

# Estudo prospectivo da evolução das úlceras de estase venosa de membros inferiores no hospital de ensino da Faculdade de Medicina do ABC no período de um ano

*Prospective study of the evolution of the stasis leg ulcers, in the Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC in the period of 1 year.*

Celso José Urubatan Reis\*, Eliana Kiyomi Yamashita\*\*, Sidnei José Galego\*\*, Mariê Mayumi Ogasawara\*\*\*, Patricia Salles Bergamo\*\*\*, Paulo Eduardo Molinari Nardi\*\*\*\*, Ohannes Kafajian\*\*\*\*\*

## Resumo

O objetivo deste trabalho foi comparar dois tipos de tratamento da úlcera venosa crônica de membros inferiores, quanto a sua evolução e seu tempo de cicatrização.

Estudou-se 124 úlceras de 84 pacientes, as quais foram separadas em dois grupos: grupo I (bota de Unna) e grupo II (tratamento elástico).

A evolução das feridas foi avaliada por meio de medidas de área, anotadas em protocolo e agrupadas em quatro grupos: cicatrização, diminuição da ferida, aumento da ferida e ferida inalterada.

Para a análise dos resultados utilizou-se o método estatístico do qui-quadrado e o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Observou-se um índice de cicatrização de 53,3% para o grupo I e 26,58% para o grupo II. Em relação ao tempo de cicatrização o tempo médio foi de 5, 29 meses para o grupo I e de 5, 48 meses para o grupo II.

Concluiu-se que houve maior índice de cicatrização para o grupo I, porém o tempo de cicatrização não diferiu entre os dois grupos.

## Unitermos

Insuficiência venosa, úlcera de estase venosa, cicatrização.

## Abstract

The aim of this work was to compare two types of treatment of the ulcer veined chronicle of legs, about your evaluation, as well as the time of heal of these lesion.

It was studied 124 ulcers of 84 patient, that were separate in 2 groups: group I (boot of Unna) and I group II (elastic treatment).

The evolution of the wounds was evaluated through area measures and logged in protocol and contained in 4 groups: cicatrization, decrease of the wound, increase of the wound and unaffected wound.

For the analysis of the results it was used the statistical method of the qui-square and test non parametric of Mann-Whitney.

\* Acadêmico de Medicina do 5º Ano da Faculdade de Medicina do ABC.

\*\* Professores assistentes da Disciplina de Angiologia e Cirurgia Vascular da Faculdade de Medicina do ABC.

\*\*\* Acadêmico de Medicina do 3º Ano da Faculdade de Medicina do ABC.

\*\*\*\* Acadêmico de Medicina do 4º Ano da Faculdade de Medicina do ABC.

\*\*\*\*\* Professor Titular da Disciplina de Angiologia e Cirurgia Vascular da Faculdade de Medicina do ABC.

### Endereço para correspondência:

Patricia Salles Bergamo

Rua Rouxinol, 795 – ap. 93

CEP 04516-001 – São Paulo, SP

E-mail: patinhasalles@uol.com.br

An index of cicatrization of 53,3% was observed for the group I and 26,58% for the group II. In relation to the time of cicatrization the medium time was of 5, 29 months for the group I and 5, 48 months for the group II.

These results suggest that there is a larger cicatrization index for the group I, however the time of cicatrization didn't differ among the 2 groups.

#### **Keywords**

Venous insufficiency, venous ulcers, cicatrization.

#### **Introdução**

A úlcera de estase ou venosa é causada por varizes essenciais ou síndrome pós-trombótica, sendo a complicação mais importante da insuficiência venosa crônica<sup>1</sup>.

Cerca de 10% a 20% da população do mundo desenvolvido possui veias varicosas ou algum grau de insuficiência venosa superficial ou profunda dos membros inferiores. A IVC acomete de 2% a 7% da população e a prevalência da maior complicação da IVC, a úlcera de estase venosa crônica, atinge 0,5% a 2% da população<sup>2,3</sup>.

