



50 HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO HCFMRP

AULA: AVALIAÇÃO DO PUNHO E DA MÃO

1. HISTÓRIA CLÍNICA

ANAMNESE

- Idade, dominância, ocupação, lazer,
- Data do trauma / tempo, motivo, tratamentos prévios, cirurgias,
- Questionários de Auto-Relato.

2. EXAME FÍSICO

2.1 INSPEÇÃO/PALPAÇÃO

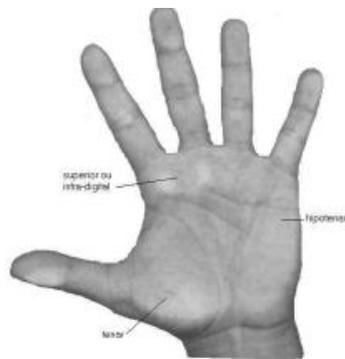
- Posição de repouso do punho e mão: punho leve extensão, ligeira inclinação ulnar discreta flexão dedos, polegar em abdução, em oposição às MF e IF.





-Pregas
palmares:
distal,

proximal e média.

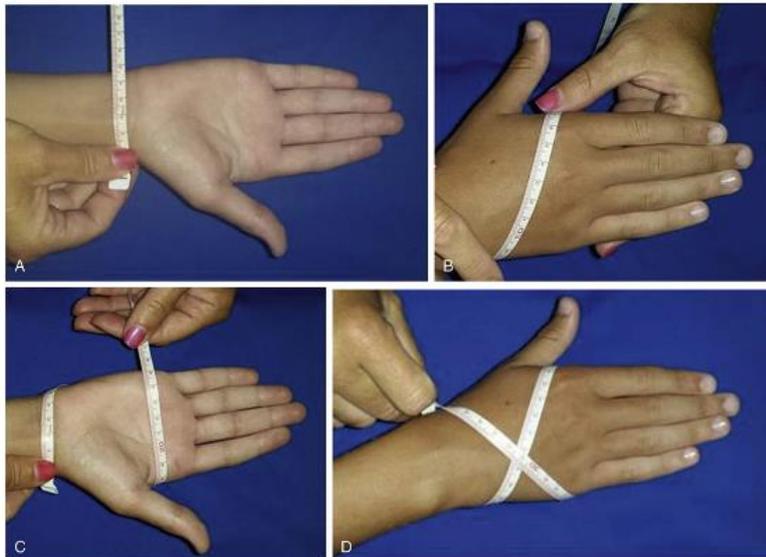


- Palpações musculares
- Cicatrizes (aderências)

2.2 AVALIAÇÃO DO EDEMA (PERIMETRIA)

Figura em oito: Para que o terapeuta realize esse método o paciente permanece sentado, com o antebraço sobre uma mesa de avaliação. O punho deve permanecer em posição neutra de flexão/extensão e desior radial/ulnar, com os dedos aduzidos. O ponto de partida é o processo estilóide do rádio. Assim o início da fita métrica é alinhada a esse ponto; o examinador passa a fita métrica por toda região ventral do punho até o processo estilóide da ulna. A fita é então levada diagonalmente pelo dorso da mão até a 2ª MCF e percorre toda a região ventral até o 5ª MCF. Novamente a fita é levada diagonalmente pelo dorso da mão, só que agora até o ponto de partida (Pellecchia, 2003).

Medida



circunferencial: utiliza-se uma fita métrica. Utilizada para medir edema mais localizado, e, para que seja uma medida confiável e passível de reavaliações periódicas, devem-se utilizar pontos anatômicos como referências. (p. ex. articulações MCF, 5 cm acima do processo estilóide da ulna, etc.).



3. TESTES DE FORÇA MUSCULAR

a) **Flexores profundos dos dedos:** paciente sentado, com o antebraço sobre a maca. O teste é realizado com o terapeuta resistindo à flexão da falange distal, enquanto a IFP é bloqueada em extensão.

b) **Flexores superficiais dos dedos:** paciente sentado, são testados bloqueando-se os dedos em extensão completa de modo a eliminar a ação dos flexores profundos. Em seguida solicita-se e permite-se a flexão apenas do dedo que está sendo testado.

c) **Flexor longo do polegar:** bloqueia-se a articulação MCF do polegar solicitando a flexão da IF.

