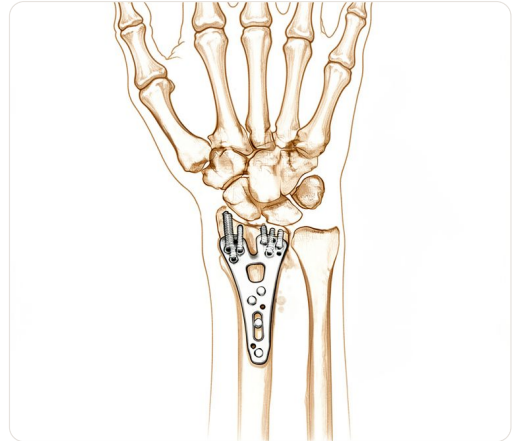


Fratura do Rádio Distal (ORIF)

Uma placa e parafusos fixando o rádio após uma fratura do punho.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Este protocolo orienta a sua recuperação após a fixação cirúrgica de uma fratura do rádio distal (pulso) (redução aberta e fixação interna, RAFTI) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Começa com o seu programa de exercícios em casa, seguido pelo protocolo clínico estruturado **escrito para o seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão**: traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira sessão de terapia, de modo a que a sua reabilitação permaneça coordenada. O seu terapeuta pode ajustar o plano dependendo da evolução da sua recuperação.

Se tiver alguma preocupação sobre a sua ferida após a cirurgia, entre em contacto com a clínica. É frequentemente útil tirar uma fotografia da ferida e enviá-la por e-mail para avaliação.

O que esperar

Para o cuidado da ferida, controle do inchaço e cicatriz, consulte as orientações de [cuidados com a ferida](#) da prática médica.

Após a sua cirurgia, você pode ser encaminhado a um terapeuta da mão para a confecção de uma tala de termoplástico. Nesse caso, a tala será usada temporariamente para conforto e proteção, e você ainda será obrigado a removê-la para realizar seu programa de exercícios em casa. Se você for encaminhado para o uso de uma tala, receberá mais informações sobre o uso e os cuidados necessários.

Os exercícios abaixo são essenciais para recuperar a amplitude de movimento dos dedos, do punho e do antebraço. Calor e gelo são modalidades frequentemente utilizadas para recuperar o movimento, restaurar a função e melhorar o conforto. Uma vez que a ferida esteja cicatrizada, você pode aplicar calor antes dos exercícios; uma compressa gelada pode ser usada após os exercícios para prevenir ou reduzir a inflamação.

O manejo da cicatriz (especialmente a massagem) é muito importante após a cirurgia de fratura distal do rádio, para que os tendões que passam sob a incisão continuem deslizando livremente e não fiquem aderidos (aderentes) à cicatriz em processo de cicatrização.

Uma placa volar bloqueada é projetada para manter a fratura firmemente fixada o suficiente para que o movimento possa começar precocemente, e este protocolo é baseado nesse princípio. Pesquisas que comparam o início precoce do movimento do punho com várias semanas de imobilização após a fixação com placa volar mostram que iniciar o movimento precocemente pode melhorar o movimento a curto prazo, a força de preensão e o conforto, sem comprometer a posição da fratura [1][2]. Ao mesmo tempo, ensaios clínicos que compararam o início do movimento do punho por volta de duas semanas com o início por volta de seis semanas encontraram resultados semelhantes entre os dois grupos aos três a seis meses [3], portanto, embora haja um benefício inicial, não há necessidade de pressa, e a progressão constante descrita abaixo é bem fundamentada. A consolidação óssea segue seu próprio cronograma, independentemente da sensação do punho, razão pela qual as precauções posteriores (sem apoio de peso, levantamento de cargas pesadas ou esportes de contato até 12 semanas após a fratura) são mantidas mesmo quando o movimento se torna confortável.

Precauções e limitações

O uso funcional leve da sua mão é incentivado para tarefas diárias, como cuidados pessoais, alimentação, vestir-se, escrever e digitar.