Tem grande importância socioeconômica por representar 60% a 70% de todas as úlceras de pernas e afetar grande número de pessoas, que padecem desse mal por muitos anos de suas vidas, acarretando prejuízo na qualidade de vida e nas condições de trabalho produtivo<sup>4</sup>.

Vários tipos de tratamento são conhecidos, sendo mais comum a simples higiene da úlcera e o repouso com membros elevados, o que, porém, é inviável de ser seguido pela maioria dos pacientes. O êxito do tratamento depende de medidas gerais para controle da insuficiência venosa crônica e tem como parte fundamental: a compressão, que em muitos casos, é o único recurso disponível, objetivando contrabalançar as pressões intravasculares, em sinergismo com os movimentos da panturrilha. O tratamento com utilização de enxerto de pele implica em período de repouso para o preparo da ferida, além da internação hospitalar e do procedimento cirúrgico anestésico. O uso de diversos medicamentos tópicos se mostra dispendioso e sem resultados práticos, provocando ainda, muitas vezes, episódios alérgicos.

Têm-se observado, ao longo dos anos, que a utilização de bota de Unna proporciona ótimos resultados de cicatrização<sup>1</sup>.

O presente trabalho tem como objetivo avaliar o índice de cicatrização das úlceras de estase venosa de membros inferiores, com a utilização de dois tipos de tratamento: 1) curativos e compressão elástica com faixa crepe, 2) curativos e compressão inelástica com bota de Unna; realizados no ambulatório de úlceras de membros inferiores na Faculdade de Medicina do ABC, no período de janeiro de 2001 a maio de 2002.

#### **Material e métodos**

##### **1. Casuística**

Foram avaliados 84 pacientes portadores de úlcera de estase de membros inferiores no Hospital de Ensino da Faculdade de Medicina do ABC, no período de janeiro de 2001 a maio de 2002.

Vinte e seis pacientes eram do sexo masculino e 58 do sexo feminino, com idade média de 57,55 anos.

Em 11 pacientes, a afecção era bilateral.

Total de 95 extremidades com patologia, 25 no membro inferior direito e 48 no membro inferior esquerdo. Havia membros com mais de uma lesão, sendo o total de 124 lesões.

O tempo de evolução dessas úlceras variou de 2 meses a 40 anos, o maior diâmetro foi 97,5cm<sup>2</sup> e o menor diâmetro foi 1cm<sup>2</sup>.

Os tipos de curativos utilizados foram enfaixamento elástico compressivo e bota de Unna.

Vinte e seis pacientes necessitaram, além de tratamento compressivo, da utilização de desbridamento cirúrgico.

#### **Metodologia**

Nesses 84 pacientes avaliados, foi realizado algum tipo de tratamento para as úlceras venosas. As avaliações do tamanho, da localização, das características da úlcera, dos tratamentos anteriores e da etiologia, foram observadas por equipe multidisciplinar (médicos e enfermagem) e anotadas em protocolo.

A cada sete dias eram avaliadas as condições das feridas, como presença de secreção e suas características, sinais de infecção, hiperemia, hipertemia, antisepsia e aplicação de novo curativo pela equipe de enfermagem e pelo corpo médico da vascular. As observações eram anotadas na ficha-controle do paciente.

Os pacientes portadores de úlceras eram então encaminhados, por meio de sorteio, para dois grupos de tratamento, a saber:

- compressão inelástica com bota de Unna (GI);
- curativos com solução fisiológica e aplicação de triglicérides de cadeia média de origem vegetal e aplicação de bandagens elásticas (GII).

Os resultados foram avaliados, primordialmente, pela variação do tamanho das úlceras no decorrer do tratamento, nos dois tipos de métodos empregados. Para tal, utilizou-se mensuração por meio de marcação dos limites da ferida por aposição de papel vegetal e posterior contagem com placa centimetrada.

O tamanho da ferida era mensurado mensalmente, pelo número de pontos de intersecção dessa placa na área previamente marcada em papel vegetal.