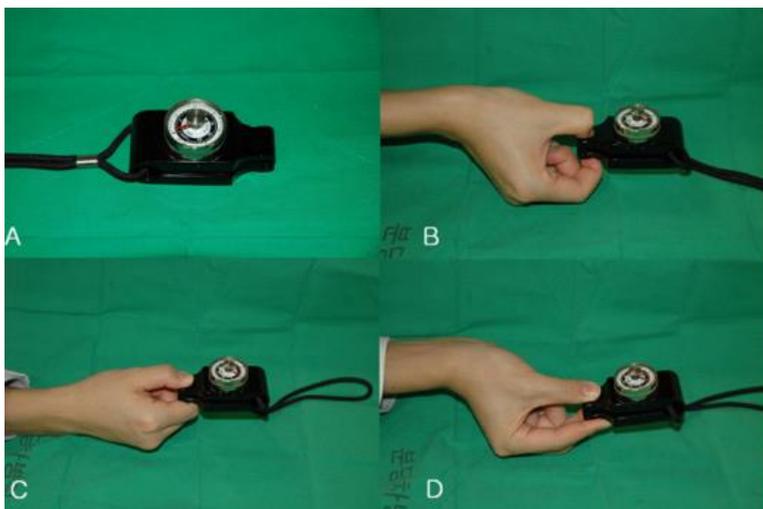
d) **Extensores comum dos dedos:** Solicita-se ao paciente que faça a extensão das MTCF ao mesmo tempo que mantém as IFs em flexão, estando o punho em extensão.

f) **Lumbricais:** solicita-se a flexão das MCFs com extensão das IFs (intrínseco plus) solicita-se que o paciente segure um papel, ou realiza-se resistência contra a face palmar das falanges proximais, na direção da extensão das MCF.

e) **Interósseos dorsais e palmares:** paciente sentado, com a palma da mão apoiada na maca, solicita-se abdução do dedo para os dorsais e adução para os palmares, estando os dedos adjacentes fixados e estabilizados pelo examinador.

3.1 – AVALIAR PINÇA E PREENSÃO (DINAMOMETRIA)

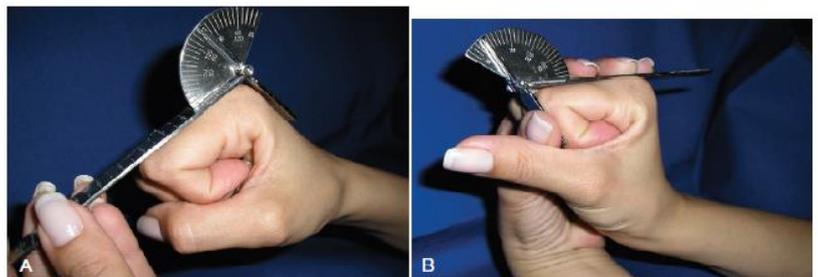
- Força de preensão : Dinamômetro JAMAR
- Pincas polpa-polpa, trípole e lateral: Dinamômetro Pinch gauge

