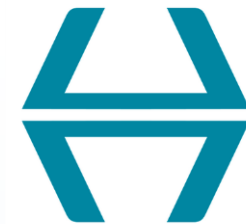




UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E CLÍNICA MÉDICA
PROGRAMA DE HANSENÍASE



CIRURGIA DE REABILITAÇÃO: ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO (HUCFF)

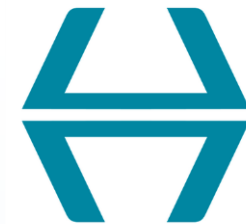
Catarina Mabel da Cunha Moreira

Silvana Teixeira de Miranda

Maria Dias Torres Kenedi



INTRODUÇÃO



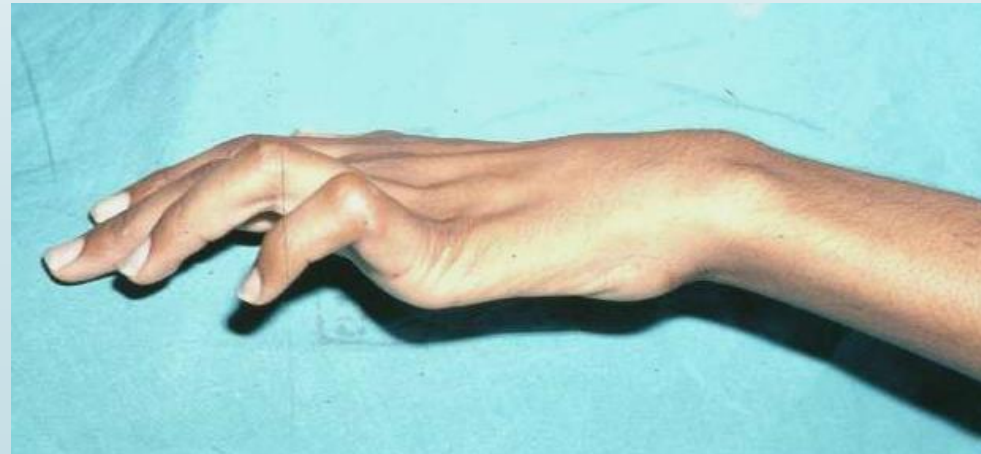
- ***Mycobacterium leprae* , 600 A.C.**
- **Em 1873 Gerhard Armauer Hansen, médico norueguês, descobriu o agente causador da infecção, *mycobacterium leprae* (M.L.) .**
- **Neuro dermatologica (*Nervos periféricos*)**
- **A Neurite, consequente à lesão nervosa, é a principal causa das deformidades incapacitantes da hanseníase.**
- **A garra ulnar-mediano nas mãos e equino nos pés são as principais deformidades a se instalar.**
(DUEKSON, F e VIRMOND, M, 1997).



INTRODUÇÃO

- *O atual critério de regularidade terapêutica para a alta por cura não leva em conta sequelas instaladas ou a ocorrência de episódios reacionais pós-alta. (RAMOS e SOUTO, 2010).*

INTRODUÇÃO



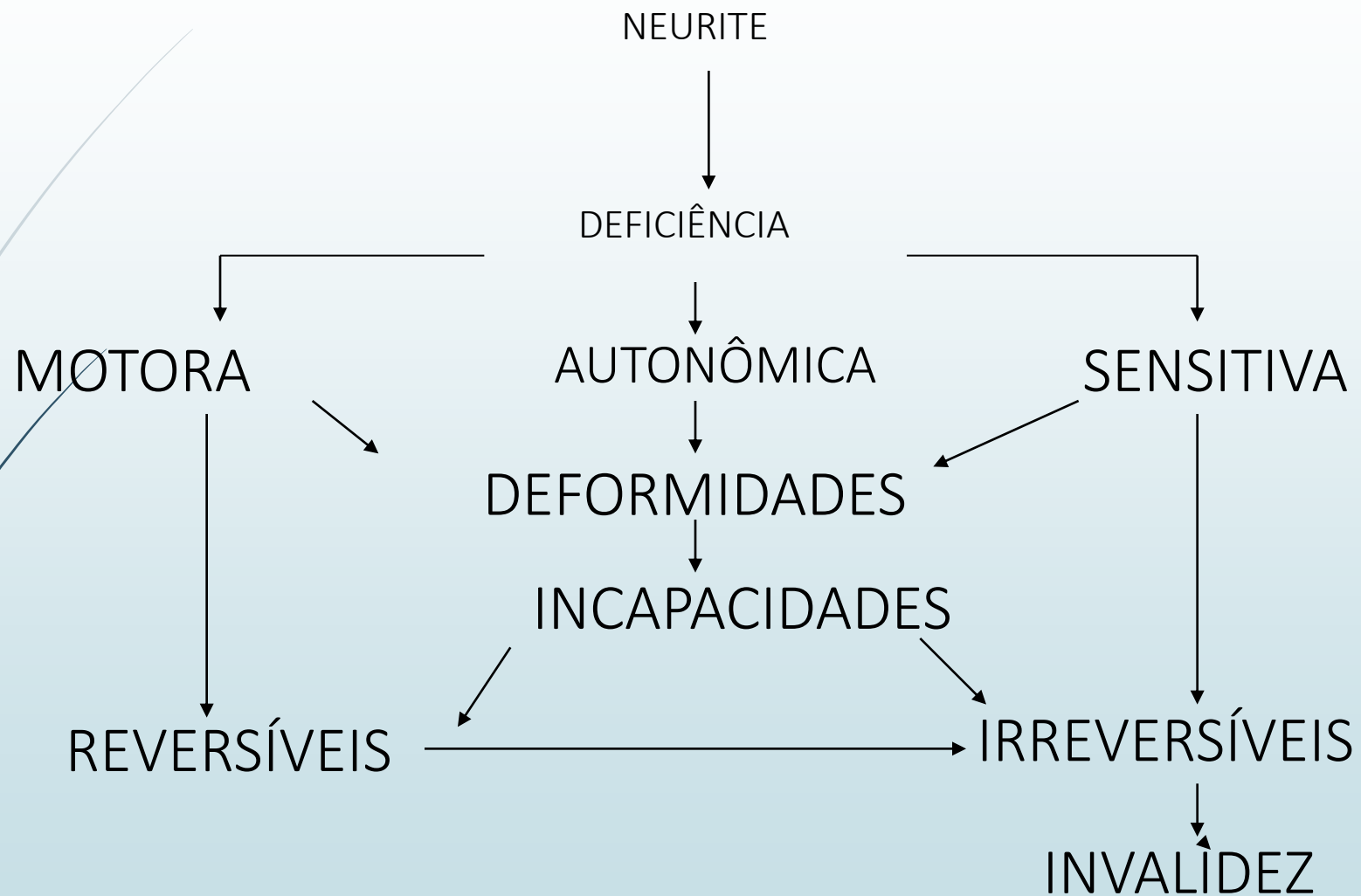
Pé caído



Garra de
artelhos



SEQUÊNCIA DE EVENTOS QUE CAUSAM INCAPACIDADES





HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO HUCFF UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO UFRJ



Hospital Referência para Cirurgias Preventivas e Reparadoras em Hanseníase

Como chegar

?

❖ Busca ativa nas ESF, UBS e PCR

- Durante Matriciamentos e
- Visitas as unidades,

❖ Encaminhamento com ficha de Referência e Contra referência por profissionais das ESF, UBS e PCR.





HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO HUCFF UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



UFRJ

Hospital Referência para Cirurgias Preventivas e Reparadoras em Hanseníase

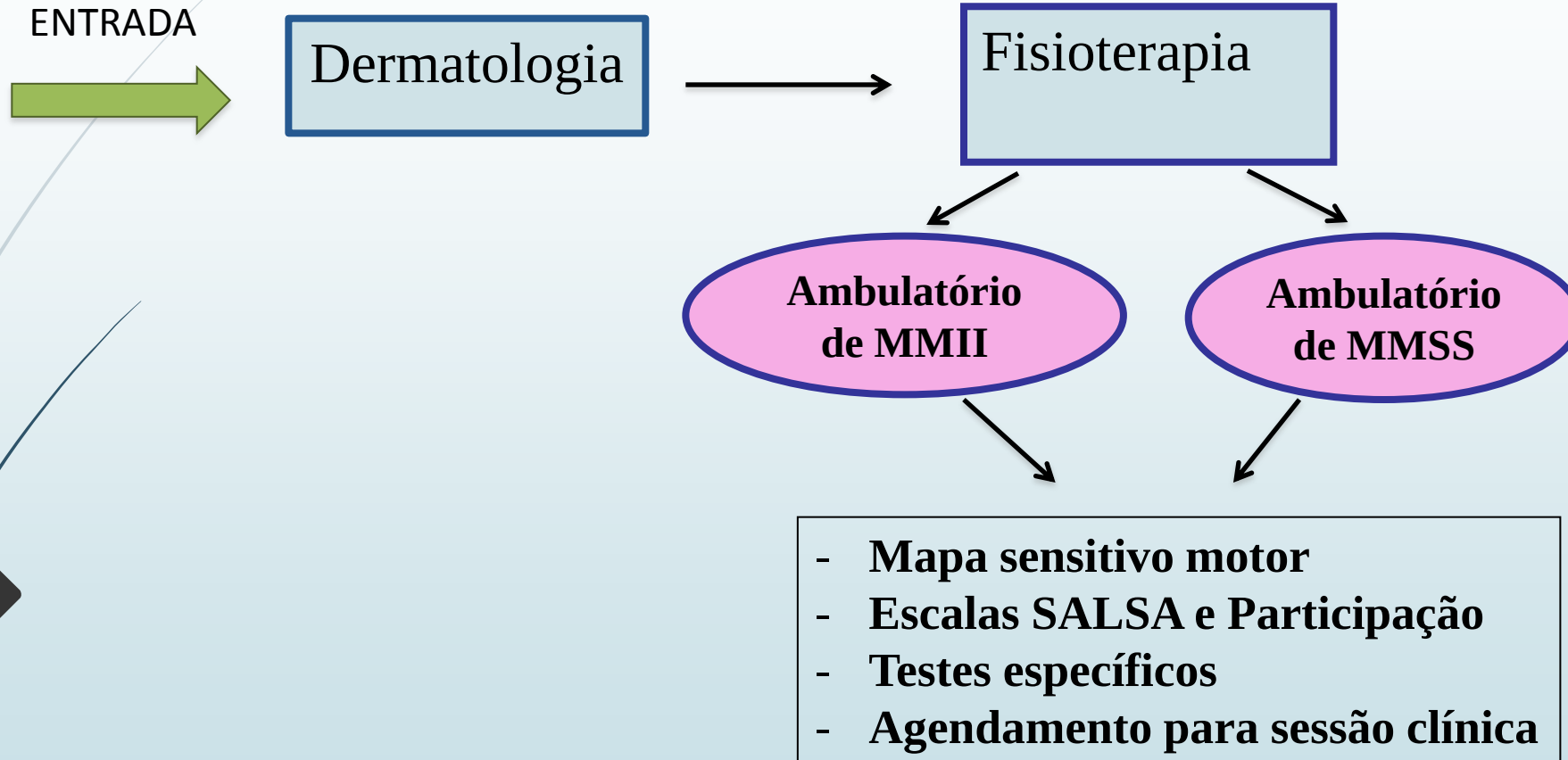
Quando e como indicar

?

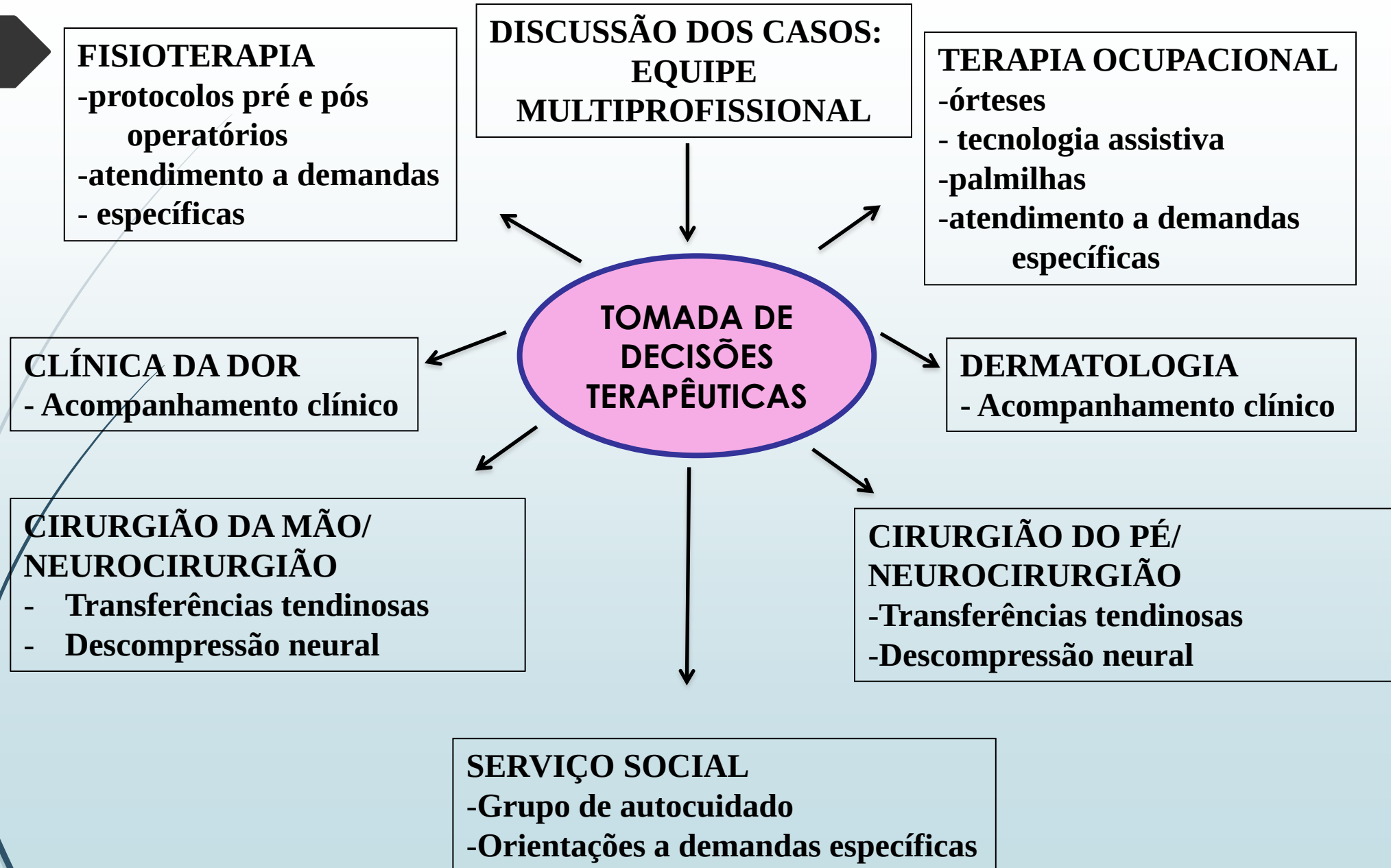


- ❖ Encaminhar os pacientes que se incluam nos critérios das indicações para cirurgias,
- ❖ Relatório de Encaminhamento descrevendo a História Clínica do paciente e objetivo(s) do encaminhamento,
- ❖ Cópia COLORIDA das avaliações sensitivo-motoras,
- ❖ 2^{as} feiras.

Fluxograma de pacientes encaminhados ao HUCFF



SESSÃO CLÍNICA





HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO HUCFF

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

UFRJ



Hospital Referência para Cirurgias Preventivas e Reparadoras em Hanseníase

**O que oferecemos além das cirurgias para os pacientes em
acompanhamento
?**



- ❖ Avaliações com exames complementares especializados, (Ultrassonografia, ENMG, RM, TMS, Baropodometria, Cinemetria (COPPE),
- ❖ Avaliações Físicas e Questionários de qualidade de vida,
- ❖ Confecção de órteses:
 - Dinâmicas e de Repouso,
 - Tecnologia assistiva,
 - Palmilhas.
- ❖ Empréstimo de muletas e cadeiras de rodas para pós-operatório imediato.