Foram, então, agrupados esses dados nos seguintes grupos:

<b>GI</b>	<b>GII</b>
Cicatrização	Cicatrização
Melhora (diminuição da área da úlcera)	Melhora (diminuição da área da úlcera)
Piora (aumento da área da úlcera)	Piora (aumento da área da úlcera)
Inalterado	Inalterado

## Análise estatística

A análise dos resultados foi realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp – Escola Paulista de Medicina, utilizando-se os testes de qui-quadrado para avaliação dos tipos de tratamento e evolução clínica e Mann-Whitney para o tempo de cicatrização nos diferentes métodos de tratamento empregados.

## Resultados

**Tabela 1 – Evolução das úlceras no tratamento com Bota de Unna (GI) e Compressão Elástica (GII)**

	<b>GI</b>	<b>GII</b>	<b>Total</b>
Cicatrização	24	21	45
Melhora (diminuição da área da úlcera)	17	26	43
Piora (aumento da área da úlcera)	3	25	28
Inalterado	1	7	8
Total	45	79	124

Ver gráfico 1.

Ver gráfico 2.

**Tabela 2 – Análise da cicatrização com os dois tipos de tratamento**

	<b>GI</b>	<b>GII</b>	<b>Total</b>	<b>Proporção de sim</b>
Cicatrização	24	21	45	53,33%
Sem cicatrização	21	58	79	26,58%
Total	45	79	124	36,29%

Qui-quadrado

$$X^2 = 8,874 \quad * \quad X^2 = (1 \text{ gl}; 5\%) = 3,841$$

**Tabela 3 – Análise das úlceras que não cicatrizaram com os dois tipos de tratamento**

	<b>GI</b>	<b>GII</b>	<b>Total</b>	<b>Proporção de sim</b>
Melhora	17	26	43	39,53% A
Piora	3	25	28	10,71% B
Inalterado	1	7	8	12,50% C
Total	21	58	79	26,58%

Qui-quadrado

$$X^2 = 8,122 \quad * \quad X^2 = (2 \text{ gl}; 5\%) = 5,991$$

Partição do qui-quadrado

$$Bc \text{ versus } A \quad X^2 = 8,112 \quad *$$

$$B \text{ versus } C \quad X^2 = 0,010$$

Todas comparações da partição:  $x$  (1gl; 5%) = 3,841

**Tabela 4 – Análise das úlceras com as diferentes evoluções com os dois tipos de tratamento**

	GI	GII	Total	Proporção de sim
Melhora	17	26	43	39,53% A
Piora	3	25	28	10,71% B
Inalterado	1	7	8	12,50% C
Cicatrização	24	21	45	53,33% D
Total	45	79	124	36,29%

Qui-quadrado

$$X^2 = 15,729 \quad * \quad X^2 = (3 \text{ gl}; 5\%) = 7,815$$

Partição do qui-quadrado

$$Bc \text{ versus } Ad \quad X^2 = 13,910 \quad * \quad A \text{ versus } D \quad X^2 = 1,811 \quad B \text{ versus } C \quad X^2 = 0,00$$

Todas comparações da partição: X (1 gl; 5%) = 3,841

Ver gráfico 3.

**Tabela 5 – Análise do tempo de cicatrização nos dois tipos de tratamento empregados**

	GI	GII
até 2 meses	5	6
2 a 4 meses	7	4
4 a 6 meses	6	3
6 a 8 meses	0	4
8 a 10 meses	1	1
10 a 12 meses	5	3

Teste de Mann-Whitney

1ª Amostra: Bota de Unna

2 4 3 3 5 12 12 6 2 4 1 4 4 1 4 12 9 5 5 3 6 6 12 2

2ª Amostra: Faixa

12 11 10 1,15 4 12 1 1 1 3 5 2 8 3 3 7 6 3 8 6 8

$$N1 = 24$$

$$\text{Média} = 5,291667$$

$$R1 = 549,5$$

$$U = 249,5$$

$$Z(U) = 0,56$$

$$\text{Valor crítico (.05)} = 1,96$$

$$\text{Valor crítico (.01)} = 2,58$$

Ver gráfico 4.

