

Prevenção de amputação em idoso diabético: um relato de experiência na prática da enfermagem especializada em dermatologia

Amputation prevention in a diabetic elderly patient: a case study in specialized dermatology nursing practice

Prevenir la amputación en adulto mayor diabético: informe de experiencia en la práctica de enfermería especializada en dermatología

Euzeli da S. Brandão,* Luna Azulay-Abulafia, Maria José Q. A. Martins

Resumo

Este relato de experiência destaca a assistência prestada a um cliente idoso, diabético, admitido na enfermaria de dermatologia de um hospital universitário do Rio de Janeiro, apresentando processo infeccioso importante após 15 dias de perfuração com prego na região plantar esquerda, tendo indicação de amputação infrapatelar pela equipe médica da cirurgia vascular. O mesmo foi acompanhado pela equipe médica da dermatologia, pela enfermeira-chefe do setor, especialista em dermatologia, e residentes de enfermagem. Ressalta-se a credibilidade que a chefia da equipe médica responsável pela dermatologia depositou na competência do trabalho do enfermeiro, adiando e posteriormente cancelando o procedimento cirúrgico. Após 90 dias, o cliente recebeu alta deambulando espontaneamente, fato que revela a importância da integração entre os profissionais e da enfermagem especializada na prevenção e tratamento de lesões de pele, possibilitando inclusive prevenir amputações, e a reintegração do indivíduo à sociedade com sua integridade física e emocional.

Descritores: Enfermagem primária; Cuidados de enfermagem; Dermatologia; Prevenção terciária.

Abstract

This report details the assistance given to an elderly diabetic patient with an advanced infectious process after 15 days of an injury with a nail in the left sole. He was admitted in a dermatology ward of a University Hospital in Rio de Janeiro with multiple ulcers located in the left shin and foot, having indication of infra-patellar amputation by the medical team of vascular surgery. He was managed by the dermatology medical team, by the ward head nurse, specialized in dermatology, and by residents of nursing. Highlighted is the trust put in the nursing staff, with the medical team postponing and cancelling the surgical procedure. After 90 days, the patient was discharged walking. It showed the importance of the integration between staffs and of specialized nursing in then prevention and treatment of injuries.

Keywords: Primary nursing; Nursing care; Dermatology; Tertiary prevention.

Resumen

Este informe de experiencia destaca la asistencia prestada a un paciente adulto mayor, diabético admitido en la enfermería de dermatología de un hospital universitario de Rio de Janeiro, presentando un proceso infeccioso importante después de 15 días de perforación con clavo en la región plantar izquierda, que tiene orden de amputación infrapatelar del equipo médico de cirugía vascular. El mismo fue acompañado por el equipo médico de dermatología, por la enfermera jefe del sector, especialista en dermatología, y residentes de enfermería. Se destaca la confianza que la jefatura del equipo médico responsable de dermatología depositó en la capacidad de trabajo del enfermero, posponiendo y posteriormente cancelando el procedimiento quirúrgico. Después de 90

*Endereço para correspondência:
Faculdade de Enfermagem.
Universidade Federal Fluminense.
Rua Dr. Celestino, 74, Niterói,
Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 24020-091.
E-mail: euzeli@terra.com.br

días, el paciente recibió alta y deambuló espontáneamente, hecho que revela la importancia de la integración entre los profesionales y la enfermería especializada en la prevención y tratamiento de lesiones de piel, posibilitando inclusive prevenir amputaciones y reintegrar al individuo a la sociedad con su integridad física y emocional

Palabras clave: Enfermería primaria; Atención de enfermería; Dermatología; Prevención terciaria.

Introdução

No cotidiano dos serviços de saúde, a amputação de membros inferiores continua a ser um problema enfrentado pelos profissionais desta área, principalmente quando nos referimos a pessoas idosas, diabéticas e com doença vascular periférica. Atualmente, se considerarmos as estatísticas dos países mais desenvolvidos, algumas doenças continuam liderando a lista de causas para amputação. Para exemplificar, o mundo vem enfrentando uma epidemia devastadora – o diabetes –, em que o aumento drástico do número de casos está relacionado ao aumento de pessoas com idade acima de 65 anos, ao estilo de vida atual, ao sedentarismo, aos hábitos dietéticos inadequados e à baixa cobertura do sistema de saúde a nível primário.¹ Em relação às complicações, cita-se as úlceras diabéticas, que representam a causa mais comum de amputação do pé ou da perna.² O diabetes afeta neurologicamente as extremidades inferiores levando à perda de sensibilidade protetora e do balanço estrutural do pé. Além disso, este autor acrescenta que os problemas imunológicos e de cicatrização apresentados por esta clientela fazem com que um pequeno ferimento se transforme na porta de entrada para infecções,³ conforme ocorreu no caso em questão. Em uma parcela expressiva dos casos, poderá resultar em amputação.

