



Journal of Nursing

Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

EDITORIAL

Geraldo Magela Salomé. Nurse, Professor of the Undergraduate Nursing Course of the University of Vale de Sapucaí, Doctoral degree and Post-Doctorate in Sciences, Graduate Program in Plastic Surgery of the Federal University of São Paulo/PPGENF/UNIFESP, Master's degree in Sciences, Graduate Program in Nursing at the Federal University of São Paulo, Specialist in Stomal therapy, University of Taubaté, Specialist in Intensive Care Unit, University Center of São Camilo. São Paulo (SP), Brazil. E-mail: salomereiki@yahoo.com.br

NURSING ASSISTANCE TO THE INDIVIDUAL WITH VENOUS ULCERS

Seventy per cent of leg ulcers are of venous origin, and of this total, 47% of the individuals have experienced two or more episodes of ulceration.

A venous ulcer causes several changes in people's lives such as walking difficulty, pain, exudate, and odor. In addition, the affected individuals are unable to perform their daily activities triggering negative feelings such as mood changes, changes in family relationships, social living, and leisure. All these changes affect sleep, quality of life, self-esteem, self-image, and cause anxiety and depression.¹⁻²

The nurse who provides care to patients with venous ulcers must know the healing process, how to differentiate clinical diagnosis related to the types of leg ulcers, wound healing stages of the lesion, type of tissue, primary bandages on the market, and must know how to choose the type of compression therapy suitable for treatment.

The clinical diagnosis is based on the clinical history and physical exam of the patient. Pain is a frequent symptom and intensity varies, but it is not influenced by the size of the ulcer. When pain is present, it generally worsens at the end of the day due to the orthostatic position and improves when the limb is elevated. Deep ulcers located in the region of the malleolus and small ulcers with atrophie blanche are the most painful.³

In general, the venous ulcer is an uneven and superficial wound at first, but it can become deep with well defined edges and yellow exudate. Ulcers may be single or multiple with variable sizes and locations, but in general, they occur in the distal portion of

the legs (gaiter region), particularly in the region of the medial malleolus.³

In some circumstances, the venous ulcers may occur in the upper portion of the calf and foot. However, in these cases, other etiologies of chronic ulcers must be excluded before diagnosing them as venous ulcers. The skin around the ulcer may be purpura and hyperpigmented due to the extravasation of red blood cells in the dermis and hemosiderin deposits within macrophages.⁴

Eczema can occur around the ulcer, as evidenced by erythema, scaling, itching and occasionally exudate. Lipodermatosclerosis may also occur. The presence of varicose veins is a consequence of congestion of blood flow due to venous valve incompetence. Superficial veins, particularly those with thinner walls, become dilated and tortuous. The edema in the lower limbs is the result of venous hypertension, fed during muscle relaxation due to venous reflux, which prevents blood pressure within the vessel to reach a value below 60 mmHg¹⁵.

Hyperpigmentation of skin is characterized by the release of hemoglobin after the breakup of red blood cells due to the extravasation into the interstitium, which is degraded to hemosiderin, a pigment that gives the bluish-brown or grayish-brown color to the tissues.⁵

All the lower limb pulses should be palpated, especially the dorsalis pedis and posterior tibial pulses, though the latter can sometimes be difficult to detect due to the presence of lipodermatosclerosis or ulcers at the site.

The Doppler manual should be used to determine the systolic index between the ankle and the arm (ITB). The index is calculated using the highest value of ankle

systolic blood pressure divided by the brachial artery systolic blood pressure. All patients with leg ulcers of venous origin must monitor the ankle/brachial pressure index (ITB) using the manual Doppler for compression therapy as part of the continuous monitoring of the pressure.⁶⁻⁷

Compression therapy is a useful resource for patients with venous ulcers that originate from venous incompetence of the lower limbs. The aim of compression therapy is:⁸⁻⁹

- To reduce venous hypertension inducing the increase in blood flow velocity, facilitating return of venous blood to the heart;
- To reduce exudate due to the decrease in capillary pressure differences;
- To facilitate the transport of metabolic products accumulated in the microcirculatory system promoting ulcer healing.

O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO INDIVÍDUO COM ÚLCERA VENOSA

Dentre as úlceras de perna, 70% são de origem venosa e, desse total, 47% dos indivíduos já sofreram dois ou mais episódios de ulceração.

