



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidad Federal Fluminense

UFF
Estudio del caso

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Tratamiento de úlcera venosa con bota de Unna: estudio de caso

Alcione Matos Abreu¹, Beatriz Renaud Baptista de Oliveira¹, Juli Jardim Manarte¹

¹Universidad Federal Fluminense

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el proceso de cicatrización de paciente con úlcera venosa, en algún miembro inferior sometido al tratamiento con Bota de Unna. **Método:** Se trata de un estudio de caso, realizado en el Ambulatorio de Reparación de Heridas de un hospital público de Niterói/ RJ, de julio a septiembre de 2011. Se utilizó para la evaluación del proceso de cicatrización de la úlcera el protocolo con datos clínicos, mensuración del área de la lesión y el registro fotográfico. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del hospital, con el Protocolo n. 327\10. **Resultados:** Tras doce semanas de acompañamiento, la úlcera se presentó cicatrizada y el paciente relató mejoría del dolor y disminución del edema en las piernas. **Conclusión:** El tratamiento con la Bota de Unna se mostró efectivo en la cicatrización de la úlcera venosa junto al acompañamiento ambulatorio sistematizado.

Palabras-clave: Enfermería; Úlcera varicosa; Vendaje.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras crónicas de etiología vascular constituyen un grave problema a nivel mundial, y en Brasil, ellas constituyen un serio problema de salud pública, porque son responsables por índices de morbilidad y mortalidad significativos; además de provocar un gran impacto económico⁽¹⁾.

Se le da el nombre de Insuficiencia Venosa Crónica (IVC) a un conjunto de alteraciones que ocurren en la piel y en el tejido subcutáneo, principalmente de los miembros inferiores, decurrentes de una hipertensión venosa de larga duración, causada por insuficiencia valvular y/o obstrucción venosa⁽²⁾. Entre los principales factores predisponentes para la Insuficiencia venosa y el consecuente surgimiento de úlceras venosas podemos citar: Edad avanzada, Obesidad, Embarazo, factores genéticos y/o historia familiar de venas varicosas y trombosis venosa profunda⁽³⁾.

El conocimiento de estas enfermedades es extremadamente importante para el diagnóstico correcto y para que medidas terapéuticas específicas sean adoptadas por los profesionales de la salud ⁽⁴⁾. El diagnóstico incorrecto desencadenará el atraso de la cicatrización de la úlcera y perjuicios a la salud del paciente⁽⁵⁾.

Una investigación epidemiológica desarrollada en el ambulatorio de Reparación de Heridas del Hospital Universitario Antônio Pedro en Niterói/ RJ, en el año 2010, estudió 186 pacientes con diferentes tipos de heridas, que hacían acompañamiento ambulatorio y constató que de este total, 51% poseían úlceras de etiología venosa, 24% úlceras de etiología diabética, 6% de úlceras por presión, 2% de úlceras arteriales, y 17% lesiones de otras etiologías⁽⁶⁾. De esta forma, se pudo comprobar que la mayoría de los pacientes que busca atención en este ambulatorio, sufre por los agravios ocasionados por la Insuficiencia Venosa Crónica.

La úlcera venosa representa la fase más avanzada de la enfermedad venosa crónica (DVC)⁽⁷⁾, la cual está asociada a la disfunción de la bomba muscular de la pantorrilla, lo que lleva a la hipertensión venosa. Esta bomba muscular es el mecanismo primario para el retorno de la sangre de los miembros inferiores al corazón, siendo formada por los

músculos de la pantorrilla, sistema venoso profundo, sistema venoso superficial y sistema de las venas perforantes/comunicantes⁽⁵⁾.

Es común que la región alrededor de la úlcera venosa presente eczema caracterizado por eritema, descamación y prurito conocido como eczema de estasis⁽⁸⁾.

