



**AVALIAÇÃO E MANEJO
DOMICILIAR DO EDEMA
EM MEMBROS INFERIORES**

MÓDULO 19



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – ***Natalino Salgado Filho***

Vice-Reitor – ***Antonio José Silva Oliveira***

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – ***Fernando de
Carvalho Silva***

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – ***Nair Portela Silva Coutinho***

AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DO EDEMA EM MEMBROS INFERIORES

UNIDADE - 02

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2013

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Créditos:

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias No 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

Revisão Ortográfica:

João Carlos Raposo Moreira

Revisão Técnica:

Fabício Silva Pessoa

Leonardo Savassi

Mariana Borges Dias

Revisão Didático-Pedagógica :

Deborah de Castro e Lima Baesse

Paola Trindade Garcia.

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva
(CRB 13ª Região Nº Registro – 453)

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

**Avaliação e manejo domiciliar do edema dos membros inferiores/
Guilherme Emanuel Bruning; Mauro Binz Kalil; Sati Jaber Mahmud
(Org.). - São Luís, 2013.**

11f. : il.

**1. Edema. 2. Hidropsia cutânea. 3. Membros inferiores. 4.
Pessoa idosa. 5. UNASUS/UFMA. I. Título.**

CDU 616.5-005.98

SUMÁRIO

	p.
UNIDADE 2	6
2 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DO EDEMA DOS	
MEMBROS INFERIORES	6
2.1 O que é	6
2.2 Como avaliar	7
2.3 Como diagnosticar	7
2.4 Como manejar	10
2.5 Quando referenciar	13
REFERÊNCIAS	14

UNIDADE 2

2 AVALIAÇÃO E MANEJO DOMICILIAR DO EDEMA EM MEMBROS INFERIORES

2.1 O que é

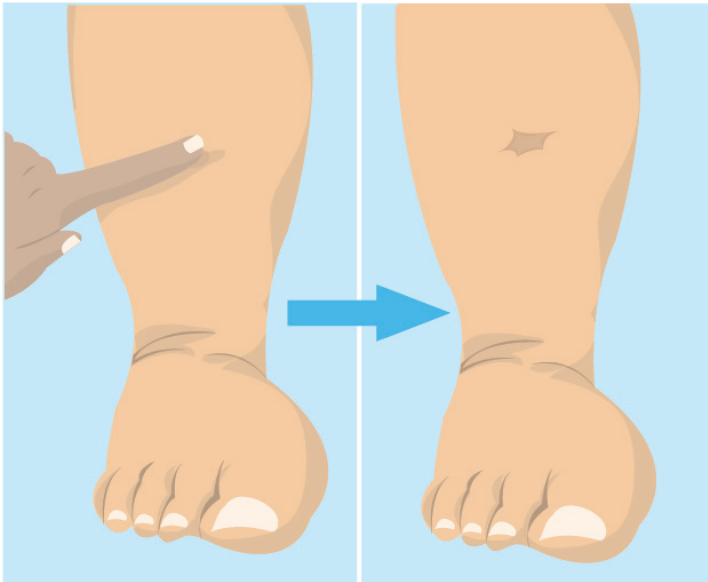
A queixa de “inchaço nas pernas” é uma queixa comum em pacientes assistidos na atenção domiciliar. O edema ou “inchaço”, como é popularmente chamado, é definido como um aumento de volume devido ao acúmulo de líquido no espaço intersticial em qualquer parte do corpo (SELIGMAN, 2013). O edema de membros inferiores é um sinal comum e pode ser um achado de um sério problema de saúde (GOROLL; MULLEY, 2006).

Os principais mecanismos do edema: “- Diminuição da pressão oncótica; - Aumento da pressão hidrostática; - Aumento da permeabilidade capilar; - Obstrução linfática; - Aumento da pressão venosa; - Depósito tecidual”. O edema de membros inferiores pode apresentar-se de forma uni ou bilateral (SELIGMAN 2013; GOROLL; MULLEY 2006).