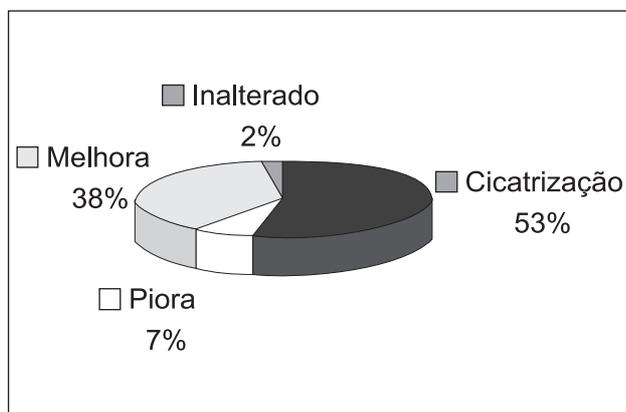
$$N2 = 21$$

$$\text{Média} = 5,483334$$

$$R2 = 485,5$$

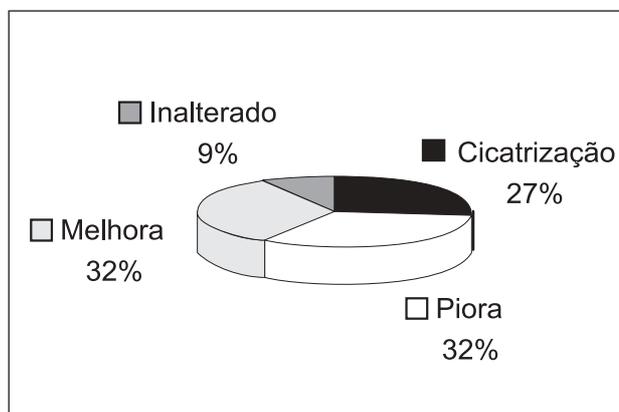
**Gráfico 1**

**Distribuição dos resultados obtidos no grupo I**

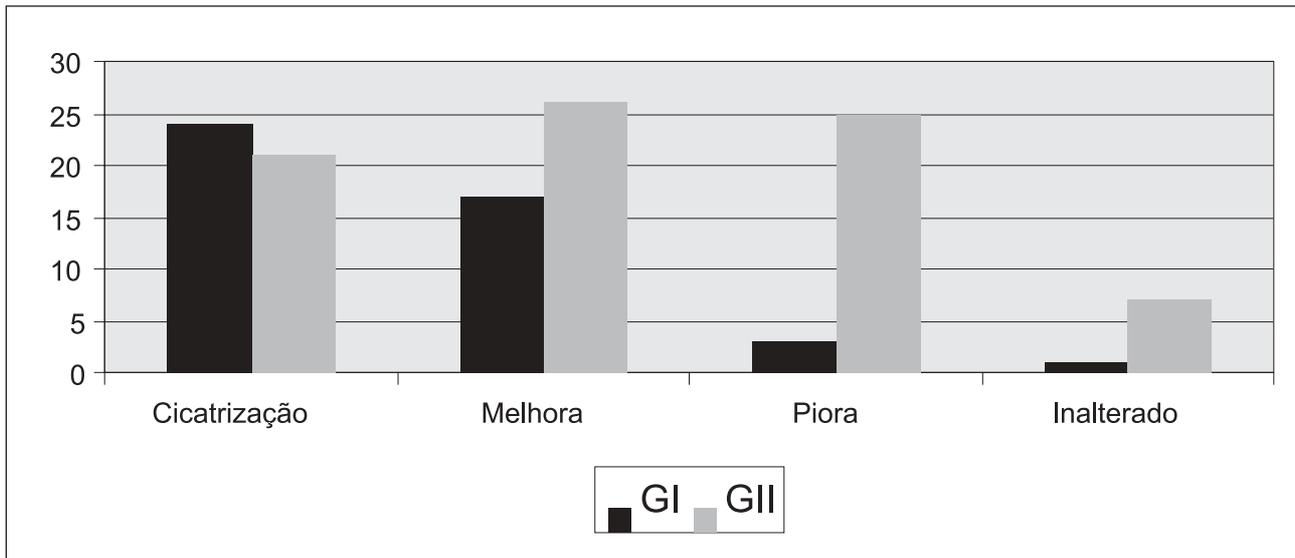


**Gráfico 2**

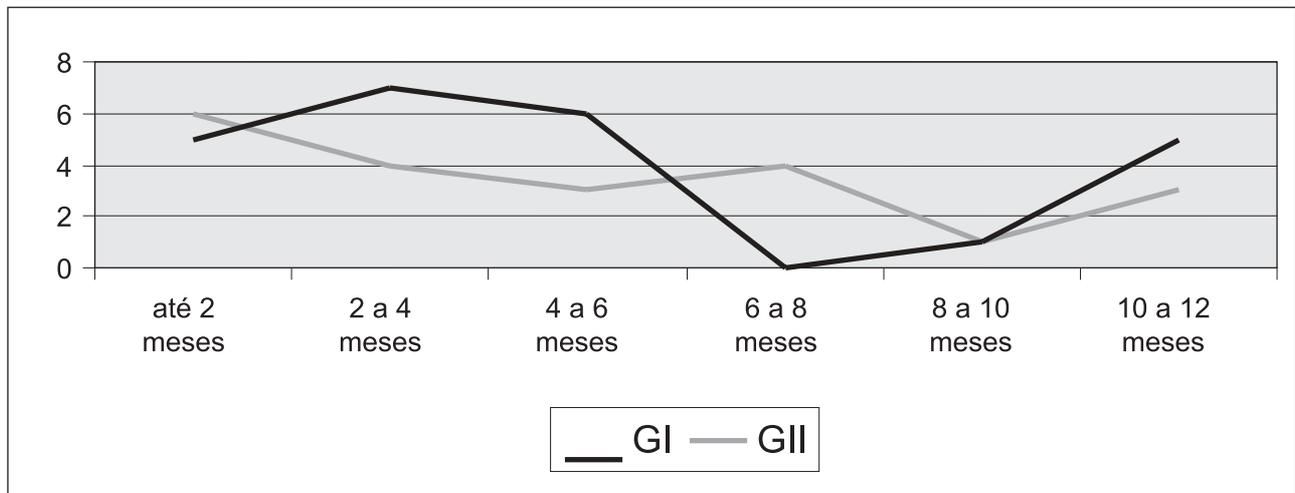
**Distribuição dos resultados obtidos no grupo II**



**Gráfico 3**  
**Distribuição das úlceras com as diferentes evoluções com os dois tipos de tratamento**



**Gráfico 4**  
**Distribuição do tempo de cicatrização nos dois tipos de tratamento empregados**



## Discussão

O tratamento da úlcera da estase venosa de membros inferiores continua controverso com diversas maneiras de ser enfrentado por profissionais que atendem esses pacientes. Porém, observa-se um grande número de pacientes que passam longos períodos de suas vidas padecendo das úlceras, recebendo os mais diversos tipos de tratamento, sem nenhum resultado prático, bem como com alto índice de recorrência<sup>4,5,6</sup>.

O elemento mais importante do tratamento das úlceras venosas é a melhora do retorno venoso pela elevação do

membro e terapia de compressão, que pode ser realizada de modo elástico ou inelástico<sup>7</sup>.

Em relação à compressão elástica, tem a desvantagem de eventualmente não ser aplicada de modo adequado não permitindo compressão uniforme, porém permite a troca de curativos diariamente quando a ferida apresenta-se com complicações, como piodermites e dermatites ao redor da úlcera<sup>1</sup>.

No caso do uso de compressão inelástica, permite uma alta pressão, que não diminui com a marcha e a persistência de sua eficácia mesmo em repouso, durante a noite, porém

a higiene local necessita de permanentes cuidados e de pessoal qualificado para sua aplicação<sup>1,7</sup>.

Portanto, decidiu-se neste trabalho avaliar esses dois tipos de tratamento em relação à evolução de cicatrização das feridas venosas no Hospital de Ensino da FMABC.

A evolução das feridas foi avaliada por meio de mensuração das respectivas áreas das úlceras, como já mencionado por Rowland em seu trabalho de estudo de compressão elástica e bomba intermitente<sup>8,9,10,12</sup>.