Otra alteración presente en estos pacientes y que normalmente precede a la úlcera venosa es la lipodermatoesclerosis. Se trata de una fibrosis crónica de la dermis y del subcutáneo, ocasionando una piel firme y endurecida. En fases más tardías, la pierna presenta edema en la porción proximal y constricción en la distal debido a fibrosis y la pérdida de grasa del subcutáneo, dejando la pierna con la forma de una botella invertida^(9,10).

El factor más importante en la prevención y en el tratamiento de las úlceras venosas es el control del edema y de la hipertensión venosa a través de medidas compresivas. Pacientes sometidos a la terapia compresiva presentan un aumento significativo en la tasa de cicatrización y una disminución en la recurrencia de la ulceración⁽¹¹⁾.

Al hacer compresión en el miembro afectado, la terapia compresiva aumenta la presión tisular, favoreciendo la reabsorción del edema y mejorando el drenaje linfático. La presión externa que la terapia compresiva debe realizar en el tobillo de pacientes con úlcera venosa es aproximadamente de 35 a 40 mmHg y gradualmente menor debajo de la rodilla⁽⁴⁾.

Las terapias compresivas pueden ser elásticas o inelásticas. Entre las inelásticas, la más tradicional es la bota de Unna, que consiste en un vendaje impregnado de óxido de zinc, goma acacia, glicerol, aceite de ricino y agua desionizada, creando un molde semisólido para realizar la compresión externa eficiente. Es considerado un producto para curativo que actúa auxiliando en la terapia compresiva, propiciando el retorno venoso. Este producto puede ser colocado en contacto directo con el lecho de la úlcera venosa, pero éste deberá contener tejido de granulación, pudiendo haber áreas de desvitalización y ausencia de señales de infección como olor fétido, exudado con coloración verdeada, el surgimiento de linfonodos infartados inclusive en la región inguinal. El tiempo para

cambiarlo puede variar entre 5 a 7 días y es contra indicado para el tratamiento de úlceras neuropáticas, arterial o mista⁽¹²⁾.

La Bota de Unna es indicada solamente para úlceras de etiología venosa y el paciente no puede estar postrado en la cama o andar en silla de rueda, pues el tratamiento ambulatorio es primordial para que sea efectiva la acción del producto⁽³⁾.

Estos vendajes inelásticos crean alta presión debido a la contracción muscular (durante la deambulación) y pequeña presión durante el reposo. Por esta razón, es imprescindible que el paciente continúe realizando sus actividades diarias, como las laborales y realice pequeñas caminadas cuando use la Bota de Unna para optimizar la actuación del producto⁽¹²⁾.

Es importante señalar que los vendajes compresivos inelásticos pueden ser nocivos o inútiles si no son utilizados correctamente y su efectividad puede ser influida por la técnica que los médicos, enfermeros o los propios pacientes aplican⁽³⁾.

Otros sistemas de compresión son las medias y vendajes elásticos. Las medias de compresión y los vendajes elásticos representan un útil y conveniente método para aplicar la compresión externa en piernas de formato normal, buscando prevenir el desarrollo o recurrencia de las úlceras venosas. Deben ser utilizadas durante todo el día, siendo retiradas por la noche y reaplicadas por la mañana^(3,13).

En ese sentido, el presente estudio tiene como objetivo evaluar el proceso de cicatrización de un paciente con úlcera venosa en algún miembro inferior sometido a tratamiento con Bota de Unna.

METODO

Se trata de un estudio de caso, realizado en el Ambulatorio de Reparación de Heridas del Hospital Universitario Antonio Pedro (HUAP)/ Niterói/ RJ, del 13 de julio al 28 de septiembre de 2011, que tuvo como sujeto un paciente del sexo masculino, anciano, portador de una úlcera venosa de media extensión, localizada en la parte lateral de la pierna derecha en tratamiento con de Bota de Unna por doce semanas.