Apesar da amputação se tratar de um procedimento considerado reconstrutivo que visa melhorar a qualidade de vida do cliente e, em alguns casos, indispensável para proporcionar a manutenção de sua vida, sua indicação exige uma avaliação criteriosa da equipe multidisciplinar. Não se pode deixar de considerar que a realização deste procedimento cirúrgico e mutilante exige importantes adaptações na vida das pessoas, entre elas a aceitação da mudança permanente da imagem corporal, alteração da mobilidade física e/ou da capacidade de realizar atividades diárias, podendo interferir nas esferas social, emocional e até mesmo econômica. Além disso, os clientes idosos, diabéticos e portadores de doença vas-

cular periférica normalmente apresentam outros problemas de saúde concomitantes, que podem limitar ainda mais o seu potencial de reabilitação. Diante dessa realidade, este relato de experiência possui como objetivo: destacar a possibilidade de prevenção de amputação através do trabalho da equipe multidisciplinar, em especial da avaliação e acompanhamento do enfermeiro especialista em dermatologia.

Descrição do caso

Natural do Espírito Santo, 69 anos, casado, aposentado, proprietário de um bar, foi hospitalizado na enfermaria de dermatologia de um hospital universitário localizado na cidade do Rio de Janeiro acompanhado pela filha. O mesmo apresentava queixa de “ferida no pé e dor latejante” no membro inferior esquerdo após 15 dias de perfuração da região plantar com prego.

Ao exame físico, o cliente apresentava-se com precário estado de higiene, hipocorado (+++/4), desidratado (++/4), afebril, normotenso, eupneico e com frequência cardíaca dentro dos parâmetros normais. Os testes de glicemia capilar nas primeiras 24 horas mostraram: 376, 239, 227, 252 e 358 mg/dl; albumina 2,1; hematócrito 22%. Observou-se a presença de algumas lesões bolhosas na pele decorrentes da sua doença de base (pênfigo foliáceo), muitas rompidas drenando secreção purulenta em média quantidade. No membro inferior esquerdo, lesões infectadas, uma úlcera na região maleolar externa com três centímetros de diâmetro apresentando tecido desvitalizado, lesão primária na região plantar (local da perfuração) com aproximadamente 1 cm de diâmetro e necrose de liquefação, presença de edema importante, eritema, flutuação e fístulas de até 10,5 cm de extensão, que dificultavam a deambulação. Também foi observada a presença de manchas hipercrômicas em ambos os membros inferiores (1/3 superior). O cliente informou ser diabético, alérgico a penicilina e possuir o diagnóstico de pênfigo foliáceo. Para controle do diabetes, usa glibenclamida 5 mg/dia, e para

tratamento do pêndigo faz uso de prednisona 60 mg/dia. Ao procurar atendimento no Posto de Saúde próximo a sua residência após perfuração do pé com prego, foi feita a aplicação da vacina antitetânica, além da prescrição de ciprofloxacino e metronidazol via oral para tratamento do quadro infeccioso, sem êxito.

Avaliação e conduta da equipe multidisciplinar

Pela equipe médica, foram solicitados exames de rotina, pesquisa de sangue oculto nas fezes, anti-HIV, sorologia para Hepatite B e C, VDRL, endoscopia digestiva alta, parecer da oftalmologia, urologia, angiologia, neurologia e endocrinologia, além de radiografia dos membros inferiores. Foram colhidas amostras para hemocultura e urinocultura, sendo iniciada antibioticoterapia com clindamicina 600 mg endovenosa de 8/8 horas e ciprofloxacina 500 mg 12/12 horas, além da inclusão de metformina 850 mg duas vezes ao dia na prescrição.

