

ÚLCERA PLANTAR POR DIABETES EM HOSPITAL DE REABILITAÇÃO

Autores:

ADELAINÉ GOMES ROSA

KÁTIA TORRES BATISTA

GABRIELA BERNARDA MONTEIRO

ANA FLÁVIA SARAIVA DE SÁ AURELIANO ROBERTI



CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2019

FAZER SABER EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

INTRODUÇÃO

A maioria das lesões plantares por diabetes são consequências da doença vascular e neuropatia periférica. É uma complicação crônica, caracterizada pela formação de úlceras, infecção e gangrena no membro inferior, levando em alguns casos a amputação do membro afetado. A diminuição do fluxo sanguíneo, associado a edema, traumatismos, trombose ou infecção pode ocasionar agangrena dos dedos.

A diabetes mellitus é uma doença crônica, com alta prevalência, morbidade decorrente de complicações e mortalidade, com grande impacto socioeconômico. Segundo o Comitê Internacional de Especialistas, que trabalhou sob o patrocínio da Associação Americana de Diabetes (ADA) de 2009, diabetes mellitus foi definida como um grupo de doenças metabólicas caracterizada por uma hiperglicemia resultante de defeitos na secreção ou ação da insulina ou em ambas. Este quadro de hiperglicemia crônica está associado, após longos períodos, ao prejuízo e à falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. No Brasil a prevalência estimada da doença é de 11,9 milhões de casos. Segundo dados do MS 70% das amputações São decorrentes de diabetes mal controlada.

OBJETIVO

Realizar estudo de série de casos de lesões plantares em pacientes portadores de diabetes mellitus internados em Hospital de Reabilitação no período de 2006 a 2016

MÉTODO

Estudo longitudinal descritivo de revisão de prontuários de pacientes com úlcera plantar devido a diabetes mellitus, internados no Hospital SARAH Brasília de janeiro de 2006 a janeiro de 2016.

RESULTADOS

Doze pacientes portadores de pé diabético, 8 homens e 4 mulheres foram admitidos na enfermaria de ortopedia do Hospital SARAHE Brasília no período do estudo.

A média de idade foi de 54 anos (mínima 32 máxima 76 anos). Com lesão plantar grau 3 e 4 com gangrena e de múltiplas localizações; EMG revelou polineuropatia periférica sensitivo-motora predominantemente axonal, crônica, difusa, pior em membros inferiores em 4 casos; oito eram portadores de Diabetes mellitus tipo I, com tempo de doença maior de 5 anos;

O exame de angioressonância e doppler dos MMII foi realizado em quatro pacientes revelando quadro de insuficiência arterial, oito (66,6%) dos pacientes necessitaram amputação transtibial devido a gangrena, sendo que dois bilateral, dois necessitaram enxertia de pele e dois tiveram cicatrização das feridas; um apresentou ulcera no coto de amputação.