Antes de iniciarse este estudio, el paciente firmó el Término de Consentimiento Libre y aclarado (TCLE) y la autorización del registro fotográfico. La recopilación de los datos fue realizada por la enfermera investigadora y por la becaria de enfermería. Los datos con las informaciones sobre las cuestiones socioeconómicas y clínicas del paciente, fueron obtenidos por el protocolo de registro de la investigación. Este protocolo fue rellenado el 1º día de atendimento del paciente en el ambulatorio de curativos. Los datos referentes al acompañamiento del proceso de cicatrización eran registrados semanalmente, incluyendo las variables: grado de exudación, profundidad de la herida, características de los tejidos lesional y perilesional, presencia de mal olor, prurito, dolor y la fase del edema.

El registro fotográfico y la calcomanía fueron realizados en cuatro momentos: en la 1ª, 5ª, 9ª y 12ª consultas. Los cambios de los curativos utilizando la Bota de Unna fueron realizados en las consultas de Enfermería, con periodicidad semanal.

Este estudio de caso hace parte del proyecto de investigación titulado "Estudio de la Bota de Unna comparado al uso del Vendaje Elástico en pacientes con úlceras venosas" que fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Facultad de Medicina del HUAP nº 327/10 el 17/12/2010 con CAAE 0252.0.258-000-10.

RESULTADOS

A seguir será presentado el histórico y la evolución de enfermería del paciente con úlcera venosa usando Bota de Unna.

Estudio de caso- Histórico

Paciente del sexo masculino, con 64 años de edad, auxiliar de servicios generales, con nivel de enseñanza fundamental incompleto, negro, residente en el municipio Niterói\RJ, viviendo solo. Relata ser hipertenso hace 1 año y 4 meses, usando diariamente un anti-hipertensivo y un analgésico, niega Diabetes Mellitus. Presenta úlcera venosa reincidente de media extensión en el miembro inferior derecho, que inició en mayo de 2010.

1ª EVOLUÇÃO 13/07/2011- Início do tratamento com Bota de Unna

Paciente anciano, hipertenso, lúcido y orientado, cooperativo y con claudicación intermitente. Presenta úlcera venosa en el tercio medio lateral de la pierna derecha. Relata quejas de dolor y picazón intensa alrededor de la herida. Al examen físico presenta presión arterial 110/80 mmHg, glucemia en ayuno de 89mg/dl; piel adyacente a la herida con lipodermatoesclerosis, reseca, con eczema y varices. Miembros inferiores hinchados 4+/4+. Úlcera con 28 cm² de extensión, con profundidad parcial, bordes irregulares y macerados, lecho de la lesión con tejido de granulación, sin olor fétido, con media cantidad de exudado serosanguinolento. Realizada la limpieza del lecho y de los bordes de la úlcera con solución fisiológica a 0,9%, se seca solamente alrededor de la herida con gaza estéril, hidratación de la piel adyacente con crema de urea a 10%. Aplicada la Bota de Unna, se realiza un curativo secundario con gazas estériles y vendaje en espiral ascendente con vendaje simple de crepé. Se le orienta sobre los cuidados domiciliarios en relación al curativo: proteger el curativo durante el baño para no mojarlo; cambiar diariamente el curativo secundario para evitar posibles infecciones y olores desagradables en la herida; realizar reposo y elevar las piernas de 3 a 4 veces al día por encima del nivel del corazón durante 15 a 20 minutos; no "rascar" la herida para evitar nuevas lesiones. Se le orienta acerca de la importancia de controlar los niveles de presión arterial dentro de los patrones normales del Ministerio de Salud a través del uso correcto de los anti-hipertensivos prescritos y de la dieta baja de sodio y de la necesidad de ejercicios regulares, como caminatas.

Última evolución 28/09/2011 – Tras doce semanas realizando el tratamiento con Bota de Unna

Después de doce semanas de tratamiento de la úlcera venosa con la Bota de Unna, con cambio semanal del producto, la úlcera se encuentra cicatrizada. El paciente refiere reducción considerable del dolor y de la picazón y niega uso de analgésico hace más de un mes. Se observa una mejoría en la marcha y reducción del edema para 1+/4+ (**Foto 2**).