2.2 Como avaliar

Durante a avaliação do paciente com queixa de edema em membros inferiores, é fundamental que se faça uma boa anamnese e exame físico. O primeiro passo é confirmar a existência do edema, que se caracteriza pela formação de cacifo (sinal de Godet) ao pressionar com o polegar a região pré-tibial e maleolar os membros inferiores por, pelo menos, cinco segundos.

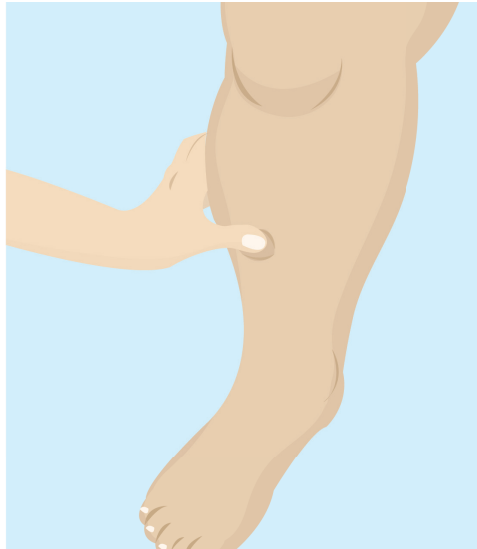
Figura 1 - Sinal de Godet.



Fonte: REBELLO, Gonçalves. **Grupo de Estudos em Semiologia e Propedêutica**. 2012. Disponível em: http://gesepfepar.blogspot.com.br/p/propedeutica-ii_7.html.

Outro achado importante que pode auxiliar no diagnóstico diferencial do edema, para que não seja confundido com linfedema, é o sinal de Stemmer, que consiste na preensão da pele da base do segundo artelho do membro acometido (TRAYES et al., 2013). O sinal é considerado positivo quando o examinador não consegue realizar a preensão da pele e sugere linfedema. Apesar de não existir consenso, a graduação do edema em 1+(2mm), 2+(4mm), 3+(6mm) e 4+(8mm), conforme a profundidade do cacifo, auxilia nas reavaliações do paciente durante as visitas.

Figura 2 - Procedimento para verificar o Sinal de Stemmer.



Fonte: PERNAS inchadas: afecção vascular ou linfedema? 2013. Disponível em: <http://www.medi.pt/saude/veias/pernas-inchadas.html>.

Após verificar os sinais, em seguida defina se o edema é uni ou bilateral, há quanto tempo surgiu, se existem outros sinais e sintomas associados com o seu surgimento. Atentar para outros achados no exame físico como alterações no abdome, tórax e face que possam estar relacionados ao edema. É importante ainda conhecer quais as doenças de base que o paciente apresenta, quais medicamentos em uso e realizar o exame físico com olhar sistêmico; isso tudo auxiliará no esclarecimento da causa do edema. Em alguns casos, além da anamnese e exame físico, deveremos recorrer a exames complementares (laboratoriais e imagem) (SELIGMAN, 2013; GOROLL; MULLEY, 2006; STERNS, 2013; TRAYES et al., 2013).

VALE REFLETIR!

O trabalho em equipe deverá ser cada vez mais reforçado para que o diagnóstico e tratamento de edema seja exitoso. Sabemos que as competências profissionais poderão restringir o campo de atuação de cada membro da equipe, portanto esteja atento ao momento de solicitar ajuda ao colega.

2.3 Como diagnosticar

Uma vez confirmado o achado de edema, o profissional deverá identificar qual a provável causa baseado na história e no exame físico e encaminhar ao profissional adequado para tratamento, lembrando que o tratamento do edema será multiprofissional. Nos casos de edema unilateral, podemos pensar em algumas doenças associadas:

Trombose Venosa Profunda (TVP), quando o edema é de início recente (inferior a 72 horas), em pacientes acamados, com pós-operatório recente ou neoplasias (ver escore de risco de Wells).

