direita	Esquerda
1		
2		
3		

Essa medida é obtida em centímetros. Índice do Comprimento do Peitoral Menor (IPC) = [PM(cm) altura do participante (cm)]*100. IPC menor que 7,44 = peitoral menor encurtado

AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR ¹ Graus	MEMBRO DIREITO (Ativa/Passiva)	MEMBRO ESQUERDO (Ativa/Passiva)	RELAÇÃO ATIVA PASSIVA (<, =, >)
Flexão	/	/	
Extensão	/	/	
Elevação plano escapular	/	/	
Abdução plano frontal	/	/	
Adução plano horizontal	/	/	
Rotação lateral*	/	/	
Rotação medial	/	/	

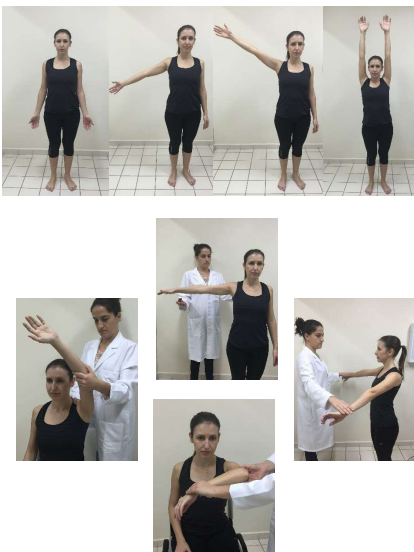
* Para arremessadores - GIRD = [RI passiva não-dominante - RI passiva dominante] = _____

FUNÇÃO MUSCULAR	MEMBRO DIREITO	MEMBRO ESQUERDO
Flexão do braço		
Extensão do braço		
Abdução - todos os músculos motores		
Abdução - Deltóide Fibras Anteriores		
Abdução - Deltóide Fibras Médias		
Abdução - Deltóide Fibras Posteriores		
Abdução - Supraespinhoso		
Adução - Peitoral Maior Fibras Superiores		
Adução - Peitoral Maior Fibras Inferiores		
Rotação lateral		
Rotação medial		
Trapezio Ascendente		
Trapezio Transverso		
Trapezio Descendente		
Serranal Anterior		
Rombóides		

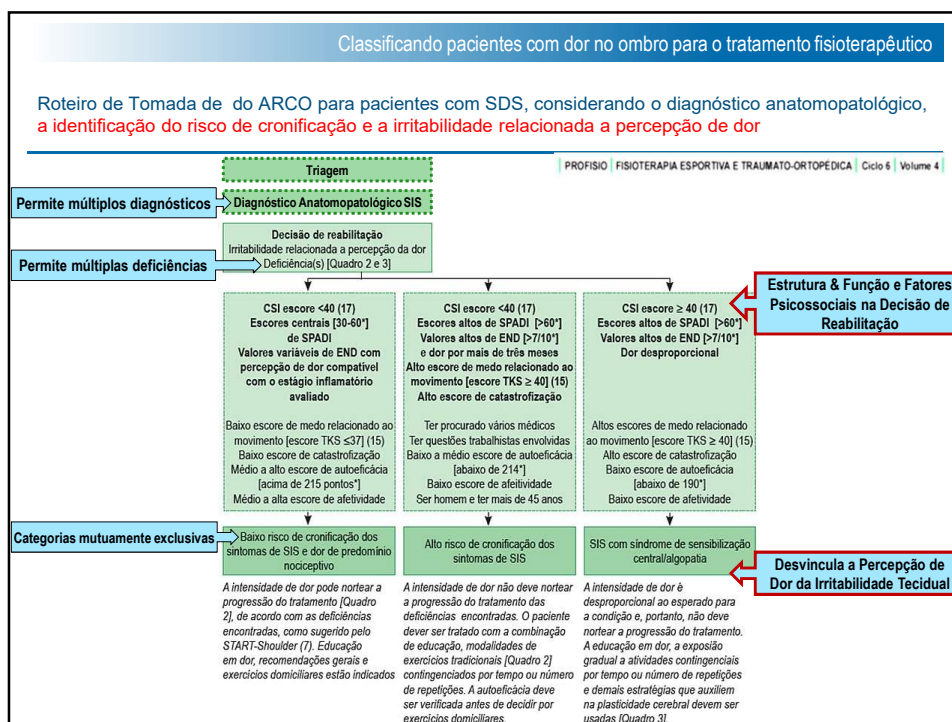
¹ Antes de medir as amplitudes de movimento, realize os testes de alcance de Appley: mão no ombro oposto, mão na nuca e mão na escápula oposta ao braço testado.

Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

Testes Especiais, Específicos ou Irritativos



Testes Específicos	marcar apenas quando positivo	realizado na avaliação inicial ()	ou data: / /
INCLUSÃO NO DIAGNÓSTICO DE SIS			
Teste de Neer	positivo ()	positivo ()	
Teste de Hawkins-Kennedy	positivo ()	positivo ()	
Teste de Jobe	positivo ()	positivo ()	
Rotação Externa Resistida	positivo ()	positivo ()	
Arco Doloroso (transcrever da inspeção)	positivo ()	positivo ()	
INCLUSÃO NO DIAGNÓSTICO DE INSTABILIDADE			
Teste de Jerk ou Pivot-Shift (inst. posterior)	positivo ()	positivo ()	
Teste de Recolocação (inst. anterior)	positivo ()	positivo ()	
Teste de Apreensão (inst. anterior)	positivo ()	positivo ()	
Sinal do Sulco (inst. multidirecional, inferior)	positivo ()	positivo ()	
Teste Carga e Desvio (inst. multidirecional ant-posterior)	positivo ()	positivo ()	
OUTROS TESTES DO OMBRO			
Teste da Queda do Braço (rup massiva m. supraespinhoso)	positivo ()	positivo ()	
Teste de Gerber ou Lift-Off (tendinopatia m. subescapular)	positivo ()	positivo ()	
Teste Belly-Press (lesão do m. subescapular)	positivo ()	positivo ()	
Speed Test (tendinite do m. biceps braquial)	positivo ()	positivo ()	
OUTROS TESTES			
	DIREITO	ESQUERDO	
Teste de Cozen (epicondilite lateral)	positivo ()	positivo ()	
Teste de Epicondilite medial	positivo ()	positivo ()	
Manobra de Adson (desfiladeiro torácico)	positivo ()	positivo ()	
Teste de Phalen (síndrome do túnel do carpo)	positivo ()	positivo ()	
Teste de Spurling (compressão de raiz nervosa cervical)	positivo ()	positivo ()	



Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

Quais as evidências científicas atuais para o tratamento?

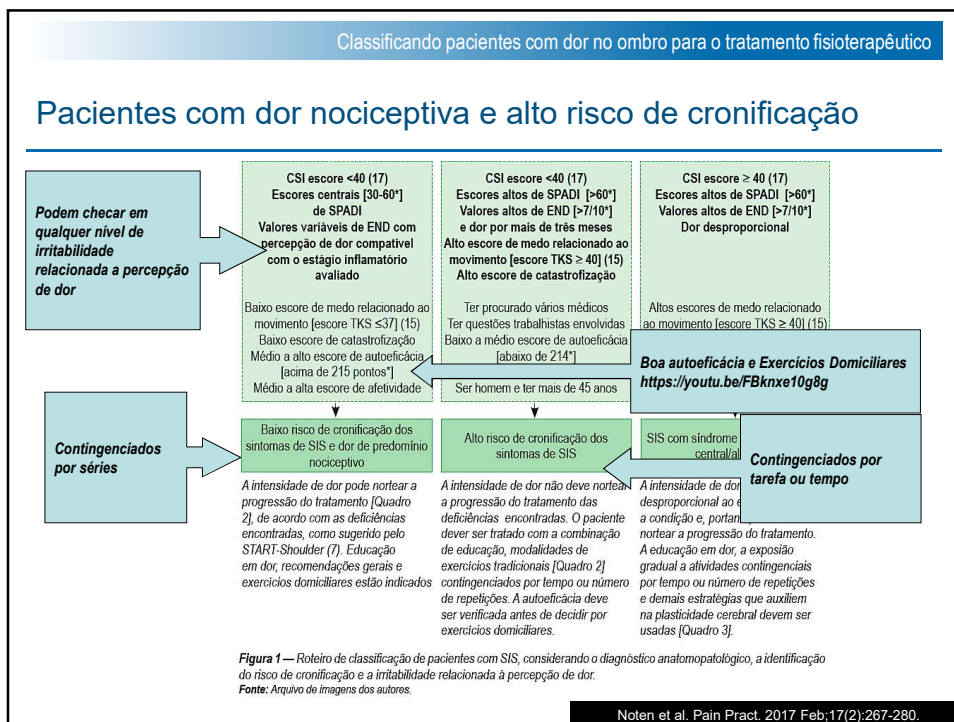
Exercício físico é a melhor forma de aumentar a função e diminuir a dor em pacientes com SIS

