

ÚLCERA VENOSA CRÔNICA: UM RELATO DE CASO

Cleide Luciana Toniollo. Enfermeira. Mestre em Envelhecimento Humano - UPF. Especialista em Estomaterapia. Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

toniolocleide@yahoo.com.br

Telma Elita Bertolin. Bióloga. Doutora em Tecnologia Bioquímico Farmacêutico pela Universidade de São Paulo – USP. Professora da Universidade de Passo Fundo, onde atua no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano.

pgeh@upf.br

Rosana Amora Ascari. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. Membro do Grupo de Estudos Sobre Saúde e Trabalho - GESTRA/UDESC.

rosana.aascari@hotmail.com

ÚLCERA VENOSA CRÔNICA: UM RELATO DE CASO

RESUMO

Este estudo objetivou relatar a experiência da autora na terapêutica da úlcera venosa crônica com curativo de poliuretano associado à terapia compressiva. As avaliações e intervenções foram realizadas exclusivamente por uma enfermeira especialista em Estomaterapia, utilizando-se de registros fotográficos para o seguimento da evolução da ferida. O estudo foi realizado com autorização do paciente, para uso de imagem a título gratuito. O tratamento durou sessenta dias e durante todo período foi utilizado o mesmo curativo. O paciente apresentava lesão ulcerada há dois anos em membro inferior esquerdo. Na primeira avaliação, a ferida apresentava-se com pouco esfacelo, sinais de gazes no leito da lesão, hiperemia da pele adjacente e edema do membro. Na terceira troca de curativo, o paciente já referiu alívio da dor e a lesão apresentava-se com 100% de tecido de granulação, edema reduzido e melhora da hiperemia. Aos sessenta dias de tratamento com uso de cobertura absorvente associada à terapia compressiva (bota de Unna), toda a extensão da lesão estava em fase final de epitelização. Neste estudo de caso, constatou-se que o curativo de poliuretano e a terapia compressiva inelástica constituíram boas opções para o tratamento da úlcera venosa crônica. A cicatrização ocorreu após sessenta dias de tratamento.

Palavras-chave: Úlcera varicosa. Cicatrização. Bandagens.

ABSTRACT

This study describes the author's experience in the treatment of chronic venous ulcers with compression therapy and wound dressing made of polyurethane. Assessments and interventions were carried out exclusively by a nurse specialist Stomatherapy, using photographic records to follow the evolution of the wound. The study was performed with the patient's authorization to use picture for free. The treatment lasted for sixty days and throughout the same period was a used dressing. The patient had an ulcer two years ago in the left leg. In the first, the wound presented with little slough, signs of gauze in the wound bed, skin hyperemia and edema of the adjacent member. In the third dressing change, the patient already reported relief of pain and the lesion was 100% granulation tissue, reduced edema and improvement in hyperemic. At sixty days of treatment with the use of absorbent covering associated with compression therapy (Unna boots), full extent of the lesion was in the final stages of healing. In this case study, it was found that the polyurethane dressing and inelastic compression therapy were good options for the treatment of chronic venous ulcers. Healing occurred after sixty days of treatment.

Keywords: Varicose ulcers. Healing. Bandages.

INTRODUÇÃO

Estima-se que quase 3% da população nacional são portadoras de úlcera venosa e que se eleva para 10% nas pessoas com diabetes, aproximadamente quatro milhões de pessoas são portadoras de lesões crônicas ou tem algum tipo de complicação no processo de cicatrização, o que requer dos profissionais da saúde não só maiores conhecimentos como também preparo para lidar com o problema (MANDELBAUM; DI SANTIS; MANDELBAUM, 2003).

As úlceras venosas podem estar relacionadas a várias doenças. Estas provêm principalmente de problemas venosos profundos em que o aumento crônico da pressão sanguínea intraluminal nos membros inferiores deforma e dilata os vasos, tornando as microvalvas no interior desses ineficientes para o efetivo retorno venoso, ocasionando a estase e edema persistentes como resultados do refluxo (SILVA *et al.*, 2009; FREITAS e JULIÃO, 2006).

A maioria das úlceras de perna obedece a causas vasculares, fundamentalmente à insuficiência venosa 70% a 90% e, menos frequente, à enfermidade oclusiva arterial e diabetes, sendo de 10 a 15% (FREITAS e JULIÃO 2006).

