

MONITORANDO A CICATRIZACAO DA FERIDA DIABÉTICA DOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO II

Nathália Cristina Alves Pereira ¹ ; Luz Marina Pinto Martins ²

1. Estudante do Curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados; E-mail: patao_nathalia@hotmail.com
2. Professora Mestre do curso de Enfermagem da UEMS, Unidade Universitária de Dourados; E-mail: luz.marina@uems.br

Área da Saúde/ Saúde Pública

Resumo

Diante das complicações que a Diabetes Mellitus (DM), uma doença metabólica e crônica pode acarretar para o ser humano, se torna interessante a realização do projeto nos portadores de DM tipo II e com a lesão diabética já instalada, a fim de promover a educação em saúde, o autocuidado e a cicatrização efetiva dessa lesão. Isto é justificado pelo fato de que uma das complicações, que é o pé diabético está comumente localizada na população diabética de baixo nível socioeconômico, com condições inadequadas de higiene e pouco acesso aos serviços de saúde, o que torna a procura pelo atendimento médico somente quando as lesões estão geralmente em estágio avançado, causando sofrimento e mudanças na rotina pessoal e familiar. Tendo em vista as consequências que as ulcerações podem acarretar, o projeto tem como objetivos: monitorar a evolução na cicatrização da ferida diabética, observar e caracterizar a ferida diabética, orientar os pacientes quanto aos cuidados com a ferida diabética, ao uso dos medicamentos utilizados no curativo da ferida diabética e as formas de melhorar a cicatrização da ferida. Em decorrência do atraso para o início do projeto e do pequeno número de feridas diabéticas nas unidades, até o momento, foi realizado o monitoramento da ferida diabética durante 5 semanas na ESF 18 de uma paciente com duas úlceras diabéticas. Ao longo das semanas, houve melhora significativa tanto em relação ao autocuidado da DM II e das feridas, e as condições psicológicas, sociais, demonstrando seguir as orientações realizadas.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Pé Diabético. Ferida Diabética.

Introdução

A DM tipo II é considerada o tipo mais comum e caracteriza-se pelos defeitos metabólicos de resistência à insulina (redução da sensibilidade tecidual à insulina), secreção de insulina comprometida e aumento da produção hepática de glicose, resultante da resistência insulínica no fígado (VILAR, 2006).

O pé diabético é caracterizado pela associação da neuropatia e/ou vasculopatia, e constitui a causa mais frequente de complicações da DM II, levando a uma alta taxa de amputação de membros inferiores favorecida pelo desenvolvimento de infecções quando não tratadas adequadamente e aparecimento de ulcerações, internação prolongada e alto custo (BRASILEIRO et al., 2005; ASSUMPCÃO et al., 2009).

As ulcerações que são lesões cutâneas caracterizadas pela perda de epitélio, podendo chegar à derme ou até mesmo aos tecidos profundos, geralmente são acompanhadas de insensibilidade por neuropatia e ocasionadas por pequenos traumas devido ao uso de calçados inapropriados, manipulações incorretas dos pés ou acidentes domésticos (OCHOA-VIGO; PACE, 2005).

“Mais de 50% das amputações não traumáticas em membros inferiores são atribuídas ao diabetes. Anualmente, 2 a 3% dos pacientes desenvolvem úlceras nos pés e este risco aumenta para 15% no transcurso de sua vida” (OCHOA-VIGO, 2005, p. 12).

Assim, diante das repercussões que este assunto tão discutido na Saúde Pública, considerado de alto custo financeiro e social, é que foi visualizada a importância na elaboração desse projeto, a fim de poder colaborar com a comunidade que sofre com a lesão diabética e que pode acarretar desde problemas físicos a sociais. Sendo assim, o presente projeto buscará monitorar a evolução na cicatrização da ferida diabética e conseqüentemente orientar os portadores sobre o cuidados com a lesão, estimulando o autocuidado e a evolução para a cura.

Material e Métodos

Trata-se de um projeto vinculado ao Projeto de Extensão intitulado como “*Oficinas de Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde do Programa Saúde da Família (PSF) no programa de educação de Diabéticos*”, que está sendo desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família em que anteriormente seria nas Unidades em que haveria maior índice de portadores de Diabetes Mellitus tipo II e com a lesão diabética já instalada.

Entretanto, em decorrência do atraso para iniciar o projeto devido à espera da autorização da Secretaria Municipal de Saúde e do pequeno número de feridas diabéticas nas unidades, foi realizado o monitoramento da ferida diabética durante um período de 5 semanas (1 dia por semana) (TABELAS) na Equipe de Saúde da Família 18, localizada no Parque II durante as quartas-feiras, no turno vespertino, após a realização da oficina de capacitação dos ACS quanto ao DM II.