É importante evitar levantar pesos, agarrar, suportar peso e impactos durante até 8 semanas após a sua cirurgia. O fortalecimento suave é introduzido gradualmente a partir da semana 4, começando com exercícios leves dos dedos e exercícios isométricos do punho, sendo progressivamente intensificado com cuidado para não comprometer essa proteção inicial.

Estes são os exercícios do seu folheto informativo, para recuperar a mobilidade dos dedos, punho e antebraço. Se estiver usando uma tala, remova-a para realizar os exercícios. Inicie-os conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta.

Seus exercícios

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico acelerado para uma fratura do rádio distal tratada com redução aberta e fixação interna com placa volar. Esta seção deve ser fornecida ao seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão, e cada fase abaixo começa com uma explicação em linguagem simples do que está acontecendo.

Dias 1–4 após a sua cirurgia

Nos primeiros dias, o foco é proteger a fixação, reduzir o inchaço e manter os dedos, o pulso, o antebraço, o cotovelo e o ombro em movimento. A sua bandagem cirúrgica permanece no lugar até ao dia 3, altura em que é reduzida e a ferida é reaparelhada. Mantenha a mão elevada quando estiver em repouso, utilize-a para tarefas diárias leves (menos de 1–2 kg) dentro dos limites de conforto e evite suportar peso através do braço, agarrar com força ou levantar objetos. Uma tala não é rotineiramente necessária, mas pode ser providenciada se estiver a regressar ao trabalho ou se o pulso estiver mais doloroso.

Para o seu fisioterapeuta:

Antes do tratamento, verifique os raios X do paciente, o relatório da operação e o histórico médico (PMHx), e entre em contacto com o cirurgião tratante relativamente à estabilidade da fixação da fratura e ao provável prognóstico.

Educação e precauções

- Evite suportar peso através do braço, agarrar com força ou levantar objetos
- Incentive a utilização da mão afetada para atividades da vida diária (AVD) leves (menos de 1–2 kg) dentro dos limites de dor e dos padrões normais de movimento

Gestão

- Tala: não é necessária, mas pode ser utilizada se o paciente estiver a regressar ao trabalho ou na presença de dor aumentada; considere uma tala termoplástica ou um suporte pronto a usar
- Ferida: as bandagens/cobertura cirúrgica devem permanecer intactas até ao dia 3; reduzir o volume da bandagem e reaparelhar a ferida a partir do dia 3 pós-operatório; educação relativa à gestão da ferida
- Edema: fornecer educação relativa à elevação; fornecer terapia de compressão e massagem retrógrada conforme necessário
- Exercícios: fornecer exercícios ativos em seis pacotes para manter a amplitude de movimento (ROM) dos dedos; fornecer exercícios ativos de amplitude de movimento do pulso, antebraço e dedos; incentivar a amplitude de movimento ativa regular do cotovelo e do ombro

Semana 2–4 após a sua cirurgia

Os pontos são removidos entre o 10.^o e o 14.^o dia, e a massagem da cicatriz inicia-se assim que a ferida tenha cicatrizado suficientemente. O programa de exercícios continua (os exercícios do “pacote de seis” cessam assim que os dedos recuperam o movimento completo) e começa o fortalecimento suave do pulso através de ativação muscular (isométrico). Durante esta fase, o pulso deve continuar a mover-se apenas sob o poder muscular: ninguém, incluindo o próprio doente, deve empurrar ou alongá-lo passivamente, uma vez que a fratura ainda está em processo de consolidação. Continue a evitar a carga de peso, a apreensão forte e o levantamento de pesos; são incentivadas tarefas diárias ligeiras com menos de 1–2 kg. Não deve conduzir enquanto o pulso estiver em tala; a condução retoma assim que sair da tala, conforme confirmado na sua consulta de seguimento.