A insuficiência venosa crônica caracteriza-se por alterações físicas, tais como: edema, hiperpigmentação, eczema, erisipela, lipodermoesclerose, que se manifestam na pele e no tecido subcutâneo principalmente nos membros inferiores, devidas à hipertensão venosa de longa duração, sendo que, a pressão elevada no interior do vaso afeta a microcirculação aumentando a permeabilidade dos vasos o que permite a liberação de substâncias do seu interior para a pele, resultando nessas manifestações cujo estágio mais avançado e grave é a formação de úlcera (ABBADE e LASTÓRIA, 2006).

O diagnóstico definitivo da úlcera venosa pode ser feito por meio de alguns exames invasivos ou não invasivos, porém na maioria das vezes, o exame físico e a história do paciente são suficientes para concluir o diagnóstico clínico e orientar o tratamento. Os traumatismos podem ser fatores desencadeantes, por isso é importante questionar o paciente quanto à história de fraturas de membros inferiores tratadas com gesso. Geralmente, as úlceras estão localizadas nas extremidades, região dos maléolos internos e com presença de edema no tornozelo, principalmente ao final do dia. Os pacientes acometidos por essas lesões frequentemente queixam-se de dor, relatando melhora com a elevação dos membros inferiores (ABBADE e LASTÓRIA, 2006).

O tratamento das úlceras venosas pode ser cirúrgico ou clínico e se dá no controle da hipertensão deambulatória. Porém, devido à dificuldade de acesso ao procedimento cirúrgico, os pacientes passam longos períodos realizando o tratamento clínico que inclui, necessariamente, a terapia compressiva para facilitar o retorno venoso. Uma das formas de tratamento compressivo inelástico é a bota de Unna (SILVIA, FIGUEIREDO MEIRELES, 2007).

Aproximadamente 75% das úlceras de perna resultam de insuficiência venosa crônica, 20% são causadas por insuficiência arterial e 5% são provocadas por outros fatores (FREITAS e JULIÃO, 2006). Nessa síndrome há a destruição de estruturas cutâneas, tais como: epiderme e derme, podendo afetar também tecidos mais profundos, e manifesta-se no terço inferior dos membros inferiores (MALAGUTTI e KAKIHARA, 2010).

Essa inadequação do funcionamento do sistema venoso é comum na população idosa, sendo a frequência superior a 4% entre os idosos acima de 65 anos (SANTOS, 2000).

Existem atualmente várias opções de tratamento para esse tipo de enfermidade, sendo que as indicações terapêuticas e profiláticas como as meias elásticas, ataduras e compressões pneumáticas já estão bem definidas e estabelecidas no contexto da medicina. O International Compression Club referendou essas evidências em reunião em Paris, em novembro de 2007 (PARTSCH, FLOUR e SMITH, 2008). A seguir seguem as indicações e o uso pós-procedimentos da compressão de acordo com os graus de evidência 1A e 1B recomendados (GUYATT, GUTTERMAN e BAUMANN, 2006).

O grau de evidência para uso da meia com 20 mmHg de compressão é:

- Na prevenção do edema ocupacional: 1B.
- Em casos iniciais CEAP (clínica, etiológica, anatômica e fisiopatológica) (C0 s e C1 s): 1B.
- Na prevenção do tromboembolismo venoso: 1A.

O grau de evidência para uso da meia com 20-30 mmHg de compressão é:

- Em pós-escleroterapia em microvarizes: 1B.
- Na prevenção dos sintomas de insuficiência venosa durante a gestação: 1B.
- Na prevenção do edema venoso em pacientes CEAP 3: 1B.

O grau de evidência para uso da meia com 30-40 mmHg de compressão é:

- No tratamento de trombose venosa profunda: 1B.
- Na prevenção da síndrome pós-flebítica: 1A.
- No tratamento do paciente CEAP 4: 1B.
- No tratamento da úlcera venosa aberta: 1B.
- Na prevenção de recidiva da úlcera (CEAP 5): 1A.

O grau de evidência para uso de ataduras elásticas e inelásticas é:

- Na cicatrização das úlceras venosas com bota de Unna ou curativo multicamadas: 1A.

As úlceras venosas como doença crônica e seu impacto na economia, possuem relevância por sua prevalência e incidência serem universais, além dessas terem suas características de recorrência. A significativa morbidade propiciada por ela constitui importante causa de desconforto e incapacidade, impactando negativamente na qualidade de vida dos pacientes, tais como na vida social e no trabalho (BORGES, 2005).

