

Ficha de Avaliação Ortopédica – OMBRO

Disciplina de Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia

Responsáveis: Grupo do Ombro

Primeira Aula

ANAMNESE

Escuta ativa;

História da lesão;

Local da dor, periodicidade da dor: diurna ou noturna? Constante ou Intermitente?

Identificar as deficiências: bandeiras vermelhas e amarelas

AVALIAÇÃO FÍSICA

Avaliar a amplitude de movimento: hipomobilidade ou hiper mobilidade

Testes ortopédicos específicos para avaliar pacientes com Síndrome da dor subacromial

NEER - S: 68%, E: 52%

Para que serve? Avaliar o impacto subacromial.

Execução: Com o paciente sentado ou em pé, o examinador realiza passivamente e de forma forçada a flexão de ombro com o braço em rotação interna.

Positividade: Relato de dor na região subacromial.



HAWKINS – S: 72%, E: 59%

Para que serve? Avaliar o impacto subacromial.

Execução: Com o paciente sentado ou em pé, o examinador realiza passivamente a flexão de 90° de ombro e do cotovelo e, em seguida, realiza de forma passiva e forçada a rotação interna do úmero.

Positividade: Relato de dor na região do subacromial.



***ARCO DOLOROSO – S: 67%, E: 80%**

Para que serve? Avaliar em qual amplitude a dor é reproduzida.

Execução: O paciente na posição em pé realiza amplitude completa de abdução do ombro.

Positividade: Dor entre 60° e 120° da abdução do ombro.



JOBE - para dor S: 44%-100%, E: 50% - 99%; para fraqueza S: 77%, E: 68%

Para que serve? Avaliar lesão do tendão do m.supraespinal.

Execução: Na posição sentada ou em pé, o paciente realiza ativamente a flexão de ombro de 90° com o braço posicionado no plano escapular (45° de abdução horizontal), rotação interna do úmero com o polegar voltado para baixo e extensão de cotovelo. O examinador aplica uma força para baixo na região do punho e o paciente resiste mantendo a posição de abdução.

Positividade: dor ou fraqueza.

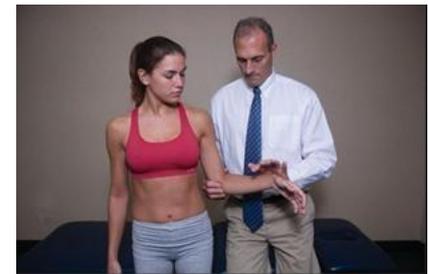


***ROTAÇÃO LATERAL RESISTIDA**

Para que serve? Avaliar lesão do tendão do m. infraespinal.

Teste: O paciente posiciona o braço ao lado do corpo com o cotovelo fletido a 90° e o úmero medialmente rodado a 45°. O examinador, em seguida, aplica uma força na direção da rotação medial, ou seja, o paciente realiza uma rotação lateral resistida.

Positividade: dor ou fraqueza.



*testes mais importantes

TRATAMENTO

Exercícios de controle e ativação neuromuscular

Diagonais de ântero-elevação e póstero-depressão da Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva



Retração das escápulas uni ou bilateralmente



Inferior Glide modificado



Scapular Clock



Scapular orientation



Protração e retração no espelho



Exercícios de carga progressiva – Iniciais

Rotação lateral



Flexão em decúbito lateral



Knee Push



Rotação medial



Wall press



Exercícios de carga progressiva – Intermediários

Rotação lateral



Scapular Punch



Push up Plus



Trapézio ascendente



Trapézio Transverso



Wall slide



Full can



Exercícios de carga progressiva – Avançados

Rotação lateral na bola



Apoio unipodal com elevação do braço



Scapular Punch com rotação de quadril



Flexão anterior com agachamento unipodal



Abdução em baixa amplitude com faixa elástica e flexão de joelhos



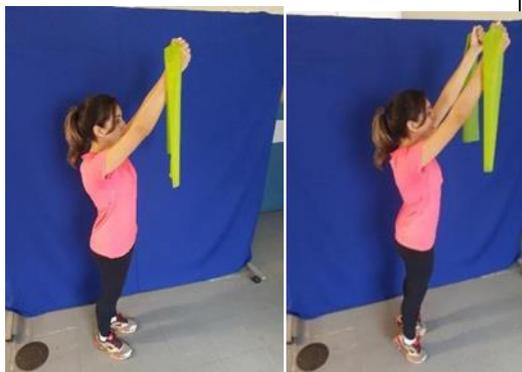
Scapular punch com progressão de decúbito dorsal para semi-ajoelhado