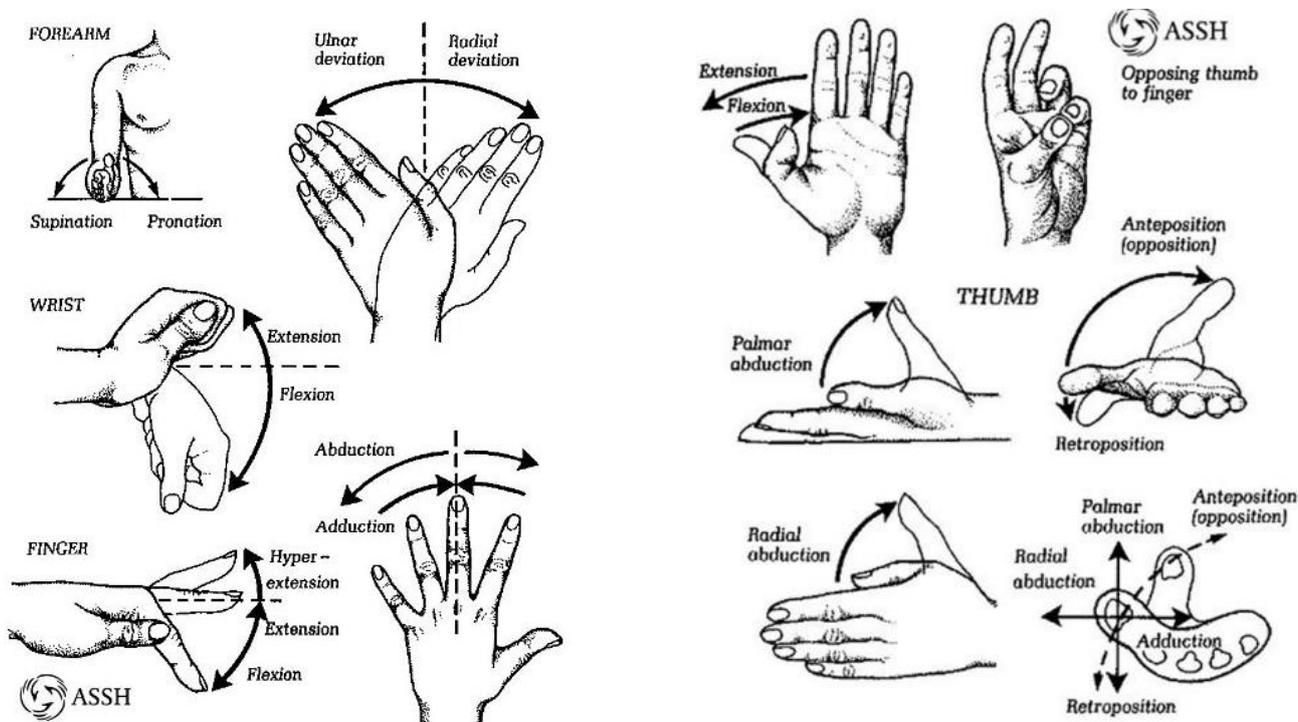


4. AMPLITUDE DE MOVIMENTO

Goniometria

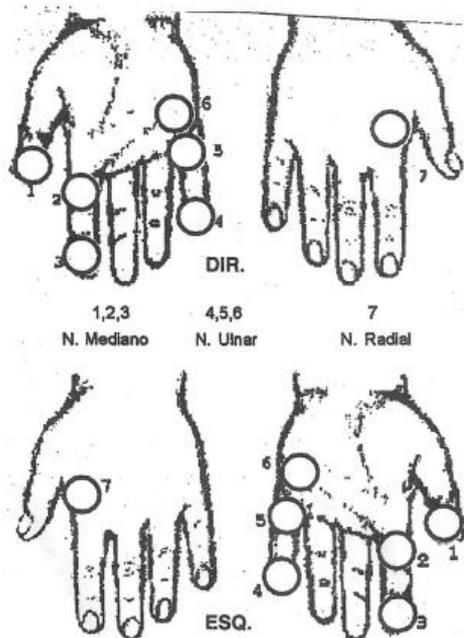
- Antebraço: pronação, supinação
- Punho: flexão, extensão, desvios radial e ulnar
- Dedos: flexão e extensão o MCF e IFS
- Abdução radial e palmar do polegar
- Distância polpa-palma





5. TESTE DE SENSIBILIDADE

ESTESIOMETRIA: A mão deve estar bem apoiada e, durante o teste, o paciente manterá os olhos fechados, devendo informar se sente o monofilamento. O filamento é aplicado perpendicularmente à pele e pressionado suavemente até se curvar (1,5 segundos). Os filamentos mais finos devem ser aplicados 3 vezes para conseguir o limiar requerido (verde e azul) e os demais apenas 1 vez. Inicia-se o teste com o monofilamento verde. Caso não o paciente não sinta o filamento seguinte é aplicado, e assim por diante, até que o paciente sinta.



A Primeira Resposta é ao Filamento da cor:

INTERPRETAÇÃO

Verde: (nominal: 0,05g)	Sensibilidade "Normal" para mão e pé
Azul: (nominal: 0,2g)	Sensibilidade diminuída na mão, com dificuldade quanto à discriminação fina. (dentro do "normal" para o pé)
Violeta: (nominal: 2,0g)	Sensibilidade protetora para a mão diminuída, permanecendo o suficiente para prevenir lesões. Dificuldades com a discriminação de forma e temperatura.
Vermelho Escuro: (nominal: 4,0g)	Perda de sensação protetora para a mão, e as vezes, para o pé. Vulnerável a lesões. Perda de discriminação quente/frio.
Laranja: (nominal: 10,0g)	Perda de sensação protetora para o pé, ainda podendo sentir pressão profunda e dor.
Vermelho magenta: (nominal: 300g)	Sensibilidade à pressão profunda, podendo ainda sentir dor.
Nenhuma:	Perda de sensibilidade à pressão profunda, normalmente não podendo sentir dor.

6. TRATAMENTO

MOBILIZAÇÃO ARTICULAR:

- **Radio-Ulnar Distal:** Terapeuta segura o rádio e a ulna, cada um com uma mão através de uma preensão entre a ponta do 2º ao 5º dedos, flexionados na face anterior de cada osso e polegar na face posterior. O cotovelo do paciente fica apoiado e flexionado a 90º. A mobilização é feita dissociando o rádio e a ulna em movimentos AP e PA, e pode ser feita em combinação com os movimentos de prono-supinação.