A enfermeira responsável pela enfermaria de dermatologia e também membro efetiva da comissão de curativos do referido hospital, após avaliar o cliente, realizou limpeza das lesões com soro fisiológico 0,9% em jato aquecido a 37º celsius, com posterior aplicação de ácidos graxos essenciais. Estes representam óleo vegetal composto pelos ácidos linoleico, caprílico, cáprico, lecitina de soja e vitaminas A e E, que promovem a quimiotaxia dos leucócitos e favorecem a angiogênese, mantendo também meio úmido.⁴ Além dos ácidos graxos essenciais, foi feita indicação do uso de papaína a 10% nas áreas que apresentavam tecido desvitalizado. A papaína é composta por enzimas proteolíticas e peroxidases, retiradas do látex do mamão papaia, possui ação dependente de sua concentração.⁵ Ressalta-se que, neste caso, foi indicada inicialmente a concentração de 10% devido a sua ação desbridante. Além disso, foi recomendado o repouso com manutenção do membro inferior esquerdo elevado a 30º. Tais condutas estão de acordo com o preconizado sobre a necessidade de manutenção do leito da ferida úmido, desbridamento do tecido necrótico e eliminação de sobrecarga seguindo os padrões de Wound Healing Society para assistência ao

cliente com úlcera diabética.²

Em resposta ao parecer, a equipe médica da angiologia indicou desbridamento amplo da lesão, solicitação de avaliação pela cirurgia vascular e curativo diário com soro fisiológico 0,9%, clorexidine ou povidine, além de contraindicar o uso de papaína. Apesar deste parecer, ressalta-se que os curativos continuaram a ser realizados pela enfermagem do setor, mantendo a limpeza das lesões com soro fisiológico aquecido a 37º e em jato, com aplicação de ácidos graxos essenciais e papaína a 10% somente nas áreas desvitalizadas. A conduta foi assim mantida devido a reconhecida citotoxicidade do Polivinil-Pirrolidona-lodo a 10% (PVPI a 10%) e da Clorexidina a 4% (Di-Gluconato de Clorexidina), interferindo negativamente no processo de cicatrização ao inibir a produção de fibroblasto, células essenciais na formação do tecido de granulação.^{5,6} Estas soluções possuem indicação para antisepsia da pele e mucosas íntegras, e pericateres para prevenir colonização.⁶

A equipe da cirurgia vascular indicou realização de nova radiografia do pé esquerdo, cintigrafia óssea, solicitação de parecer à ortopedia e realização de risco cirúrgico. Sendo iniciada hidratação venosa 2.000 ml de soro fisiológico 0,9% nas 24 horas.

O laudo da radiografia realizada no dia da internação revelou aumento das partes moles do tornozelo esquerdo e calcificação de vasos e do tendão do tríceps, com manutenção dos espaços articulares sem sinais de osteomielite.

Ao avaliar os exames radiológicos, a equipe da ortopedia ratificou o laudo do exame radiológico que não evidenciava alterações ósseas e acometimento articular.

A avaliação da equipe da clínica médica em relação ao risco cirúrgico revelou que o cliente não se apresentava apto para realização da cirurgia proposta, sugerindo a realização de transfusão de concentrado de hemácias, terapia antiulcerosa com omeprazol e repetição do eletrocardiograma (ECG) após a hemotransfusão, além de reavaliação depois da definição da conduta em relação ao procedimento cirúrgico (dependente do resultado da cintigrafia óssea).

Ao fim de nove dias, a equipe da cirurgia vascular registrou o pulso pedioso palpável (++++/4) e solicitou programação de drenagem das lesões para a semana seguinte, com provável amputação

infrapatelar, em caso de osteomielite no tornozelo. O cliente foi informado sobre a possibilidade da realização do procedimento, aguardando, inclusive, a assinatura do termo de amputação por seus familiares. A família era representada principalmente por uma de suas filhas, que, sempre que possível e necessário, mostrava-se presente.

No mesmo dia, o resultado da cintigrafia óssea indicou osteomielite no calcâneo esquerdo. Neste dia foi feita infusão do concentrado de hemácias sem intercorrências.

Após 14 dias de internação e de uso de papaina a 10%, observou-se desbridamento parcial do tecido desvitalizado e, conseqüentemente, a observação pelas enfermeiras de dois orifícios na região plantar. A lesão recente na região maleolar externa manteve-se com três centímetros de diâmetro, e a lesão na região posterior com 5,0 por 3,0 cm e 5,5 por 4,0 cm na face lateral interna da região. Apesar de todas as lesões ainda apresentarem tecido desvitalizado, este estava amolecido e com coloração amarelada. Foi observada comunicação entre as fistulas presentes nas regiões plantar e maleolar externa. Havia diminuição do edema e do exsudato. Assim, foi iniciada irrigação com solução de papaina a 4% nas fistulas com auxílio de sondas números 10 e 12. A papaina nesta concentração pode ser utilizada em feridas exudativas e/ou infectadas.

