



Figura 2. Ramo plantar tibial/fibular do nervo digital no 1º espaço

## DISCUSSÃO

O diagnóstico geralmente é feito por meio de anamnese e exame clínico, pode ser auxiliado por ultrassonografia, RM, ENMG e PESS dematomérico.

No entanto, na literatura revista consta apenas ENMG como ferramenta diagnóstica, com uso de eletrodo de estimulação e captação de agulhas, e não de captação como realizado neste trabalho. O paciente do caso relatado acima apresenta comprometimento de vias somatosensitivas à estimulação do ramo plantar do nervo digital esquerdo no segmento 1º espaço interdigital – NT posterior no tornozelo. Este é um exame tecnicamente complicado, além da reposta do NPL ser usualmente menor e mais difícil de ser obtida que a do NPM. As respostas devem ser sempre comparadas com as do lado contralateral.

## CONCLUSÃO

O PED poderá ser considerado como ferramenta imprescindível no diagnóstico topográfico, o que permite analisar separadamente os ramos dorsais e plantares dos nervos interdigitais, possibilitando tratamento mais preciso.

## REFERÊNCIAS

- Oh SJ, Kim HS, Ahmad BK. Electrophysiological diagnosis of interdigital neuropathy of the foot. *Muscle Nerve*. 1984;7(3):218-25. Doi: [10.1002/mus.880070306](https://doi.org/10.1002/mus.880070306)
- Pazzaglia UE, Moalli S, Leutner M, Gera R. Morton's neuroma: an immunohistochemical study. *The Foot*. 1996;6(2):63-65. Doi: [10.1016/S0958-2592\(96\)90037-1](https://doi.org/10.1016/S0958-2592(96)90037-1)
- Jain S, Mannan K. The diagnosis and management of Morton's neuroma: a literature review. *Foot Ankle Spec*. 2013;6(4):307-17. Doi: [10.1177/1938640013493464](https://doi.org/10.1177/1938640013493464)
- Wu KK. Morton's interdigital neuroma: a clinical review of its etiology, treatment, and results. *J Foot Ankle Surg*. 1996;35(2):112-9. Doi: [10.1016/s1067-2516\(96\)80027-5](https://doi.org/10.1016/s1067-2516(96)80027-5)
- Almeida DF, Kurokawa K, Hatanaka Y, Hemmi S, Claussen GC, Oh SJ. Abnormal dip phenomenon: a characteristic electrophysiological marker in interdigital neuropathy of the foot. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(3B):771-8. Doi: [10.1590/s0004-282x2007000500007](https://doi.org/10.1590/s0004-282x2007000500007)

## Prevalência da alteração de capacidade funcional, síndrome de fragilidade e sarcopenia em pacientes com mais de 60 anos atendidos na Associação Fluminense de Reabilitação

Patricia Alexandra Viteri Rodas<sup>1</sup>, Mauro Pena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Associação Fluminense de Reabilitação

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Sarcopenia, Fragilidade, Capacidade Residual Funcional, Reabilitação

## INTRODUÇÃO

No envelhecimento a diminuição progressiva das reservas fisiológicas predispoem a desenvolver doenças e declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. É comum associar o envelhecimento com a presença de doenças e uso de remédios, mas não é regra. A aplicação de estratégias de prevenção poderia levá-lo a envelhecer saudável mantendo adequada qualidade de vida para preservação das capacidades funcionais e a autonomia. Sintomatologia causadora de limitação ou restrição nas atividades da vida diária não deve ser automaticamente atribuída ao envelhecimento fisiológico em si.

## OBJETIVO

Determinar a prevalência da alteração da capacidade funcional e a relação com a síndrome de fragilidade e sarcopenia em idosos encaminhados para reabilitação física.

## MÉTODO

Estudo transversal, realizado em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. Foram aplicadas as perguntas e os testes da escala de Edmonton quanto dos questionários de Katz e SARF CC.

## RESULTADOS

No período de seis meses foi avaliada uma amostra de 166 idosos, 63.8% do sexo feminino; 31.6% masculino. Na categorização de fragilidade segundo a escala de Edmonton os resultados mostraram 11.3% como vulnerável; 27.4% fragilidade média; 38.7% fragilidade moderada; 22.8% fragilidade severa. No questionário de SARCF CC 21% dos pacientes apresentaram sinais sugestivos de sarcopenia e 79 % sem sinais sugestivos de sarcopenia. No questionário de Katz 54.8% se apresentaram independentes; 33.9% dependente e 11.3% muito dependente

## CONCLUSÃO

A fragilidade e a sarcopenia são processos dinâmicos com redução das funções físicas, psicológicas e sociais, associadas ao envelhecimento que levam ao deterioro da capacidade funcional do indivíduo e conseqüentemente algum grau de dependência. A fragilidade deve ser um dos alicerces do cuidado geriátrico, está associada ao envelhecimento, com implicações tanto para os pacientes quanto para a utilização dos serviços de saúde. O conhecimento do perfil do idoso fragilizado possibilita desenvolver estratégias de cuidado o que contribui para a prevenção de complicações.