Exercícios são melhores que o placebo assim como tiverem maior efeito do que as técnicas de termo, foto e eletroterapia

Terapia manual também foi recomendada como parte do tratamento para a SIS, com resultados melhores que o placebo, mas não superiores aos dos exercícios

O tratamento conservador baseado em exercícios, mostrou resultados semelhantes aos do procedimento cirúrgico em pacientes idosos com rupturas do tendão do manguito rotador. Isso tornou as intervenções fisioterapêuticas a primeira linha de escolha de tratamento para esses pacientes, já que exclui os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico

Esse estado atual da arte no tratamento fisioterapêutico foi construído sob o rótulo diagnóstico



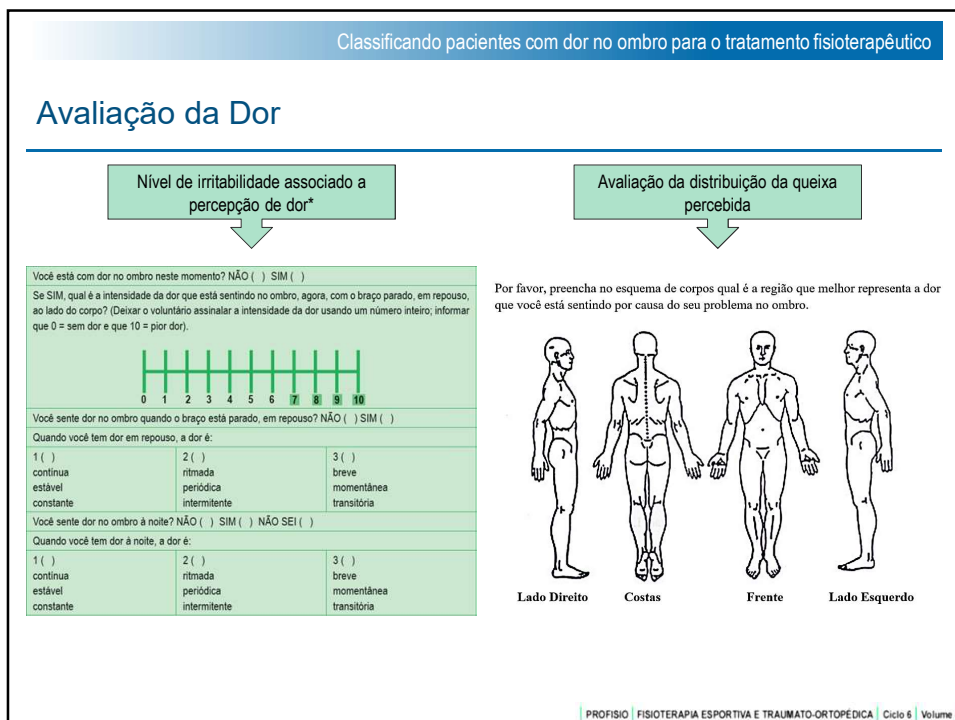
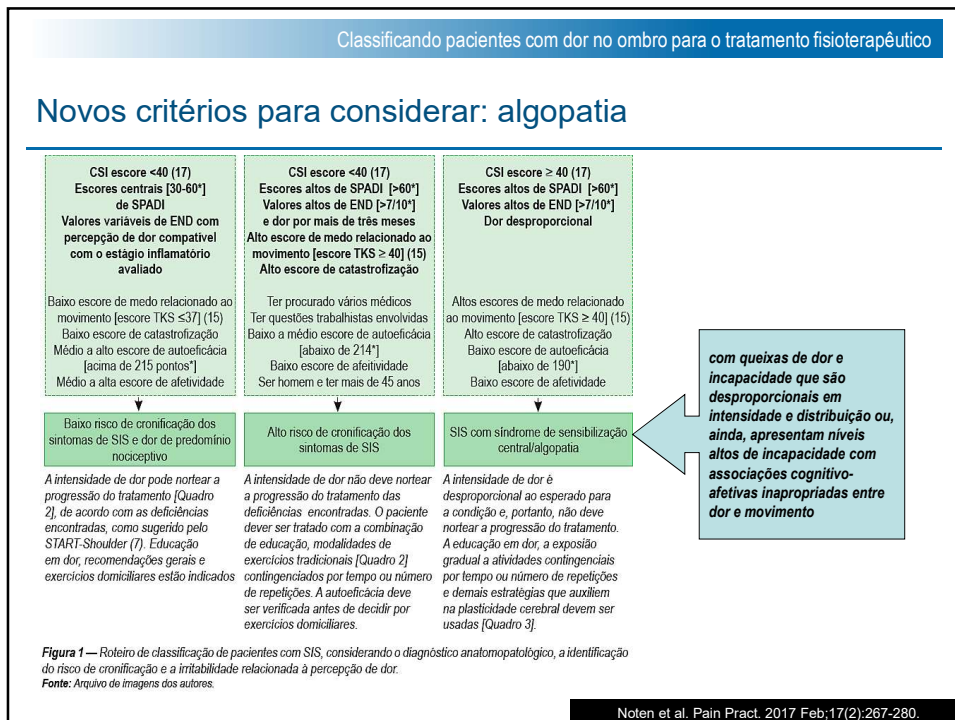
Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