Erisipela/celulite, quando o edema é de início recente, associado a dor, calor, eritema e febre.

Linfedema, quando o edema é duro, subagudo, com sinal de Stemmer positivo em pacientes com neoplasias abdominais ou pélvicas, submetidos à radioterapia ou cirurgia do sistema linfático (ex. esvaziamento inguinal) e com celulite de repetição (SELIGMAN, 2013; TRAYES et al., 2013).

Quadro 1 - Escore de risco de Wells - Probabilidade de TVP .

Achado clínico	Pontos
Paralisia, parestesia ou recente imobilização por tala gessada em MI	1
Imobilização recente (> três dias) ou cirurgia maior nas últimas quatro semanas	1
Área dolorosa localizada no trajeto das veias profundas do MI	1
Edema em toda a perna	1
Edema de panturrilha > 3 cm de diâmetro comparado ao outro MI (medir a 10cm abaixo da tuberosidade tibial)	1
Edema com cacifo maior na perna sintomática	1
Veias colaterais superficiais não varicosas	1
Câncer em atividade ou tratado nos últimos seis meses	1
Diagnóstico alternativo mais provável do que TVP	- 2

Fonte: STERNS, Richard H. Clinical manifestations and diagnosis of edema in adults. 2013. Disponível em: <www.uptodate.com>.

Sobre a interpretação do escore de risco de Wells, Sterns (2013) considera:

3-8 pontos	Alta probabilidade de TVP
1-2	Moderada probabilidade de TVP
- 2-0	Baixa probabilidade de TVP

Nos casos de edema bilateral, algumas outras morbidades poderão ser sugeridas:

- Insuficiência cardíaca, quando o edema é simétrico, associado à dispneia e com achados ao exame físico como crepitanes pulmonares, turgência jugular e presença de B3 e taquicardia na ausculta cardíaca.

- Edema secundário a medicamentos, quando o edema é simétrico e distal (perimaleolar), sendo comum em nosso meio o uso de antagonistas dos canais de cálcio como a anlodipina e paciente em uso de altas doses de corticosteroides.
- Insuficiência venosa nos casos quando o edema é simétrico, mais evidente no fim do dia, e que melhora pela manhã e com a elevação dos membros.
- Em pacientes com síndrome nefrótica e hepatopatias, que possuem níveis séricos com hipoproteinemias (hipoalbuminemia), também é frequente o edema bilateral, podendo estender-se a regiões mais proximais como coxa, pelve, abdome e até a face (SELIGMAN, 2013; GOROLL; MULLEY, 2006; TRAYES et al., 2013)

Nos casos de edema, tanto uni quanto bilateral, exames complementares laboratoriais (Ex. hemograma, função renal, albumina, exame comum de urina, função hepática) e de imagem (ecodoppler venoso de membros inferiores, ultrassom abdominal, eletrocardiograma, ecocardiografia, tomografia de abdome) poderão ser necessários para elucidação diagnóstica conforme a suspeita clínica (SELIGMAN, 2013). Com relação às causas de edemas em membros inferiores, Seligman (2013); Goroll; Mulley (2006); Sterns (2013) consideram como as mais comuns:

Quadro 3 - Causas comuns de edema em membros inferiores .

Unilateral ou assimétrico
<ul style="list-style-type: none">▪ Trombose venosa profunda▪ Insuficiência venosa▪ Cisto na fossa poplítea (Baker)▪ Celulite/erisipela▪ Trauma▪ Picadas de inseto ou de cobra▪ Linfedema
Bilateral
<ul style="list-style-type: none">▪ Desnutrição▪ Síndrome nefrótica▪ Glomerulopatias▪ Hipoproteinemias▪ Insuficiência hepática▪ Insuficiência cardíaca congestiva▪ Insuficiência renal▪ Insuficiência venosa▪ Hipertensão pulmonar▪ Reações alérgicas• Vasculite sistêmica• Medicamentos• Linfedema• Estado pré-menstrual• Gestação• Mixedema• Edema idiopático

