

ÁREA TEMÁTICA: (X) SAÚDE

**PROCESSO CICATRICIAL DE ÚLCERA MISTA EM PACIENTE PORTADOR DE
INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA: RELATO DE CASO**

**Cristina Maiara de Paula Faria (Acadêmica de Enfermagem –
cristinafaria95@hotmail.com)¹**

**Larissa Stefani (Acadêmica de Enfermagem –
larissastefani_2@hotmail.com)²**

**Sandra Maria Bastos Pires (Professora DENSP,
coordenadora do Projeto de Extensão - sbastospires@gmail.com)³**

Resumo: A úlcera de perna é definida como uma ulceração abaixo do joelho em qualquer parte da perna, incluindo o pé, podendo ser de etiologia venosa associada à hipertensão venosa crônica ou arterial, decorrente de doença arterial. Objetivou-se relatar o caso de um paciente com Insuficiência Venosa Crônica, portador de úlcera mista em MMII atendido no Ambulatório de Feridas do HU pelo projeto de extensão “Ensinando e aprendendo com as feridas”. Estudo descritivo do tipo relato de caso, cujos dados foram obtidos a partir de Prontuário Eletrônico, compreendendo o período de fevereiro/2015 a março/2018. LCE, 58 anos, sexo masculino, residente em sítio no município de Ipiranga/PR, possui histórico de internações por Insuficiência Venosa Crônica e TEP (tromboembolismo pulmonar) e úlcera mista em membros inferiores, de início insidioso há 37 anos. Os curativos especiais foram realizados no ambulatório de feridas, apresentando melhora significativa da lesão. Conclui-se que o enfermeiro tem papel fundamental, avaliando a lesão e prescrevendo os cuidados adequados ao paciente em cada estágio do processo cicatricial.

Palavras-chave: Cicatrização de feridas. Ferimentos e lesões. Enfermagem. Assistência ambulatorial

INTRODUÇÃO

Um conceito antigo, porém, amplamente citado é que a úlcera de perna é uma ulceração que acomete as extremidades dos membros inferiores, abaixo do joelho em qualquer parte da perna, incluindo o pé, sendo classificada como ferida crônica e relacionada ao sistema arterial ou venoso (Frade *et. al.* 2000 apud in Frade *et. al.* 2005).

Cerca de 70% das úlceras em membros inferiores são de etiologia venosas associadas à hipertensão venosa crônica, 10 a 20% são de origem arterial, decorrente de doença arterial e 10 a 15% tem etiologia mista que associam a hipertensão venosa crônica e a doença arterial como causas (FONSECA *et. al.*, 2012). A úlcera venosa se caracteriza por perda da continuidade da pele de forma irregular e superficial, podendo tornar-se profunda (COSTA *et. al.*, 2011). A úlcera arterial, por sua vez, possui bordas bem definidas e esbranquiçadas, causam perda de pelo, diminuição ou ausência das pulsações das artérias do pé e dor severa (BRASIL, 2002).

¹ Cristina Maiara de Paula Faria (Acadêmica de Enfermagem, participante do Projeto de Extensão “Ensinando e Aprendendo com as feridas” – cristinafaria95@hotmail.com)

² Larissa Stefani (Acadêmica de Enfermagem, participante do Projeto de Extensão “Ensinando e Aprendendo com as feridas” – larissastefani_2@hotmail.com)

³ Sandra Maria Bastos Pires (Professora do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública, coordenadora do Projeto de Extensão “Ensinando e Aprendendo com as feridas” – sbastospires@gmail.com)

Estudos, como de França e Tavares (2003) e Costa *et. al.* (2011) afirmam que há chance de recidivas das úlceras o que afeta significativamente a produtividade e a qualidade de vida, uma vez que pode ser incapacitante, acarretar um alto custo social e emocional, inabilidade para o trabalho, depressão e perda da autoestima (RIZATTI *et. al.*, 2016). Nesse contexto, conhecer a etiopatogenia e a fisiopatologia como também toda a problemática decorrente da úlcera venosa se torna importante para implementar um tratamento adequado e medidas preventivas que diminuam a sua incidência e recorrência. Afinal, o tratamento de feridas é um processo dinâmico que necessita de avaliações sistematizadas e prescrições distintas de frequência e tipo de curativo ou cobertura, que variam de acordo com o momento evolutivo da cicatrização (GUIMARÃES; NOGUEIRA, 2010).

