



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Estudo de caso



Tratamento de úlcera venosa com bota de unha: estudo de caso

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

¹Universidade Federal Fluminense

RESUMO

Objetivo: Avaliar o processo de cicatrização de paciente com úlcera venosa em membro inferior submetido ao tratamento com Bota de Unna.

Método: Trata-se de um estudo de caso, realizado no Ambulatório de Reparo de Feridas de um hospital público de Niterói/ RJ, entre julho á setembro de 2011. Utilizou-se para a avaliação do processo de cicatrização da úlcera o protocolo com dados clínicos, mensuração da área da lesão e o registro fotográfico. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, sob o Protocolo n. 327/10.

Resultados: Após doze semanas de acompanhamento, a úlcera apresentou-se cicatrizada e o paciente relatou melhora da dor e diminuição do edema nas pernas.

Conclusão: O tratamento com a Bota de Unna mostrou-se efetivo na cicatrização da úlcera venosa quando aliado a um acompanhamento ambulatorial sistematizado.

Palavras-chave: Enfermagem; Úlcera varicosa; Bandagem.

INTRODUÇÃO

As úlceras crônicas de etiologia vasculogênica constituem-se em um grave problema de abrangência mundial, e no Brasil, elas constituem um sério problema de saúde pública, pois são responsáveis por índices de morbidade e mortalidade significativos; além de provocarem um grande impacto econômico⁽¹⁾.

Dá-se o nome de Insuficiência Venosa Crônica (IVC) a um conjunto de alterações que ocorrem na pele e no tecido subcutâneo, principalmente dos membros inferiores, decorrentes de uma hipertensão venosa de longa duração, causada por insuficiência valvular e ou obstrução venosa⁽²⁾. Dentre os principais fatores predisponentes para a Insuficiência venosa e conseqüente surgimento de úlceras venosas podemos citar: Idade avançada, Obesidade, Gravidez, fatores genéticos e ou história familiar de veias varicosas e trombose venosa profunda⁽³⁾.

O conhecimento dessas doenças é extremamente importante para o diagnóstico correto e para que medidas terapêuticas específicas sejam adotadas pelos profissionais de saúde⁽⁴⁾. O diagnóstico incorreto desencadeará o atraso da cicatrização da úlcera além de prejuízos a saúde do paciente⁽⁵⁾.

Uma pesquisa epidemiológica desenvolvido no ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro em Niterói/ RJ, no ano de 2010, estudou 186 pacientes com diferentes tipos de feridas, que faziam acompanhamento ambulatorial e constatou que deste total, 51% possuíam úlceras de etiologia venosa, 24% úlceras de etiologia diabética, 6% de úlceras por pressão, 2% de úlceras arteriais, e 17% lesões de outras etiologias⁽⁶⁾. Dessa forma, pode-se comprovar que a maioria dos pacientes que procura o atendimento neste ambulatório, sofre pelos agravos ocasionados pela Insuficiência Venosa Crônica.

A úlcera venosa representa o estágio mais avançado da doença venosa crônica (DVC)⁽⁷⁾, a qual está associada à disfunção da bomba muscular da panturrilha, o que leva à hipertensão venosa. Essa bomba muscular é o mecanismo primário para o retorno do sangue dos membros inferiores para o coração, sendo formada pelos músculos da

panturrilha, sistema venoso profundo, sistema venoso superficial e sistema das veias perfurantes/comunicantes⁽⁵⁾.

É comum a região ao redor da úlcera venosa apresentar eczema caracterizado por eritema, descamação e prurido conhecido como eczema de estase⁽⁸⁾.

Outra alteração presente nesses pacientes e que normalmente precede a úlcera venosa é a lipodermatoesclerose. Trata-se de uma fibrose crônica da derme e do subcutâneo, ocasionando uma pele firme e endurecida. Em estágios mais tardios, a perna apresenta edema na porção proximal e constrição na distal devido fibrose no e a perda da gordura do subcutâneo, deixando a perna com o formato de uma garrafa invertida^(9,10).