El paciente relató mejorías en la calidad de vida después del tratamiento con la Bota de Unna en recurrencia de la disminución de la producción de exudado y del dolor. Esta situación antes le incomodaba mucho, pues presentaba dificultades para deambular y necesitaba realizar varios cambios de curativo secundario diariamente. Además de las restricciones en el convivio social.

Tabla 1: Parámetros referentes a las características evaluadas de la úlcera venosa y de los miembros inferiores del paciente en la primera y última consulta de enfermería. 2011, Niterói/RJ.

Parámetro analizado	Primera consulta	Última consulta
Tamaño	28 cm ²	Cicatrización
Exudado	Serosanguinolento	No exudado
Cantidad de exudado	Promedio	-
Tejido lecho	Granulación	Epitelización
Tejido borde	Macerado	-
Profundidad	Parcial	-
Piel adyacente	Lipodermatoesclerosis, reseca	Lipodermatoesclerosis y Hidratado
Dolor	Sí	No
Prurito	Sí	No
Eczema	Sí	No
Edema	Sí +4/+4	No +1/ +4

A seguir, la **Foto 1** presenta la lesión del paciente en la primera consulta, día 13/07/2011-Hospital Universitario Antonio Pedro, Niterói/RJ.



A seguir, la **Foto 2** presenta la lesión cicatrizada del paciente en la última consulta, día 28/09/2011- Hospital Universitario Antonio Pedro, Niterói/RJ.



DISCUSIÓN

La cicatrización es un proceso muy complejo y depende de innúmeros factores para que ocurra de manera satisfactoria. La respuesta que cada individuo presenta a este proceso depende directamente de factores externos como tratamientos con agentes irritantes en el lecho de la herida, tiempo de evolución demorado y los factores internos, como enfermedades de base, la edad avanzada entre otros. Las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial Sistólica, Diabetes Mellitus, Anemia Falciforme cuando se asocian a la Insuficiencia venosa Crónica dificultan considerablemente la reparación del tejido⁽¹⁴⁾. Las condiciones socioeconómicas precarias y el bajo nivel de escolaridad también pueden contribuir para este retardo, pues hay una disminución del acceso a las informaciones sobre la prevención y los cuidados del tratamiento de la úlcera venosa⁽¹⁵⁾. Las úlceras venosas crónicas pueden interferir directamente en la calidad de vida de esos pacientes, pues están asociadas al dolor intenso, pérdida de la calidad de sueño, limitación de función y alteración de la auto-imagen, además de los tratamientos prolongados y sin efectividad ⁽¹⁶⁾, el dolor en la forma crónica puede contribuir para el apareamiento y desarrollo de depresión, pérdida de auto-estima, aislamiento social e inhabilidad para el trabajo⁽¹³⁾.

La terapia compresiva inelástica es la principal y más eficiente forma de controlar el edema de causa venosa y linfática⁽¹⁷⁾. Se indica también el reposo con la elevación de los miembros inferiores a nivel del corazón^(17,18). Se puede notar en este estudio de caso que el tratamiento con la Bota de Unna, se mostró efectivo, pues actuó en la reducción del edema, del dolor existente en el miembro afectado, y cicatrizó completamente la úlcera venosa crónica.

CONCLUSIÓN

La utilización de la Bota de Unna en el tratamiento de úlceras venosas no infectadas, aliada al acompañamiento ambulatorio adecuado, resultó en la mejoría clínica del estado de salud del paciente, con reducción significativa del dolor y del edema presente en los miembros inferiores y la cicatrización total de la úlcera venosa.

Como las úlceras venosas son lesiones crónicas, con recidivas frecuentes y respuestas terapéuticas variadas, le corresponde al enfermero realizar una asistencia volcada tanto para el tratamiento de las heridas ya instaladas como para la prevención de nuevas heridas; además orientar al paciente sobre la relación de la úlcera venosa con la enfermedad de base, para que él mismo practique el autocuidado.