Visando estimular o conhecimento científico-prático de acadêmicos e profissionais da área da saúde, como também prestar assistência de qualidade aos pacientes acompanhados, o projeto de extensão “Ensinando e aprendendo com as feridas”, se destina a pacientes com úlceras venosas, arteriais e/ou diabéticas, que são encaminhados para atendimento especializado e multidisciplinar no Hospital Universitário (HU). É coordenado por docentes enfermeiras, médicos, nutricionistas, etc., e conta com a participação de acadêmicos das diferentes áreas da saúde. O paciente é acompanhado até sua alta (fechamento da lesão), sendo liberado com orientações a respeito de sua patologia e ações para qualidade de vida.

OBJETIVOS

Relatar o estudo de caso de um paciente com Insuficiência Venosa Crônica, portador de úlcera mista em MMII atendido no Ambulatório de Feridas do HU pelo projeto de extensão “Ensinando e aprendendo com as feridas”.

METODOLOGIA

Estudo de característica descritiva do tipo relato de caso, cujos dados foram obtidos a partir do Prontuário Eletrônico do paciente. A coleta de dados foi realizada no dia 02/04/2018, através de um apanhado geral de todo histórico hospitalar do paciente na instituição em questão, compreendendo o período de fevereiro de 2015 a março de 2018, no setor de pronto atendimento, internamento, consulta ambulatorial cirúrgica e no próprio ambulatório de feridas, onde se realiza o projeto de extensão. As fotos foram obtidas através do arquivo existente de cada paciente participante do projeto.

Este estudo respeitou as questões éticas pertinentes a Resolução nº 466 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde e seguiu os trâmites legais da COEP nº 47635415500000-05.

RESULTADOS

LCE, 58 anos, sexo masculino, residente em sítio no município de Ipiranga/PR, sem comorbidades, com histórico de internação em 25/02/2015, diagnosticado com Insuficiência Venosa Crônica, para realização de desbridamento de úlcera venosa, a qual SIC teve início insidioso há 37 anos em ambos os membros inferiores, porém, na ocasião, permanecia apenas a do MID. A lesão apresentava bordas com alterações de epitelização, extensão do dorso do pé D ao terço distal da perna D, leito com efusão serosa, sem sangramento ativo, sem pontos de necrose e com odor fétido. A cirurgia foi realizada no dia seguinte sendo feito curativo com gaze, AGE e atadura, sendo mantido ocluso até o 4º dia de PO, quando se utilizou o mesmo tipo de cobertura. Já no dia 04/03 (6º dia PO) foi utilizado calgitrol (alginato de prata) e em 06/03, calgitrol, carvão ativado e hidrogel, sendo que em 09/03 foi colocado em isolamento de contato devido a infecção por *Pseudomonas*, utilizando-se espuma e carvão ativado para o curativo. Após solicitação de curativo domiciliar pela UBS de origem recebeu alta hospitalar no dia 12/03/2015, com ferida com tecido de granulação e apresentando secreção serosa em grande quantidade. Após 2 semanas a ferida estava com o mesmo aspecto.