O fator mais importante na prevenção e no tratamento das úlceras venosas é o controle do edema e da hipertensão venosa através de medidas compressivas. Pacientes submetidos à terapia compressiva apresentam um aumento significativo na taxa de cicatrização e uma queda na recorrência da ulceração⁽¹¹⁾.

Ao exercer compressão no membro afetado, a terapia compressiva aumenta a pressão tissular, favorecendo a reabsorção do edema e melhorando a drenagem linfática. A pressão externa que a terapia compressiva deve realizar no tornozelo de pacientes com úlcera venosa é em torno de 35 a 40 mmHg e gradualmente menor na região abaixo do joelho⁽⁴⁾.

As terapias compressivas podem ser elásticas ou inelásticas. Entre as inelásticas, a mais tradicional é a bota de Unna, que consiste em atadura impregnada de óxido de zinco, goma acácia, glicerol, óleo de rícino e água deionizada, criando um molde semissólido para a realização da compressão externa eficiente. É considerado um produto para curativo que age auxiliando na terapia compressiva, propiciando o retorno venoso. Este produto pode ser colocado em contato direto com o leito da úlcera venosa, porém este deverá conter tecido de granulação, podendo ter áreas de desvitalização e ausência de sinais de infecção como odor fétido, exsudato com coloração esverdeada, o surgimento de linfonodos infartados inclusive na região inguinal. O tempo de troca pode variar entre 5 a 7 dias e ele é contra-indicado para o tratamento de úlceras neuropáticas, arterial ou mista⁽¹²⁾.

A Bota de Unna é indicada somente para úlceras de etiologia venosa e o paciente não pode ser acamado ou cadeirante, pois a deambulação é primordial para efetivação da ação do produto⁽³⁾.

Essas ataduras inelásticas criam alta pressão com a contração muscular (durante a deambulação) e pequena pressão ao repouso. Por esta razão, é imprescindível que o paciente continue a realizar suas atividades diárias, como as laborais e ou realizar pequenas caminhadas quando estiver em uso da Bota de Unna para efetivar a atuação do produto⁽¹²⁾.

É importante salientar que as ataduras compressivas inelásticas podem ser nocivas ou inúteis se não forem utilizadas corretamente e que sua efetividade pode ser influenciada pela técnica de aplicação por parte dos médicos, enfermeiros ou dos próprios pacientes⁽³⁾.

Outros sistemas de compressão são as meias e ataduras elásticas. As meias de compressão e as ataduras elásticas representam um útil e conveniente método para aplicação de compressão externa em pernas de formato normal, com intuito de prevenir o desenvolvimento ou recorrência das úlceras venosas. Devem ser utilizadas durante todo o dia, sendo retiradas à noite e reaplicadas pela manhã ^(3,13).

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo avaliar o processo de cicatrização de um paciente com úlcera venosa em membro inferior submetido ao tratamento com Bota de Unna.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, realizado no Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP)/ Niterói/ RJ, de 13 de julho á 28 de setembro de 2011, que teve como sujeito um paciente do sexo masculino, idoso, portador de uma úlcera venosa de média extensão, localizada na parte lateral da perna direita em tratamento com de Bota de Unna por doze semanas.

Antes de se iniciar esse estudo, o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a autorização do registro fotográfico. A coleta de dados foi realizada pela enfermeira pesquisadora e por uma bolsista de enfermagem. Os dados com as informações a respeito das questões socioeconômicas e clínicas do paciente, foram obtidos pelo protocolo de registro da pesquisa. Este protocolo foi preenchido no 1º dia de atendimento do paciente no ambulatório de curativos. Já os dados que dizem respeito ao acompanhamento do processo de cicatrização eram registrados semanalmente, incluindo as variáveis: grau de exsudação, profundidade da ferida, características dos tecidos lesional e perilesional, presença de odor, prurido, dor e estagiamento do edema.

