

ABORDAGEM AO PÉ DIABÉTICO: UM RELATO DE CASO

DIABETIC FOOT APPROACH: A CASE REPORT

JOSIANE MARCIA DE CASTRO Enfermeira. Mestre em Gestão Integrada do Território. Docente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pitágoras Ipatinga-MG

MARCELA HOSKEN DA CRUZ MORIMORO. Discente do 9º período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pitágoras Ipatinga-MG

JHENIFER LEONICE SILVA DE OLIVEIRA. Discente do 9º período do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Pitágoras Ipatinga-MG

Avenida Brasília, 641, Amaro Lanari, Cel. Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35171-346. E-mail: josianem@pitagoras.com.br

RESUMO

A maioria das amputações não traumáticas em membros inferiores ocorre em pessoas portadoras de diabetes. As amputações geralmente são precedidas por lesões cutâneas, úlceras que podem estender-se á tecidos profundos ocorrendo à perda de sensibilidade. Calçados incorretos, calosidades, dermatoses comuns e manipulações incorretas dos pés podem levar a lesões e possíveis complicações. A partir do caso clínico desenvolvido notou-se a importância do acompanhamento durante a prestação da assistência primária para os portadores de Diabetes Mellitus. O enfermeiro possui um papel importante para o tratamento desses pacientes, sobretudo na orientação e treinamento para o autocuidado buscando sempre um controle adequado da glicemia para redução de riscos e complicações graves associados à doença como a amputação. O objetivo deste caso clínico é acompanhar a evolução de uma ferida resultante de uma amputação devido à dermatose que progrediu para o comprometimento do tecido levando a necrose, buscando acompanhamento e controle pressórico a fim de promover a cicatrização da ferida. Levantando sempre a importância das boas práticas durante o manuseio da mesma a fim de evitar possíveis infecções e complicações durante o processo de recuperação.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus. Amputação. Enfermagem; Assistência.

ABSTRACT

Most nontraumatic lower limb amputations occur in people with diabetes. Amputations are usually preceded by cutaneous lesions, ulcers that may extend to deep tissues occurring to loss of sensation. Incorrect footwear, calluses, common dermatoses and incorrect foot manipulations can lead to injury and possible complications. From the developed clinical case it was noticed the importance of the follow-up during the delivery of primary care for patients with Diabetes Mellitus. The nurse plays an important role in the treatment of these patients, especially in the orientation and training for self-care, always seeking an adequate glycemic control to reduce risks and serious complications associated with the disease, such as amputation. The objective of this clinical case is to monitor the evolution of a wound resulting from an amputation due to the dermatosis that has progressed to compromise the tissue leading to necrosis, seeking monitoring and pressure control in order to promote wound

healing. Always raising the importance of good practices during the handling of the same in order to avoid possible infections and complications during the recovery process

KEY-WORDS: Diabetes Mellitus. Amputation. Nursing. Assistance.

INTRODUÇÃO

Mais de 120 milhões de pessoas no mundo são portadoras de diabetes mellitus e muitos destes indivíduos têm úlcera no pé, que podem levar a uma amputação de membro inferior, o que acarreta prejuízos para o paciente e sistema de saúde (GUIMARÃES, 1998).

A úlcera precede 85% das amputações de membro inferior entre diabéticos, documentando-se a presença de gangrena em 50-70% dos casos, e a presença de infecção em 20-50%, portanto, na maioria das amputações de membro inferior há uma combinação de isquemia e infecção (GUIMARÃES, 1998).

“O paciente diabético portador de doença vascular periférica tem uma probabilidade de desenvolver gangrena, 17 vezes mais que um indivíduo não diabético” (GUIMARÃES, 1998).

Pé Diabético da seguinte forma: situação de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados com anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores de pacientes com diabetes mellitus (CÂNDIDA, 2010, 2013).

Para classificar o pé diabético se faz necessário que seja contemplado os seus principais sintomas e sinais e os seus respectivos sistemas envolvidos, a fim de possibilitar de forma racional as diversas medidas terapêuticas (EBAH, pé diabético, p.3. ,[entre 2010 e 2013]).

De acordo com VIEIRA et al.,(2010 apud BELHO HORIZONTE, 2006)O pé diabético é uma das mais graves e onerosas complicações do diabetes mellitus. A amputação de uma extremidade inferior ou parte dela é geralmente uma consequência de uma úlcera no pé. Uma estratégia que inclua prevenção, educação dos pacientes e dos profissionais de saúde, tratamento multidisciplinar das úlceras do pés e sua rígida monitoração pode reduzir as taxas de amputação entre 49 a 85%.