| | Procedência/ profissão | Sexo | Idade | Tipo de Diabetes | Localização da úlcera | Tempo de doença/ seguimento | Tratamento |
|----|--|------|-------|--|---|--------------------------------|---|
| 1 | Taguatinga (DF), do lar | F | 64 | DM II HA | Calcâneo D | 30 anos/4 meses | Desbridamento e curativo; Enxerto de pele |
| 2 | Sobradinho (DF), não informado | M | 39 | DM I | I e V pododáctilo e V artelho | 10 anos/5 meses | Amputação I e V pododáctilo e V artelho; bota gessada e palmilha |
| 3 | Samambaia (DF), comerciante | F | 45 | DM I IR | Calcâneo | 12 anos/2 meses | Desbridamento e enxerto de pele no calcâneo; curativo e bota gessada com estribo por 2 meses; palmilha; adaptação de calçado |
| 4 | Rio Branco (AC), motorista | M | 39 | DM I | múltiplas (calcâneo, dedos) | 5 anos/2 anos | Amputação de artelho, bota gessada e curativo com cicatrização em 1 mês. |
| 5 | Lago Sul (DF), militar | M | 78 | DM I | Retro pé, pé | 10 anos/2 anos | Amputação <u>trans tibial</u> , úlcera no coto de amputação; palmilha, <u>prótese trans tibial</u> |
| 6 | Brasília (DF), aposentado | M | 49 | DM I HA tabagista | I e V metatarso esquerdo; I e V metatarso direito | Não informado/2 anos | Amputação MIE, palmilha e curativo pé direito; <u>prótese trans tibial</u> |
| 7 | São Raimundo das mangabeiras (MA) /aposentado | F | 76 | DM I HA | Pé e insuficiência arterial ate os joelhos | 20 anos/2 anos | Amputação trans femoral esquerda ;protetização |
| 8 | Montalvânia (MG) guarda- noturno | M | 62 | DM II Neuropatia tabagista | Hálux a esquerda amputação a direita | 10 anos/1 mês | Amputação trans tibial_ tibial_ protetização |
| 9 | Ilhéus - RO/doméstica | F | 32 | DM I Sequela de trauma no MI com fratura de fêmur | Medial do pé e tornozelo | 6 anos/4 anos | Amputação trans tibial_ protetização |
| 10 | Brasília/ superior não especificado | M | 52 | DM II | Metatarsiano | 10 anos/1 mês | Curativo, cicatrização |
| 11 | Brasília/ motorista de táxi | M | 62 | DM I AVC/Hemiplegia HA; tabagista | Maléolo lateral | 10 anos/2 meses | Curativo, manteve com ferida |
| 12 | Goiânia/ engenheiro | M | 59 | DM II Várias comorbidades sepses grave | Calcâneo direito e queimadura de III grau após compressa / escara sacra | 3/2 anos | Amputação transfemoral bilateral esquerda |

Caso 8 - Paciente portador de úlcera plantar com rápida evolução para necrose e amputação transtibial;

apresentando úlcera cicatrizada na cabeça do I metatarso e úlcera controlada no V metatarso



Caso 11 - Paciente apresentando lesão no maléolo, evoluindo com cicatrização da ferida após cuidados e curativos.



DISCUSSÃO

Os pacientes diabéticos com pé ulcerado são atendidos principalmente nos Postos de Saúde e serviços de atendimento primário, e quando chegam em serviço terciário, tal como no Hospital SARAH , apresentam alterações neurológicas e vasculares avançadas com lesões de grau 3 a 5. A avaliação do pé diabético deve constar: sensibilidade da pele local, unhas, vascularização, neuropatia, histórico de úlcera(s) anterior(es), amputações.

No exame verificar a presença de edema, cor, temperatura, calosidades, formato, áreas descoladas, pés frios, branqueamento na elevação, ausência de crescimento de pêlos, pele seca, brilhante e atrófica, pulsos dorsal, pedial, face posterior da tíbia, poplíteos e femorais filiformes ou ausentes. Pele seca com fissuras pode ser uma porta para a entrada das bactérias, perda de reflexos e atrofia dos músculos que leva às deformidades do pé e, como consequência, pontos de pressão que ocasionam hiperqueratoses.

A aplicação de coberturas retentivas de umidade no contexto da isquemia e/ ou gangrena seca pode resultar em uma série infecção e ameaça à vida ou aos membros, atualmente outras opções de curativos por pressão negativa são utilizados. O controle de infecção é de máxima importância no tratamento das UPDs por causa da sua forte associação com a amputação. Um estudo com pacientes diabéticos constatou que a infecção do pé aumentou o risco de amputação em 155 vezes.

CONCLUSÃO

O pé diabético é uma complicação crônica da diabetes mellitus, caracterizando-se por infecção, ulceração ou destruição dos tecidos profundos, associadas a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores, que têm grande repercussão social e econômica, decorrente de amputações, que geram incapacidade, absenteísmo ao trabalho e o alto custo associado ao seu controle e/ou tratamento e por suas complicações agudas e crônicas. Nesta série de casos, houve predomínio sexo masculino, com diabetes por mais de 10 anos, lesões de graus avançados e apresentou 66,6% de amputações.