Frente al resultado presentado, se recomienda la utilización de la terapia compresiva inelástica (Bota de Unna) en el tratamiento de úlceras venosas, aliado al acompañamiento regular ambulatorio del paciente por los profesionales de salud incluso del enfermero y del médico angiólogo. Otro factor relevante es el involucramiento del paciente, considerando que el tratamiento es demorado y está relacionado a la enfermedad de base. La falta de adhesión del paciente al tratamiento puede comprometer directamente los resultados del proceso de reparación del tejido de las úlceras venosas.

La utilización de la terapia compresiva a través de los vendajes elásticos y/o medias elásticas, deben ser indicados para prevenir nuevas heridas.

CITAS

1. Ipoema E, Costa MM. Úlceras vasculogênicas. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB. Feridas: Fundamentos e atualizações de enfermagem. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2007. p. 383-396.
2. Maffei FHA. Insuficiência venosa crônica: conceito, prevalência etiopatogênica e fisiopatologia. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA, organizadores. Doenças vasculares periféricas. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. v. 2.
3. Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *An Bras Dermatol*. 2006 Dec; 81(6): 509-22.
4. Oliveira RGRB, Lima FFS, Araújo JO. Ambulatory care of wounds- clients profile with chronic lesion a prospective study. *Online Braz J Nurs* [periodic online]. 2008 [cited 2012 Jan 22]; 7(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1508/369>.
5. Malagutti W, Kakhara CT. Curativo, ostomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2010. p.77-100.
6. Oliveira BGRB, Castro JBA, Latini PB, Granjeiro JM. Diagnóstico do panorama atual do uso de curativos com carboximetilcelulose. Revisão sistemática e estudo epidemiológico no Hospital Universitário Antonio Pedro/UFF. In: Ministério da Saúde. Avaliação de tecnologias em saúde: seleção de estudos apoiados pelo Decit. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
7. Fowkes FG, Evans CJ, Lee AJ. Prevalence and risk factors of chronic venous insufficiency. *Angiology*. 2001;52 Suppl 1:S5-15.
8. Fritsch PO, Reider N. Other eczematous eruptions. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editores. *Dermatology*. New York: Mosb; 2003.v.1.p.215-26.
9. Etufugh CN, Phillips TJ. Venous ulcers. *Clin Dermatol*. 2007; 25(1):121-30.
10. Marston W. Evaluation and treatment of leg ulcers associated with chronic venous insufficiency. *Clin Plast Surg*. 2007; 34(4):717-30.
11. Aldunate JLCB, Isaac C, Ladeira PRS, Carvalho VF, Ferreira MC. Úlceras venosas em membros inferiores. *Rev Med (São Paulo)*. 2010 jul; 89(3-4):158-63.
12. Abbade LPF. Diagnósticos diferenciais de úlceras crônicas em membros inferiores. In: Malagutti W, Kakhara CT, organizadores. Curativo, ostomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari; 2010.
13. Borges EL. Tratamento tópico de úlceras venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências. São Paulo. Tese [Doutorado em enfermagem]. Universidade de São Paulo; 2005.

14. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras. 3ª ed. Atheneu: São Paulo; 2008.
15. Macedo EAB, Oliveira AKA, Melo GSM, Nobrega WG, Costa IKF, Dantas DV, et al. Characterization sociodemographic of patients with venous ulcers treated at a university hospital. Rev enferm UFPE [periodic online]. 2010 [cited 2012 Jan 30]; 4 (esp):1919-963. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1475>.
16. Rippon M, Davies P, White R, Bosenquet N. The economic impact of hard-to-heal legulcers. Wound Repair Regen. 2007; 3(2):58-69.
17. Luccas GC, Rocha EF. Tratamento Compressivo. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA, organizadores. Doenças Vasculares Periféricas. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v. 1
18. Abreu AM, Oliveira BGRB. Bota de Unna comparada á bandagem elástica em portadores de úlceras venosas: Ensaio clínico. Online Braz J nurs [periodic online]. 2011 set [cited 2012 Jan 22]; 10(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3311/1037>

Recibido: 18/03/2012

Aprobado: 12/11/2012