

Influência do Processo de Enfermagem na Cicatrização de Úlcera Venosa: Estudo Clínico

Influence of the Nursing Process in the Management of Venous Ulcer: Clinical Study

Influencia del Proceso de Enfermería en el Manejo de la Úlcera Venosa: Estudio Clínico

Idevânia Geraldina Costa¹

RESUMO

Trata-se de um relato de caso clínico de úlcera venosa (UV) crônica em membro inferior direito com mais de seis anos de existência. Os dados evolutivos foram obtidos por meio de registros do Processo de Enfermagem (PE) e da avaliação fotográfica periódica da ferida, respeitando-se os preceitos éticos. O alcance dos resultados foi obtido entre a 13ª (2,3 x 0,5 cm) e 15ª semanas (completa cicatrização) após a implementação do PE. A implementação da PE juntamente com a prescrição de terapia tópica por uma enfermeira especialista, proporcionou melhora na qualidade dos registros da UV e o manejo do processo de cicatrização.

DESCRITORES: Cicatrização. Bandagens compressivas. Úlcera varicosa. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

This is a case report of a venous ulcer (VU) in the lower right limb, with more than six years of existence. The evolution data were obtained from records of the Nursing Process (NP) and photographic periodic assessment of the wound by following the ethical aspects. The results were obtained between the 13th (2.3 x 0.5 cm) and 15th week (complete healing) after the implementation of the NP. The implementation of the NP together with the prescription of topical therapy by a specialized nurse provided better quality of the VU data and the management of the healing process.

DESCRIPTORS: Wound healing. Compression bandagens. Varicose ulcers. Nursing care.

RESUMEN

Se trata de un caso clínico de úlcera venosa (UV) en la pierna derecha, que tenía más de seis años de existencia. Los datos de la evolución se obtuvieron de los registros del Proceso de Enfermería (PE) y de la evaluación fotográfica periódica de la herida, respetándose la ética. Se obtuvo el rango de resultados entre la 13ª (2,3 x 0,5 cm) y 15ª semanas (curación completa) después de la aplicación del PE. La aplicación del PE con la prescripción de la terapia tópica por una enfermera especialista proporcionó mejoría en la cualidad de los datos de la UV y del manejo del proceso de curación.

DESCRIPTORES: Cicatrización de heridas. Terapia de compresión. Úlcera varicosa. Atención de enfermería.

¹PhD Student and Teacher Fellow, School of Nursing, Queen's University – Kingston, Ontario, Canada. Endereço para correspondência: Catarauqui Building, 92 – Street Kingston – Ontario – K7L 3N6 – E-mail: ide.costa15@gmail.com
Artigo recebido em: 22/03/2014 – Aceito para publicação em: 22/08/2016

INTRODUÇÃO

Úlceras venosas (UV), às vezes chamadas de úlceras varicosas ou de estase, são uma lesão crônica na perna, de alta incidência clínica, responsáveis pelos sofrimentos físico e psicossocial e pelo aumento do ônus nos cofres públicos, com pagamento de benefícios e gastos com tratamento ambulatorial prolongado.

As UV são causadas por uma incompetência do sistema valvular, associada ou não à obstrução do fluxo venoso, que afeta o sistema venoso superficial, profundo ou ambos, causa danos às válvulas das veias das pernas e leva à hipertensão venosa¹⁻⁴. Elas são caracterizadas por um padrão cíclico de cura e recidiva⁴ com 57% de taxa de recorrência relatada num prazo de 10,4 meses após a cicatrização⁵. O início da UV pode ser traumático, secundário à infecção, ou devido ao aumento do edema. A dermatite local pode decorrer de doença venosa, irritação de contato ou reações alérgicas, que podem se manifestar clinicamente como prurido, vermelhidão e bolhas⁶, recebendo, nessa fase, o nome de erisipela.

A definição do diagnóstico, o planejamento da terapia e a evolução do processo de cicatrização são tarefas e objetivos importantes que devem ser realizados e documentados pelos profissionais⁷. No entanto, boas práticas clínicas e colaboração do paciente são as chaves para obter resultados eficientes em feridas de difícil cicatrização⁸.

