

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A ANGINA DE LUDWIG E INFECÇÃO PULMONAR GRAVE APÓS EXTRAÇÃO DENTÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Juliana Pereira Pinto Cordeiro¹; Ana Flávia Oliveira de Oliveira²; Natália de Araújo Costa Erdmann³; Tiago de Lima Vieira Teixeira⁴

¹Graduação, Universidade do Estado do Pará (UEPA);

²Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva, UEPA;

³Graduação, UEPA;

⁴Graduação, UEPA

jppc@oi.com.br

Introdução: Angina de Ludwig é uma celulite frequentemente originada de uma infecção odontogênica localizada no segundo e terceiro molares inferiores, que envolve os espaços submandibular, sublingual e submentoniano. É discutida junto às infecções cervicais profundas, definidas como infecções supurativas que se disseminam e desenvolvem ao longo dos espaços e dos planos fasciais da cabeça e do pescoço. A sintomatologia inclui dor, aumento do volume em região cervical, disfagia, odinofagia, edema do assoalho bucal, protrusão lingual, febre, linfadenopatia e calafrios. A evolução é rápida e apresenta risco a vida do paciente, devido a possibilidade de obstrução das vias aéreas, secundária ao edema sublingual e submandibular. Em uma fase mais tardia do processo, a disseminação da infecção pode levar à mediastinite, fascíte necrosante ou sepse. **Objetivos:** Descrever os cuidados de Enfermagem prestados a uma paciente que evoluiu com Angina de Ludwig e infecção pulmonar grave após extração dentária. **Descrição da Experiência:** A paciente foi acompanhada durante as atividades desenvolvidas quanto residente no setor de clínica médica de um hospital público em Belém-PA, no mês de junho de 2017; sendo esta do gênero feminino, 24 anos, estudante, natural de Castanhal –PA, residia no estado de São Paulo desde os 12 anos, porém retornou a Castanhal para acompanhar o pai durante tratamento contra Câncer de Próstata. Em 2016, durante consultas odontológicas de manutenção do aparelho dentário descobriu que dente número 38 possuía excesso de gengiva, onde se acumulava restos alimentares, sendo orientada a retirar esse excesso. Após consulta descobriu que estava grávida e, portanto, parou o tratamento. Em maio de 2017, 6 meses após o parto, procurou um Centro Especializado em Odontologia para realizar o procedimento de extração. Após 3 dias, apresentou vômito, pirose, sendo questionado a possibilidade de ser gastrite pela paciente. No dia seguinte a mesma procurou uma UPA e foi submetida a uma avaliação odontológica, neste momento foi atestado que não havia problemas com o dente, porém a paciente relatou garganta inflamada acompanhada de dor e vômito, sendo, então, orientada a realizar uma Endoscopia. No dia 07/05 desenvolveu edema inframandibular, dor torácica intensa, dispneia e inapetência; procurou novamente a na UPA, sendo medicada por analgésico endovenoso, sendo liberada para casa após melhora da dor. Durante a realização da Endoscopia que demonstrou poucos achados, o médico solicitou um Raios-X de Tórax que evidenciou o Derrame Pleural; quando procurou novamente a UPA, sendo encaminhada para um Hospital Público de Pronto Atendimento em Belém, foi relatado pela paciente que um médico se recusou a fazer sua avaliação pela falta de exames. Sendo assim, procurou outro Hospital Público de Pronto Atendimento, recebeu analgésico e no dia seguinte foi fixado um dreno nasal que apresentou débito purulento. No dia seguinte foi inserido o primeiro dreno torácico na paciente em hemitórax direito, apresentando 2 litros de débito purulento com odor fétido. No dia seguinte foi transferida para outro Hospital Público em Belém, onde realizou uma tomografia e

exames laboratoriais que atestaram que o pulmão da paciente apresentava pouco espaço para expansão e leucocitose importante (leucócitos 65 mil), sendo então encaminhada ao CTI, porém pela falta de recursos no hospital e pela necessidade de acompanhamento clínico e da cirurgia torácica, foi realizada uma permuta de leitos para o CTI de outro hospital público em Belém, onde chegou com diagnóstico de sepse de origem respiratória, que iniciou após extração dentária; em estado grave, porém consciente, hemodinamicamente estável, dispneica após o transporte, com uso de musculatura acessória, com SpO₂ 84%, com melhora para 97% após instalação da macronebulização; com frequência respiratória de 33 ipm, ausculta pulmonar apresentando murmúrios vesiculares abolidos em bases, com crepitações bilaterais terços inferiores. no dia seguinte a paciente submetida foi submetida a Pleuroscopia por vídeo à esquerda, tratamento de Mediastinite, Descorticação Pulmonar, Toracotomia com drenagem bilateral dupla; sob anestesia geral. **Resultados:** Os principais diagnósticos de Enfermagem elencados para a paciente foram: PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ relacionado a doença de base, infecção pulmonar, caracterizado por dispnéia; DOR AGUDA relacionada a presença e manipulação dos drenos torácicos evidenciada por relato verbal; MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA relacionada a presença dos drenos torácicos evidenciada pela restrição de movimentos; e INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA secundária a infecção de sítio cirúrgico e presença de drenos evidenciada pela descontinuidade da pele. Desta forma os principais cuidados prescritos foram: verificar sinais vitais e SpO₂ de 6 em 6 horas; manter cabeceira do leito elevada a 30°; ofertar O₂ cateter nasal ou macronebulização; observar, comunicar e registrar alterações no funcionamento dos drenos; posicionar o paciente adequadamente no leito; fixar extensões dos drenos; administrar analgésicos conforme prescrição; auxiliar paciente durante a movimentação no leito; realizar curativo da deiscência da ferida operatória com soro fisiológico a 0.9% e hidrofibra de alginato cálcio; e realizar curativo de inserção dos drenos com soro fisiológico a 0.9% e clorexidina alcóolica ou álcool a 70% a cada 24 horas. Os principais resultados esperados com essas intervenções, foram: melhorar a respiração espontânea da paciente; garantir oxigenação adequada de órgãos e tecidos; melhorar o conforto; diminuir movimentos de tração das extensões dos drenos; promover a cicatrização do tecido lesionado e diminuir quantidade e ação de microorganismos patogênicos. **Conclusão ou Considerações Finais:** O caso evidencia a gravidade das infecções odontológicas, a rápida evolução e suas repercussões para o sistema pulmonar; assim como as barreiras impostas pelo sistema de saúde e pelas profissionais, considerando as inúmeras transferências e encaminhamentos dados a paciente até esta receber o tratamento definitivo, o que pode ter proporcionado o agravamento do caso. Além disso, este trabalho também levanta o questionamento sobre a qualificação dos profissionais de saúde que realizam procedimentos invasivos, assim como a qualidade dos materiais utilizados em tais procedimentos e os riscos aos quais qualquer pessoa está sujeito, considerando que a paciente deste relato era jovem, sem processos patológicos previamente e que realizou um procedimento tão corriqueiro, uma extração dentária.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Infecção Pulmonar, Extração dentária.

Referências:

1. Fellini RT, et al. Manejo da via aérea na angina de Ludwig --- um desafio: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.10.004>

2. ANVISA. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2ª edição. 2017.
3. ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2ª edição. 2017.