Pode ainda ser dito que as úlceras venosas “causam danos aos pacientes porque afetam seu estilo de vida devido à dor, depressão, perda da autoestima, isolamento social, inabilidade para o trabalho e, frequentemente, hospitalizações ou visitas clínicas ambulatoriais” (ARON, 2005). Para muitos pacientes, a úlcera venosa significa isolamento social, efeito emocional negativo por desencadear ao indivíduo constrangimento, tristeza, raiva, autoimagem negativa (PARTSCH, FLOUR e SMITH, 2008).

Em contrapartida existem pesquisas que demonstram outra realidade, em estudo realizado com 89 pessoas, no período de setembro de 2000 a março de 2001, obteve-se resultado diferente em relação à qualidade de vida de portadores de úlcera venosa crônica. Dos participantes da pesquisa, 37 (41,7%) e 35 (39,31%) apresentaram, respectivamente, qualidade de vida considerada como “muito boa” e “boa”. As divergências apresentadas resultam de que a qualidade de vida é marcada pela subjetividade e multidimensionalidade e, portanto, a avaliação da mesma dependerá dos valores e concepções do indivíduo, bem como dos contextos diferenciados nos quais as pessoas

estão inseridas (BORGES, 2005).

Esse aspecto pode ser observado na convivência com esses pacientes no serviço de Estomaterapia, conhecendo a história e os casos de cada paciente. Para os profissionais da enfermagem, a assistência a esses pacientes é um grande desafio exigindo estratégias de melhoria para saúde e qualidade de vida, por meio de tratamento individualizado e integrativo a partir da colaboração e adesão do paciente. Portanto, contribuir com a prática clínica no manejo das úlceras venosas, por meio do relato de experiência de um caso, é o que justifica a realização deste estudo. O objetivo do presente estudo é apresentar um estudo de caso referente ao tratamento de paciente com úlcera venosa crônica, utilizando cobertura de poliuretano impregnada com prata associada à terapia compressiva inelástica (bota de Unna).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso com abordagem avaliativa, realizado em um Hospital Particular na cidade de Chapecó, região Oeste de Santa Catarina, tendo duração de 60 dias, entre os meses de novembro de 2008 a janeiro de 2009. A amostra foi constituída de uma úlcera venosa de um paciente submetido ao tratamento com cobertura de poliuretano após limpeza das lesões com solução de soro fisiológico a 0,9%. A variável analisada foi a área lesada, considerando o aumento ou redução da mesma no decorrer do período em avaliação em porcentagem.

A coleta de dados foi realizada por meio de registro fotográfico em máquina digital, sendo que as fotos foram realizadas antes do início do tratamento e no decorrer do mesmo. As observações foram anotadas em prontuário, especificamente em impressos usados para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, antes do início do seguimento do paciente e a cada troca de curativo, objetivando analisar a evolução da ferida.

Solicitou-se autorização ao paciente, por escrito, para uso de imagem a título gratuito, precedida de explicação verbal sobre os objetivos e métodos do estudo. A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos descritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP e o trabalho foi aprovado pelo serviço onde os dados foram coletados.

DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Paciente com 66 anos, sexo masculino, agricultor, natural de Chapecó, residente na Linha Alta da Serra, interior do município, com leucemia diagnosticada há quatro anos e dois meses, hipertenso há três anos, em uso de medicação para ambas as doenças, recentemente diagnosticada neoplasia de próstata, apresenta antecedentes de tabagismo por 25 anos, tendo parado há 22 anos, nega etilismo.

Na primeira avaliação, o paciente relatou que apresentava a úlcera há dois anos, de origem venosa, localizada em membro inferior esquerdo (MIE), tendo sido submetido a vários tratamentos tópicos e medicações analgésicas anteriormente, sem obter melhora da lesão. Apresentava-se normotenso, bom estado geral.

A úlcera apresentava-se com 6 cm de diâmetro, bordas planas e irregulares, leito com presença de tecido de granulação e poucos esfacelos, exsudato serosanguinolento em grande quantidade, no terço inferior do MID, região maleolar, presença de edema, pele adjacente hiperemiada e queixa de dor intensa (Figura 1).