Considerando que as UV são feridas de cicatrização complexa e, portanto, um desafio para os profissionais de saúde, decidiu-se escrever este artigo para relatar um caso clínico de UV com cicatrização lenta e apresentar os resultados alcançados após a implementação do Processo de Enfermagem (PE), com prescrição de terapêutica tópica por uma enfermeira especializada em feridas crônicas e coberturas.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso clínico acompanhado pela autora no período de 14 de abril a 20 de junho de 2011, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá (CEP/UNIC) (Protocolo 2011/139) e do termo de consentimento livre e esclarecido assinado por uma paciente adulta com UV crônica há mais de seis anos, admitida no Ambulatório de Dermatologia do Centro de

Referência em Médica e Alta Complexidade de Mato Grosso (CERMAC/MT), órgão da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Cuiabá, Brasil.

O Ambulatório de Dermatologia foi inaugurado em 2004, no entanto, o PE foi efetivada apenas em março de 2011 após a admissão de uma enfermeira, especialista em feridas e coberturas, na equipe interdisciplinar. Antes da efetivação do PE, os registros das feridas eram feitos descritivamente no prontuário em forma de anotações pelos técnicos e auxiliares de Enfermagem e às vezes pelos enfermeiros, e faltavam dados referentes à mensuração, às características do leito da ferida, entre outros, o que dificultava o acompanhamento do processo de cicatrização e determinação de terapia tópica adequada.

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, negra, casada, católica, 61 anos, mãe de 6 filhos, diarista, natural de Várzea Grande (MT), foi admitida no Ambulatório de Dermatologia, em 22 de março de 2010, devido à UV no maléolo medial da perna direita (Figura 1). Relatou que apresenta a UV por um período de seis anos (desde 2006) e que já havia tentado tratamento no domicílio com ervas e pomadas como neomicina e colagenase, e também em outras unidades de saúde, porém sem sucesso. Nega hipertensão, diabetes, neoplasias, tabagismo, etilismo, cirurgias, obesidade e trombose.

Registros de Admissão Médica: UV em maléolo medial direito medindo aproximadamente 12 x 8 cm (comprimento x largura), exsudato em grande quantidade, presença de tecido



Figura 1. Foto registrada pela paciente no primeiro dia de admissão no ambulatório (22 de março de 2010). Paciente relatou que usou ervas medicinais por mais de dois anos e colagenase no último ano.

de esfacelo em grande extensão e pouco tecido de granulação (Figura 1). Paciente queixa-se de dores como queimação nas bordas da lesão, sendo constatados pelo médico hiperemia, edema em membro inferior direito (MID), varizes superficiais, com pulsos pediosos e tibial bilaterais normais. Índice Tornozelo Braço (ITB) > 0,9 mmHg.

Classificação CEAP (*clinical signs; etiology; anatomic distribution; pathophysiology*): C6 (indica presença de úlcera).

Tratamento médico proposto: terapia compressiva com Bota de Unna (BU) com trocas pela equipe de Enfermagem a cada cinco ou sete dias, conforme avaliação do enfermeiro.

Terapia complementar: orientações nutricionais quanto ao tipo de dieta adequada às necessidades e à situação econômica da paciente, com acompanhamento da nutricionista a cada 15 dias nos primeiros 2 meses e mensal após o segundo mês, finalizando com visitas trimestrais.

RESULTADOS

Em 28 de março de 2011, após um ano da data de admissão (22 de março de 2010) coincidindo com implementação do PE, a ferida havia diminuído (8 x 5 cm) consideravelmente em relação à avaliação e conduta inicial pelo médico vascular (12 x 8 cm), porém continuava com vultosa quantidade de tecido não viável (50%), exsudação moderada a alta e sem avanços na cicatrização há mais de seis meses.

Conduta de enfermagem: papaína 8% na primeira semana, com o objetivo de acelerar a limpeza da ferida (eliminação da fibrina), com trocas diárias ou sempre que saturasse a cobertura. A papaína foi bem tolerada pela paciente e foi negociada com o médico vascular a suspensão da BU até a presença de tecido viável em todo o leito da ferida.