CASO CLÍNICO

J.C.S, paciente masculino, 82 anos, pardo, viúvo , aposentado, natural de Rolândia, Paraná. Estudou até o segundo ano do ensino fundamental, evangélico,relata não ir muito á igreja, devido à dificuldade de locomoção, nega etilismo, ex tabagista há 30 anos.

Possui 8 filhos que residem em outra cidade,vive em casa de oito cômodos com três irmãs e um sobrinho, cuidado realizado pelo sobrinho que é enfermeiro. Residência própria possui água encanada e tratada, energia elétrica e coleta de lixo.

Histórico familiar: diabetes, hipertensão e cardiopatia entre os irmãos.

Antecedentes clínicos – Refere diagnostico de hipertensão e

Diabetes Mellitus tipo 2 há dez anos, com uso regular de insulina, insulina NPH, galvus met, losartana, furosemida, hidralazina, cilostazol e AAS. Relata colecistectomia há oito anos. Segundo informação colhida pela irmã o mesmo apresentou micose entre os dedos do pé direito "há bastante tempo" tratando somente com pomada para micose, porém sem resultado a mesma progrediu para uma ferida. Informa que se mudou para a cidade de Ipatinga há cerca de um ano para dar continuidade ao tratamento da ferida do pé. Relata acompanhamento na Unidade Básica de Saúde da Vila Militar, desde setembro de 2016, no programa de hipertensão e diabetes com consultas regulares com o médico clínico da Unidade a cada 60 dias, onde o mesmo diagnosticou a necessidade de amputação do hálux, segundo, terceiro e quarto artelho do pé direito em abril de 2017. O procedimento cirúrgico foi realizado no dia 24/04 com o cirurgião vascular responsável.

Medicamentos utilizados

Insulina regular: Serve como um antidiabético e de um modo geral, controla a diabetes mellitus tipo I, diabetes mellitus tipo II. A insulina regular (R) está também indicada em: cetoacidose diabética; coma diabético. Para quem não sabe, a insulina é um tipo de hormônio que tem uma ação controladora do armazenamento e metabolismo de carboidratos, proteínas e gordura, além de contribuir com a diminuição da glicose sanguínea.

Insulina NPH: Utilizada no tratamento da diabetes, ajudando a controlar a quantidade de açúcar no sangue. Ao contrário da insulina regular, a NPH possui uma ação prolongada que demora entre 4 a 10 horas para fazer efeito, durando até 18 horas.

Galvus met: Utilizado para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Ele ajuda a controlar o nível de açúcar no sangue.

Losartana: Utilizado para diminuir a pressão alta e aliviar sintomas de insuficiência cardíaca.

Furosemida: diurético (pílula de água) que impede o corpo de absorver muito sal, permitindo que o sal seja eliminado na sua urina

Hidralazina: Age como vasodilatador, sendo muito eficaz no tratamento de indivíduos com pressão alta.

Cilostazol: Indicado para tratar problemas de circulação em que ocorre diminuição do fluxo de sangue para as artérias periféricas do corpo, condição denominada doença vascular periférica, cujo sintoma principal é a claudicação intermitente e para a prevenção da recorrência de acidente vascular cerebral (AVC).

AAS: Agregação plaquetária, bloqueando a síntese do tromboxano A2 nas plaquetas.

História atual

No dia 11/05/2017 o mesmo foi visitado pelo médico, enfermeiro e uma estagiária de enfermagem. No momento da visita paciente sem queixas algicas foi percebido através do teste de monofilamento a perda da sensibilidade nos pés, a lesão apresenta-se pouco secretiva, com presença de necrose tecidual. No dia 09/05 realizou desbridamento mecânico no hospital de referência do paciente, porém o tecido necrótico continuou progredindo não sendo possível um processo de cicatrização. Curativo realizado uma vez por dia com uso de Kollagenase com cloranfenicol e irrigando com SF 0,9% em

jato morno. Foi levantado pelo médico a necessidade de amputação do quinto artelho e a retirada do tecido necrosado. No mesmo dia o mesmo compareceu ao hospital de referência para a avaliação do médico cirurgião, que optou por realizar a amputação. O mesmo realizou o procedimento no dia 13/05.



Figura 1 - Aspecto no dia 09/05/17.