Figura 1 – Úlcera venosa na primeira avaliação presença esfacelo no leito, hiperemia e edema no membro.
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2008).

Após a avaliação física e detecção de sinais clínicos específicos da insuficiência venosa crônica, verificou-se o índice tornozelo braquial (ITB) com resultado que confirmou a origem venosa, facilitando assim a escolha do tratamento adequado.

Inicialmente, orientou-se ao paciente repouso, com elevação dos membros inferiores por 40 minutos com o objetivo de reduzir o edema, em seguida foi realizado curativo respeitando os seguintes passos: limpeza da ferida com SF 0,9% morno; aplicação da cobertura primária com espuma de poliuretano aplicação de bandagem inelástica confeccionada com pasta de Unna composta por glicerina, gelatina, cosmoguard 0,1ml e óxido de zinco esse procedimento foi repetido até o final do tratamento.

A terapia compressiva auxilia no processo de cicatrização das úlceras venosas sendo que pode representar a melhor opção quando se trata de pacientes sem doença arterial (ARON, 2005; SILVIA, FIGUEIREDO E MEIRELES, 2007).

No que diz respeito à limpeza da lesão, esta pode ser feita com soro fisiológico a 0,9%, morno em jato para garantir limpeza eficaz e minimizar os riscos de trauma adicional na lesão (POLETTI, 2000).

Já no que concerne a cobertura para a úlcera venosa esta deve absorver o exsudato do leito

da lesão, manter ambiente local úmido, ser de fácil aplicação e remoção a fim de evitar traumas durante a troca, minimizar a dor da ferida, ser hipoalergênica, ser impermeável a patógenos, ser estéril e livre de contaminantes, bem como prover isolamento térmico (CARMO *et al*, 2007), sendo assim a cobertura a qual preencheu estas características foi a espuma de poliuretano.

Quanto à forma de terapia compressiva inelástica apresenta-se a Bota de Unna para que se utilize este tipo de compressão é necessário que a ferida esteja instalada, pois após sua cura o paciente deve usar a meia de compressão com o intuito de evitar recidiva (LOPEZ, ARAVITES E LOPES, 2005).

Sendo assim os curativos foram realizados pelo período de duas semanas, com intervalo de quatro dias entre as trocas, após o décimo oitavo dia, ou seja, na quarta troca de curativo, foi evidenciada a redução do exsudato, ausência de hiperemia e a presença de tecido de granulação em toda a área da ferida (100%), além disso, houve o alívio completo da dor permitindo a suspensão das medicações analgésicas, sendo que anteriormente estas eram empregadas diariamente (Figura 2).



Figura 2 – Úlcera venosa recoberta com tecido de granulação, redução da hiperemia e do edema (após 18 dias de tratamento tópico).

Fonte: Arquivo pessoal do autor (2008).

Após esse período de 18 dias as trocas de curativo passaram a ser realizadas com intervalos de sete dias.

Sendo que após trinta dias de seguimento, pode ser observado que 60% da ferida estava epitelizada, havia pequena quantidade de exsudato, ausência de edema, inexistência de dor e presença de 100% de tecido viável (Figura 3).



Figura 3 – Epitelização da lesão, após 30 dias de seguimento.
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2008).

Já aos sessenta dias de tratamento foi observado que toda a extensão da lesão estava em fase final de epiteliação, não havia presença de exsudato, nem de edema e dor (Figura 4).



Figura 4 – Ferida em fase final de epiteliação e cicatrização, após 60 dias de tratamento.
Fonte: Arquivo pessoal do autor (2008).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os pacientes com úlcera venosa possuem várias opções de coberturas e limpeza, dentre as coberturas podem ser destacados: hidrocolóides, alginatos, hidrogel, espuma de poliuretano com prata e carvão ativado (SANTOS, 2000; PARTSCH, FLOUR e SMITH, 2008), e para limpeza podem ser utilizadas água, solução fisiológica ou solução de papaína, desde que seja de qualidade e livre de contaminantes (LOPEZ, ARAVITES e LOPES, 2005; YAMADA, 1999; ARON, 2005).

No estudo realizado para limpeza da ferida foi utilizado solução fisiológica (NaCl 0,9%) morna (37°C) aplicado em jato utilizando seringa de 20 ml com agulha 40 x 12 durante os 60 dias de tratamento.

