

MANEJO DE ÚLCERA VENOSA HEMATOLÓGICA EM MEMBRO INFERIOR DE IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alana de Almeida Mota¹; Isabel Araújo da Silva²; Eryca Thaís Oliveira dos Santos³;

José Dias de Lima⁴

^{1,2,3,4} - Universidade Estadual de Ciências da Saúde do Estado de Alagoas (UNCISAL)

lanamota24@gmail.com ¹ ddiasdelima@oi.com.br ⁴

Introdução

Úlceras venosas são comuns na população, causando significativo impacto social e econômico devido a sua natureza recorrente e ao longo tempo decorrido entre sua abertura e cicatrização. No estudo de Skaraborg 5,6% das pessoas de 65 anos ou mais tiveram uma ulceração de membro inferior aberta ou cicatrizada.¹ De facto, o aparecimento deste tipo de úlceras é mais comum com o avançar da idade, atingindo um pico de prevalência entre os sessenta e os oitenta anos. (Valencia et al., 2001.)

Quando não manejadas adequadamente, as úlceras venosas têm altas taxas de falha de cicatrização e recorrência.² Assim, esta alta taxa de recorrência associada à evidência de, em cerca de metade dos indivíduos, estas feridas permanecerem sem cicatrizar durante um período superior a um ano ajuda a explicar a elevada prevalência desta condição³.

Deste modo, pese embora a alta prevalência e a importância das úlceras venosas enquanto problema de saúde pública elas são, no entender de Abbade e Lastória (2006) frequentemente negligenciadas e abordadas de maneira inadequada. O aparecimento de úlceras é bastante comum em áreas com menor tecido subcutâneo e pele fina, a exemplo da região dorsal do pé.⁴

Durante o manejo terapêutico local pode haver presença de tecidos inviáveis, sendo necessário o desbridamento, pois esses tecidos, além de favorecer infecções, não permitem a formação de bom tecido de granulação e adequada reepitelização. Uma das formas de desbridamento é a autolítica. Ela pode ser alcançada com os curativos oclusivos, pela ação de enzimas do exsudato que permanece em contato com a úlcera. São exemplos desses curativos os hidrogéis e os hidrocolóides.⁵

Relativamente aos factores de risco para o desenvolvimento de insuficiência venosa e por conseguinte de ulcerações venosas, estudos apontam como factores envolvidos: a obesidade, as questões associadas ao envelhecimento, a história de ferimentos anteriores ao nível das pernas, como por exemplo os ferimentos resultantes de acidentes de viação, armas de fogo, fracturas ósseas,

bem como a presença de flebite³. O cuidado aos indivíduos portadores de feridas crônicas constitui-se como um problema em larga escala, representando um desafio constante que tem de ser enfrentado, quotidianamente, tanto por quem vivencia tal situação, como pelos cuidadores formais ou informais destas pessoas, ou até mesmo por aqueles que com estas convivem^{10,11}.

Portanto, esse relato proporcionou o conhecimento acerca do Manejo de Úlcera Venosa Hematológica em Membro Inferior com enfoque para o manejo cicatricial as acadêmicas de medicina que participa do Projeto de Emergência Clínico Cirúrgica na Comunidade na Policlínica Dr. José Gonçalves Ferreira na Barra de São Miguel/AL.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, realizado a partir de um acompanhamento na Policlínica Dr. José Gonçalves Ferreira, Barra de São Miguel realizada ao longo de um ano e seis meses, com uma idosa de 65 anos, assistida na unidade de saúde referida. O acompanhamento durante esse período era quinzenal pelas acadêmicas de medicina da Universidade Estadual de Ciências da Saúde como parte integrante das aulas práticas do Projeto de Emergência Clínico Cirúrgica na Comunidade que acontecia na unidade. Esta pesquisa consistiu em um relato de experiência que descreve as vivências práticas do projeto de extensão. Trata-se de um olhar qualitativo, que abordou a problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais. O acompanhamento que resultou neste relato aconteceu de fevereiro 2016 a agosto de 2017 na Policlínica Dr. José Gonçalves Ferreira na Barra de São Miguel/AL, após a autorização do médico responsável técnico, especialista em cirurgia geral. Utilizou-se das seguintes técnicas de coleta de dados: relato do paciente, observação estruturada (pesquisador participante), consulta à ficha de atendimento clínico, consulta a artigos científicos. Não foram utilizados dados pessoais, apenas aqueles de interesse fisiopatológico e/ou epidemiológico.