Neste mesmo dia, o médico residente da dermatologia registrou no prontuário que aguardava o resultado do hemograma para avaliar resposta pós-transfusão, além do agendamento do procedimento cirúrgico pela cirurgia vascular para o dia seguinte, comunicando inclusive ao cliente a possibilidade de amputação caso houvesse acometimento ósseo. A professora responsável pela enfermagem de dermatologia, ao avaliar as lesões em parceria com a enfermeira responsável, percebeu a evolução satisfatória das lesões após o tratamento sistêmico e local iniciado e optou por adiar o procedimento, a fim de aguardar uma resposta clínica ao tratamento conservador.

No dia seguinte, os resultados do hemograma revelaram aumento do hematócrito para 28,6%. Sendo solicitado novo ECG e novo risco cirúrgico, além de ultrassonografia do pé esquerdo.

O cliente informou à enfermagem a diminuição da dor no membro inferior esquerdo, que persistia localizada somente no calcâneo

esquerdo. As lesões se mantinham ainda com necrose de liquefação, porém amolecidas e com pontos de granulação, sendo possível visualizar melhor as fistulas, suas comunicações e medidas com auxílio de sondas, sendo observadas duas na região plantar com 5,0 cm de extensão; nas regiões maleolares externa e interna com 5,0 cm; e na lateral do pé com 10,5 e 3,0 cm de extensão. Foi mantida irrigação com solução de papaina a 4% nas fistulas, com auxílio de sondas e posterior aplicação de alginato de cálcio em fita. Nas lesões que se mantinham com necrose de liquefação, irrigar papaina a 6% e ácidos graxos essenciais. A glicemia capilar neste momento mantinha-se controlada, 99 mg/dl.

Após um mês de internação, o cliente negava queixas algícas, o curativo apresentava-se externamente limpo e seco. Ao abrir o curativo, observou-se aumento da área de tecido de granulação, o exsudato mostrava-se serosanguinolento, com diminuição do eritema ao redor das lesões, porém com manutenção das fistulas comunicantes. Como conduta, a enfermeira manteve a limpeza das fistulas e lesões com soro fisiológico, suspendeu o uso de papaina e iniciou a aplicação de hidrogel amorfo nas áreas desvitalizadas. O hidrogel é um produto composto por água, carboximetilcelulose e propilenoglicol, que amolece e remove tecido desvitalizado através de autólise, sem traumas, sem dor, e que mantém a umidade no leito da ferida.⁷ Além da aplicação do hidrogel, foi iniciado uso de alginato de cálcio nas fistulas após irrigação com ácidos graxos essenciais. O uso do alginato de cálcio é indicado em feridas que apresentam sangramento e exsudativas, mantendo o meio úmido devido à formação de gel.⁷

Entendendo que, para cuidar do cliente durante a sua permanência no hospital, torna-se necessário suprir não somente as suas necessidades, mas também os seus desejos.⁸ Ressalta-se que avaliação do paciente era realizada diariamente pelo enfermeiro e/ou pelo residente de enfermagem, registrando a evolução no prontuário, com ênfase não somente nas suas lesões e terapêutica local implementada, mas também no seu estado geral, nos seus anseios, preocupações, além de estar sempre alerta às possíveis complicações.

Neste sentido, destaca-se também a participação do cliente em um grupo de apoio, que semanalmente era realizado na enfermagem, com

objetivo de criar um espaço no qual os clientes pudessem se expressar quanto ao tratamento recebido, além de discutir aspectos relacionados à doença.⁹ Participavam desta atividade a enfermeira, a assistente social do setor e uma psicóloga. Durante essas atividades, foi observada a participação do cliente em questão, que verbalizava principalmente a sua preocupação com a volta ao trabalho como proprietário de um bar, tendo em vista a possibilidade da amputação da perna e as dificuldades que decorreriam caso houvesse necessidade desse procedimento.

