**ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA A UM PACIENTE DIABÉTICO E COM ERISIPELA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

FIORAVANTI, Geisa de Oliveira França

FREITAS,Daniel Fioravanti

DE JESUS, Thima Falcão Souto

FRANÇA, Joice De Oliveira

**Introdução**

A erisipela é uma forma clínica de estreptococcia cutânea que se caracteriza por instalação aguda de lesão peculiar associado a sídrome infecciosa (febre, calafrios, cefaleia, mal-estar geral, anorexia, astenia etc), eventualmente pode estar presente quadro de toxemia. Sua localização predomina amplamente nos membros inferiores, podendo ocorrer em outras áreas da pele. É mais comum em adultos com mais de 30 anos que apresentam fator predisponente (diabetes mel liturgia, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência venosa etc). De acordo com as características das lesões, podem se configurar diferentes variedades clínicas: vesicular, bolhosa, hemorrágica, gangrenosa e flegmonosa. O paciente portador de erisipela bolhosa, que não apresente quadro séptico associado, assistido em clínica especializada, possui uma estrutura de cuidados com muitas vertentes favoráveis, incluindo a colaboração e experiência interdisciplinar dos membros da equipe para que cuidados atuais baseados em evidências sejam dispensados e a cicatrização da lesão seja alcançada com sucesso.

**Objetivo**

Analisar assistência multiprofissional fornecida em clínica especializada em tratamento de feridas, para o processo de cicatrização de lesão grave por erisipela bolhosa.

 **Metodologia**

O presente estudo é um relato de experiência realizado com um paciente em atendimento em uma clínica especializada no tratamento de feridas na cidade de Feira de Santana, Bahia. O período de coleta de dados foi de 06/04/2015 a 27/08/2015. Para realização da coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: prontuário, onde foram colhidos identificação e dados clínicos do paciente; e registro fotográfico da lesão, observando a cicatrização da ferida onde foram usados curativos de acordo com sua evolução de melhora. Os curativos foram realizados diariamente, porém em algumas fases houve troca somente do curativo secundário devido ação do produto utilizado.

**Resultados**

D.C.B, 56 anos, masculino, com diagnósticos médico de Diabetes mellitus e anemia, esteve internado em unidade hospitalar durante período de 10/03/2015 a 01/04/2015 sendo que, por 05 dias ficou em Unidade de Terapia Intensiva devido a quadro septico associado a erisipela no MID. Após alta hospitalar, passou a ser assistido em clínica especializada no tratamento de feridas a partir do dia 06/04/2015. Nesta ocasião apresentava lesão em MID com extensão de 207 cm², com tecido de necrose em toda sua extensão. Foi realizado desbridamento cirúrgico no dia 08/04/2015 e ressecção do tendão anterior superficial em 27/04/15, mantido movimentos de flexão do pé direito pelos tendões profundos. Também foram realizados desbridamentos conservadores durante vários momentos do processo. O esfacelo ficou presente durante 13 dias; esfacelo mais tecido de granulação por 02 semanas e 100% de granulação por 16 semanas, reduzindo sua área progressivamente com formação de tecido epitelial. O exsudato apresentava-se no início em grande quantidade e com coloração esverdeada; após 02 semanas evoluiu para exsudato moderado com coloração amarelada; e após mais 01 semana para exsudato seroso, com alguns episódios sero-sanguinolento. No tocante ao odor, este se manteve presente apenas nas duas semanas iniciais.

Como terapia tópico foram utilizados papaína em gel 20% + papaína em pó 100% por 03 semanas; em seguida acrescentado rayon por 09 dias. Posteriormente substituiu-se a papaína por alginato de cálcio com prata por mais 03 semanas, mantendo rayon. Subsequentemente foi suspenso o alginato e introduzido colágeno + rayon, permanecendo por 12 semanas, em seguida uso exclusivo de colágeno até o fim do estudo. Durante todo o período, a cada curativo, foi realizado limpeza da lesão com soro fisiológico 0,9%, em seguida irrigação com solução de polihexanida + betaína, permanecendo esta embebida em gaze por 10 minutos sobre a lesão. Para proteção das bordas externas utilizou-se solução polimérica. As coberturas secundárias foram realiadas com gaze estéril, gaze algodoada, atadura crepom e micropore, sendo trocadas a cada 24h.

**Discussões**

Durante a assistência foi prescrito o uso de antibiótico oral pelo médico cirurgião e avaliado por médico angiologista averiguando grau de comprometimento do sistema circulatório. Houve também acompanhamento nutricional, com introdução de suplementação alimentar rica em vitaminas, minerais e aminoácidos com vistas à imunomodulação e estimulação cicatricial. Suporte psicológico, com sessões de análise, também foi importante para auxílio no enfrentamento do quadro instalado e minimização de um estado depressivo.

A abordagem multidisciplinar integrada configura-se na melhor conduta com o paciente portador de ferida. São alcançandos excelentes resultados, em menor intervalo de tempo, evitando desfechos dramáticos como amputações de membros ou complicações sistêmicas. A atuação da enfermagem como profissional-guia da assistência mostrou-se fundamental, com acompanhamento próximo, atentando para cada mudança ocorrida nas fases de cicatrização, seguida das escolhas corretas das terapias tópicas no momento adequado e acionamento dos outros profissionais sempre que identificado alguma necessidade. Apesar de exigir amplo recurso humano e estrutura diferenciada, é plenamente viável a abordagem multidisciplinar e bem menos custosa tanto do ponto de vista psicobiológico quanto financeiro.

**REFERÊNCIAS:**

BLANCK, M.; GIANNINI, T. Ulceras e Feridas: As feridas tem Alma. Rio de Janeiro: Dilivros, 2014 Volume único

CARVALHO, E.S de S. Como cuidar de pessoar com feridas Salvador: Atualiza, 2011 Volume único