Resultados e Discussão

A Policlínica Dr. José Gonçalves Ferreira na qual ocorreram as práticas do projeto tem como um dos focos o tratamento de pacientes com lesões cutâneas, independente de sua etiologia, procedentes de encaminhamento ou de livre procura. Os pacientes são atendidos mediante ao preenchimento da ficha de atendimento na recepção e a pré-triagem realizada pela enfermagem. E em seguida encaminhado ao atendimento médico.

Na primeira consulta foi feita anamnese, exame físico, sinais vitais e o preenchimento da ficha de atendimento à pessoa portadora da úlcera venosa, contendo informações necessárias da paciente. A consulta do médico forneceu dados para o diagnóstico e elaboração de um plano de cuidados. Após esse primeiro momento a paciente foi levado à maca, onde foi inicialmente realizado o exame físico para detecção de outras anormalidades e análise criteriosa da lesão pelo médico. Esta análise é fundamental para detecção das necessidades da lesão e escolha da cobertura que poderá ser utilizada como estratégia terapêutica inicial.

Com base em seus conhecimentos acerca da patologia e após a devida avaliação do paciente de modo sistêmico, o médico planeja a terapêutica adequada. A escolha da cobertura se dá com base na presença ou ausência de determinadas condições e/ou comorbidades que estão envolvidas nos processos de regeneração tecidual, tais como: anemia, diabetes mellitus, imunossupressão, carência de vitaminas – em especial o ácido ascórbico importante no processo cicatricial¹² – infecções secundárias, gravidade e evolução do processo cicatricial. O paciente era informado sobre os procedimentos a serem realizados de modo a tranquilizá-lo e mantê-lo consciente da importância de tal ação. É importante envolver o paciente em todas as decisões sobre seu tratamento; isso fará com que se tenha um relacionamento baseado na confiança, deixando-o mais à vontade.

Durante as consultas, foi visto que muitos estavam acompanhados de algum familiar e solicitavam para que no momento do procedimento do curativo eles estivessem presentes, fazendo com que amenizasse o medo e a angústia. É preciso ter consciência de que o paciente está em um momento muito delicado de sua vida, já que dor e aparência da lesão interfere na qualidade de vida desse paciente, necessitando de muita dedicação e apoio em seu tratamento.⁸

O procedimento do curativo se deu primeiramente através da inspeção e análise da lesão. Após classificar a lesão quanto as suas características para a escolha do material que seria utilizado, inicialmente foi realizada a antisepsia com soro fisiológico a 0,9% de cloreto de sódio em temperatura ambiente e gaze esterilizada, e depois a aplicação de uma solução de ácidos graxos essenciais (AGE). Após a limpeza da lesão, se ainda assim permanecesse tecido desvitalizado, o próximo passo seria promover o desbridamento. Há quatro tipos básicos de desbridamento: cirúrgico, mecânico (inespecífico), químico e autolítico.

Dentre esses, os mais comumente usados foram o mecânico, o instrumental conservador e o autolítico. No primeiro era utilizada a força mecânica com gaze e solução fisiológica no leito da ferida para a retirada do tecido inviável; ou o pacote de curativo com uma pinça de Kelly, uma dente de rato e uma pinça anatômica, tornando o desbridamento seletivo, respectivamente, a depender da

melhor escolha para cada paciente e do seu limiar de dor. Já no autolítico, fez-se uso de um curativo hidrocolóide, para favorecer a aproximação das bordas da lesão, objetivando a proliferação de fibroblastos e regeneração da pele.

Mesmo que após esses desbridamentos, permanecesse tecido inviável, havia necessidade do auxílio de um desbridante tópico ou da aplicação de uma cobertura que favorecesse o desbridamento. Após esse procedimento, o paciente e seus familiares sempre eram orientados sobre o tipo de cobertura e tratamento que foi utilizado. Cada escolha de cobertura tem a quantidade máxima de dias que pode permanecer no leito da ferida, a depender de cada lesão e principalmente do exsudato. Então, o médico os orientava que até o retorno da consulta, os dias em que eram permitidos ficarem com o curativo, que trocassem somente o curativo secundário e/ou terciário, caso o exsudato transpassasse (que geralmente eram as gazes e atadura), não mexendo, em hipótese alguma, na cobertura primária, nem realizando qualquer limpeza, permanecendo assim até a próxima consulta, que era feita quinzenalmente.