O registro fotográfico e o decalque foram realizados em quatro momentos: na 1ª, 5ª, 9ª e 12ª consultas. As trocas dos curativos utilizando a Bota de Unna foram realizadas nas consultas de Enfermagem, com periodicidade semanal.

Este estudo de caso faz parte do projeto de pesquisa intitulado "Estudo da Bota de Unna comparado ao uso da Atadura Elástica em pacientes com úlceras venosas" que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do HUAP nº 327\10 em 17\12\2010 com CAAE 0252.0.258-000-10.

RESULTADOS

A seguir serão apresentados o histórico e a evolução de enfermagem do paciente com úlcera venosa em uso de Bota de Unna.

Estudo de caso- Histórico

Paciente do sexo masculino, com 64 anos de idade, auxiliar de serviços gerais, com ensino fundamental incompleto, negro, residente no município de Niterói\RJ, mora sozinho. Relata ser hipertenso há 1 ano e 4 meses, em uso diário de anti-hipertensivo e analgésico, nega Diabetes Mellitus. Apresenta úlcera venosa reincidente de média extensão em membro inferior direito, com início em maio de 2010.

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

Paciente idoso, hipertenso, lúcido e orientado, cooperativo e com claudicação intermitente. Apresenta úlcera venosa no terço médio lateral da perna direita. Relata queixas álgicas e prurido intenso ao redor da ferida. Ao exame físico apresenta pressão arterial 110/80 mmHg, glicemia em jejum de 89mg/dl; pele adjacente à ferida com lipodermatoesclerose, ressecada, com eczema e varicosidades. Membros inferiores edemaciados 4+/4+. Úlcera com 28 cm² de extensão, com profundidade parcial, bordas irregulares e maceradas, leito da lesão com tecido de granulação, sem odor fétido, com média quantidade de exsudato serosanguinolento. Realizada limpeza do leito e das bordas da úlcera com solução fisiológica a 0,9% em jato, secagem somente ao redor da ferida com gaze estéril, hidratação da pele adjacente com creme de uréia a 10%. Aplicada Bota de Unna, realizado curativo secundário com gazes estéreis e bandagem em espiral ascendente com atadura simples de crepom. Orientado quanto aos cuidados domiciliares em relação ao curativo: proteger o curativo durante o banho para não molhar; trocar diariamente o curativo secundário para evitar possíveis infecções e odores desagradáveis na ferida; realizar repouso e elevar as pernas de 3 a 4 vezes ao dia acima do nível do coração durante 15 a 20 minutos; não "coçar" a ferida para evitar novas lesões. Orientado acerca da importância de controlar os níveis da pressão arterial dentro dos padrões normais do Ministério da Saúde através do uso correto dos anti-hipertensivos prescritos e dieta hipossódica e da necessidade de exercícios regulares, como caminhadas.

Última evolução 28/09/2011 – após doze semanas realizando tratamento com Bota de Unna

Depois de doze semanas de tratamento da úlcera venosa com Bota de Unna, com troca semanal do produto, a úlcera encontra-se cicatrizada. O paciente refere redução considerável da dor e do prurido e nega uso de analgésico há mais de um mês. Observa-se melhora na marcha e redução do edema para 1+/4+ (Foto 2).

O paciente relatou melhora da qualidade de vida após durante o tratamento com o uso da Bota de Unna em decorrência da diminuição da produção de exsudato e da dor. Esta situação antes o incomodava muito, pois apresentava dificuldades para deambular e necessitava de realizar várias trocas do curativo secundário diariamente. Além das restrições no convívio social.

Tabela 1: Parâmetros referentes as características avaliadas da úlcera venosa e dos membros inferiores do paciente na primeira e última consulta de enfermagem. 2011, Niterói/RJ.