Após sete dias de uso da papaína (3 de abril de 2011), observou-se melhora no leito da ferida com presença de 70% de tecido de granulação e 30% de fibrina superficial. Notou-se pouca evolução no processo de cicatrização (5 x 2,5 cm) e média à grande quantidade de exsudato.

Conduta de enfermagem: fina camada de papaína 6% sobre a fibra de alginato de cálcio com a finalidade de desbridar e absorver o exsudato. Além disso, aplicou-se a placa de hidrocoloide como cobertura secundária de forma a favorecer maior conforto e praticidade para a paciente, que havia relatado dificuldade para trocar os curativos diariamente. Era necessário fazer a substituição dessa cobertura a cada três dias.

Em 14 de abril de 2011, iniciaram-se oficialmente os registros fotográficos (Figura 2) e a ferida apresentava-se com 4,2 x 1,5 cm, 80% de granulação e 20% esfacelo.

Conduta de enfermagem: manteve-se a papaína 6% com alginato e retorno da BU (prescrita pelo vascular) como cobertura secundária, substituindo assim o hidrocoloide. A paciente se responsabilizou pelas trocas dos curativos secundários à BU (gazes e ataduras – fornecidos pelo serviço), sempre que percebesse qualquer umidade. As trocas das coberturas primárias e da BU ocorreram a cada cinco dias no ambulatório.

Em 10 de maio de 2011 (Figura 3), a ferida media 3,7 x 2 cm, 100% de granulação vitalizada, significante diminuição do exsudato e ausência de dor no local. Porém, houve relatos de prurido periferida com observação de leve hiperemia.



Figura 2. Úlcera venosa em maléolo medial direito. Terapia tópica: papaína 6% + alginato + Bota de Unna (14 de abril de 2011).



Figura 3. Úlcera venosa em maléolo direito. Terapia tópica: Placa de hidrocoloide + Bota de Unna (10 de maio de 2011).

Conduta de enfermagem: aplicação da placa de hidrocólide como curativo primário e a BU (sobre a placa) como curativo secundário. A paciente manteve as trocas de ataduras e gazes sobre a BU, porém com menos frequência devido à diminuição do exsudato.

Em 16 de maio de 2011 (Figuras 4 A e B), a ferida media 3,5 x 1 cm, 100% de granulação vitalizada, pouco exsudato e total ausência de odores e dores. Manteve-se a mesma conduta anterior, em virtude do notável sucesso no tratamento.

Na 13ª semana (7 de junho de 2011) de tratamento (Figura 5), a ferida estava com 2,3 x 0,5 cm, 100% de tecido vitalizado, área periferida com epitelização, exsudação em pouca quantidade. Conduta mantida.

Com 15 semanas (20 de junho de 2011) (Figura 6), a meta foi alcançada, pois havia cicatrização completa da ferida. Paciente recebeu alta e orientações, tanto da enfermeira quanto do médico vascular, com orientações para

manter os exercícios para ativar a circulação, repouso com membros inferiores (MMII) elevados sempre que possível e uso de meia compressiva diariamente.

DISCUSSÃO

A existência de exsudação constante levou à necessidade de trocas do curativo secundário cerca de duas a três vezes ao dia, justificando o uso do alginato de cálcio. A existência de tecido de granulação desvitalizado e esfacelo conduziu à utilização de papaína a 8 e 6% até obtenção do tecido de granulação vitalizado, reativação da microcirculação para formação da angiogênese, melhorando a oxigenação e o transporte de nutrientes, células de defesa e epiteliais no



Figuras 4. (A) Úlcera venosa em maléolo direito. (B) Terapia tópica: Placa de hidrocólide + Bota de Unna (16 de maio de 2011).



Figura 5. Úlcera venosa em maléolo direito. Terapia tópica: Placa de hidrocólide + Bota de Unna (7 de junho de 2011).



Figura 6. Meta alcançada. Cicatrização total, alta pelo médico e pela enfermeira (20 de junho de 2011).

leito da ferida. A terapia compressiva inelástica por meio da BU favoreceu a diminuição do edema causado pela estase venosa (EV) e consequentemente melhora do retorno venoso, aumentando assim o fornecimento de oxigênio para os tecidos e a angiogênese.

