

PREVALÊNCIA DE POLINEUROPATIA DIABÉTICA EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL - PARANÁ

BARASUOL, Rubia Karine de Marco.¹
PESCADOR, Marise Vilas Boas.²

RESUMO

A neuropatia gerada pelo diabetes mellitus (DM) interfere substancialmente na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. **Objetivo:** Analisar a presença de neuropatia diabética em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) atendidos no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), orientando os pacientes de risco com medidas preventivas para cuidados com os pés. **Métodos:** Foi realizado um estudo quantitativo de caráter descritivo realizado de maneira transversal. Todos os pacientes com diagnóstico de DM2 atendidos durante o período de janeiro a abril de 2016, foram convidados a participar do estudo. Foi utilizado o questionário de Intensidade dos Sintomas (TSS) e o Escore de comprometimento neuropático (ECN) para o screening diagnóstico. **Resultados:** Foram coletados dados de 35 pacientes (25 mulheres/10 homens) com DM2. A média de idade foi $59,97 \pm 9,88$ anos; sendo a média de tempo de diagnóstico de $13,94 \pm 7$ anos e de hemoglobina glicada (A1c) de $9,25 \pm 1,91\%$. Desses, 17 pacientes (48,57%) apresentaram screening positivo para polineuropatia diabética, sendo que dois já apresentavam histórico de amputações prévias. **Conclusão:** foi encontrado uma alta incidência de resultados alterados, destaca-se a importância da atenção direcionada a esses pacientes para melhora no controle glicêmico e realização de prevenção e o tratamento adequado do pé diabético.

PALAVRAS-CHAVE: Polineuropatia diabética, Diabetes Mellitus tipo 2, Pé diabético, Controle metabólico.

1. INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é a forma mais comum de diabetes, representando cerca de 90 a 95% de todos os casos, o que demonstra quão importante se faz o estudo dessa patologia (GUYTON E HALL, 2011). Além disso, muitos são os fatores determinantes para o desenvolvimento dessa doença, dentre eles fatores genéticos; demográficos como sexo, idade e etnia e; comportamentais como a obesidade, o sedentarismo, dieta, estresse e entre outros (SAAD, 2007).

O DM2 é caracterizado pela hiperinsulinemia, gerada pela falta de sensibilidade dos tecidos à insulina, e por consequência o aumento da glicose na corrente sanguínea. Sabe-se que a hiperglicemia resulta em sintomas de polidipsia, poliúria, cetose urinária, fraqueza, epigastralgia, dificuldade respiratórias, perda de apetite, náuseas, vômitos e fadiga; porém existem pacientes

¹Acadêmica de Medicina do 8º período da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: barasuolrubia@gmail.com

²Docente da disciplina de Endocrinologia na Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: marisevilasboas@hotmail.com

oligossintomáticos, nos quais, o diagnóstico da doença é feito após alguma complicação (WILLIAMS, 2010). Dentre as complicações do diabetes a neuropatia diabética, a retinopatia diabética, a nefropatia diabética, o pé diabético e doenças coronarianas são frequentes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO OU FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Conforme Saad (2007), a neuropatia diabética atinge mais de 50% dos pacientes com diabetes, sendo que as alterações no sistema nervoso atingem a parte somática e autônoma, o que acarreta maior predisposição a ulcerações nos pés e risco de amputações. Para explicar a patogênese da neuropatia diabética vários mecanismos são utilizados, todavia causas metabólicas e vasculares interagem entre si na formulação desses mecanismos. Um dos mecanismos envolvidos é a ativação da via dos polióis pela presença da hiperglicemia, tanto em neurônios como em células endoteliais levando ao acúmulo de sorbitol intracelular com depleção do mioinositol. Estudos experimentais demonstram que essas alterações acarretam uma diminuição da velocidade de condução nervosa e alterações vasculares, esses dados sugerem que pelo menos em parte, a perda de fibras mielinizadas deve-se a dano secundário a isquemia e hipóxia (SAAD, 2007).