Dentre os medicamentos que podem causar edemas nos membros inferiores, ressaltam-se:

- Bloqueadores dos canais de cálcio (anlodipina, nifedipina);
- Clonidina;
- Hidralazina;
- Minoxidil;
- Betabloqueadores (propranolol, atenolol);
- Corticosteroides (prednisona);
- Estrógenos (ACO);
- Progestágenos (ACO);
- Anti-inflamatórios não esteroides;
- Pioglitazona, rosiglitazona;
- Ciclosporina; levodopa (SELIGMAN, 2013).

2.4 Como manejar

O manejo do edema depende da sua causa. Neste tópico abordaremos as situações mais comuns na atenção domiciliar. Nos casos de alta probabilidade de TVP, deve-se iniciar com heparina de baixo peso molecular (HBPM), caso o Serviço de Atenção Domiciliar disponibilize o fármaco, até a confirmação diagnóstica. Caso contrário, o paciente deverá ser referenciado. Nos casos de erisipela/celulite, iniciar antibioticoterapia com penicilinas ou cefalosporinas.

Nos casos de insuficiência cardíaca, identificar possíveis causas de descompensação que possam ser tratadas no domicílio, além de otimizar o tratamento com diuréticos, inibidores da

ECA e betabloqueadores. Nos casos de edema causados por medicamentos, realizar a troca por outras opções terapêuticas ou reduzir a doses menores e mudanças de horário de tomada poderão auxiliar na redução e melhora do edema.

2.4 Como manejar

Como descrito acima, são várias as causas de edema em membros inferiores. As situações clínicas em que se faz necessária avaliação com exames complementares ou que apresentem sinais de gravidade e que não podem ser manejadas no domicílio, deverão ser referenciadas a unidades de urgência/emergência.

São exemplos de situações em que o referenciamento é necessário: insuficiência cardíaca sem sucesso no manejo domiciliar; encefalopatia hepática sem sucesso no manejo domiciliar; celulite/erisipela sem resposta ao antibiótico disponibilizado pela atenção domiciliar; suspeita de TVP para confirmação diagnóstica (estes casos poderão retornar ao domicílio, caso o SAD disponibilize HBPM); edema sem etiologia definida e que necessitam de investigação complementar.

VALE REFLETIR!

Tão importante quanto identificar sinais e sintomas clínicos que indiquem a necessidade de referenciar o usuário do serviço de atenção domiciliar, é conhecer a rede de referência da qual sua cidade faz parte para que o paciente seja encaminhado ao serviço indicado de forma rápida e eficaz!

REFERÊNCIAS

GOROLL, Allan H.; MULLEY, Albert G. Evaluation of Leg edema. In: ____; _____. **Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient**. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006.

PERNAS inchadas: afecção vascular ou linfedema? 2013. Disponível em: <<http://www.medi.pt/saude/veias/pernas-inchadas.html>>. Acesso em: 31 out. 2013.

REBELLO, Gonçalo. **Grupo de Estudos em Semiologia e Propedêutica**. 2012. Disponível em: <http://gesepfepar.blogspot.com.br/p/propedeutica-ii_7.html>. Acesso em: 31 out. 2013.

SELIGMAN, B.G.S. Avaliação do edema de membros inferiores. In: DUNCAN, Bruce B. et al. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p.851-854.

STERNS, Richard H. **Pathophysiology and etiology of edema in adults**. 2013. Disponível em: <www.uptodate.com>. Acesso em: 5 nov. 2013.

_____. **Clinical manifestations and diagnosis of edema in adults**. 2013. Disponível em: <www.uptodate.com>. Acesso em: 5 nov. 2013.

TRAYES, K.P. et al. Edema: diagnosis and management. **American Family Physician**, v.88, n.2, jul. 2013.