Em nosso estudo houve um índice de cicatrização com utilização da bota de Unna em torno de 53,33% e 26,58% para o grupo que utilizou as bandagens elásticas.

Lucas obteve cicatrização e melhora do tamanho das úlceras em 90,2% com utilização de bota de Unna em cerca de seis meses, porém não realizou método comparativo entre os diferentes tipos de tratamento<sup>1</sup>.

Tiago em estudo prospectivo, com utilização de bota de Unna associado com curativos de carvão ativado obteve 87% de cicatrização de suas feridas, em um período aproximado quatro meses<sup>7</sup>.

Nos casos em que não houve cicatrização, houve uma piora dos casos estatisticamente significativa no grupo de compressão elástica. Talvez este resultado seja influenciado pela falta de compreensão desses pacientes quanto aos princípios básicos de higiene que são exigidos nesse tipo de afecção. Lucas em seu trabalho também refere tal tipo de situação<sup>3</sup>.

Vale ressaltar que o perfil de nosso Hospital é atender pacientes de baixo poder aquisitivo e classes sociais menos favorecidas, o que acarreta maior dificuldade de adesão ao tratamento e talvez influenciado nesse resultado inferior ao encontrado na literatura.

Em relação ao tempo de cicatrização médio de ambos os métodos, em nossa casuística não encontramos diferença estatisticamente significativa, ou seja, 5,29 meses para o grupo com utilização de bota de Unna e 5,48 meses para o grupo com bandagem elástica.

Hendricks verificou cicatrização de 7,3 semanas para o grupo que utilizou bota de Unna e 18,4 semanas no grupo de bandagem elástica<sup>13</sup>.

Em decorrência da grande importância social desse tipo de afecção, e pela falta de tratamento ideal, este estudo estimula outros trabalhos subseqüentes, que poderão elucidar melhor a abordagem desse tipo de feridas.

### Conclusão

1 - Houve eficácia maior em relação à cicatrização em pacientes tratados com terapia inelástica.

2 - Não houve diferença no tempo de cicatrização com os diferentes métodos empregados para o tratamento das úlceras de estase.

3 - Há necessidade de outros estudos para que se defina um tratamento ideal para a cicatrização das úlceras venosas nessa instituição.

### Referências bibliográficas

1. Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA. In: doenças vasculares periféricas. Editora Medsi, Rio de Janeiro, Medsi, 2002, p. 1591-602.
2. Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. Br J Surg 81(2): 671-73, 1994.
3. Dalejj, Callam MJ, Ruckeleycv. Chronic ulcers of the leg: a study of prevalence in a scottish community. Health Bulletin, 1983.
4. Lucas GC. Tratamento domiciliar da úlcera de estase venosa dos membros inferiores. Cir Vasc Ang 2(2): 25-6, 1986.
5. Philips TJ. Current approaches to venous ulcers and compression. Dermatol Surg 27(7): 611-21, 2001.
6. Oliveira. A eficácia de um método de tratamento para úlceras de perna. Circ Vasc Ang; 6(3): 13, 1990.
7. Tiago F. Tratamento de úlceras de estase venosa com bota de unna e carvão ativado. Brasília, R Bras Enferm 49(2): 215-24, 1996.
8. Cuidando de ferida. Carol, Daley C. Editora: São Paulo, 2000, p. 49-65.
9. Rowland J. Intermittent pump versus compression bandages in the treatment of venous leg ulcers. J Surg 70: 110-13, 2000.
10. Fletcher A, Cullum N, Sheldon TA. A systematic review of compression treatment for venous leg ulcers. BMJ 315: 576-80, 1997.
11. Alexander House Group; Goldman M, Fronek A. Consensus paper on venous leg ulcers. J Dermatol Surg Oncol 18: 592-602, 1992.
12. Vascular Surgery. Rutherford RB, Moneta GL, Porter JM. Non operative treatment of chronic venous insufficiency, WB Saunders Philadelphia, 2000, p. 1999-2007.
13. Hendricks Wm, Swallow RT. Management of stasis leg ulcers with Unna's boot versus elastic support stockings. J Am Acad Dermatology 12: 90, 1985.