Durante esse período, no primeiro dia foi solicitado à paciente a autorização para o monitoramento da ferida mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Além disso, foi construído um instrumento em forma de check list baseado no Protocolo de Assistência aos Portadores de Feridas de Belo Horizonte/MG (2003), com o intuito de comparar ao longo das semanas como se encontrava o processo cicatricial da ferida diabética e as orientações que deveriam ser realizadas quanto aos cuidados com a ferida,

medicamentos utilizados e formas de melhorar a cicatrização da ferida. Durante todas as semanas de monitoramento, era realizado o curativo da ferida, sempre orientando a paciente quanto aos cuidados com a mesma.

A caracterização da ferida diabética foi realizada por meio do tempo de existência da ferida, da mensuração e da profundidade da lesão e características quanto à presença de tecido necrótico, exudato (volume, cor, odor), características da pele ao redor da ferida (cor, calor, hidratação) e presença e/ou característica da dermatite na região da ferida.

Resultados e Discussão

O monitoramento da ferida diabética teve início em 02/06/2010 após o consentimento da paciente que residia no Parque da Nações II (ESF 18), sexo feminino, 82 anos, branca, casada, não alfabetizada, aposentada, recebendo até um salário mínimo. Há aproximadamente 1 ano e 9 meses apresenta uma úlcera arterial em região posterior de Membro Inferior Esquerdo (MIE) com uma perda tecidual superficial e há 6 meses apresenta uma úlcera venosa em região anterior, próximo ao maléolo do Membro Inferior Direito (MID), com perda tecidual profunda, sendo possível a visualização do tendão de aquiles .

Ao longo das semanas, observou-se que as feridas da paciente apresentaram uma evolução importante quanto à extensão de ambas e maior proliferação do tecido de granulação da úlcera venosa (MID), já que por ser uma ferida de segunda intenção, apresenta um processo cicatricial mais lento. De acordo com Cotran, Kumar e Robbins (1996) a ferida quando classificada por segunda intenção ela envolve um grau de perda de tecido, não sendo possível a aproximação das bordas, comumente encontradas em feridas crônicas como as úlceras.

O processo de cicatrização da ferida é composto por 3 fases, denominada inflamatória em que ocorre vasoconstrição e fechamento dos vasos, durando aproximadamente 5 a 10 minutos, seguindo para a vasodilatação; fase proliferativa em que ocorre a reparação do tecido conjuntivo e epitelial e finalmente a fase de maturação havendo a remodelação do colágeno, regressão endotelial (BLANES, 2006).

Entre os fatores que podem dificultar o processo cicatricial, estão os sistêmicos relacionados ao cliente, como idade, nutrição, doenças crônicas como a DM II, insuficiências vasculares (a úlcera venosa representa de 70% a 90% dos casos de úlceras nos membros inferiores), uso de medicamentos como antiinflamatórios, antibióticos e esteróides e tratamento tópico inadequado e os fatores sociodemográficos em indivíduos com baixo nível

socioeconômico, com condições inadequadas de higiene (FLORIANÓPOLIS, 2008; CARMO et al, 2007).

Os medicamentos utilizados pela paciente na realização do curativo até a primeira semana eram então o soro fisiológico 0,9% usado para limpeza da mesma e favorecimento do debridamento autolítico, ácido graxo essencial (Dersani[®]) que promove a quimiotaxia e angiogênese mantendo o meio úmido, acelerando o processo de granulação tecidual de ambas as feridas, e a colagenase (Fibrase[®]) que age acelerando a degradação e digestão enzimática da rede de fibrina, facilitando a proliferação e regeneração celular da ferida encontrada no MID. (RIBEIRÃO PRETO, 2004; MANHEZI; BACHION; PEREIRA, 2008).

Entretanto, em decorrência do uso constante do ácido graxo essencial (AGE) e da ação do mesmo sobre a ferida, a paciente apresentou um aumento do tecido de granulação na ferida do MIE, o que provoca uma diminuição no período de epitelização, já que terá que fazer uma maior força para a efetiva cicatrização da ferida. Diante disso, a paciente foi orientada quanto a parar o uso do AGE a fim de acelerar o processo de epitelização. Após consulta médica, passou a utilizar apenas o sabão neutro para limpeza de ambas as feridas, permanecendo o uso da colagenase apenas na úlcera venosa.