Parâmetro analisado	Primeira consulta	Última consulta
Tamanho	28 cm ²	Cicatrização
Exsudato	Serosanguinolento	Ausência de exsudato
Quantidade de exsudato	Média	-
Tecido leito	Granulação	Epitelização
Tecido borda	Macerada	-
Profundidade	Parcial	-
Pele adjacente	Lipodermatoesclerose, ressecada	Lipodermatoesclerose e Hidratada
Dor	Sim	Não
Prurido	Sim	Não
Eczema	Sim	Não
Edema	Sim +4/+4	Sim +1/ +4

A seguir, a **Foto 1** apresenta a lesão do paciente na primeira consulta, dia 13/07/2011- Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói/RJ.



A seguir, a **Foto 2** apresenta a lesão cicatrizada do paciente na última consulta, dia 28/09/2011- Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói/RJ.



DISCUSSÃO

A cicatrização é um processo muito complexo e que depende de inúmeros fatores para que esta ocorra de maneira satisfatória. A resposta que cada indivíduo apresenta a este processo depende diretamente de fatores externos, como tratamentos com agentes irritantes no leito da ferida, tempo de evolução longos e os internos, como doenças de base, a idade avançada entre outros. As doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistólica, Diabetes Mellitus, Anemia Falciforme quando associadas à Insuficiência venosa Crônica atrapalham consideravelmente o reparo tecidual⁽¹⁴⁾.

As condições sócio-econômicas precárias e baixo nível de escolaridade também podem contribuir para esse retardo, pois há uma diminuição do acesso a informações sobre prevenção e cuidados com o tratamento da úlcera venosa⁽¹⁵⁾.

As úlceras venosas crônicas podem interferir diretamente na qualidade de vida desses pacientes, pois estão associadas a dor intensa, perda da qualidade do sono, limitação de função e alteração da auto-imagem, além dos tratamentos serem prolongados e sem efetividade⁽¹⁶⁾, a dor na forma crônica pode contribuir para o desenvolvimento de depressão, perda de auto-estima, isolamento social e inabilidade para o trabalho⁽¹³⁾.

A terapia compressiva inelástica é a principal e mais eficiente forma de se controlar o edema de causa venosa e linfática⁽¹⁷⁾. Indica-se também o repouso com a elevação dos membros inferiores ao nível do coração^(17,18). Pôde-se perceber nesse estudo de caso que o tratamento com a Bota de Unna, se mostrou efetivo, pois atuou na redução do edema, da dor existente no membro afetado, além de cicatrizar completamente a úlcera venosa crônica.

CONCLUSÃO

O uso da Bota de Unna no tratamento de úlceras venosas não infectadas, aliado ao acompanhamento ambulatorial adequado, resultou em melhora clínica do estado de saúde do paciente, com redução significativa da dor e do edema presente nos membros inferiores e cicatrização total da úlcera venosa.

Como as úlceras venosas são lesões crônicas, com recidivas frequentes e respostas terapêuticas variadas, cabe ao enfermeiro realizar uma assistência voltada tanto para o tratamento das feridas já instaladas como para a prevenção de novas feridas; além de orientar o paciente quanto à relação da úlcera venosa com a doença de base, para que o mesmo pratique o autocuidado.

Diante do resultado apresentado, recomenda-se o uso da terapia compressiva inelástica (Bota de Unna) no tratamento de úlceras venosas, aliado ao acompanhamento regular ambulatorial do paciente pelos profissionais de saúde inclusive do enfermeiro e do médico angiologista. Outro fator relevante é o envolvimento do paciente, considerando que o tratamento é longo e está relacionado à doença de base. A falta de adesão do paciente ao tratamento pode comprometer diretamente os resultados do processo de reparo tecidual das úlceras venosas.

O uso da terapia compressiva através das ataduras elásticas e ou meias elásticas, devem ser indicados para a prevenção de novas feridas.

REFERÊNCIAS

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, Kakihara 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, Kakirara 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>

Recebido: 18/03/2012

Aprovado: 12/11/2012