- **Rádio-Cárpica:** Deslizamento AP / PA: A mão cefálica do terapeuta estabiliza o punho distalmente, na altura do processo estilóide da ulna. A mão caudal segura o mais proximal possível nos ossos do carpo. Mantendo esta pegada e punho do paciente em pronação, a mobilização é feita movendo-se a mão caudal no sentido PA para ganho de flexão e AP para ganho de extensão.



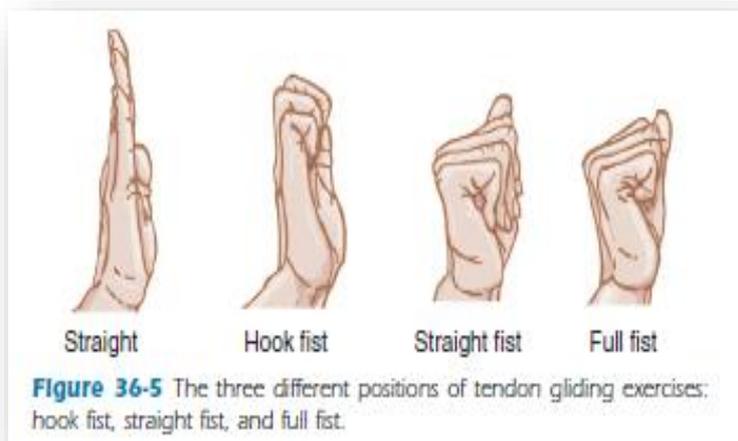
- **Rádio-Cárpica:** Deslizamento Medial / Lateral: Mantém-se o mesmo posicionamento da mobilização anterior. Agora direção da mobilização é feita no sentido medial e lateral para ganho dos desvios.
- **Metacarpofalangeana e Interfalangeanas:** Deslizamento AP / PA e Abdução / Adução. O terapeuta faz uma pinça em cada mão com a polpa de seu polegar e segundo dedo. O osso proximal é fixo enquanto o osso distal se move no sentido AP / PA ou contato com a falange é feito pelas suas faces lateral e medial, realizando o movimento deslizamento em abdução e adução.



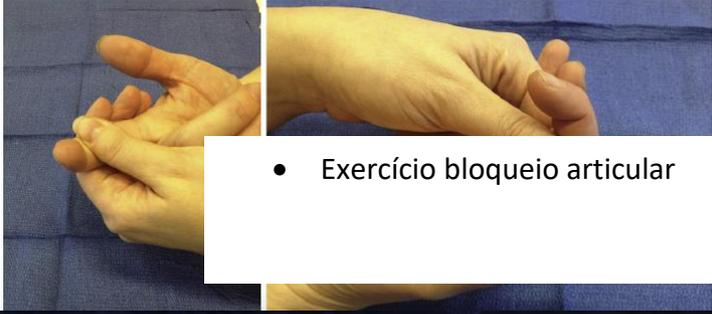
- **Mobilização Rádio-Cárpica em CCF:** Paciente em pé, com a mão apoiada na maca. Terapeuta posiciona ambas as mãos na base do punho do paciente em contato com os ossos do carpo, nesta posição realiza um deslizamento posterior dos ossos do carpo enquanto o paciente é orientado a deslocar o antebraço para frente. (Pode ser utilizado o cinto durante a mobilização).



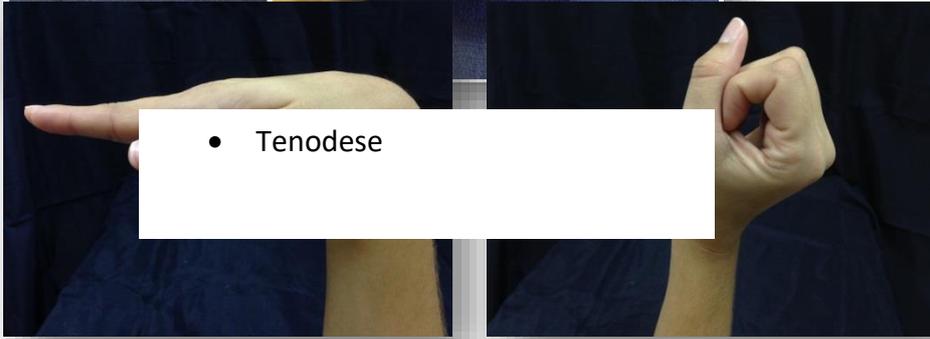
EXERCÍCIOS DESLIZAMENTO:



- Deslizamento tendinoso diferencial



- Exercício bloqueio articular



- Tenodese