Há fortes evidências científicas (nível A) relacionadas ao favorecimento de um ótimo ambiente para a cicatrização de feridas por meio de controle de exsudato, carga microbiana e desbridamento de tecido desvitalizado. Segundo as melhores práticas para prevenção e tratamento de UV da Associação de Enfermagem da província de Ontário no Canadá (*Registered Nursing Association of Ontario – RNAO*), a limpeza e o desbridamento de tecidos desvitalizados são importantes para reduzir o risco de infecção, preparar o leito da ferida e promover a cicatrização. Além disso, deve-se ser muito crítico ao selecionar a cobertura e o produto, levando em consideração o objetivo (cicatrização e manutenção), a quantidade de exsudato, o leito da ferida, a preferência do paciente e a relação custo-eficácia⁹.

Existem insuficientes evidências relacionadas a uma cobertura ou produto, em particular, que seja mais eficiente na cicatrização de úlcera e redução da dor. No entanto, o mais importante fator a ser considerado durante a seleção da cobertura é se esta é apropriada para o indivíduo baseado nas características da úlcera, fatores de risco, ação do produto, conforto e fácil acesso⁹. A literatura¹⁰ também recomenda que se evite excesso de umidade no leito da ferida, principalmente quando existe um inadequado suplemento sanguíneo; fato este que fundamenta e justifica a associação de alginato de cálcio (absorção de exsudato, hemostasia, úlcera infectada) e hidrocoloide (formação de tecido de granulação e autolítico suporte) com a terapia compressiva utilizada neste estudo clínico.

Atualmente, há muitos tipos de terapias disponíveis para UV, porém as mais bem-sucedidas continuam a ser as mais básicas, como elevação dos membros inferiores acima do nível da cabeça, quando sentados¹¹ e aplicação de terapia compressiva em forma de bandagens (elásticas ou inelásticas), a fim de propiciar o conforto, controlar exsudato e ajudar na cicatrização^{4,5,11}.

A terapia compressiva continua sendo chamada de “padrão-ouro” no tratamento de UV com ausência de comprometimento arterial¹⁰. A BU é um tipo de terapia compressiva com bandagem inelástica muito utilizada no Brasil, que exerce uma pressão semelhante à pressão venosa, mas sem que seja superior à pressão arterial na perna, o que seria,

naturalmente, excessivo. A terapia compressiva atua na marcha, com uma maior eficácia na função de “bombeamento” dos músculos da perna, contribuindo para uma menor estase (acumulação/retenção) venosa no nível inferior da perna¹¹.

Há fortes evidências de que o tratamento da doença de EV demanda o uso de terapia compressiva por toda a vida⁹. Isso significa que, mesmo após a cicatrização da UV, a pessoa deverá continuar prevenindo o aparecimento de novas úlceras por meio da adesão ao uso rotineiro de meias de compressão prescritas por um médico especialista, com conhecimento completo sobre a doença e o princípio da compressão terapêutica. De acordo com Burrows et al.¹⁰, as evidências científicas são também fortes quando se compara a alta taxa de recorrência de UV com a baixa aderência ao tratamento preventivo por meio de meias de compressão.

Fortes evidências também apontam para a necessidade de envolvimento de uma equipe interdisciplinar na prevenção e no tratamento de úlceras de perna⁹, no entanto, na prática sabe-se que a execução do tratamento de feridas complexas e sua avaliação periódica têm sido tradicionalmente conduzidas pelo enfermeiro por ser ele o responsável pela implementação do processo de Enfermagem.

O manejo de ferida crônica como a UV é fundamental durante o processo de cicatrização, devendo-se levar em consideração aspectos relacionados ao serviço (materiais disponíveis), às feridas (características e resposta à terapêutica) e ao paciente (preferências, relato de dor e desconforto). Tudo deve ser levado em consideração para que o profissional consiga fazer o gerenciamento do processo de cicatrização e alcançar bons resultados.