Resultados

Após 45 dias de internação, a enfermeira registrou no prontuário melhora progressiva das lesões que se apresentavam com tecido de granulação, drenando exsudato amarelado em pequena quantidade. Foi observada diminuição do tamanho das fístulas e fechamento de uma das duas existentes na região plantar, sendo mantida a conduta. Neste período, foram registrados os primeiros passos do cliente na enfermaria com auxílio de andador.

Após dois meses de internação, a enfermeira residente registrou, além da diminuição das fístulas, o fechamento da localizada na região maleolar interna. As demais lesões estavam em fase de epitelização. Nesta fase, o cliente encaminhava-se ao banho de aspersão com auxílio do andador.

Dias depois, a enfermeira responsável relatou no prontuário que todas as lesões encontravam-se em fase de epitelização, com fechamento parcial das fístulas, que se apresentavam com 2,0 a 3,0 cm de extensão. Ressalta-se que havia ainda apenas uma lesão na região posterior do pé com tecido de granulação e com pequena área desvitalizada, configurando drenagem de exsudato em pequena quantidade.

Diante da evolução clínica satisfatória do cliente, o procedimento cirúrgico para realização de amputação infrapatelar foi descartado. Assim, após três meses de internação, o cliente recebeu alta hospitalar, deambulando, mantendo apenas uma lesão com aproximadamente 2,0 por 1,0 cm de extensão na região posterior do pé esquerdo, sendo encaminhado para o ambulatório de dermatologia e da comissão de curativos do hospital para acompanhamento.

Conclusão

Este relato de experiência mostra a necessidade da integração entre os profissionais de saúde e destaca a importância da enfermeira especialista em dermatologia na prevenção, tratamento de lesões cutâneas e até mesmo na prevenção de amputações. A dedicação da equipe médica e de enfermagem da dermatologia, além de evitar o procedimento mutilante, proporcionou a reintegração do indivíduo à sociedade com o máximo de sua integridade física e emocional. Apesar do êxito obtido, ressalta-se que cada cliente deve ser avaliado de forma personalizada junto a uma equipe multidisciplinar, conforme ocorreu neste caso.

Referências

1. Pereira MMQ, Lopes MVO. The process of restin diabetic patients type 2 with high blood pressure: a descriptive study. Online Braz J Nurs [on line]. 2006;5(3) [acesso em 10 set 2007]; Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/issue/view/4>
2. Eaglstein WH, Falanga V. Feridas Crônicas. In: Barbul A. Cicatrização das Feridas. Clinicas Cirúrgicas da América do Norte. Rio de Janeiro: Interlivros; 1997. v.3. p.685-96.
3. Caiafa JS, Castro AA, Fidelis C, Santos VP, Silva ES da, Sitrângulo Jr. CJ.. Atenção integral ao portador de pé diabético. J. vasc. bras. [serial on the Internet]. 2011 [cited 2014 Apr 27]; 10 (4 Suppl 2): 1-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492011000600001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492011000600001>.
4. Rodrigues FR, Brandão ES, Santos JA, Silveira SRN. Terapia Tópica no Cuidado de feridas. In: Marques RG. Técnica Operatória e Cirurgia Experimental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
5. Brandão ES. Técnicas e produtos utilizados no tratamento de feridas. In: Brandão ES, Santos I. Enfermagem em Dermatologia: Cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura médica, 2006. p.339-59.
6. Silva AAT, Mazzol A, Pereira BJC, Girão FB, Fumincelli L, Mendes IAC. Uso das soluções antissépticas na prática clínica da enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2010;18(3):473-7.
7. Almeida EA, Nascimento CS, Brandão ES, Pereira EP, Davidson E, Rodrigues FR, et al. Manual para realização de curativos. Rio de Janeiro: Cultura médica; 2003. p. 75-95.
8. Brandão ES, Santos I. Formulário de admissão em

dermatologia: um instrumento facilitador do cuidado de enfermagem personalizado e integral. ReTEP. 2009;2(2):93-7.

9. Brabosa EO, Brandão ES. Abordagem psicossocial: o

grupo de apoio ao cliente dermatológico em regime de internação como estratégia de intervenção. In: Brandão ES, Santos I. Enfermagem em Dermatologia: Cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura médica, 2006. p. 179-200.

Recebido: 15/05/2014.
Revisado: 02/07/2014.
Aprovado: 31/07/2014.

Euzeli da S. Brandão

Departamento de Fundamentos de Enfermagem. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

Luna Azulay-Abulafia

Departamento de Especialidades Médicas. Serviço de Dermatologia. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Maria José Q. A. Martins

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.