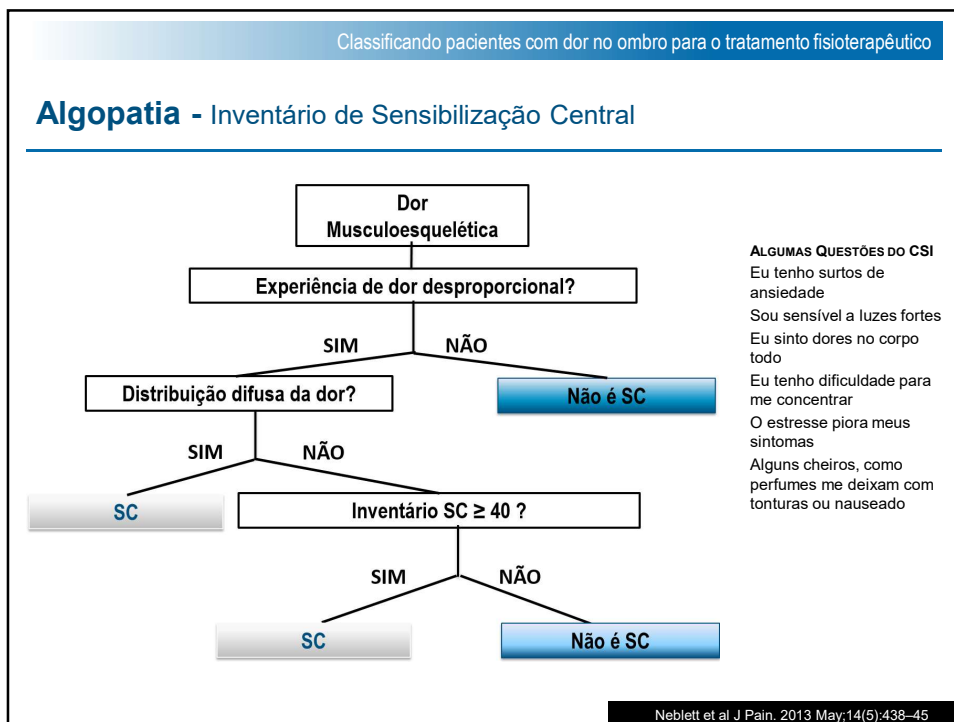
Pacientes com dor com predomínio nociceptivo e ARCronificar

QUADRO 2. Sugestão de tratamentos* com progressão determinada pelo nível de irritabilidade dos tecidos de acordo com a intensidade de dor relacionada na END. Essas sugestões são consideradas apropriadas para pacientes com SIS que apresentem dor com predomínio nociceptivo e baixo risco de cronificação da SIS.