Reforçando a técnica utilizada no estudo os autores abaixo citados dizem que as soluções

utilizadas para limpeza da ferida devem ser preferencialmente aquecidas para evitar a redução da temperatura no leito da lesão. Uma temperatura constante de 37 graus estimula a mitose durante a granulação e epitelização (BORGES, 2005; ROGENSKI, BAPTISTA e SOFIA 1998; LOPEZ, ARAVITES e LOPES, 2005; AHCPR, 1992).

Aliado as coberturas e as técnicas de limpeza, outro recurso utilizado é a terapia compressiva, entre elas, se destaca a Bota de Unna a qual representa uma forma de terapia inelástica. A troca dessa bandagem deve ser realizada uma ou duas vezes por semana, dependendo do volume do exsudato (PARTSCH, FLOUR e SMITH, 2008).

Em um estudo realizado a melhor taxa de cicatrização foi obtida com a utilização de bandagem de alta compressão (40 mm Hg). Esta figura como primeira escolha para o tratamento de úlceras venosas não complicadas, estando indicado seu uso pelo tempo mínimo de uma semana (PARTSCH, FLOUR e SMITH, 2008).

A aplicação desta técnica demonstrou ser eficaz, pois propiciou melhora significativa da úlcera em todas as suas características, ou seja, como resultado foi obtido redução do tamanho da lesão, controle do exsudato, alívio da dor, redução do edema, melhora da auto estima referida pelo paciente (embora não tenha sido avaliada por meio de instrumento específico). Cabe salientar que a escolha adequada da terapia tópica é de fundamental importância para facilitar e acelerar o processo cicatricial, minimizando o desconforto pela presença da ferida e, certamente, impactando positivamente na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

ABBADE, L. P. F; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. Anais Brasileiro de Dermatologia. São Paulo, v. 6, n. 81, p. 509-522, dez. 2006.

AHCPR – Agency for Health Care Policy and Research. Clinical practice guideline n. 3: pressure ulcers in adults: prediction and prevention – U.S. Department of Health and Human Services. Publication n. 92-0047, may 1992.

ARON, S. O uso das meias de compressão no tratamento de úlceras venosas. Estima, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 43-5, 2005.

BORGES, E. L. Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências. 2005. 305 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem/USP, Ribeirão Preto (SP), 2005.

CARMO, S. S. *et al.* Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia v. 9, n. 2, p. 506- 51, 2007.

FREITAS, M. A. S.; JULIÃO, M. C. C. Transversal escharotomies: a new surgical technique adjuvant in the treatment of chronic ulcers with non-arterial etiology in the lower limbs. *Acta Cirúrgica Brasileira*. São Paulo, v. 21, sup. 4, 2006.

GUYATT, G.; GUTTERMAN, D.; BAUMANN, M. H. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American College of Chest Physicians Task Force. *Chest.*, v. 129 (1): p. 174-81, 2006.

LOPEZ, A. R.; ARAVITES, L. B.; LOPES, M. R. Úlcera venosa. *Acta Médica*. Porto Alegre, n. 26, p. 331-341, 2005.

MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. Curativos, estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari, 2010.

MANDELBAUM, S. H.; DI SANTIS, E. P.; MANDELBAUM, M. H. S. Cicatrização: conceitos atuais e recursos auxiliares – Parte I. *Anais Brasileiro de Dermatologia*. Rio de Janeiro, v. 78, n. 4, p. 393-410, ago. 2003.

PARTSCH, H.; FLOUR, M.; SMITH, P. C. International compression club. Indications for compression therapy in venous and lymphatic disease consensus based on experimental data and scientific evidence. *International Angiology*, v. 27, n.3, p. 193-219, 2008.

POLETTI, N. A. A. O cuidado de enfermagem a pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática. 2000. 237 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem/USP, Ribeirão Preto (SP), 2000.

ROGENSKI, N. M. B.; BAPTISTA, C. M. C.; SOFIA, M. H. O uso da papaína a 2% nas lesões provocadas pela Síndrome de Fournier: a propósito de 14 casos. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 39-45, 1998.

SANTOS, V. L. C. G. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 265-306.

SILVA, F. A. A. da *et al.* Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 6, p. 889-893, dez. 2009.

SILVIA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

YAMADA, B. F. A. Terapia tópica de feridas: limpeza e desbridamento. *Revista da Escola de Enfermagem*. São Paulo, v. 33, p. 133-40, 1999.