## REFERÊNCIAS

Billot M, Calvani R, Urtamo A, Sánchez-Sánchez JL, Ciccolari-Micaldi C, Chang M, et al. Preserving Mobility in Older Adults with Physical Frailty and Sarcopenia: Opportunities, Challenges, and Recommendations for Physical Activity Interventions. *Clin Interv Aging*. 2020;15:1675-1690. Doi: [10.2147/CIA.S253535](https://doi.org/10.2147/CIA.S253535)

Greve JDA. Tratado de Medicina de Reabilitação. São Paulo: Roca; 2007.

Freitas EV, Mohallem KL, Gamarski R. Manual prático de Geriatria. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2023.

## Reabilitação e qualidade de vida em amputação unilateral de membro inferior

Ana Paula Hociko<sup>1</sup>, Caio Ribeiro Azevedo Gomes<sup>1</sup>, Gabriela da Silva Matuti<sup>1</sup>, Rafael Chao Ming Wang<sup>1</sup>, Leticia Miti Kuwae<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Associação de Assistência à Criança Deficiente

**Palavras-chave:** Reabilitação, Amputados, Qualidade de Vida, Próteses e Implantes

## INTRODUÇÃO

Uma amputação gera deficiência permanente e drásticas mudanças de vida, acarretando em limitações físicas, dificuldade para participar de eventos sociais e retornar ao mercado de trabalho, além de impactar a qualidade de vida.<sup>1</sup> O processo de reabilitação é fundamental para promover a melhora da funcionalidade e da qualidade de vida do paciente amputado.<sup>1</sup>

## OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida e a adaptação à prótese de pacientes com amputação maior de membro inferior ao final de um programa de reabilitação.

## MÉTODO

Estudo transversal com avaliação retrospectiva. Pacientes com amputação maior unilateral de membro inferior que concluíram o programa de reabilitação em nossa instituição. Foram aplicados os questionários *12-Item Short-Form Health Survey* – SF-12, para qualidade de vida, e o *Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales-Revised* – TAPES-R, para adaptação à prótese. Os dados foram analisados por meio de algoritmos próprios do SF-12 e teste *t* não pareado.

## RESULTADOS

O estudo incluiu 36 pacientes, sendo 23 do sexo masculino, com média de idade de 61 anos e tempo médio entre a amputação e o final da reabilitação de 49 meses.

A distribuição pelo nível de amputação foi: 23 amputados transtibiais (TT) e 13 amputados transfemorais (TF). A etiologia da amputação está apresentada (Tabela 1). A média de uso diário da prótese foi de 6 horas.

**Tabela 1.** Distribuição dos participantes por etiologia e gênero

Etiologias	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vasculopatia diabética	17	73,9	7	53,8	24	66,6
Doença vascular NE	2	8,7	4	30,7	6	16,6
Traumática	3	13	1	7,7	4	11,2
Infecçiosa	1	4,3	-	-	1	2,8
Ortopédica	-	-	1	7,7	1	2,8
Total	23		13		36	100

\*NE: não especificada

Pacientes com amputação transtibial tiveram melhor pontuação média no componente da saúde mental do SF-12 versus amputados transfemorais: 58,24 x 52,37 ( $p=0,02$ ), respectivamente. Não houve diferença significativa entre os grupos no componente da saúde física do SF-12 ( $p=0,73$ ). Quando comparamos dados de população com perfil etário semelhante, em estudo sobre qualidade de vida em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica,<sup>2</sup> os pacientes amputados avaliados apresentaram pontuações superiores na SF-12, tanto no componente físico quanto no mental. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à adaptação à prótese nos parâmetros avaliados pelo TAPES-R.

Porém, foi observada alta satisfação com a prótese (escala de 0 a 10, em que 10 indica altamente satisfeito), com média de 8, independentemente do nível de amputação, sem diferença entre grupos ( $p=0,07$ ). Vale destacar, todavia, que amputados TT fizeram uso da prótese por mais horas/dia versus TF: 8 x 3 horas/dia ( $p<0,01$ ), respectivamente, o que poderia sugerir menor percepção, entre amputados TF, quanto aos desafios do uso da prótese nas atividades avaliadas pela TAPES-R.

## CONCLUSÃO

Após o programa de reabilitação, observou-se melhora da qualidade de vida e elevada satisfação com prótese entre os participantes, independentemente do nível de amputação. Contudo, os pacientes com amputação transtibial apresentaram maior pontuação no componente da saúde mental da SF-12 e maior tempo de uso de prótese quando comparados aos amputados transfemorais, com diferença estatisticamente significativa.

## REFERÊNCIAS

- Sinha R, van den Heuvel WJ, Arokiasamy P. Factors affecting quality of life in lower limb amputees. *Prosthet Orthot Int*. 2011;35(1):90-6. Doi: [10.1177/0309364610397087](https://doi.org/10.1177/0309364610397087)
- Camelier AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2004.