CIRURGIAS PREVENTIVAS NA HANSENÍASE

Descompressão neural (Neurolise)

O objetivo da cirurgia é:

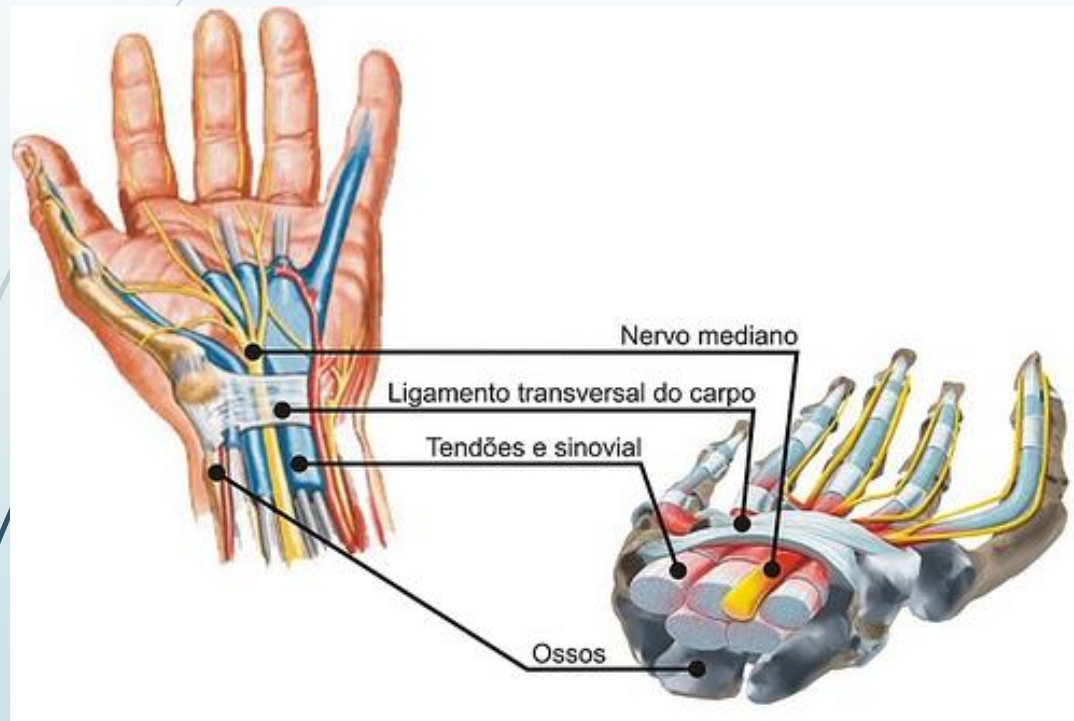
- ✓ Reduzir ou eliminar a compressão para abolir a dor e
- ✓ Melhorar a função neural (sensitiva e motora).

INDICAÇÃO DA DESCOMPRESSÃO NEURAL

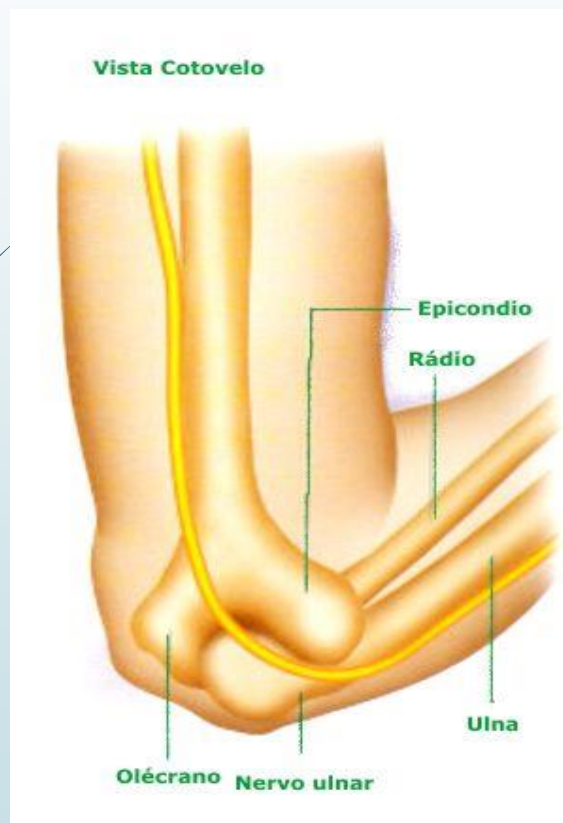
- ✓ Contra-indicação formal do uso de corticosteróide ,
- ✓ Abscesso de nervo,
- ✓ Paciente com neuropatia que não responde ao tratamento clínico em quatro semanas,
- ✓ Nervo ulnar subluxante - uma das causas da perpetuação do processo inflamatório neural .
- ✓ Paciente com neuropatia crônica com déficit neural tardio e dor - A fibrose crônica e maciça que envolve alguns nervos, particularmente o ulnar e o mediano, é um componente importante do estímulo de nocicepção.

Descompressão Neural (Neurolise)

Nervo mediano



Descompressão Neural (Neurolise) Nervo Ulnar



FISIOTERAPIA NO PÓS-OPERATÓRIO DA DESCOMPRESSÃO NEURAL (NEUROLISE)

OBJETIVO:

- ✓ Promover a recuperação funcional do segmento operado

ALERTA

- ✓ Realizar os exames sensitivo e motor periódicos.

Nos primeiros seis meses, recomenda-se a realização mensal desses exames, passando a semestral e, posteriormente, a anual.

Avaliar possíveis situações nas atividades da vida cotidiana que possam comprometer a função neural

Realizar **orientação para modificar e/ou adaptar a forma de executar tais atividades.**

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS EM DESCOMPRESSÃO NEURAL

- ✓ Repouso - Imobilização,
 - Nas Neurolises de Ulnar e Mediano - 2 semanas de imobilização com ataduras e uso de tipoia
 - Nas Neurolises de Fibular e Tibial – 3 semanas de imobilização com tala gessada e uso de muletas
- ✓ Elevação da extremidade operada,
- ✓ Recursos de analgésicos (TENS),
- ✓ Recursos antiflogísticos (LASER).

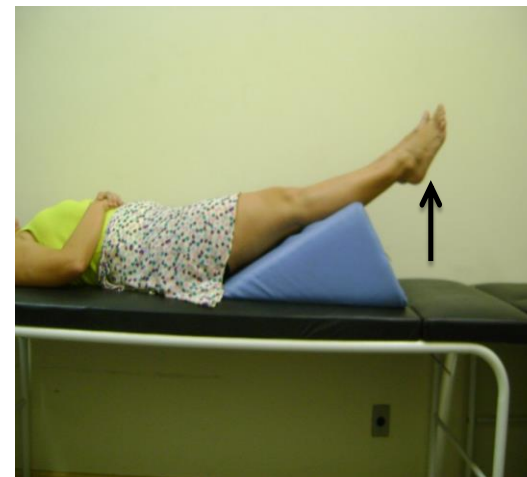
Recomenda-se o uso de corticosteróide de acordo com o protocolo de tratamento para neurite preconizado pelo MS

Em intervalos de 2 em 2 horas
posicionar o braço operado em 90°
de flexão do ombro, e flexão do
cotovelo em 50° - Por 10 minutos.



O braço
operado
deverá
estar
apoiado em
travesseiros
ou
almofadas.

Em intervalos de 2 em 2 horas posicionar a
perna operada elevada - Por 10 minutos.
Você deverá estar deitado de barriga para cima



A perna operado
deverá estar
apoiado em
travesseiros ou
almofadas.

Manter o braço operado em uma tipoia –
110° -120°



Manter a perna operado sem apoio.
(Usar muletas)

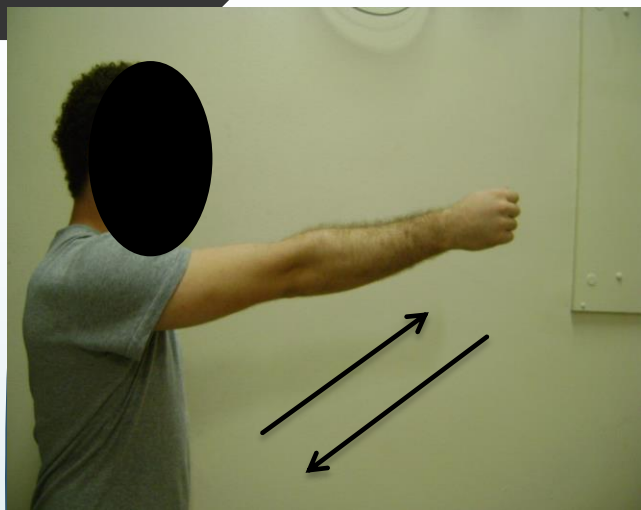


FISIOTERAPIA NO PÓS-OPERATÓRIO DA DESCOMPRESSÃO NEURAL (NEUROLISE)

PROTOCOLO:

- **Iniciar no 1ª dia de pós-operatório**
- **Duração da imobilização –**
 - Nas Neurolises de Ulnar e Mediano - 2 semanas de imobilização com ataduras e uso de tipoia
 - Nas Neurolises de Fibular e Tibial – 3 semanas de imobilização com tala gessada e uso de muletas
 - **1º e 2º semanas repouso - Usar tala e deambular com auxílio de muletas, sem apoiar o Membro Inferior operado,**
 - **3º semana manter o uso da tala retirando somente para os exercícios, iniciar ortostatismo e progredir para marcha livre, mantendo o uso da tala noturna até o fim da quarta semana.**
- 1. **Não realizar movimentos nas articulações onde foram realizadas as intervenções cirúrgicas**
- **Duração do protocolo 4 a 5 semanas**
- **Prorrogar o tratamento em caso de**
 - **Dor**
 - **Aderências cicatriciais**
 - **Edema residual**

