

Trauma em pé diabético - amputação

Beatriz Rocha, 3764850

Apresentação do Caso

Paciente M. A. S.

Mulher, 48 anos

Casada, aposentada

Aspectos sociais: vive em família, com acesso à água encanada e tratada, bem como sistema de coleta de lixo

HMA: **Diabética e hipertensa** há 4 anos, nega ser tabagista e etilista;

Sofreu **amputação dos dedos** do membro inferior esquerdo **após aparecimento de feridas bolhosas**;

Esteve internada devido à abscesso cutâneo axilar e contraiu pneumonia durante esse tempo;

Histórico médico familiar: diabetes em parentes próximos (pai, mãe e irmãos).

Procurou o PS se queixando de uma ferida no local da amputação

Exames Físicos

Paciente lúcida, com mobilidade reduzida por conta da amputação;

Lesão na região axilar derivada de drenagem de abscesso anteriormente;

Lesão no coto e inchaço no mesmo;

Pele ressecada, tosse produtiva e presença de crepitações à ausculta pulmonar;

Psicossocial: sinais de depressão relacionada à perda dos dedos do pé esquerdo;

Sinais vitais: **PA= 160x100 mmHg**

Glicemia= 480 mg/dl

FR= 24 rpm

FC= 84 bpm

TC: 37,5 C°.

Ferida Superficial, de estágio 2, presença tecido de granulação, exsudato seroso sem odor, bordas lisas em processo de cicatrização, membro ao redor hiperemiado



Farmacoterapia Regular

Insulina NPH

Efeito a médio prazo em relação à insulina regular; efeito máximo em 12h

Insulina Regular

Ação rápida, com; efeito máximo em $\pm 3h$

Metformina

Anti-hiperglicêmico da classe das biguanidas

Losartana

Anti-hipertensivo antagonista de ATII

Hidroclorotiazida

Anti-hipertensivo tiazídico

Sinvastatina

Anti-hipercolesterolêmico

Possíveis interações

	I. NPH	I. Reg	Metf.	Losart.	Hidro.	Sinv.
I. NPH	■	■	■	■	■	■
I. Reg	○	■	■	■	■	■
Metf.	●	●	■	■	■	■
Losart.	●	●	○	■	■	■
Hidro.	●	●	●	○	■	■
Sinv.	○	○	○	○	○	■

Desfecho desejado e estratégias

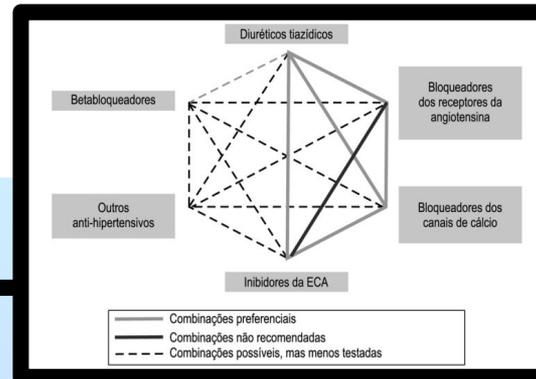
Reversão da infecção do coto

Controle da glicemia e da PA

Prevenção de novas infecções

Para isso:

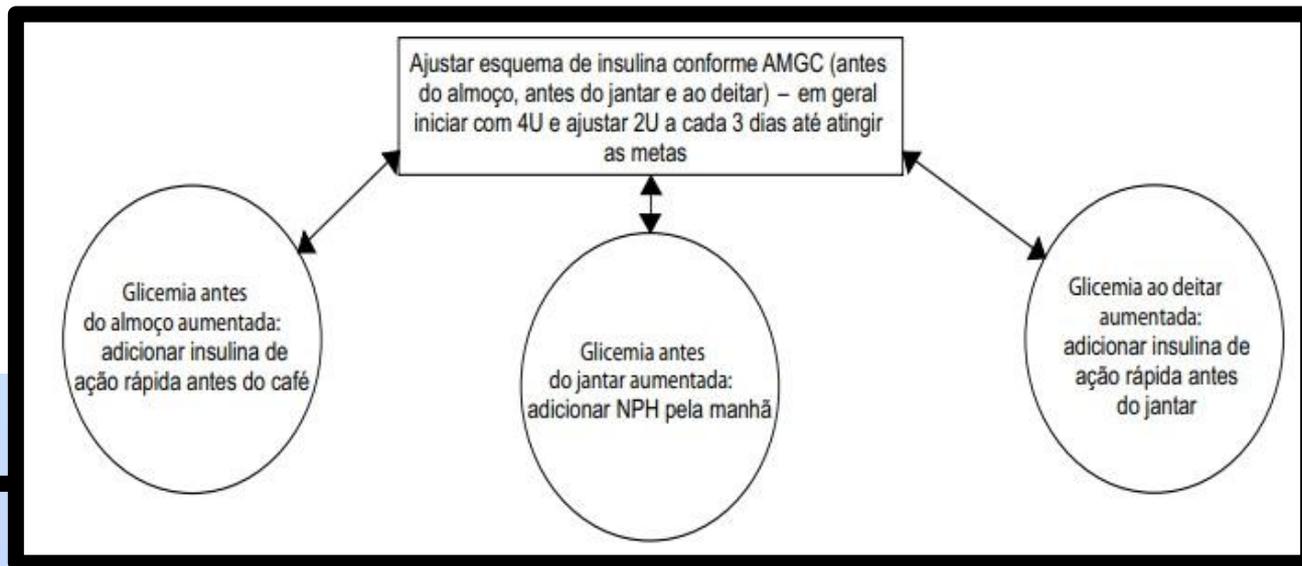
1. Limpeza da ferida com soro fisiológico 0,9%, e cobertura com sulfadiazina de prata 1% no leito da ferida, óleo de girassol ao redor, e, por fim, cobertura secundária (gaze e atadura)
2. Controle da PA:
 - a. Garantir que a paciente esteja tomando os anti-hipertensivos adequadamente (respeitando horários e doses);
 - b. Uma vez garantida a administração adequada, se a PA continuar alta, aumentar a dose da associação anti-hipertensiva;
 - c. Se ainda não tiver atingido o efeito necessário: adição de outra classe de anti-hipertensivo ao esquema farmacoterapêutico (BCC, por exemplo)



3. Controle da glicemia:

- a. Garantia de aplicação correta das insulinas e administração da metformina
- b. Mudança de horário de aplicação das insulinas
- c. Se o desfecho desejado ainda não tiver sido alcançado: mudança para insulina glargina (ação prolongada) + insulina regular*

4. Orientação: uso de calçado adequado, corte adequado das unhas, hidratação e higiene adequadas também, prevenindo a paciente do aparecimento de novas ulcerações; alimentação saudável e prática de exercícios físicos dentro de suas limitações; uso correto dos medicamentos, a fim de controlar a glicemia e hipertensão, principalmente



Obrigada!

Referências

http://www.mastereditora.com.br/periodico/20170806_180124.pdf

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf

<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/24-1.pdf>

<https://www.diabetes.org.br/profissionais/insulina-analogica-de-acao-prolongada-e-incorporada-ao-sus>

<http://conitec.gov.br/images/Rename-2020-final.pdf>

http://www.furp.sp.gov.br/arquivos/produtos/bulas/profissional/105/clor_metformina_BPR_OF_REV00.pdf

<https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes-em-debate/1629-visao-geral-dos-diferentes-tipos-de-insulinas>