Para o seu fisioterapeuta:

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Avaliações

- Avaliações autorrelatadas: Avaliação do Pulso Relatada pelo Doente (PRWE), Incapacidades do Braço, Ombro e Mão (DASH)
- Medidas circunferenciais do edema
- Escala visual analógica da dor (VAS) ou escala de classificação numérica
- Medidas de goniometria da amplitude de movimento ativa (AMA): mão, pulso
- Revisão subjetiva, incluindo a adesão do doente ao regime, a utilização funcional da mão nas tarefas de AVD e problemas/preocupações

Educação e precauções

- Evitar a carga de peso através do braço, prensão forte ou levantamento de pesos
- Sem movimento passivo do pulso
- Incentivar a utilização da mão afetada para tarefas ligeiras de AVD (menos de 1–2 kg) dentro dos limites da dor e dos padrões de movimento normais
- Não conduzir enquanto estiver em tala; a condução retoma assim que sair da tala, confirmado na consulta de seguimento

Gestão

- Ferida/cicatriz: remoção dos pontos entre o 10.º e o 14.º dia; iniciar a gestão da cicatriz conforme apropriado, dependendo do progresso da cicatrização
- Edema: considerar o uso de bandagem compressiva, massagem retrógrada, mobilização manual do edema (MEM), banhos contrastantes e/ou elevação, se necessário
- Exercícios: cessar os exercícios ativos do “pacote de seis” assim que a amplitude completa dos dedos seja alcançada; considerar exercícios passivos dos dedos e do polegar, incluindo place/hold (colocar/manter), se a amplitude de movimento ativa não estiver completa na mão; continuar os exercícios de amplitude de movimento ativa do pulso; incentivar a amplitude de movimento ativa regular do cotovelo e do ombro; iniciar o fortalecimento isométrico do pulso

Resolução de problemas

- Monitorizar sinais de infeção da ferida, alterações sensoriais na mão ou sinais precoces de síndrome dolorosa regional complexa (SDRC)
- Identificar padrões de movimento aberrantes e intervir conforme necessário

Semana 4–6 após a sua cirurgia

O fortalecimento começa de forma suave nesta fase: fortalecimento dos dedos com baixa resistência a partir da semana 4, enquanto o trabalho isométrico do punho continua e é gradualmente intensificado. Se a radiografia for satisfatória e a fixação for estável, alongamentos passivos suaves do punho (em que o punho é movido com

ajuda da outra mão ou do fisioterapeuta) podem ser iniciados entre as 4 e as 6 semanas. Restaurar o movimento continua a ter prioridade em relação ao ganho de força. Continue a evitar a carga de peso através do braço e o levantamento de pesos pesados, enquanto continua a utilizar a mão para tarefas diárias leves.

Para o seu fisioterapeuta:

Avaliações

- Medidas circunferenciais do edema
- Escala visual analógica da dor ou escala de classificação numérica
- Medidas de goniometria do ROM ativo e qualidade dos padrões de movimento
- Revisão subjetiva, incluindo a adesão do paciente ao regime, o uso funcional da mão nas tarefas de AVD e problemas/preocupações
- Força de prensão utilizando dinamômetro (3 tentativas em cada membro)

Educação e precauções

- Evitar a carga de peso através do braço ou o levantamento de pesos pesados
- Incentivar o uso da mão afetada para tarefas de AVD leves (menos de 1–2 kg) dentro dos limites da dor e dos padrões de movimento normais

Gestão

- Cicatriz: continuar a gestão da cicatriz conforme necessário
- Edema: continuar a terapia de compressão, massagem retrógrada, MEM e elevação conforme necessário; interromper o banho contrastante
- Exercícios: continuar os exercícios passivos dos dedos e do polegar se o ROM não estiver completo; continuar os exercícios de ROM ativo do punho; iniciar exercícios de fortalecimento dos dedos com baixa resistência na semana 4; iniciar exercícios passivos suaves do punho entre as 4 e as 6 semanas se a ORIF estiver estável e a radiografia for satisfatória; incentivar o ROM regular do cotovelo e do ombro; continuar/intensificar os exercícios de fortalecimento isométrico do punho

Resolução de problemas

- Avaliar sinais de SDRCC e dor no ombro
- Considerar o volume de exercícios no programa doméstico e priorizar o ROM em relação à força
- Se o ROM do punho estiver significativamente limitado, considerar o início de exercícios passivos suaves de amplitude de movimento (PROM) do punho dentro de 4/10 na EVA, com aprovação do cirurgião