A polineuropatia diabética (PND) é caracterizada por ser uma neuropatia crônica sensitiva e motora, que acomete principalmente os membros inferiores (pés e pernas) para posteriormente atingir os membros superiores, formando o padrão de distribuição em meias e luvas (SAAD, 2007). Segundo Dias e Carneiro (2000), a sintomatologia apresenta-se gradativamente, com sintomas de dor em formigamento, dormência e queimação, podendo ocorrer exacerbações nos períodos noturnos gerando a insônia.

A PND pode acometer tanto fibras finas quanto grossas, podendo ocorrer também de modo misto. No caso das neuropatias de fibras finas os sintomas mais frequentes são de amortecimento, sensação de pés frios e queimação, pois acomete o sistema autonômico diminuindo a sudorese, gerando pele seca e prejudicando o fluxo sanguíneo. Portanto apresentam uma chance elevada de queimaduras, formações ulcerosas, necróticas que podem evoluir para amputações, devido a perda da sensibilidade térmica e dolorosa. Por outro lado, as neuropatias de fibras grossas, tem acometimento mais profundo das inervações, ao afetar a parte sensorial faz com que o paciente perca o senso de posição, do toque leve e percepção do frio. Dessa forma, o indivíduo passa a não sentir adequadamente no que caminha, no que toca, dificultando o reconhecimento de objetos por meio da sensibilidade tátil (GAGLIARDI, 2003; SAAD, 2007; WILLIAMS, 2010).

2.1 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA PND

Pérez e colaboradores (2010) desenvolveram um guia prático para avaliação e diagnóstico de polineuropatia diabética determinando um questionário de Intensidade dos Sintomas (TSS) e o Escore de comprometimento neuropático (ECN) os quais são formas práticas e de fácil aplicação para o *screening* diagnóstico. O TSS avalia a presença de sintomas como queimação, dor, dormência e parestesia; classificando sua ocorrência de acordo com a frequência (nunca, ocasionalmente, frequentemente, continuamente). Enquanto o ECN avalia a sensibilidade vibratória, térmica e dolorosa; assim como a presença do reflexo aquileu nos membros inferiores direito e esquerdo. Através dessa metodologia pode-se indicar a presença de polineuropatia quando a pontuação do TSS for maior ou igual a 2 e do ECN for maior ou igual a 3.

O tratamento farmacológico tem papel fundamental tanto na prevenção do processo patogênico quanto no controle da dor. O ácido gama-linolênico mostrou-se importante para a manutenção do fluxo sanguíneo nervoso, preservando a condução e prevenindo maiores complicações na neuropatia (SAAD, 2007). Os antidepressivos tricíclicos, a paroxetina, o citalopram e a venlafaxina são medicamentos que demonstraram eficácia no controle da dor neuropática. (PROJETO DIRETRIZES, 2005).

3. METODOLOGIA

Este trabalho, por tratar de pesquisa com seres humanos está em cumprimento com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de estudo quantitativo de caráter descritivo realizado de maneira transversal. Todos os pacientes com diagnóstico de DM2, após consulta médica no ambulatório de endocrinologia do CISOP durante o período de janeiro a abril de 2016, foram convidados a participar do estudo. Foi utilizado o questionário de Intensidade dos Sintomas (TSS) e o Escore de comprometimento neuropático (ECN) para o *screening* diagnóstico. A pontuação do TSS maior ou igual a 2 e do ECN maior ou igual a 3 indicaram a presença de polineuropatia.

O presente estudo foi realizado no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), localizado no município de Cascavel – Paraná, no ano de 2015 e 2016 totalizando onze (11) meses de pesquisa. Nesta pesquisa a população constitui-se de pacientes com diagnóstico de

Diabetes Mellitus tipo 2, de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias em acompanhamento no ambulatório de endocrinologia do CISOP, que consentiram com o desenvolvimento da pesquisa. Na ocasião foi entregue uma carta informativa, representada pelo termo de consentimento livre e esclarecido, para cada paciente participante explicando os respectivos objetivos do estudo. Após isso, os dados foram transcritos para a folha de pesquisa.

