

427 - PRÁTICAS INTEGRADAS NO TRATAMENTO DE ÚLCERA VENOSA: RELATO DE CASO

Tipo: POSTER

Autores: RICSON ROMÁRIO NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), SHIRLEY BOLLER (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), MARCELLA DE AZEVEDO PEREIRA BORBA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), FERNANDA BEZ BIROLO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), MARCIA HELENA DE SOUSA FREIRE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), LUCIANE LACHOUSKI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

INTRODUÇÃO A úlcera venosa (UV) é definida como uma lesão cutânea localizada em membros inferiores (MMII) e sua presença representa uma sequela da doença venosa crônica, traduzidas pela hipertensão e insuficiência vascular crônica¹ em resposta a uma complexa fisiopatologia venosa e linfática, com contribuições fenotípicas e genéticas². Dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da UV estão a idade a partir dos 55 anos, histórico familiar de insuficiência venosa crônica, sedentarismo, obesidade, histórico de embolismo pulmonar e trombose venosa profunda, e lipodermatoesclerose em estágio avançado³. As UV são caracterizadas por serem de difícil cicatrização e com alta probabilidade de recidiva. Possuem odor desagradável, exsudato e dor, manifestações essas que causam impactos significativos na vida do paciente, sobretudo nos âmbitos pessoal e econômico. As taxas de recorrência aumentadas são frequentemente atribuídas à falha no tratamento e/ou manejo incompleto da insuficiência venosa superficial crônica^{1,3}. O tratamento cirúrgico é uma das opções de tratamento da UV, no entanto, por ser invasivo, frequentemente está associado a complicações, como infecção, recorrência da doença, lesão do nervo safeno e trombose venosa profunda. Algumas intervenções de enfermagem são fundamentais no acompanhamento das pessoas com UV e entre elas destacam-se a aplicação de bandagem compressiva, realização de curativos, avaliação da lesão e do nível de dor, verificação do estado nutricional e dos sinais de infecções, bem como, a estimulação da deambulação¹. A Ozônioterapia, uma prática integrativa e complementar, é incluída como uma alternativa terapêutica recomendada para o tratamento de feridas complexas, devido a capacidade do gás ozônio (O₃) em inativar bactérias, vírus, fungos, leveduras e protozoários, por meio da destruição das membranas celulares, além de possuir um efeito antioxidante. Em adição, o ozônio melhora os níveis de diversos fatores de crescimento como endotelial vascular, transformador- β , de derivado de plaquetas, de fibroblastos, e interleucina-8 que em conjunto atuam na reparação tissular⁴. **OBJETIVO** Relatar um caso de reparação tecidual de úlcera venosa utilizando a terapia compressiva associada com a terapia Oxigênio-ozônio. **MÉTODO** Trata-se de um relato de caso de uma pessoa com UV em MMII, atendida em um ambulatório especializado em UV, localizado no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Os atendimentos foram realizados uma vez por semana. Para a coleta de dados dos registros fotográficos foi utilizado uma câmera digital modelo Xiaomi 12t com a mesma iluminação e distanciamento de 20cm entre a câmera o leito da lesão. Devido a extensão das lesões a mensuração da área foi realizada por meio de fita métrica, a partir da região de maior comprimento e de maior largura.

Além disso, foram coletados dados referentes a avaliação da profundidade, progressão da cicatrização, presença de infecção, dor, necessidade de desbridamento de tecido inviável e tipo de cobertura utilizada. A pessoa com UV foi submetida a um protocolo de tratamento que incluiu limpeza das lesões com NaCl 0,9% ozonizado, em torre ozonizadora de líquidos, em uma concentração de 40 μ g/ml, durante 10 minutos, e desbridamento instrumental das áreas com esfacelo. Para a limpeza e controle da carga microbiana, foram utilizadas gazes embebidas em solução de PHMB (polyhexametileno biguanida) colocadas em contato com leito da lesão. Na sequência procedeu-se com o método de bagging de ozônio, que consiste na utilização de um saco plástico resistente ao gás ozônio e montagem de um sistema fechado acoplado a equipo microgotas adaptado, conectado a um gerador de ozônio modelo Smart da marca Ozone e Life⁵. Nos primeiros atendimentos, as lesões foram expostas à mescla oxigênio- ozônio a uma concentração de 60 μ g/ml durante 20 minutos e, ao longo dos atendimentos, a concentração foi ajustada conforme a condição do processo de cicatrização. A utilização das coberturas especiais variou de acordo com a necessidade, fundamentada na avaliação do enfermeiro especialista.

Foram utilizados bota de unha e curativos com prata nanocristalina durante o maior tempo do

tratamento. O presente relato de caso seguiu os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná com parecer consubstanciado nº.