No dia 13/04 do mesmo ano, o paciente deu entrada no Pronto Atendimento com dispneia, tosse, algia torácica ao respirar há 3 dias e hemoptise há 1 dia. Relatou histórico familiar de TVP (trombose venosa profunda), e ter tido episódio de TEP (tromboembolismo pulmonar) e TVP em veia cava, ilíaca e femoral de MIE após trauma direto, desde então em tratamento com anticoagulante (Femprocumona, 3mg/dia). Deste dia permaneceu internado com diagnóstico de TEP até 28/04/2015. O prontuário apresenta uso de curativos especiais, porém sem especificação. Depois de receber alta retornou ao hospital para acompanhamento do Tempo de protrombina, TAP, com RNI (valor de referência para profilaxia de trombose venosa e embolia pulmonar: 2-3, segundo Reis *et. al.* em 2005) e medicação controlada conforme tabela a seguir:

Tabela 1 – Acompanhamento de Tempo de protrombina do paciente LCE

Data	RNI	Medicação
04/05/2015	3,19	femprocumona 6mg/dia
07/05/2015	6,66	femprocumona 3mg/dia
11/05/2015	6,47	femprocumona 1,5mg/dia
08/06/2015	1,69	femprocumona 1,5mg/dia

Fonte: Prontuário Eletrônico, paciente LCE.

Terminada essa fase, permaneceu em uso diário de femprocumona 1,5mg/dia.

No período de junho/2015 a abril/2016 o paciente compareceu ao Ambulatório de Feridas para realização de curativo em úlcera venosa de MID, sendo o mesmo realizado com

bota de unha, havendo crescimento de tecido, deixando a lesão mais superficial. Porém começou a aparecer fibrina e provável contaminação, o que levou ao uso de Colagenase + Cloranfenicol. Assim, LCE foi internado pela terceira vez de 30/06/2016 a 13/07/2016 com diagnóstico de úlcera venosa crônica infectada, devido a piora do padrão da ferida com aumento da efusão seropurulenta, odor fétido, bordas maceradas e presença de lesão em MIE também. Iodo começou a ser usado no curativo, iniciou-se a antibioticoterapia e foi discutida as possibilidades terapêuticas (internação x autocuidado).

Ao receber alta as úlceras estavam da seguinte forma: → MID: 4 feridas, todas com bordas irregulares com leve maceração, tecido ao redor da ferida pouco ressecado, melhora significativa do aspecto do tecido ao redor, com hidratação intensa. Feridas com esfacelo em grande quantidade, sem odor, fibrina aderida em todo o leito da lesão; → MIE: bordas irregulares, tecido ao redor com leve ressecamento. Média quantidade de esfacelo, com fibrina aderida ao leito, coloração alaranjada, melhora de aspecto da secreção, sem odor, presença de tecido de granulação escurecido e hipergranulação. Ambos os MMII foram limpos com escova de clorexedina, foi feito desbridamento mecânico, hidratação na pele ao redor das feridas e optou-se pela cobertura colagenase + carvão ativado, orientando-se a troca de curativo secundário somente se necessário e a importância da elevação dos membros e da realização do movimento de flexão e extensão.

De julho/2016 a março/2017 não haviam evoluções quanto ao tratamento das feridas do paciente. Encontrando-se as mesmas a partir de abril/2017 (figura 1). A limpeza da ferida a partir desta data era feita com escova de clorexidina e protosan.

Figura 1 – Úlcera venosa em MID e MIE de paciente portador de Insuficiência Venosa Crônica



Legenda: Figura 1A – Úlcera venosa em maléolo de MID datada de 27/04/2017; Figura 1B – úlcera venosa em região posterior da perna de MIE datada de 27/04/2017; Figura 1C – úlcera venosa em região anterior do terço distal da perna de MIE datada de 27/04/2017.

Em abril de 2017, o paciente apresentava lesões em ambos MMII, tecido macerado em bordas, tecido de granulação em processo de cicatrização e fibrina, exsudato purulento em grande quantidade de odor fétido. Curativo realizado com creme de barreira, AGE, gaze, carvão ativado, chumaço e atadura. As descrições das lesões se repetiram nos meses seguintes, o que levou a manutenção da cobertura primária com carvão ativado impregnado de prata, porque este, além do odor controla também a infecção. Em algumas situações optou-se pelo uso combinado com AGE e com colagenase em ambos os MMII.