Foram incluídos neste estudo, pacientes com diagnóstico confirmado de presença de Diabetes Mellitus tipo 2 e foram excluídos os pacientes que não tenham sido diagnosticados até o momento da coleta de dados e os pacientes cadastrados no CISOP com apenas suspeita da citada patologia. Após a elaboração do instrumento de pesquisa foi utilizado um procedimento denominado pré-teste (piloto), tendo como objetivo averiguar os níveis compreensão, precisão e confiabilidade do questionário, para que assim o estudo tivesse continuidade.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

Foram coletados dados de 35 pacientes (25 mulheres/10 homens) com DM2. A média de idade foi $59,97 \pm 9,88$ anos; sendo a média de tempo de diagnóstico de $13,94 \pm 7$ anos e de hemoglobina glicada (A1c) de $9,25 \pm 1,91\%$. Desses, 17 pacientes (48,57%) apresentaram screening positivo para polineuropatia diabética, sendo que dois já apresentavam histórico de amputações prévias. Observou-se valores médios de A1c e de tempo de diagnóstico do DM2 maiores no grupo com resultado positivo para neuropatia diabética, porém não houve significância estatística.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os dados foi encontrado uma alta incidência de resultados alterados (compatíveis com os descritos na literatura), destaca-se a importância da atenção direcionada a esses pacientes para melhora no controle glicêmico e realização de prevenção e o tratamento adequado do pé diabético.

O tratamento farmacológico e o controle glicêmico têm papel fundamental tanto na prevenção do processo patogênico quanto no controle da sintomatologia característica da neuropatia, representando um fator determinante não só para a melhora da qualidade de vida, mas também para a diminuição de internações, amputações, e morbimortalidade nos portadores dessa

doença. Determinando, assim uma importante redução dos custos econômicos para os Sistemas de Saúde Pública e Privada.

REFERÊNCIAS

DIAS, R. J. S.; CARNEIRO, A. P. Neuropatia diabética: fisiopatologia, clínica e eletroneuromiografia. **Revista Acta Fisiátrica**. Vol 7, nº 1, pp 35-44, abr. 2000.

GAGLIARDI, A. R. T. Neuropatia diabética. **Jornal Vascular Brasileiro**, n2, pp 67-74, 2003.

HALL, J.E.; GUYTON, A.C. **Tratado de Fisiologia Humana**. 12.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

MOREIRA, R.O.; CASTRO, A. P.; PAPELBAUM, M.; APPOLINÁRIO, J. C.; ELLINGER, V. C. M.; COUTINHO, W. F.; ZAGURY, L. **Tradução para o português e avaliação da confiabilidade de uma escala para diagnóstico da polineuropatia distal diabética**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia. São Paulo. Vol.49, n. 6, dez. 2005.

NASCIMENTO, R. T. L.; LOPES, C. B.; COTTA, D. S.; Neuropatia diabética dolorosa – Aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento: uma revisão de literature. **Revista Uningá**. Uningá, vol.43, pp.71-79, jan. 2015.

NEURALAD 2010. **Guia prático no manejo da polineuropatia diabética**. Disponível em: <http://www.alad-latinoamerica.org/DOCConsenso/Polineuropatia_diabetica_2010.pdf> acesso em: 14 ago. 2015.

SAAD, M. J. A.; MACIEL, R. M.B.; MENDONÇA, B. B. **Endocrinologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Neuropatia diabética**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/complicacoes/neuropatia-diabetica>> acesso em: 14 ago. 2015.

WILLIANS, R. H.; KRONENBERG, H. **Willians Tratado de Endocrinologia**. 11.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010