Diagnósticos	SÍNDROME DO IMPACTO SUBACROMIAL		INSTABILIDADE ¹			
	Avaliação =>	Jobe Neer e Hawkins positivos, arco doloroso, dor a isometria, fraqueza e atrofia	Teste de Recolocação	Hiper-mobilidade +Teste do Sulco		
Deficiências =>	Dor com predomínio nociceptivo	Fraqueza associada a dor, atrofia e decondicionamento	Controle motor ou ativação muscular alteradas	Intolerância à atividade funcional	Mobilidade Reduzida de Rotação Medial	Mobilidade passiva exagerada
ALTO NÍVEL DE IRRITABILIDADE ≥7/10 END Dor noturna ou ao repouso persistente / Dor antes do fim da ADM / ADM ativa menor que passiva Alta incapacidade	Educação em dor Modificação de atividades diárias Terapia manual – liberação miofascial, mobilizações articulares e MWM Compressas de gelo	Exercício passivos e ativos assistidos com ADM ativa sem dor Exercícios Isométricos de Rotação Lateral Scapular Punch sem carga PVP Scapular CCPF 0 e 30°	Exercício de ADM ativa sem dor Considere usar feedback visual, tátil e reforço verbal Scapular Clock Scapular Orientation	Educação em dor Proteção articular ou tecidual Conservação de energia Encorajar o uso das regiões não afetadas	Educação em dor Uso de manobra de reposicionamento da cabeça umeral	Educação em dor Proteção articular no final de movimento Exercícios de controle motor glenomerai com feedback
MODERADO NÍVEL DE IRRITABILIDADE 4-6/10 END Dor noturna ou ao repouso intermitente Dor no final da ADM ADM ativa semelhante a passiva Incapacidade Moderada	MWM Compressas de gelo	Exercício ativos assistidos com ADM ativa Exercício resistidos com carga a partir de 40% da 1RM Scapular Punch com carga Rotação externa glenomerai em decúbito lateral com carga Knee-Push Fall Can sem ou com carga Diagonal 1 sem carga CCPF 60 e 90°	Tratamento de movimentos básicos com ênfase na qualidade ou precisão, mais que na resistência de acordo com os princípios do aprendizado motor PVP Scapular Towel Slide Inferior Glide modificado	Progressivo engajamento em atividades funcionais básicas Uso de Cartilha para Exercícios Domiciliares	Uso de manobra de reposicionamento da cabeça umeral Alongamento em adução horizontal Alongamento em Rotação medial glenomerai	Exercícios de controle motor glenomerai Exercícios de fortalecimento com resistência leve a moderada
BAIXO NÍVEL DE IRRITABILIDADE ≤3/10 END Sem dor noturna ou ao repouso / Dor mínima com resistência ou compressão / ADM ativa igual a passiva Leve incapacidade	Prescrição de exercícios Atividades sem restrições	Exercício resistidos com carga acima de 75% Scapular Punch com carga Rotação externa glenomerai em decúbito lateral com carga Push up plus Fall Can com carga Diagonal 1 sem carga Abdução a partir da posição prona com rotação lateral e carga Protração escapular no espelho com resistência elástica	Tratamento de movimentos de alta demanda com ênfase na qualidade ou precisão, mais que na resistência de acordo com os princípios do aprendizado motor Realizar os exercícios adicionando desafios e estabilidade para o tronco e vibração do membro superior	Progressivo engajamento em atividades de alta demanda Uso de Cartilha para Exercícios Domiciliares	Alongamento contínuo para adução horizontal e rotação medial Treinamento com vibração, instabilidade e de labilidade proprioceptiva	Exercícios de fortalecimento com resistência moderada a alta Treinamento com vibração, pliométrica, instabilidade e de labilidade proprioceptiva

*Não recomendamos usar o nível de irritabilidade tecidual como estratégia para progressão dos exercícios quando o paciente que apresenta simultaneamente mais de 40 pontos do escore total do Central Sensitization Inventory (CSI), mais de 40 pontos de escore total da Escala Tampa de Cinesíofobia, alta intensidade de dor na avaliação inicial (≥7/10 END), valores mais próximos da máxima pontuação total do SPADI e duração de sintomas maior que três meses. Os exercícios descritos também podem ser realizados em pacientes com alto risco de cronificação dos sintomas de SIS desde que contingenciados por tarefa e não por dor. *As deficiências relacionadas à instabilidades traumáticas do complexo do ombro não foram incluídas por constituírem diagnósticos anatomopatológicos distintos.





Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

Pacientes com sensibilização central

QUADRO 3. Sugestão de tratamentos para pacientes com SIS que apresentem dor com predomínio de sensibilização central e medo relacionado ao movimento. Nesses casos, a progressão de atividades é contingenciada por tempo de duração da tarefa independente da percepção de dor relatada pelo paciente. Educação em neurociência da dor e o uso do material de suporte via web ou app também estão indicadas para pacientes com alto risco de cronificação dos sintomas de SIS.

SÍNDROME DO IMPACTO SUBACROMIAL			
Medo relacionado ao movimento ≥40 na Escala Tampa de Cinesiofobia		Dor associação com alodinia ou hipersensibilidade do sistema nervoso central + ≥40 no <i>Central Sensibilization Inventory</i>	
Intervenção	Principal Ação no SNC	Intervenção	Principal Ação no SNC
Educação em neurociência da dor	Atividade Cognitiva Cognitiva-Avaliativa e Afetivo-Motivacional	Educação em neurociência da dor presencial Cartilha ou material de suporte via web ou app	Atividade Cognitiva-Avaliativa e Afetivo-Motivacional
Treino sensorial	Atividade Somatossensoriais		
Grafestesia	Atividade Somatossensoriais		
Treino de discriminação de dois pontos	Atividade Somatossensoriais		
Reconhecimento de Lateralidade	Atividade Cognitiva		
Imagética Motora	Atividade Pré-Motora		
Terapia de Espelho	Atividade Pré-Motora e Motora		
Exposição Gradativa	Múltiplas funções		

<http://pesquisaemdor.com.br/>

Noten et al. Pain Pract. 2017 Feb;17(2):267-280.
 Nijs et al. Man Ther. 2015 Feb;20(1):216-20.

Classificando pacientes com dor no ombro para o tratamento fisioterapêutico

Roteiro de Tomada de Decisão do ARCO para Síndrome de Dor Subacromial

Vantagens

Combina as informações do diagnóstico anatomopatológico com a classificação para reabilitação considerando o processo de decisão no contexto da equipe

Inclui aspectos psicossociais na classificação, na tomada de decisão e ao considerar o encaminhamento para outros profissionais que não só o médico – CIF

Tem definições operacionais para quase todas as etapas de decisão

Propõe tratamentos de acordo com o nível de irritabilidade associado a percepção de dor (mutuamente exclusivo) para as diferentes deficiências comuns na Síndrome de Dor Subacromial (possibilidade de múltiplos diagnósticos anatomopatológicos e deficiências)

Considera a dor crônica um estado passível de evolução para resolução e funcionalidade adequada

Inclui sugestão de tratamento para pacientes sensibilizados centralmente em diferentes níveis de irritabilidade da percepção (neurociência da dor)

Desvantagens

Não há nenhum estudo de validação publicado (em andamento)

Alguns aspectos das definições operacionais carecem de comprovação científica, como a relação entre os valores de corte para intensidade de dor e o nível de irritabilidade associada a percepção de dor nos pacientes com dor nociceptiva

Os valores de corte do SPADI são sugestões baseadas em banco de dados do ARCO



Siga o Grupo do Ombro FISIO USP RP nas redes sociais

Web of Science ResearcherID
C-8025-2012

Follow us on Instagram

anamarisiriani

4 Posts

Anamaria Siriani de Oliveira
Fisioterapeuta, Ph.D., Professora Associada do Dep. de Ciências da Saúde da FMRP-USP...
www.institutocefisa.com.br/cursosOnline/reabil...

Novo: Gombro-Fisil., Medidas Clin., RedYellow Fl., Mec...

FOLLOW US ON facebook

Grupo do Ombro Fisio-USP-RP

ENVIAR EMAIL

5 de 5 • Recomendado por Andrea, Heráclito e 1 outra pessoa

Subscribe to our YouTube Channel

Grupo Ombro Fisio-USP-RP

Vídeo mais recente do canal Grupo Ombro Fisio-USP-RP

Medo-Evitação na Dor no Ombro

Avaliação da discinética escapular

Exercícios para o Ombro - Cartilha Grupo do Ombro USP - RP

Testes Específicos: Aula do ombro FAGDT 2017