Em 22/06/17 e 20/07/17 as duas lesões apresentavam tecido de granulação e fibrina, manteve-se a cobertura do mês anterior. Foi em 27/07/17 que se identificou uma úlcera arterial em maléolo E, caracterizando a ferida como mista. No mês de agosto, apresentava úlcera mista em MIE, na região do maléolo esquerdo, parte externa, posterior e anterior; MID, com lesão em dorso do pé, maléolo parte posterior e acima do maléolo. Na tentativa de facilitar o processo cicatricial adicionou-se bota unna novamente bilateral ao curativo, sendo trocada na semana seguinte por tensoplast.

Assim, como cobertura primária, optou-se, pelo uso de carvão ativado em MID; e melgisorb (penso de prata) em MIE, com cobertura secundária tensoplast (bandagem elástica) bilateral e atadura de crepe. Entre 06/09/2017 e 23/03/2018, repetiu-se o tipo de cobertura secundária utilizada, tensoplast e atadura, porém como primária utilizou-se melgisorb em ambos os MMII. Foi o curativo que melhorou o prognóstico do paciente, conforme apresentado na figura 2. Havendo controle da infecção e absorção maior do exsudato, pelo melgisorb e melhor compressão, facilitando o retorno venoso e conseqüentemente a circulação local, pelo uso da bandagem elástica. Essa combinação somada as orientações fizeram com que o processo cicatricial fosse estimulado, levando a melhora das lesões.

Figura 2 – Evolução de Úlcera venosa em MID e MIE de paciente portador de Insuficiência Venosa Crônica



Legenda: Figura 2A – Úlcera venosa em maléolo de MID datada de 23/03/2018; Figura 2B – úlcera mista em terço distal anterior de perna de MIE datada de 23/03/2018.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso relatado, o paciente segue em cuidado pelo ambulatório, os curativos utilizados foram descritos, em alguns casos, por seu nome comercial, conforme constava no prontuário eletrônico e conforme é mais utilizado pelos profissionais corriqueiramente. Entretanto, independentemente disso e da possível falta de informações dos prontuários, o presente relato demonstra que o uso do curativo adequado, de acordo com a cicatrização da ferida é fundamental para o fechamento da mesma e para melhora da qualidade de vida do paciente. É o conhecimento científico que embasa a tomada de decisão para escolha da cobertura apropriada para cada lesão, sendo, também, fundamental a interação da equipe multidisciplinar frente ao prognóstico do paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**; Manual de condutas para Úlceras Neurotróficas e traumáticas. Serie J. n. 2, Brasília, DF, 2002.

COSTA, I. K. F. et al. Pessoas Com Úlceras Venosas: estudo do modo psicossocial do Modelo Adaptativo de Roy. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 561-568, set. 2011.

FONSECA, C. et. al. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista escola de enfermagem da USP**. v. 46, n. 2, p. 480-486, 2012.

FRADE, M. A. C. et. al. Úlceras de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora-MG (Brasil) e região. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, n. 1, p. 35-40, 2005.

FRANÇA, L. H. G.; TAVARES, V. Insuficiência Venosa Crônica. Uma atualização. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 2, n. 4, p. 318-328, 2003.

GUIMARÃES, J. A. B.; NOGUEIRA, L. M. C. Diretrizes para Tratamento da Úlcera venosa. **Revista Enfermería Global**, n. 20, p. 1-13, out. 2010.

REIS, P., R., M. et. al. Avaliação da determinação do tempo de protrombina em amostras de sangue colhidas por duas diferentes técnicas. **Revista J Bras Patol Med Lab**, v. 41, n. 4, p. 251-5, ago. 2005.

RIZZATTI, S. J. S. et al. Cuidados em saúde de pessoas com úlcera venosa em assistência ambulatorial. **Revista de Enfermagem da UFPI**. v. 5, n.1, p. 17-22, jan/mar. 2016.