Flexão do braço (levantar o braço para a frente) – Realizar 3 séries de 10 repetições



Abdução do braço (Abrir o braço para o lado) – Realizar 3 séries de 10 repetições



Rotação Interna e Externa do braço (levar a mão para dentro e para fora) – Realizar 3 séries de 10 repetições

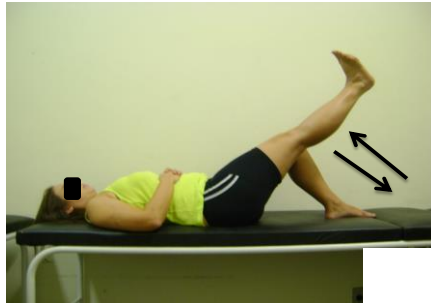


Flexão e Extensão do cotovelo (dobrar e esticar o cotovelo)
Realizar 3 séries de 10 repetições

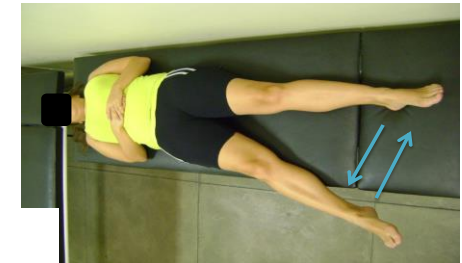


CUIDADO:
Realizar após 2
semanas de Pós-op

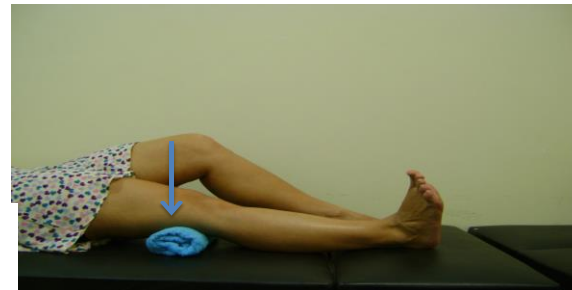
Flexão da perna(levantar a perna para cima) –
Realizar 3 séries de 10 repetições



Abdução da perna(Abrir a perna para o lado) –
Realizar 3 séries de 10 repetições



Extensão do joelho (com um rolinho de toalha em baixo do joelho,tentar esticar o joelho) –
Realizar 3 séries de 10 repetições



Com um rolinho de toalha em baixo do joelho,tentar esticar o joelho

Em intervalos de 2 em 2 horas posicionar a perna operada elevada - Por 10 minutos. Você deverá estar deitado de barriga para cima



A perna operado deverá estar apoiado em travesseiros ou almofadas.

Manter a perna operado sem apoio.
(Usar muletas)



CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS EM DESCOMPRESSÃO NEURAL

ATENÇÃO:

Os objetivos maiores da descompressão neural são preservar a função neural e aliviar a dor.

A melhor forma de avaliar os resultados deste tratamento é pelo monitoramento da dor (presente ou ausente) ,

Quantificação da sensibilidade e

Quantificação da força muscular.

**O ALÍVIO DA DOR, NÃO SIGNIFICA
A MELHORA DAS FUNÇÕES SENSITIVA E MOTORA.**



Cirurgias reparadoras na Hanseníase

- ✓ Garra ulnar
- ✓ Garra ulnar/mediano,
- ✓ Pé caído e
- ✓ Garra de artelhos.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA TODAS AS CIRURGIAS DE CORREÇÃO DE DEFORMIDADES

- Estar em estado reacional da doença;
- Fazer uso de medicação anti-reacional;
- Apresentar úlcera cutânea;
- Possuir garra rígida de 4º e 5º quirodactilos;
- Relatar um suporte social frágil, que impossibilite auxiliar nas limitações físicas do período de pós-operatório;
- Ter déficit de cognição informado no prontuário, que impossibilite a adesão ao protocolo pós-operatório;



TRANPOSIÇÃO TENDINOSA

- ❖ A cirurgia reparadora da garra ulnar, realizada através da transferência tendinosa, é eleita quando o dano neural é avaliado como irreversível e tem como objetivos:
- Melhorar a função preensora,
 - Prevenir a evolução das deformidades,
 - Restabelecer o equilíbrio entre as forças deformadoras aumentando a área de apoio palmar,
 - Melhorar a estética e
 - Favorecer a integração social (MS, Brasil, 2008).

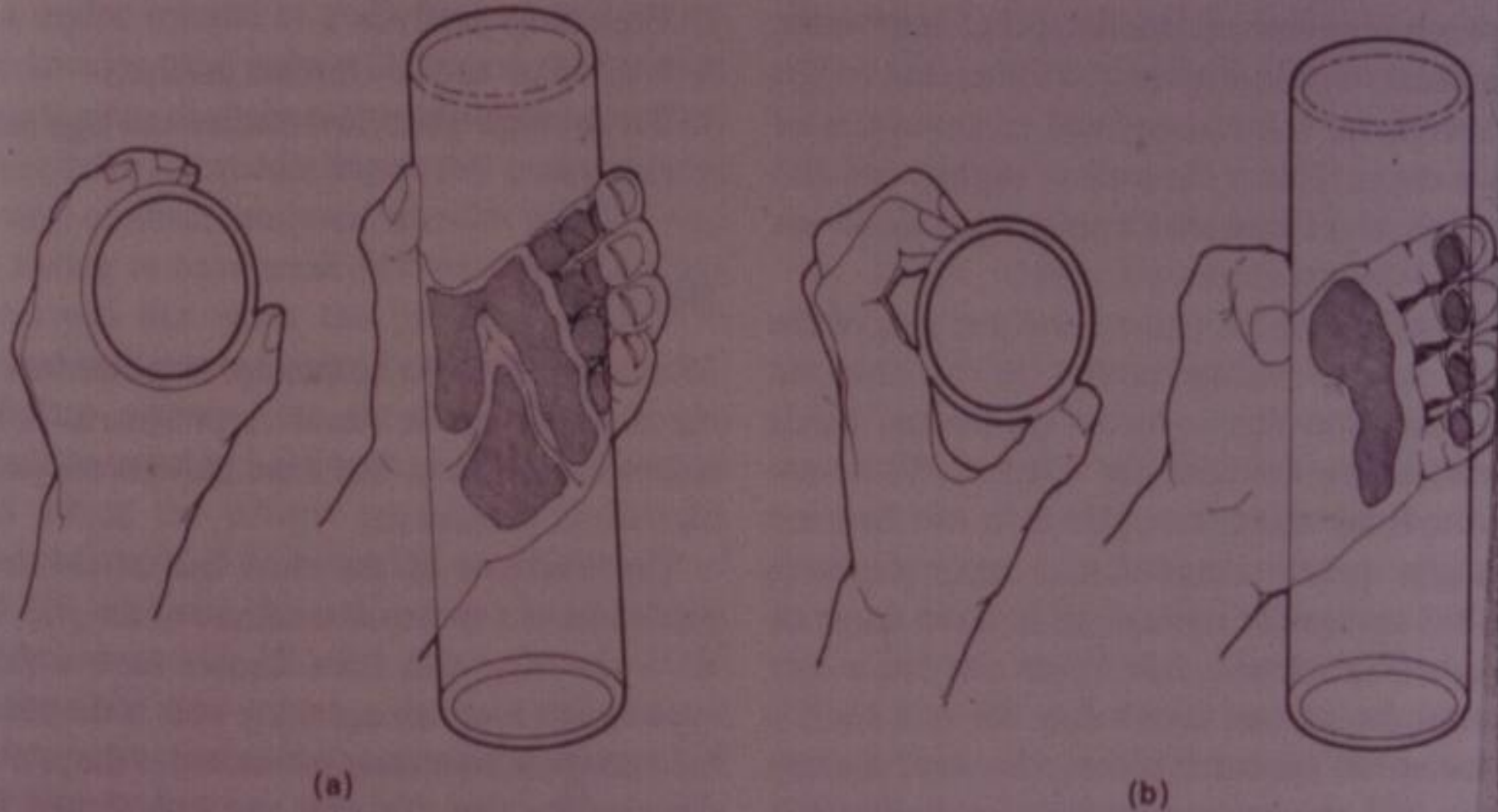


Fig. 7.10 (a) A normal hand, grasping a transparent cylinder, will show a large contact area with moderate blanching of the skin. (b) A hand with intrinsic muscle paralysis, will use very much smaller area of skin, and it will be dead white from intense pressure.



CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO:

- Ter concluído a PQT no mínimo há 12 meses;
- Ter lesão do nervo ULNAR e ou MEDIANO;
- Possuir garra móvel de 4º e 5º quirodáctilo;
- Ter uma boa força muscular do FSD (Músculo Flexor Superficial dos dedos) do 3º quirodáctilo;



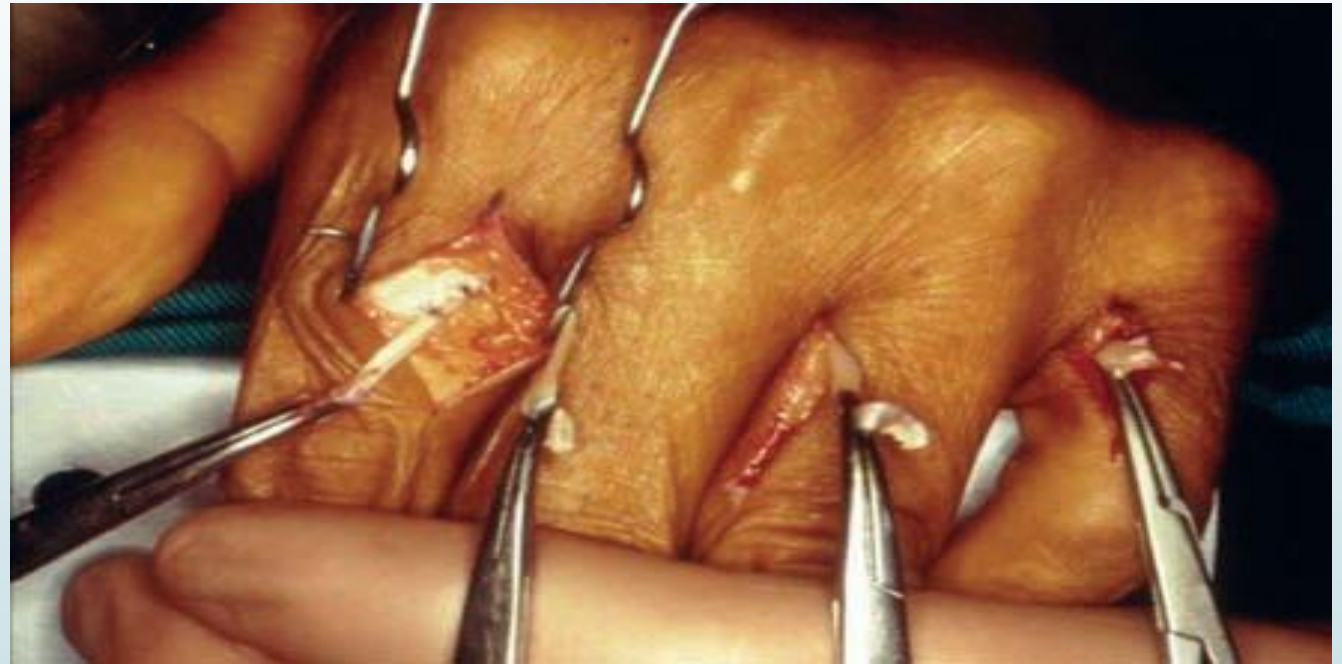
TRANPOSIÇÃO TENDINOSA

O HUCFF segue as orientações do MS, onde as técnicas cirúrgicas mais utilizadas são:

Técnica de laço de Zancolli:



Técnica de Brand :





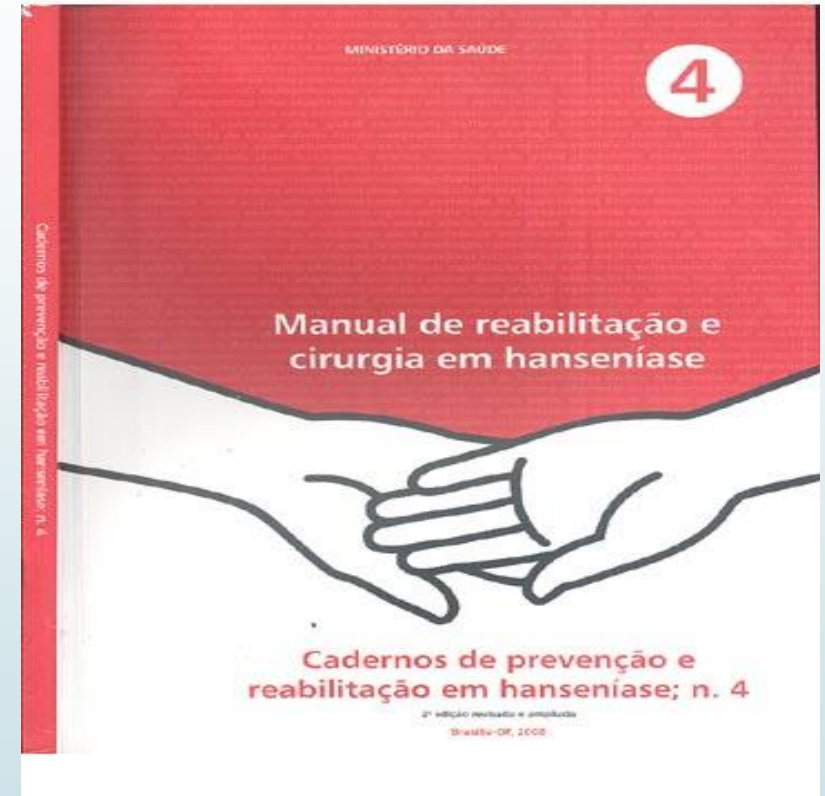
PROTOCOLOS do Ministério da Saúde para CR na Hanseníase:

AVALIAÇÃO:

- Avaliação da Amplitude Articular (Goniometria)
- Avaliação da Força Muscular (Teste Muscular Manual)
- Avaliação quantitativa da sensibilidade da mão (filamentos de Semmes-Weinstein).

ORIENTAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- Pré e pós-operatório (1ª - 8ª semana).



(MS Brasil, 2008)



INTRODUÇÃO

A Randomized Clinical Trial Comparing Immediate Active Motion With Immobilization After Tendon Transfer for Claw Deformity

Santosh Rath, MS, Ruud W. Selles, PhD, Ton A. R. Schreuders, PhD, Henk J. Stam, MD, PhD,

Steven E. R. Hovius, MD, PhD

JHS _Vol 34 A, March 2009



AVALIAÇÕES:

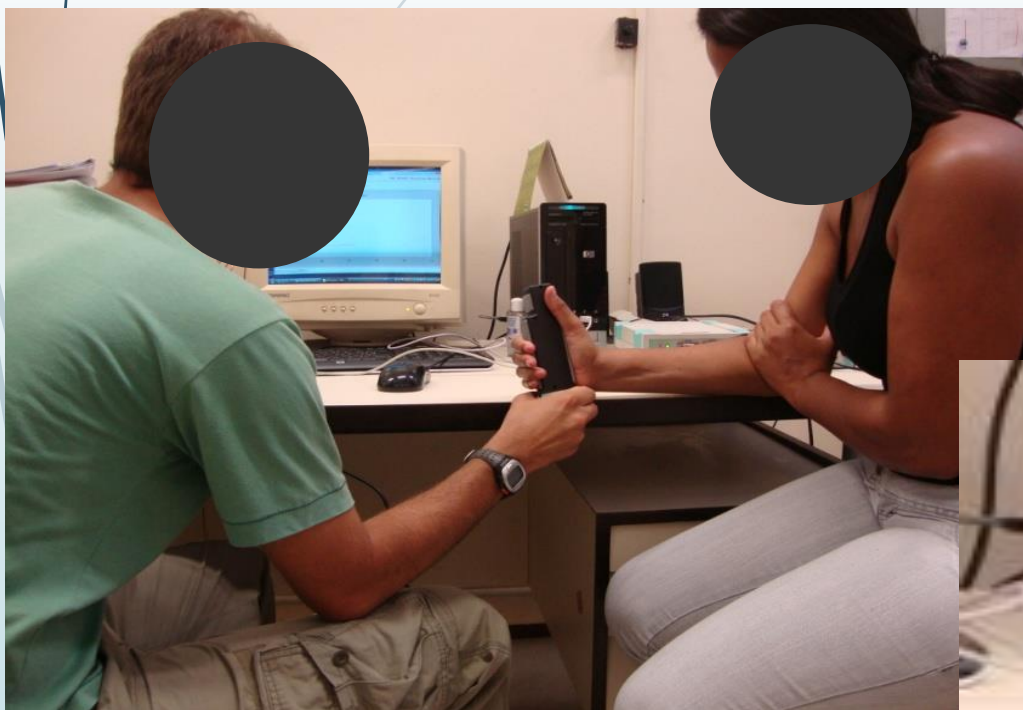
As avaliações são divididas em Avaliações Estruturais e Avaliações de Atividade e Participação, de acordo com a CIF(Classificação Internacional da Funcionalidade).



AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

❖ AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

❖ DINAMOMETRIA DIGITAL



❖ TESTE DE LOVETT

(TESTE MUSCULAR MANUAL)





AValiação Estrutural

❖ TESTE DE AVALIAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO ATIVO E PASSIVO (Goniômetria)



❖ MOBILIDADE ARTICULAR

(Grau 3= livre, Grau 2 = Pouca mobilidade e Grau 1= imóvel).

(KISNER, C, 1992).

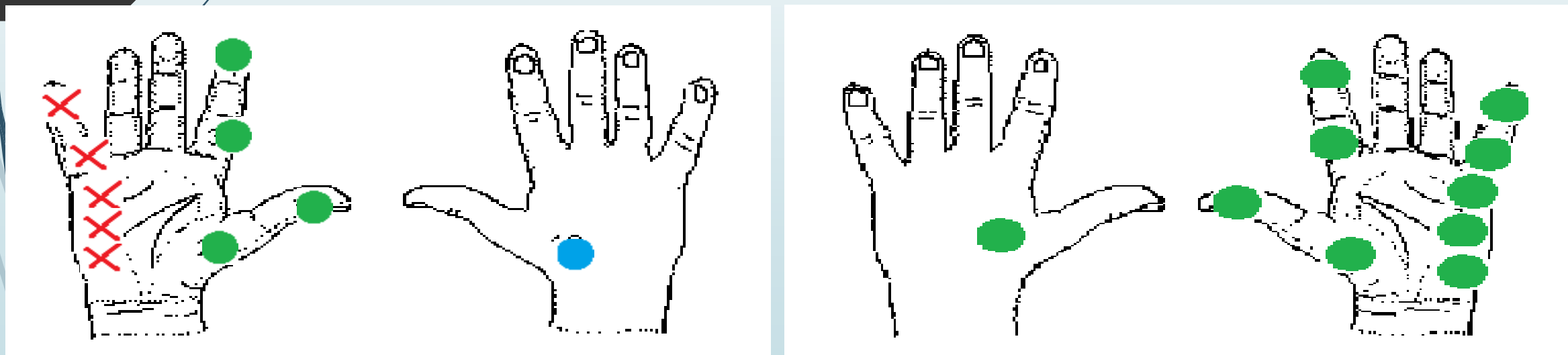




AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

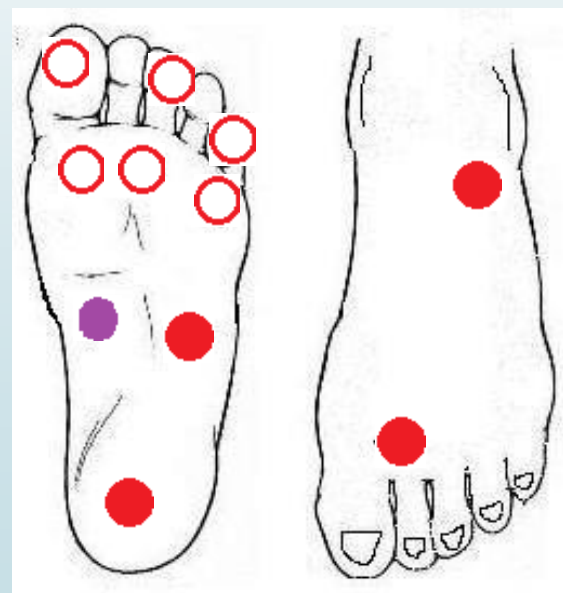
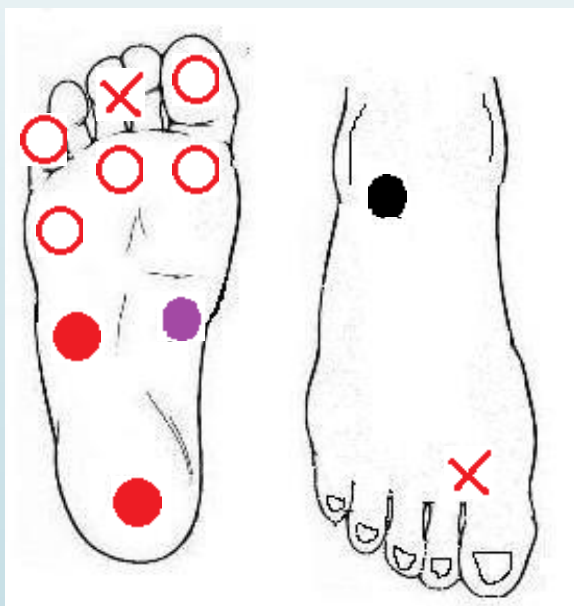
❖ AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DA SENSIBILIDADE

(filamentos de Semmes-Weinstein)





❖ AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DA SENSIBILIDADE (filamentos de Semmes-Weinstein)



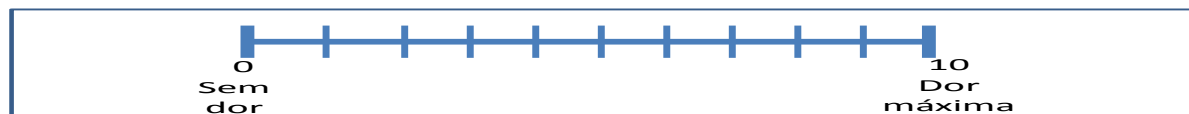


AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

❖ AVALIAÇÃO DA DOR

(Escala Analógica Visual)

Escala Análoga Visual





AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

❖ AVALIAÇÃO DO EDEMA (Perimetria)





AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO

- **Teste Funcional Wolf (TFW)**
- **Teste Funcional Jebsen Taylor (TJT)**
- **Escala Salsa**
- **Escala de Participação**
- **Avaliação Funcional da Mão em Hanseníase (AFMH)**



AValiação de Atividade e Participação

❖ TESTE FUNCIONAL WOLF (TFW)



Tarefa 9 – Preensão do lápis



Tarefa 10 – Preensão da lata

AVALIAÇÃO DE ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO

JEBSEN TAYLOR



Tarefas cotidianas:

- 1. Escrita
 - 2. Virar cartas
 - 3. Pegar objetos pequenos e colocá-los em um recipiente
 - 4. Simular a alimentação
 - 5. Empilhar damas
 - 6. Pegar objetos grandes e leves
 - 7. Pegar objetos grandes e pesados.
-
- Para cada tarefa o tempo em segundos é registrado, utilizando-se um cronômetro. Avalia-se ambas as mãos dos pacientes.



Observações:

Ao concluir a avaliação, é importante informar ao paciente:

- **Quais são os objetivos da cirurgia proposta.**
- **Ratificar que a cirurgia de transferência de tendões não recupera a sensibilidade perdida, sendo necessário manter os autocuidados.**
- **Certificar-se de que o paciente compreende quais são as melhorias funcionais possíveis e a importância da sua participação ativa no processo de reabilitação.**
- **Esclarecer os objetivos do tratamento pré e pós-operatório e o tempo de imobilização.**
- **Informar ao paciente que durante cerca de sete semanas as atividades da vida cotidiana deverão ser realizadas com apenas uma das mãos.**



Protocolo Fisioterapêutico/HUCFF

Objetivo: Restaurar a integridade do tendão para produzir uma flexão das articulações MF, com extensão da articulação IFP ,

- ✓ Realizado pelo mesmo fisioterapeuta no pré e pós-operatório,
- ✓ Protocolo com duração, frequência, intensidade e modalidade de exercício fixo (não variável por paciente).