Assim, mediante a caracterização das feridas ao longo das semanas, a paciente foi sendo orientada quanto à alimentação, aquecimento e elevação dos membros inferiores, uso de meias elásticas a fim de proporcionar um melhor retorno venoso, realização do curativo e as mudanças que estavam ocorrendo, garantindo além da evolução positiva na cicatrização das feridas, proporcionasse uma melhora na autoestima da paciente, mostrando esse projeto ser um processo de educação em saúde que demanda prazo, relação interpessoal e confiança.

Tabelas

A- Úlcera Arterial - MIE

Semanas/Caracterização	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ªSemana
Extensão*	5/9=45cm ²	4/8=32cm ²	4/8=32cm ²	4/8=32cm ²	4/8=32cm ²
Tecido de Granulação	4+/4+	4+/4+	4+/4+	4+/4+	4+/4+
Tecido Necrótico	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Edema	1+/4+	1+/4+	1+/4+	1+/4+	1+/4+
Dor	Ausente	Leve	Leve	Moderada	Leve
Pulso**	3	3	2	1	1

*Vertical/Horizontal = Área

** Pulso: 4 pulso normal ; 3 discretamente diminuído; 2 diminuição moderada; 1 diminuição importante; 0 ausência de pulso

B- Úlcera Venosa – MID

Semanas/Caracterização	1ª Semana	2ª Semana	3ª Semana	4ª Semana	5ªSemana
Extensão*	2/2=4cm ²	2/2=4cm ²	2/2=4cm ²	2/2=4cm ²	2/1,5=3cm ²
Tecido de Granulação	1+/4+	1+/4+	1+/4+	1+/4+	2+/4+

Tecido Necrótico***	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO
Edema	3+/4+	2+/4+	3+/4+	3+/4+	1+/4+
Dor	Moderada	Leve	Leve	Moderada	Leve
Pulso**	3	3	2	1	1

*Vertical/Horizontal = Área

** Pulso: 4 pulso normal ; 3 discretamente diminuído; 2 diminuição moderada; 1 diminuição importante; 0 ausência de pulso

***Havia tecido desvitalizado, fibrinoso aderido ao leito da ferida.

Agradecimentos

Agradeço aos Agentes Comunitários de Saúde que me auxiliaram na identificação dos pacientes diabéticos e com a ferida, à Pró-Reitora de Extensão PROEC que por meio do Programa Institucional de Bolsas de Extensão PIBEX/UEMS, concedeu-me a bolsa de extensão para a realização do projeto.

Referências

ASSUMPCÃO, Elvira Cancio et al. Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. **J. Vasc. Bras.** v. 8, n. 2. Porto Alegre, RS. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167754492009000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2010.

BLANES, L. Tratamento de Feridas. 2006. Disponível em: <<http://www.bapbaptista.com/feridas_leila.pdf>>. Acesso em: 15 jul 2010.

BRASILEIRO, Jose Lacerda et al. Pe diabético: aspectos clínicos. **J. Vasc. Bras.** v.4. n. 1. Porto Alegre. 2005. Disponível em: <<http://www.jvascbr.com.br/05-04-01/05-04-01-11/05-04-01-11.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2010.

CARMO, S. S. et al. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Revista Eletrônica de Enfermagem. v.9. n.2. p. 506-517. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/pdf/v9n2a17.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. L. **Robbins, PATOLOGIA ESTRUTURAL E FUNCIONAL**. Trad.: André Luis de Souza Melgaço et al. 5 ed. Rio Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1996.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. Protocolo de cuidados de feridas / Coordenado por Antônio Anselmo Granzotto de Campos; Organizado por Lucila Fernandes More e Suzana Schmidt de Arruda. Florianópolis: IOESC, 2007.

MANHEZI, A. C.; BACHION, M. M.; PEREIRA, A. L. Utilização de Ácidos Graxos Essenciais em Feridas. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 61. n.5 . p. 620-629. Brasília. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a15v61n5.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta Paul. Enferm.** v. 18. n. 1. São Paulo. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2010.

OCHOA-VIGO, Kattia. **Prevenção de complicações nos pés de pessoas com diabetes mellitus: uma abordagem da prática baseada em evidências**. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 165 p. Ribeirão Preto, SP. 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-03102005-094819/>>>. Acesso em: 18 mar. 2010.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Assistência Domiciliar. Manual: Assistência Integral às Pessoas com Feridas Crônicas. Ribeirão Preto, 2004.

VILAR, L. **Endocrinologia Clínica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.