Realizado visita domiciliar no dia 12/06, paciente sem queixas álgicas, apresenta-se normocorado, PA 130x80 mmHg, Tax: 36.5°C, FC: 104 bpm, eupinéico, consciente em tempo-espaço, verbalizando, deambulando com auxílio de andador. Informa alimentação balanceada, rica em verduras e legumes, porém não se alimenta de 3/ 3 horas devido à falta de apetite. Boa ingesta hídrica. Eliminações intestinais dia sim e dia não, eliminações vesicais presentes com aspecto e cor característicos, sem odor, necessita de ajuda para utilizar o sanitário.

Apresenta lesão cirúrgica de grau IV no pé direito devido a amputação dos dedos, bordas simétricas, pouco secretiva, sem odor, presente tecido de granulação e fibrina, lesão com 10 cm de comprimento, 5 cm de largura e 1 cm de profundidade. Troca de curativo diária irrigado com SF 0,9 % em jato e Kollagenase com cloranfenicol, mantido curativo úmido.



Figura 2 - Ferida no dia 12/06/17.

Visita realizada no dia 21/06, paciente sem queixas álgicas, apresenta-se normocorado, PA 134x68 mmHg, Tax: 36.7°C, FC: 100 bpm, eupinéico, consciente em tempo-espaço, verbalizando, deambulando com auxílio de andador. Avaliada glicose em jejum: 150 mg/dL após café da manhã: 240 mg/dL, tomou 30UI de insulina NPH pela manhã sic pelo sobrinho. Eliminações intestinais e vesicais com aspecto e cor característicos. Medido perímetro torácico e abdominal, PT: 109cm, PA: 111cm. Relata que se sentiu desanimado devido não poder realizar as atividades que praticava anteriormente sozinho. O mesmo não demonstra interesse em realizar atividades lúdicas. Apresenta lesão cirúrgica de grau IV no pé direito devido a amputação dos dedos, bordas simétricas, pouco secretiva, sem odor, presente tecido de granulação, fibrina e necrose, lesão com 10 cm de comprimento, 5 cm de largura e 1 cm de profundidade. Troca de curativo diária irrigado com SF 0,9 % em jato, Kollagenase com cloranfenicol somente na área com fibrina e Dersani para hidratação da pele. Foi orientado pelo enfermeiro da UBS a manter somente o curativo úmido sem necessidade de outras coberturas.



Figura 3 - Ferida no dia 21/06/17.

Visita realizada no dia 26/06/2017, paciente sem queixas álgicas; normocorado, normotérmico, PA 130x80, Glicemia em jejum 120 mg/dl, foi administrado 35 U de insulina NPH após o café da manhã. Foi orientado rodízio do local de aplicação para evitar formação de nódulos no local, sendo que o mesmo aplica somente na região do abdome. Paciente informou retorno com o médico cirurgião no dia 21/06 para avaliação da ferida, o mesmo relatou boa evolução e cicatrização, no qual sua conduta foi manter os cuidados diários e pés elevados.

Ferida com pouca secreção, tecido de granulação presente, houve diminuição de fibrina, sem presença de necrose. Medindo 9 cm de comprimento, 4 cm de largura e 1 cm de profundidade, evoluindo para cicatrização. Troca de curativo diária irrigado com SF 0,9 % em jato, Kollagenase com cloranfenicol somente na área com fibrina e Dersani para hidratação da pele.



Figura 4 - Ferida no dia 26/06/17.

Visita do dia 28/06, paciente queixa “boca amarga” devido a resfriado, não está em uso de medicamentos para o mesmo. Lúcido, verbalizando,

normocorado, normotérmico, PA 133x64, FC: 104 bpm, eupinéico, glicose em jejum: 115 mg/dL feito 35UI de insulina NPH às 9 horas, deambulando com auxílio de andador, ao leito mentem os membros inferiores elevados a 45 graus. Eliminação intestinal e vesical diárias com aspecto e odor característicos. Alimentação balanceada rica proteínas, verduras e legumes. Orientado quanto à importância de manter dieta balanceada a fim de manter o controle glicêmico.

Ferida limpa com pouca secreção, presença de tecido de granulação rosado de aparência úmida, tecido adiposo na borda exterior localizado na posição 21 horas e fibrina. Sem sinal de tecido necrosado. Medindo 9 cm de comprimento, 4 cm de largura e 1 cm de profundidade, evoluindo para cicatrização. Troca de curativo diária irrigado com SF 0,9 % em jato, Kollagenase com cloranfenicol somente na área com fibrina e Dersani para hidratação da pele.