6.099.366. RESULTADOS Paciente do sexo feminino, 43 anos, com histórico de linfedema e UV em MMII (há mais de 10 anos) e histórico familiar de Diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Faz uso contínuo de medicamentos como: Fenobarbital, diosmina + hesperidina e sinvastatina. A mãe é a cuidadora principal e realiza as trocas diárias de curativo no domicílio. Em 2023, a partir de fevereiro, iniciou o acompanhamento semanal com o enfermeiro especialista do ambulatório de tratamento de úlceras venosas. A mensuração inicial da área da UV do membro inferior direito (MID) foi de 364cm², e da UV em membro inferior esquerdo (MIE) foi de 60cm². No primeiro atendimento o relato foi de fortes dores (8/10) nos MMII com piora no período da noite, necessitando uso de medicação analgésica diariamente. As lesões apresentavam-se com grande volume de exsudato piosanguinolento, esfacelo e odor fétido. Durante os primeiros atendimentos, devido à algia, a paciente apresentava-se chorosa, no momento da troca de curativo. A concentração elevada de ozônio a 60µg/ml objetivou maior limpeza com inativação de microorganismos presentes. Posteriormente foi utilizada a cobertura com prata nanocristalina como curativo primário, seguido da aplicação da terapia compressiva inelástica, por meio da bota de Unna, após realizado curativo com ataduras e gaze, para melhor absorção do exsudato. A conduta seguiu semelhante durante a maioria dos atendimentos. A partir do quinto e sexto atendimento, a concentração de ozônio foi ajustada para 55µg/ml e 50µg/ml respectivamente. No 10º atendimento foi reduzida para 30µg/ml, face ao processo de cicatrização das lesões, menor volume de exsudato, redução da dor e do edema Quanto ao quadro algico, à partir do sétimo atendimento, houve relato de atenuação, confirmando a conduta adequada. Como desfecho pode-se afirmar que houve melhoria da autoestima da pessoa com a UV. No 10º atendimento observou-se maceração em bordas sendo aplicado a hidrofibra com prata para o gerenciamento da umidade. A mensuração da área da UV no MID neste atendimento foi de 189cm² e em MIE foi de 7,5cm² com significativa presença de tecido de epitelização no leito. Nos últimos atendimentos, 11º ao 13º, foi possível notar a evolução do processo de cicatrização, sendo que as lesões do MID e MIE obtiveram uma redução de área de aproximadamente 90% e 89% respectivamente com significativa redução do volume de exsudato, dor leve ou nenhuma e considerável diminuição do edema em MMII. Vale ressaltar que nenhuma complicação grave ocorreu durante o tratamento e que a adesão do paciente ao protocolo estabelecido, evidenciado no cumprimento das recomendações feitas pelo enfermeiro, foi crucial para o desfecho clínico. Isto reforça a co-responsabilidade dos profissionais de saúde na realização persistente de intervenções de educação para a saúde, com vistas ao reconhecimento da doença por parte do paciente e na importância de sua adesão. CONCLUSÃO O relato de caso mostrou o processo de cicatrização da UV ao longo de treze semanas de tratamento com coberturas específicas e ozonioterapia possibilitando acompanhar o gerenciamento da dor e edema e o impacto destes sinais e sintomas na vida da paciente. Vale salientar a relevância desta assistência nos cuidados de feridas crônicas, em especial as UV, na perspectiva de melhoria na qualidade de vida do indivíduo acometido, visto que esta é uma condição altamente debilitante e que afeta a vida em diversas dimensões. Entende-se que a assistência à lesões crônicas deve fundamentar suas ações na prevenção, no tratamento, na reabilitação e em medidas de controle de recidiva. De maneira que, a Educação em Saúde é fundamental para atingir o sucesso nestes aspectos, uma vez que o enfermeiro poderá observar fatores locais, externos e sistêmicos que podem influenciar na cicatrização, e proceder às orientações pertinentes para cada paciente. Pode-se perceber, ao longo do tratamento, que a paciente encontrava-se física e emocionalmente mais estável quando comparado ao início do tratamento, com ausência dos episódios chorosos, mais comunicativa, positiva e tranquila durante a troca dos curativos. Conclui-se assim que a escolha adequada de protocolos com aplicação da terapia Oxigênio-ozônio, das coberturas e terapias tópicas, da utilização de terapias compressivas e do manejo da dor, são fundamentais para uma intervenção exitosa no tratamento de UV. Recomendam-se que sejam desenvolvidos outros estudos de casos similares a este, com o objetivo de fortalecer as práticas baseadas em evidências científicas no tratamento da UV.