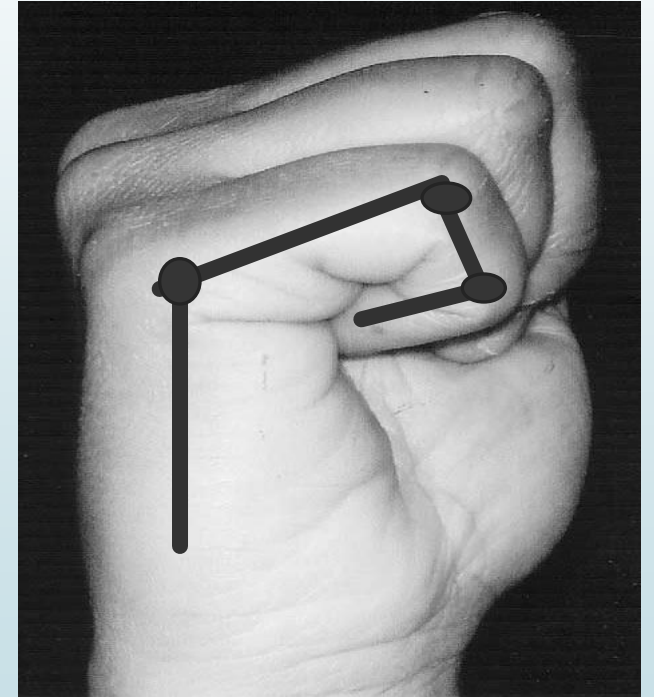
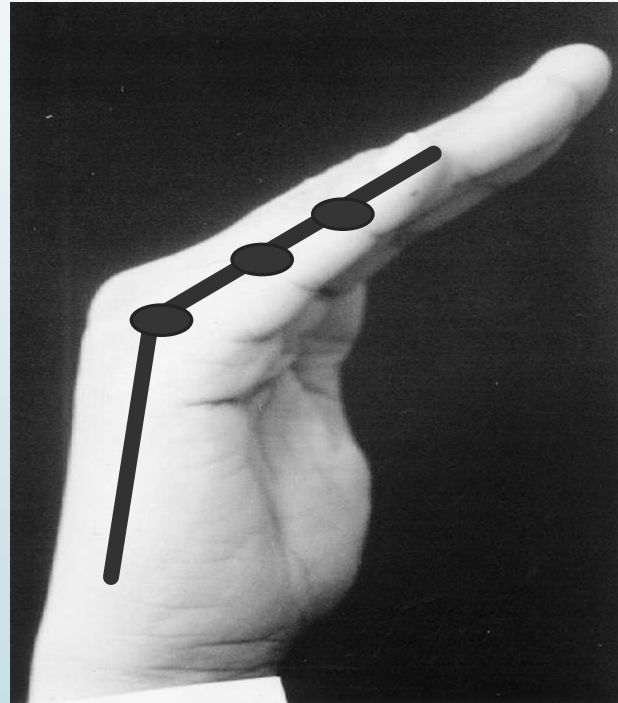
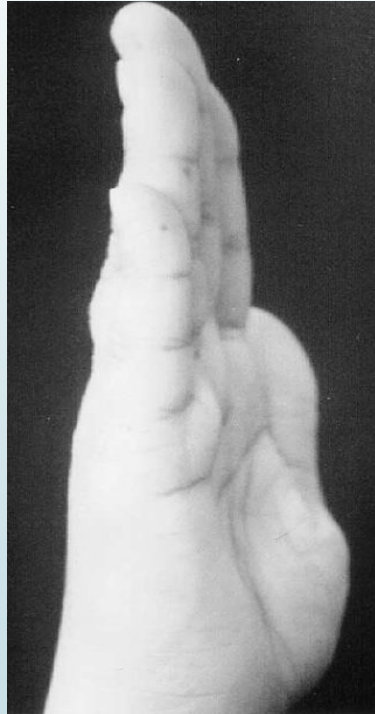


Protocolo Fisioterapêutico

Uma boa integração do tendão produz uma flexão das articulações MF, com extensão da articulação IFP, sendo essencial para o sucesso da correção da deformidade. A terapia será aplicada em dois momentos, designada pré e pós-operatório. (Rath e col., 2009; Brasil, 2008)



AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

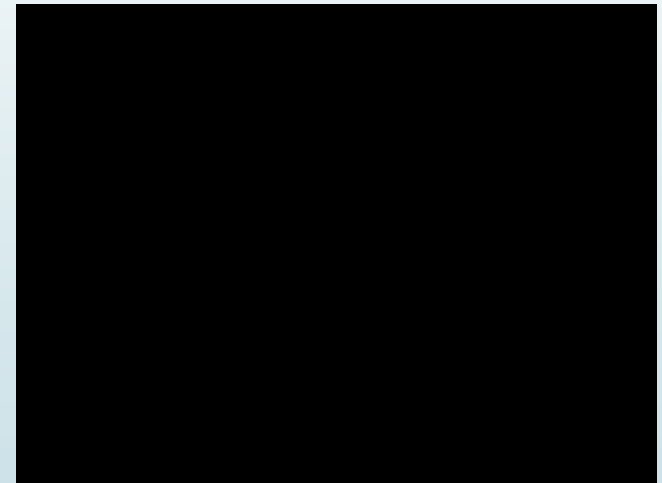


Resultados

Pré-operatório



Pós-operatório – 8 meses

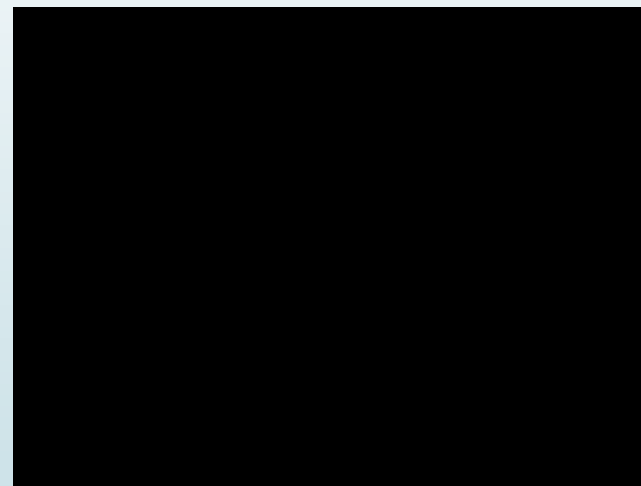


Resultados

Pós-operatório – 6 semanas



Pós-operatório – 8 meses





TRANPOSIÇÃO TENDINOSA PARA CORREÇÃO DE GARRA DE ARTELHOS

- ❖ **A cirurgia reparadora da garra DE ARTELHOS realizada através da transferência tendinosa, é eleita quando o dano neural é avaliado como irreversível e tem como objetivos:**
 - **Melhorar a função,**
 - **Prevenir a evolução das deformidades e formação de úlceras plantares,**
 - **Restabelecer o equilíbrio entre as forças deformadoras aumentando a área de apoio plantar favorecendo a deambulação,**
 - **Melhorar a estética e**
 - **Favorecer a integração social (MS, Brasil, 2008).**



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Ter concluído a PQT no mínimo há 12 meses;
- Ter lesão do nervo Tibial com paralisia da musculatura intrínseca
- Possuir garra móvel com articulações metacarpofangeana e interfalangeanas com AM completo de flexão e extensão ;
- FM do Tendão do FL Profundo dos dedos Grau 5 (no caso da garra de 2° ao 5° dedo) e do Ext longo do hálux (no caso de garra do 1° dedo)



Técnicas Cirúrgicas para Correção de Garras de Artelhos

Tranferência tendinosa do 2º ao 5º dedo

Técnica de G. Taylor - transfere-se o do tendão flexor longo dos dedos para o dorso do pé inserindo no tendão extensor na altura da falange proximal.

Tranferência Tendinosa do 1º dedo

Técnica do Tendão do Ext Longo do hálux pró- Flex Longo do hálux - Tranferência do tendão do extensor longo hálux para o colo do 1º metatarso juntamente com a artrodese da articulação interfalângica

Técnica de Duerksen - Tenodese do tendão extensor longo do hálux no colo do 1º metatarso mantendo este em extensão de 20° e as interfalangeanas em 0° (técnica de Duerksen)



Garra de
artelhos

CUIDADOS PRE-OPERATÓRIOS DE CORREÇÃO DE GARRAS

- ✓ Avaliar interesse e motivação do paciente suas queixas,
- ✓ Identificar se as queixas podem ser resolvidas pela cirurgia, identificar em quais os fatores o paciente pode ser beneficiado, a expectativa do paciente em relação aos resultados e tempo de recuperação, prática de auto-cuidados, condições da pele, presença de ferimentos, fissuras, ressecamentos, retrações etc.,
- ✓ Avaliar a amplitude de movimento (goniometria), encurtamento de estruturas extra-articulares, principalmente dos flexores e extensores de tornozelo e pé, e dos dedos, verificar encurtamento da fáscia .

CUIDADOS PRE-OPERATÓRIOS DE CORREÇÃO DE GARRAS

- ✓ Avaliar FM através de provas manuais principalmente dos músculos que atuarão como motor principal após a transferência
- ✓ Elaborar programa de fortalecimento muscular e isolamento do músculo a ser transferido
- ✓ Avaliar o uso de calçado apropriado
- ✓ informar ao paciente o tempo de retorno as atividades



TRANPOSIÇÃO TENDINOSA PARA CORREÇÃO DE PÉ CAÍDO

- ❖ A cirurgia reparadora da pé caído é realizada através da transferência tendinosa, é eleita quando o dano neural é avaliado como irreversível e tem como objetivos:
 - Melhorar a função,
 - Prevenir a evolução das deformidades e formação de úlceras plantares,
 - Restabelecer o equilíbrio entre as forças deformadoras aumentando a área de apoio plantar favorecendo a deambulação,
 - Melhorar a estética e
 - Favorecer a integração social (MS, Brasil, 2008).