Caso houvesse alguma intercorrência, eles eram orientados a procurar a Policlínica imediatamente para o médico, orientar da melhor maneira possível sobre qual conduta seguir. Todos os pacientes eram encorajados a este posicionamento, quando em sua moradia, até o próximo retorno. Esta informação foi de grande importância, já que, em sua maioria, o retorno variava entre sete e quinze dias, a depender do estado cicatricial observado na consulta anterior ao retorno.



DE LIMA, J. D., DE ALMEIDA MOTA, A. E ARAÚJO DA SILVA, I.
Figura 1: Úlcera venosa em dorso do pé esquerdo em março de 2016



DE LIMA, J. D., DE ALMEIDA MOTA, A. E ARAÚJO DA SILVA, I.
Figura 2: Úlcera venosa em dorso do pé esquerdo em maio de 2016



DE LIMA, J. D., DE ALMEIDA MOTA, A. E ARAÚJO DA SILVA, I.
Figura 3: Úlcera venosa em dorso do pé esquerdo em setembro de 2016



DE LIMA, J. D., DE ALMEIDA MOTA, A. E ARAÚJO DA SILVA, I.
Figura 4: Úlcera venosa em dorso do pé esquerdo em agosto de 2017

Conclusões

A atividade proporcionou às acadêmicas o conhecimento sobre como tratar adequadamente a úlcera venosa em idosos e nos permitiu perceber que essas lesões se mostraram com um excelente prognóstico com o tratamento local do tipo interativo com uso de hidrocolóide (Curatec®). Evidenciou-se que, atualmente, quando se fala em assistência a pacientes com úlceras venosas, a medicina vem buscando analisar à saúde do idoso em seus diferentes aspectos e as alternativas de tratamento, como conhecimentos técnico-científicos e materiais adequados para elaboração de estratégias de prevenção e tratamento para a promoção de condições que auxiliem em uma cicatrização mais rápida e sem maiores comprometimentos.

A ideia central deste relato de experiência foi a de que ele possa contribuir para discussões e reflexões sobre a importância do profissional médico para a saúde da população e, principalmente, para os portadores de úlceras venosas, testemunhando a evolução da profissão através da assistência no ambulatório, que parece ser a superação de uma prática enclausurada no âmbito hospitalar, que veio para aperfeiçoar os cuidados prestados e prestar qualidade na assistência do médico. Essa atividade proporcionou uma reflexão entre docente, discentes e profissionais da unidade, acerca da importância do tratamento da úlcera venosa e de ações de educação em saúde a serem intensificadas para promoção da saúde da população idosa.

Referências Bibliográficas

1. Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. **Angiologia e cirurgia vascular: Guia ilustrado**. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003. Disponível em: URL: <http://www.lava.med.br/livro>
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Doença falciforme: Úlceras: Prevenção e tratamento**. Brasília, 2012.
3. Araujo T, Valencia I, Federman D, Kirsner R. **Managing The Patient With Venous Ulcers**. *American Society of Internal Medicine*. 2003; 138(4): 326-335.
4. Paladino SF. **Úlcera de membros inferiores na anemia falciforme**. *Rev bras hematol hemoter*. 2007; 29(3):288-290.
5. Silva MH, Jesus MCP, Merighi MAB, Oliveira DM, Santos SMR, Vicente EJD. **Manejo clínico de úlceras venosas na atenção primária à saúde**. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):329-33.
6. Borges EL, Caliri MHL, Haas VJ. **Revisão sistemática do tratamento tópico da úlcera venosa**. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 novembro-dezembro; 15(6).
7. Mayer W, Jochmann W, Partsch H. **Ulcus cruris: Abheilung unter konservativer Therapie. Eine prospektive Studie**. *Wien Med Wochenschr*. 1994;144:250-2.
8. Cavalcante BLL, Lima UTS. **Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas**. *J Nurs Health, Pelotas (RS)* 2012 jan/jun;1(2):94-103.
9. Abbade LPF, Lastória S. **Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa**. *An Bras Dermatol*. 2006;81(6):509-22.
10. Yamada BFA. **Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas**. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. 2011.
11. Lucas LS, Martins JT, Robazzi ML. **Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores – Úlcera de perna**. *Ciencia y enfermera*. 2008; 1(XIV): 43-52.
12. Azulay MM, Mandarim CL, Lima AF, Cuzz T. **Vitamina C**. Rio de Janeiro: *An Bras Dermatol*. 2008; 78(3): 265-274.