Fatores nutricionais, por exemplo, podem liderar significativamente a falha na cicatrização de feridas. Assim, quando há forte suspeita de deficiência de proteínas e vitaminas na dieta do portador de feridas, o manejo dessa deficiência deve ser conduzido por um nutricionista. Segundo Kunimoto et al.¹², a deficiência nutricional pode ser o que diferencia uma ferida que cicatriza de uma que não cicatriza, mesmo após a implementação das melhores práticas clínicas.

CONCLUSÕES

Em pouco mais de três meses de implementação do PE, com acompanhamento por uma enfermeira especializada em feridas e coberturas, observou-se considerável redução no tamanho da UV e aumento do tecido de granulação viável

com epitelização total. Além disso, foi possível observar melhores registros sobre a ferida e a aceleração do processo cicatricial, o que favoreceu o manejo da terapia tópica pelo enfermeiro, de acordo com aspectos relacionados aos serviços (materiais disponíveis), à ferida (características) e ao paciente (preferências).

Após essa experiência e outras semelhantes a essa vivenciadas na prática clínica, não restam dúvidas de que o enfermeiro deve se apropriar do processo de Enfermagem como um instrumento de sistematização das ações de Enfermagem com foco no planejamento de ações e prazos para atingir os

resultados esperados. Ele também deve ser capaz de avaliar e reavaliar essas ações, discutir e implementar condutas, mudar paradigmas e apostar em uma assistência de Enfermagem que ultrapasse barreiras para atingir os melhores resultados.

Além da aplicação da terapia compressiva, o paciente deve ser cuidado por uma equipe interdisciplinar composta por enfermeiro, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e nutricionista, que acompanhará e orientará os pacientes quanto às melhores condutas disponíveis de acordo com as suas necessidades e a área de atuação de cada disciplina.

REFERÊNCIAS

- Maffei FH. Insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento clínico. In: Maffei FH, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA, Giannini M, Moura R. Doenças vasculares periféricas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- França LH, Tavares V. Insuficiência venosa crônica uma atualização. *J Vasc Bras*. 2003;2(4):318-28.
- Baptist CM, Castilho V. Levantamento do custo do procedimento com bota de uma em pacientes com úlcera venosa. *Rev Latino-Am Enferm*. 2006;14(6):129-35.
- Palfreyman S, King B, Walsh B. A review of the treatment for venous leg ulcers. *Br J Nurs*. 2007;16(15):S6-14.
- Christensen CR, Yeager AA. Case study: a unique approach to compliance in a patient with venous ulcers. *J Vasc Nurs*. 2001;19(2):52-4.
- Sibbald RG, Williamson D, Contreras-Ruiz J, Burrows C, Despatis M, Falanga V, et al. Venous leg Ulcers. In: Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. 4. ed. Malvern: HMP Communications; 2007. p. 429-42.
- Panfil EM, Linde E. Valid and reliable methods for describing pressure sores and leg ulcer – a systematic literature review. *Pflege*. 2007;20(4):225-47.
- Mapplebeck L. Case study: psychosocial aspects of chronic bilateral venous leg ulcers. *Br J Community Nurs*. 2008;13(3):S33-4, S36, S38.
- Registered Nurse's Association of Ontario (RNAO). [Internet]. Nursing Best Practice Guideline: Assessment and management of venous leg ulcers. Toronto: RNAO; 2004. [cited 2014 Feb 9]. Available from: www.rnao.org/bestpractices/
- Burrows C, Miller R, Townsend D, Bellefontaine R, Mackean G, Orsted HL, et al. Best practice recommendations for the prevention and treatment of venous leg ulcers: update, 2006. *Adv Skin Wound Care*. 2007;20(11):611-21.
- Sibbald RG, Alavi A, Norton L, Browne AC, Coutts P. Compression Therapies. In: Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. 4. ed. Malvern: HMP Communications; 2007. p. 481-504.
- Kunimoto B, Cooling M, Gulliver W, Houghton P, Orsted H, Sibbald RG. Best practices for the prevention and treatment of venous leg ulcers. *Ostomy Wound Manage*. 2001;4(2):34-50.