TRANPOSIÇÃO TENDINOSA PARA CORREÇÃO DE PÉ CAÍDO

O comprometimento do nervo fibular comum: Paralisia das musculaturas dorsiflexora e eversora do pé, comprometendo a deambulação e desenvolvendo marcha escarvante. Pode levar ao encurtamento dos músculos flexores plantares e por conseguinte o pé caído que associado a anestesia plantar 'pode levar a úlceras e reabsorções no antepé e na borda lateral e causar deformidades rígida

Consiste na transposição de um tendão integro a fim de substituir a musculatura acometida visando restaurar a função do pé. Os músculos usualmente transferidos são tibial posterior ou fibular longo, quando preservado. A cirurgia de correção de pé caído, associada à fisioterapia, são procedimentos que visam restaurar a função do membro inferior acometido para a retomada das atividades de vida diária (AVD's).



TRANPOSIÇÃO TENDINOSA PARA CORREÇÃO DE PÉ CAÍDO

Pé caído Equinovarum: Lesão do NFC com paralisia dos músculos dorsi-flexores do pé e dos dedos (fibular profundo) e eversores

Transposição do TTP ou Srinivansan- Alongamento do tendão de Aquiles, desinsere o tendão do TP do navicular, exterioriza na face medial da perna, divide em duas fitas e através de incisões no dorso pé, inseri-se uma fita no tendão do extensor longo do hálux e outra sobre os tendões do extensor longo dos dedos

Pé caído central: Lesão incompleta do NFC – Lesão do fibular profundo com paralisia dos dorsiflexores, porém fibular superficial normal com eversores preservados

Transposição do TFL – Alongamento do tendão calcâneo, incisão na face lateral do pé, realiza a tenodese do FB longo ao FB curto, tranferi o tendão para o dorso do pé e inserir no ligamento intertarsal ou nos cuineiformes intermédios ou lateral (inserção óssea)

Em ambas as técnicas, imobilizar o pé com bota gessada posicionando o tornozelo em 20 a 25° de dorsiflexão, após 10 dias colocar salto na bota e permitir apoio parcial com uso de muletas

Ao final da sexta semana, em torno de 42 dias de PO, são retirados os pontos, liberado o uso de imobilizador tipo ROBOCOP e iniciada fisioterapia imediatamente



TRANPOSIÇÃO TENDINOSA PARA CORREÇÃO DE PÉ CAÍDO

Avaliação: Medida de Amplitude Articular

FAZER A INSPENSÃO ANTES DE REALIZAR OS EXAMES ESPECÍFICOS

Verificar encurtamento dos flexores plantares por meio da dorsiflexão passiva do pé, examinando a ditensibilidade com o joelho fletido e estendido

Verificar o encurtamento das estruturas periarticulares das interfalangeanas proximais por meio da extensão passiva

Medir a AM articular do tornozelo nos ângulos de dorsiflexão ativa e passiva, em engulo neutro (repouso) e flexão plantar ativa

A dorsiflexão passiva com joelho estendido deverá estar no ângulo de 20 a 25° para um resultado satisfatório

Força muscular: Identificar os músculos que podem ser transferidos, com FM grau 5

Avaliar a FM dos músculos intrínsecos através da palpação do ventre muscular se há contração ou não para identificar possível paralisia o que leva a garra dos artelhos



TRANPOSIÇÃO TENDINOSA PARA CORREÇÃO DE PÉ CAÍDO

Avaliar a FM dos musculos intrinsecos através da palpação do ventre muscular se há contração ou não para identificar possivel paralisia o que leva a garra dos artelhos

Verificar a extensão e a gravidade do comprometimento sensorial através da Avaliação sensório Motora

Avaliar a estabilidade do quadro neurológico

Avaliar se o paciente sabe andar de muletas e realizar treinamento de marcha

Esclarecer ao paciente quanto aos objetivos da cirurgia, auto-cuidados, uso de calçados e órteses, etc...



Pé caído



Avaliação pré e pós operatória

Protocolo do ministério da saúde Avaliação ortopédica

Preenchimento de questionários de qualidade de vida Salsa, Participação, SF-36 - É um questionário genérico que avalia aspectos de qualidade de vida que estão diretamente relacionados a saúde do indivíduo.

WHOQOL-BREF - Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. (Versão abreviada do WHOQOL-100 com 26 perguntas) com enfoque transcultural, inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Escala funcional Aofas – para avaliação quantitativa do antepé, relacionada a dor, nível de atividade, deformidade e mobilidade



Avaliação pré e pós operatória

Realização dos testes específicos:

Avaliação da Amplitude articular (Goniometria)

Avaliação da Força Muscular (teste muscular Manual)

Avaliação quantitativa da sensibilidade do pé (Monofilamentos de SemmesWeinstein)

Idade, sexo, peso e altura

Teste dos 10 metros – Calcula-se a velocidade da marcha em metros por segundo, a partir do tempo gasto pelo paciente para percorrer a distância de 10 metros

Teste dos 6 minutos - O paciente vai caminhar o mais rápido possível durante seis minutos, ele próprio é quem determinará a velocidade da caminhada.

Timed get up GO - Objetivo: Avaliar a mobilidade e o equilíbrio. Quantifica em segundos a mobilidade funcional através do tempo gasto em segundos que o indivíduo levanta e retorna de uma cadeira padronizada

Registros fotográficos



Após a alta, o acompanhado será mensalmente por três meses consecutivos e depois mensalmente até completar 18 meses de cirurgia.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Manual de reabilitação e cirurgia em Hanseníase. 2 ed, rev. e ampl. – Brasília: 146p, 2008.
2. DUERKSON, F e VIRMOND, M, Cirurgia Reparadora e reabilitação em hanseníase, 1ª ed., editora ALM International, Bauru, 1997
3. FEMINA, LL, SOLER, ACP, NARDI, SMT, PASCHOAL, VDA. Lepra para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. Hansenol. int. (Online) [online]. vol.32, n.1, pp. 37-48. ISSN 1982-5161, 2007.
4. FONSECA, CD, PEREIRA, GFM. Guia Prático para o Controle da Hanseníase. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
5. GONÇALVES, SD, SAMPAIO RF, ANTUNES, CMF. Ocorrência de neurite em pacientes com hanseníase: análise de sobrevida e fatores preditivos. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 41(5): 464-469 set - out, 2008
6. JOB, C.K.; KAHKONEN, M.E.; JACOBSON, R.R.; HASTINGS, R.C. Single lesion subpolar lepromatous leprosy and its possible mode of origin. Int. J. Leprosy, 57:1989
7. JOB, C.K, DESIKAN, K.V. Pathologic changes and their distribution in peripheral nerves in lepromatous leprosy. Int J. Leprosy, 36: 257-270, 1968.
8. JOB, CK, PATH, FAMS, O comprometimento neural da hanseníase, Hansen. Int. 14(1), 1989
9. MALAVIYA, G.N, HUSAIN, S, SHANTAGUNAM, P. Correction of Hypermobility Claw Fingers in Leprosy by Pulley Insertion Procedure. Eur J Plast Surg 10:148-151, 1987
10. MEIMA, A, SAUDERSON, PR, GEBRE, S, DESTA, K, HABLEMA JDF. Factors associated with impairments in new leprosy patients: the AMFES cohort. Leprosy Review 70:189-203, 1999.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

11. MOREIRA, C, CARVALHO, MAP. Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1996.
12. PIMENTEL, MIF, NERY, JAC, BORGES, E, ROLO, R, SARNO, EM. Neurite silenciosa na hanseníase multibacilar avaliada através da evolução das incapacidades antes, durante e após a poliquimioterapia. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, 79(2): 169-179 mar./abr. 2004.
13. PREVEDELLO, FC, MIRA, MT. Hanseníase: doença genética? Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 82, n. 5, ISSN 0365-0596, 2007
14. RATH, S, SELLES, RW, SCHREUDERS, TAR, STAM, HJ, HOVIUS, SER. A randomized clinical trial comparing immediate active motion with immobilization after tendon transfer for claw deformity. J Hand Surg; 34A:488-494. 2009
15. TAYLOR, NL, DORAI, RA, DICK HM, SOLOMON, S. The Correction of Ulnar Claw Fingers: A Follow-Up Study Comparing the Extensor-to-Flexor With the Palmaris Longus 4-Tailed Tendon Transfer in Patients With Leprosy. The Journal of Hand Surgery / V. 29A N. 4 July 2004.

silvanamiranda@hucff.ufrj.br

mdtkenedi@hucff.ufrj.br

cmabel_moreira@yahoo.com.br

Obrigada !!!