Wall Press com flexão de joelho e resistência

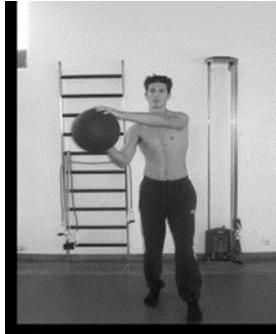


Flexão anterior e abdução com faixa elástica e elevação dos pés

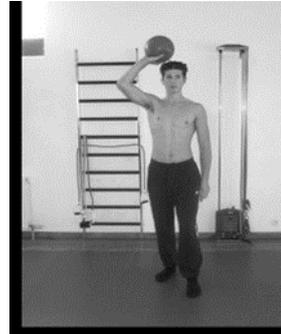


Exercícios de potência e pliometria

Arremesso com duas mãos



Arremesso com o membro em recuperação



Segurar e soltar (olhos abertos e fechados)



Segurar e soltar (olhos abertos e fechados)



CASO CLÍNICO

Segunda Aula

ANAMNESE

AVALIAÇÃO FÍSICA

Avaliar a amplitude de movimento: hipomobilidade ou hiper mobilidade

Testes ortopédicos específicos para Instabilidade

TESTE DE APREENSÃO – S: 72%, E: 96%

Para que serve? Diagnosticar a instabilidade anterior do ombro.

Execução: Paciente em decúbito dorsal com o ombro abduzido a 45° ou 90° e cotovelo fletido a 90°. O terapeuta roda externamente e passivamente o braço do paciente.

Positividade: O paciente relata ou expressa uma sensação de apreensão com o ombro. O paciente também pode resistir ao movimento com medo de uma nova luxação.

Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=jZ29dAXKA5M>



TESTE DE RELOCAÇÃO: S: 79%, E: 99%

Para que serve? Diagnosticar a instabilidade anterior do ombro.

Execução: Paciente em decúbito dorsal com o ombro abduzido a 90° e cotovelo fletido a 90°. O terapeuta roda externamente e passivamente o braço do paciente e em caso de dor, o terapeuta estabiliza a excessiva anteriorização da cabeça do úmero com a mão na região anterior do ombro.

Positividade: O paciente relata alívio da dor com o apoio da mão do terapeuta durante a posteriorização da cabeça do úmero ou sensação de estabilidade.

Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=YX1uJhjhWg>



HIPERABDUÇÃO

Para que serve? Diagnosticar instabilidade glenoumeral inferior.

Execução: Paciente sentado, o terapeuta estabiliza a clavícula e a escápula com uma mão enquanto a outra mão faz a abdução passiva do ombro que está sendo testado.

Positividade: Paciente atinge mais de 105° de abdução ou reporta sensação de apreensão ou sintomas neurológicos ou algícos.

Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=FTxQ1O6X7g4>



Testes ortopédicos específicos para Lesão de SLAP

TESTE YARGSSON – S: 43%, E: 79%

Para que serve? Diagnosticar lesão de SLAP.

Execução: Paciente sentado com o cotovelo fletido a 90° e o antebraço pronado enquanto mantém o braço ao lado do corpo. O paciente é orientado a supinar o antebraço enquanto o avaliador resiste.

Positividade: O paciente relata dor no sulco bicipital.

Vídeo: https://www.youtube.com/watch?v=_Cjahul5yuI



PASSIVE COMPRESSION TESTE - S: 82%, E: 86%

Para que serve? Diagnosticar lesão de SLAP.

Execução: Paciente em decúbito lateral deitado em cima do lado não acometido. O avaliador estabiliza o angulo superior da escápula. Com a outra mão, o avaliador posiciona o braço do paciente a 30° de abdução e em rotação externa do ombro. O avaliador aplica uma força compressiva superior e realiza passivamente o movimento de extensão do braço.

Positividade: O paciente relata dor ou estalido.

Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=G2n0Mu9BmEA>



TRATAMENTO

Mobilizações articulares passivas - Glenoumeral

Distração glenoumeral



Deslizamento glenoumeral caudal



Deslizamento glenoumeral posterior



Deslizamento glenoumeral anterior



Mobilizações articulares passivas - Escapulotorácica

Distração escapular



Todas as direções da escápula



Mobilizações articulares com movimento – Escapulotorácica

Mobilização com movimento para rotação medial

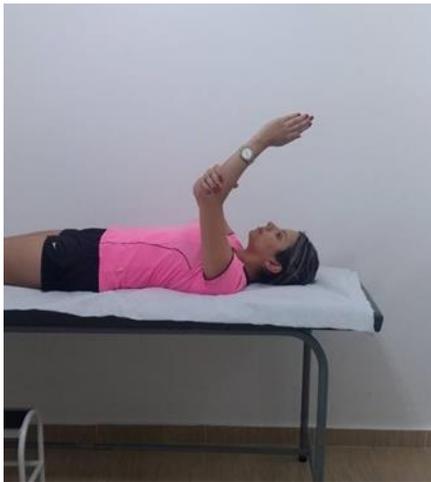


Mobilização com movimento para elevação do braço



Exercícios de mobilidade

Flexão

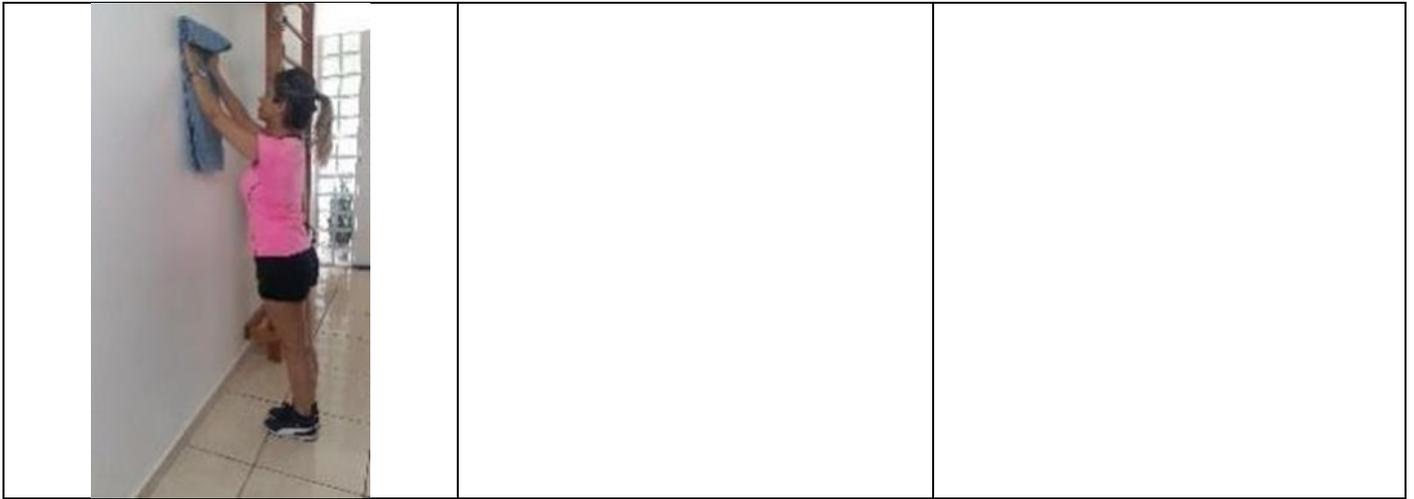


Rotação medial



Rotação lateral





CASO CLÍNICO

Referências bibliográficas:

1. Cook CE, Hegedus EJ. Orthopedic Physical Examination Tests: An evidence-based approach. 2ªEd, 2013.
2. Marcial Zanelli de Souza. Reabilitação do Complexo do Ombro. Editora Manole, 1ª Edição, 2001.
3. Gaunt et al. The American Society of Shoulder and Elbow Therapists' Consensus Rehabilitation Guideline for Arthroscopic Anterior Capsulolabral Repair of the Shoulder. JOSPT, v. 40, n. 3, p. 155-68, 2010.
4. Damkær, Petersen, Juul-Kristensen. Is the ASSET rehabilitation guideline better than standard care when applied to Bankart-operated patients? A controlled study. Clin Rehabil, p. 1-11, May, 2014.
5. Kim et al. Accelerated rehabilitation after arthroscopic Bankart repair for selected cases: a prospective randomized clinical study. Arthroscopy, p. 722-31, n. 19, 2003.
6. Eric J. Hegedus, Lori A. Michener, Ameer L. Seitz. Three Key Findings When Diagnosing Shoulder Multidirectional Instability: Patient Report of Instability, Hypermobility, and Specific Shoulder Tests. J Orthop Sports Phys Ther 2020;50(2):52-54. doi:10.2519/jospt.2020.0602.