Figura 5 - Ferida no dia 28/06/17.

Visita do dia 30/06, paciente sem queixas algicas relata melhora do resfriado. Lúcido, verbalizando, normocorado, normotérmico, PA 130x65, FC: 103 bpm, eupinéico, glicose em jejum: 125 mg/dL, feito 35 UI de insulina NPH às 8 horas, deambulando com auxílio de andador, ao leito mantém os membros inferiores elevados a 45 graus conforme orientação médica. Eliminação intestinal dia sim dia não e vesicais diárias, com odor e aspecto característicos. Orientado quanto à importância de realizar os cuidados com o pé, mantendo-o sempre hidratados, unhas aparadas, utilizar calçados confortáveis, secar bem entre os dedos não deixando os mesmos úmidos para evitar micoses e dermatoses e manter o controle glicêmico.

Ferida limpa com pouca secreção, presente tecido epitelial na parte superior localizado na posição 12 horas, presença de tecido granulação de aparência úmida, tecido adiposo na borda exterior localizado na posição 21 horas e fibrina. Sem sinal de tecido necrosado. Medindo 9 cm de comprimento, 4 cm de largura e 1 cm de profundidade, evoluindo para cicatrização. Troca de curativo diária irrigado com SF 0,9 % em jato, Kollagenase com cloranfenicol somente na área com fibrina e Dersani para hidratação da pele.

DISCUSSÃO

O resultado obtido possibilitou a regressão da ferida com a ajuda de cuidados diários. Pode-se observar uma redução de tecidos não saudáveis com o auxílio de orientações e remédios onde foi possível uma melhora repentina. Durante o tratamento nos motivou a conhecer a fundo sobre a doença de modo geral. Entretanto foi percebido diminuição de tamanho da ferida, encontramos total apoio dos familiares sobre as dicas e técnicas propostas para a continuação do tratamento do paciente.

CONCLUSÃO

Diabetes é uma doença real e não pode ser ignorada. Através do estudo realizado foi possível identificar técnicas e cuidados para tratar um pé diabético, observa-se que tudo antecede com uma pequena lesão que não tratada pode levar a amputação do membro. O presente estudo teve como objetivo acompanhar uma evolução de ferida causada por uma amputação e seus respectivos hábitos de vida. Diabetes é uma doença crônica e ainda não tem Cura, mas pode ser bem controlado, evitando complicações que melhoram a qualidade de vida dos pacientes. Oferece boas possibilidades de controle, porém, se não for bem controlado, acaba produzindo lesões potencialmente fatais, como: infarto do Miocárdio, derrame cerebral, cegueira, impotência, nefropatia, úlceras nas pernas e até amputações de membros. Além do tratamento medicamentoso, é importante ressaltar que a prevenção e tratamento está associado a mudanças no estilo de vida, principalmente relacionados à dieta e à prática de exercícios físicos.

REFERÊNCIAS

ALVIM, D B. Enfermagem na prevenção e no cuidado do pé diabético. **REMAS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 27-47, 2017.

BRINATI, L M et al. Prevalência e fatores associados à neuropatia periférica em indivíduos com diabetes mellitus Prevalence and factors associated with peripheral neuropathy in individuals with diabetes mellitus. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 347-355, 2017.

DA COSTA TEIXEIRA, R.; DA COSTA REIS, V; MUNIZ, J W C. Educação em saúde para idosos com pé diabético hospitalizado em um hospital universitário de Belém: relato de experiência. **IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 1, n. 2, 2017.

DE MENEZES, L C G et al. Conhecimento do Enfermeiro da Atenção Primária à Saúde Sobre os Cuidados com o Pé Diabético. **Revista Estima**, v. 15, n. 2, 2017.

ORTIZ, R T et al. **Pé diabético-fisiopatologia, diagnóstico e tratamento**. In: Cirurgia vascular e endovascular: abordagem prática. ATHENEU, 2017. p. 655-661.

RIBEIRO, W F P et al. Conhecendo o grau de risco para o desenvolvimento do

pé diabético em pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2. **Enfermagem Brasil**, v. 16, n. 2, p. 80-88, 2017.

SANTOS DA SILVA, J et al. Alterações nos pés do idoso hospitalizado: um olhar cuidadoso da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2017.

SILVA, P L N et al. Importância da comissão de curativos no tratamento das lesões cutâneas: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health ISSN**, v. 2178, p. 2091.