

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

DINIZ, Debora Tomaz

Discente da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva

TONON, Elisiane

Docente da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva

RESUMO

Este trabalho visa identificar os métodos de prevenção fisioterapêutica nos pacientes portadores do pé diabético direcionando os fisioterapeutas a uma melhor conduta e recuperação destes pacientes, resultando em uma melhor qualidade de vida e maior independência e tem como objetivo observar a melhora e conscientizar este grupo de pacientes, com ênfase na prevenção e conscientização.

Palavras - chaves: conscientização, fisioterapia, pé diabético, prevenção.

ABSTRACT

This work aims to identify the methods of Physiotherapeutic prevention in diabetic foot patients directing the physical therapists to better conduct and recovery of these patients, resulting in a better quality of life and greater independence and aims to observe the improvement and raise awareness of this group of patients, with an emphasis on prevention and awareness.

Keywords: awareness, physiotherapy, diabetic foot, prevention.

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é um distúrbio crônico e abrangente que altera o metabolismo da glicose, proteínas e gorduras, comprometendo também o sistema vascular e neurológico. Esta doença está relacionada a um defeito hormonal o qual há uma resistência ou deficiência absoluta de insulina resultando na hiperglicemia (ROBBINS, COTRAN, 2010).

Inicialmente a doença apresenta poliúria, polidipsia, polifagia e cetoacidose quando em estado grave, todas resultado da falta de coordenação metabólicas (ROBBINS, COTRAN, 2010).

Segundo *American Diabetes Association* a doença se divide em dois grupos, tipo 1 e tipo 2, além de outros como o desenvolvido na gestação ou associados a síndromes, o primeiro grupo são os que possui uma deficiência absoluta de insulina (considerados o tipo mais grave), devido a causa idiopática, por processo auto-imune desencadeado por fatores virais ou ambientais (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009). Já o tipo 2, ocorre uma resistência a insulina ou uma deficiência relativa desta, o paciente adquire devido á seus hábitos de vida, que é acelerado pela obesidade e por um estilo de vida sedentário e uma das causas é o comprometimento da secreção de insulina ou a insensibilidade do receptor periférico de insulina (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009).

Nos últimos 50 anos a incidência anual aumentou levando a acreditar que houve uma introdução ambiental ainda não identificada, observa se que o índice de diabetes tipo 1 aumenta no inverno, o que poderia estar relacionado a epidemias virais específicas, nos primeiros anos de vida até a puberdade também se encontra um aumento progressivo deste tipo de diabetes, onde quase 30% são diagnosticados após os 20 anos de idade (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009).

O pé diabético é caracterizado por úlceras plantares de difícil cicatrização que são causadas por traumas imperceptíveis que podem evoluir para formação de abscessos, sepsis articular, osteomielite e nos casos mais grave uma amputação (MAFFEI *et al*, 2008).

Diante disto iremos identificar como a fisioterapia pode auxiliar na prevenção de pacientes com pé diabético e devolver a independência á pacientes mais debilitados.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Aproximadamente 15% dos pacientes portadores de diabetes, já desenvolveram uma ulceração nos pés. As manifestações clínicas do pé diabético se caracterizam por variados graus associados ao comprometimento da função imune, neuropatia sensoriomotora crônica, doença vascular e neuropatia autonômica (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009).

No Brasil a incidência do diabetes mellitus tipo 1 em menores de 15 anos é muito baixa, avaliada nas cidades do interior de São Paulo mostrou-se intermediária, e a susceptibilidade alta da doença, para os que moram nas regiões Nordeste e Sudeste

brasileiros. A percepção de eventos traumáticos menores é impedida pela neuropatia sensorial, que faz com que a dor não seja sentida de forma normal. Distúrbios dos mecanismos auto-regulatórios da micro circulação ou redução no débito cardíaco podem comprometer o fluxo sanguíneo e diminuir o tempo de cicatrização da úlcera predispondo o local a infecções reduzindo ainda mais a rapidez de fechamento da úlcera aumentando a possibilidade de complicações da mesma (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009).

O diagnóstico é realizado através de exames laboratoriais constituído por uma elevação considerável da glicose sanguínea por qualquer um dos 3 critérios citados a seguir:

Concentração de glicose aleatória maior que 200mg/dl, apresentando sinais e sintomas clássicos, concentração de glicose maior que 126mg/dl em jejum em mais de um período, teste de tolerância á glicose oral (TTGO) anormal, ou seja, a concentração de glicose maior que 200 mg/dl 2 horas após a ingestão de carboidrato padrão (ROBBINS, COTRAN, 2010).

A prevenção do pé diabético é dada pelos cuidados gerais, enfatizando a nutrição adequada, rígido controle glicêmico, redução dos fatores de risco bem como a interrupção do tabagismo, auto- avaliação diária dos pés, nos pacientes comprometidos recomenda – se uma visita anual ao especialista. Em casos de deformidades nos pés, é essencial o alívio das pressões podendo ser utilizado dispositivos auxiliares, ortótico, sapatos especiais, ou moldes que direcionem a descarga de peso dos pés para fora da área de risco (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009).

Consiste o tratamento dos pacientes diabéticos, a mudanças no estilo de vida, conscientização do paciente, até mesmo intervenção farmacológica como insulinas ou hipoglicemiantes orais. Objetivos a médio e curto prazo são alcançados com o controle metabólico e melhora do paciente, já os de longo prazo se concentram na prevenção das complicações do diabetes como doenças neurológicas, retinopias e doenças cardiovasculares principalmente as complicações envolvendo o pé do diabético (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009).

3. CONCLUSÃO

É visto que a atuação fisioterapêutica se faz necessário como método preventivo nas afecções que comprometem o paciente diabético, o que visa um menor tempo de hospitalização e menor risco de amputações.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

L. GOLDMAN; D AUSIELLO, **Cecil Medicina**, 23^a ed, Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.

MAFFEI, F.H.A; LASTORIAS. S; YOSHIDA. W; ROLLO, H.A; GIANNINI, M; MOURA, R. **Doenças vasculares periféricas**, volume 2, 4^a ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.

ROBBINS E COTRAN, **Patologia** base patológicas das doenças, 8^a ed, Rio de Janeiro, Elsevier, 2010.