Semana 6–8 após a sua cirurgia

Esta fase inicia um retorno gradual à atividade plena ao longo das próximas 3 semanas. O fortalecimento do pulso avança para pesos leves (0,5–1,0 kg) ou theraband de baixa resistência, e a resistência para o

fortalecimento dos dedos aumenta. Dois limites rígidos permanecem: sem apoio de peso, levantamento de cargas pesadas ou desportos de contato até 12 semanas após a fratura. O seu terapeuta considerará a sua alta quando tiver amplitude de movimento completa e um retorno adequado da função.

Para o seu fisioterapeuta:

Avaliações

- Medidas circunferenciais do edema, conforme necessário
- Escala visual analógica de dor ou escala de classificação numérica
- Medidas de goniometria da ADM ativa
- Força de preensão
- Revisão subjetiva

Educação e precauções

- Retorno gradual à atividade plena ao longo das próximas 3 semanas
- Evitar apoio de peso, levantamento de cargas pesadas e desportos de contato até 12 semanas pós-fratura

Gestão

- Cicatriz: continuar a gestão da cicatriz, conforme necessário
- Edema: continuar a gestão do edema, conforme necessário
- Exercícios: continuar os exercícios passivos dos dedos e do polegar se a ADM não estiver completa; continuar os exercícios de ADM ativa e passiva do pulso, se necessário; aumentar a resistência nos exercícios de fortalecimento dos dedos; iniciar exercícios de fortalecimento do pulso com o uso de pesos de 0,5–1,0 kg ou theraband de baixa resistência; aumentar os pesos e a resistência utilizados no programa de fortalecimento do pulso, conforme tolerado

Resolução de problemas

- Considerar/iniciar imobilização seriada progressiva noturna, luva tipo “boxing glove” ou imobilização dinâmica, se houver melhoria lenta da ADM
- Monitorizar quaisquer sinais de instabilidade do pulso e tratar conforme apropriado
- Considerar a alta quando a ADM completa e o retorno adequado da função estiverem presentes
- Considerar a remissão ao médico tratante se a condição estagnar e/ou houver um resultado desfavorável

Este protocolo foi elaborado em associação com Sarah Farrell, BOccThy AHT, e Kristy Gerlach, BOccThy AHT.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica; consulte [o manejo da dor pós-operatória](#), [o cuidado com a ferida](#) e [os fundamentos da terapia da mão](#). Para informações sobre o procedimento

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

cirúrgico e a lesão que ele trata, consulte [a fixação da extremidade distal do rádio \(ORIF\)](#) e [a fratura da extremidade distal do rádio](#). O plano em fases acima está de acordo com as evidências publicadas sobre a reabilitação após a fixação com placa volar bloqueada, e sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão, de acordo com a evolução do seu pulso.

Referências

- [1] Quadlbauer S, Pezzei C, Jurkowitsch J, et al. Mobilização imediata de fraturas da extremidade distal do rádio estabilizadas com placa de bloqueio volar resulta em melhor desfecho a curto prazo do que imobilização por cinco semanas: um ensaio randomizado prospectivo. Arch Orthop Trauma Surg. 2022;142(5):1–11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34852677/> [2] Gutiérrez-Espinoza H, Araya-Quintanilla F, Olguín-Huerta C, et al. Eficácia da mobilização precoce versus tardia em pacientes com fratura da extremidade distal do rádio tratados com placa de bloqueio volar: uma revisão sistemática e meta-análise. Hand Surg Rehabil. 2020;39(4):261–271. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468122920302231> [3] Lozano-Calderón SA, Souer S, Mudgal C, Jupiter JB, Ring D. Mobilização do punho após fixação com placa volar de fraturas da parte distal do rádio. J Bone Joint Surg Am. 2008;90(6):1297–1304. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18519324/> [4] Miller LK, Jerosch-Herold C, Shepstone L. Eficácia das técnicas de manejo do edema para edema subagudo da mão: uma revisão sistemática. J Hand Ther. 2017;30(4):432–446. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28807598/>