A úlcera venosa provoca diversas alterações na vida das pessoas, como dificuldade na locomoção, dor, exsudato, odor, ele se vê impedido em desempenhar suas atividades diárias o que desencadeia sentimentos negativos, tais como mudança do humor, alteração no relacionamento familiar, no convívio social e lazer. Todas essas alterações têm como consequência alteração no sono, na qualidade de vida, autoestima, autoimagem, ansiedade e depressão.¹⁻²

O enfermeiro que presta cuidados ao paciente com úlcera venosa deve conhecer o processo de cicatrização, saber diferenciar o diagnóstico clínico com relação aos tipos de úlceras de perna, fases cicatricial da lesão, tipo de tecido, as coberturas primárias no mercado, saber escolher qual o tipo terapia compressiva indicado para o tratamento.

O diagnóstico clínico de úlcera venosa baseia-se inicialmente na história e no exame físico. A dor é sintoma frequente e de intensidade variável, não sendo influenciada pelo tamanho da úlcera. Em geral, quando presente, a dor piora ao final do dia com a posição ortostática e melhora com a elevação do membro. Úlceras profundas localizadas na região dos maléolos e úlceras pequenas associadas à atrofia branca são as mais dolorosas.³

Em geral, a úlcera venosa é uma ferida de forma irregular, superficial no início, mas podendo se tornar profunda, com bordas bem definidas e comumente com exsudato amarelado). As úlceras podem ser únicas ou múltiplas e de tamanhos e localizações variáveis, mas, em geral, ocorrem na porção distal dos membros inferiores (região da “perneira”), particularmente na região do maléolo media.³

Em algumas circunstâncias, a úlcera venosa pode ocorrer na porção superior da panturrilha e nos pés. Contudo, nesses casos, outras etiologias de úlcera crônica devem ser excluídas antes de se atribuir a etiologia venosa. A pele ao redor da úlcera pode ser purpúrica e hiperpigmentada, devido ao extravasamento de hemácias na derme e depósito de hemossiderina nos macrófagos.⁴

Ao redor da úlcera pode ocorrer eczema, evidenciado por eritema, descamação, prurido e, ocasionalmente, exsudato. Ocorre também lipodermoesclerose. A presença de veias varicosas é consequência da congestão do fluxo sanguíneo, decorrente da incompetência das válvulas venosas. As veias superficiais, principalmente as que possuem paredes mais delgadas, tornam-se dilatadas e tortuosas. O edema de membros inferiores é consequência da hipertensão venosa, é alimentada durante o relaxamento muscular devido ao refluxo venoso, fato que impossibilita a pressão no interior do vaso sanguíneo atingir um valor abaixo de 60 mmHg15.

A hiperpigmentação da pele é caracterizada pela liberação de hemoglobina após o rompimento dos glóbulos vermelhos extravasados para o interstício, é degradada em hemossiderina, pigmento que confere a coloração castanhoazulada ou marrom-cinzentada aos tecidos.⁵

Todos os pulsos do membro inferior devem ser palpados, principalmente o pedioso e o tibial posterior, embora este último às vezes possa ser de difícil detecção devido à presença de lipodermoesclerose ou úlcera no local.

O Doppler manual deve ser utilizada para determinar o índice sistólico entre o tornozelo e o braço (ITB). O índice é calculado com o valor mais alto da pressão sanguínea sistólica do tornozelo dividido pela pressão sanguínea sistólica da artéria braquial. Em todos os pacientes com úlcera de perna de origem venosa deve ser realizado o índice de pressão tornozelo/braço (ITB) com Doppler manual para indicação para terapêutica compressiva e como parte da monitorização contínua.⁶⁻⁷

A terapia compressiva é um recurso de grande utilidade para os pacientes com úlcera venosa que radicam a sua origem na incompetência das veias dos membros inferiores. A terapia compressiva tien por finalidade:⁸⁻⁹

- Diminuir a hipertensão venosa induzindo aumento da velocidade do fluxo circulatório, facilitando o retorno venoso ao coração;
- Reduzir o exsudato devido à diminuição das diferenças depressão capilar;
- Facilitar o transporte dos produtos metabólicos acumulados no sistema microcirculatório promovendo a cicatrização da úlcera.

EL ENFERMERO EN LA ASISTENCIA A LAS PERSONAS CON ÚLCERAS VENOSAS

Entre las úlceras de las piernas, el 70% son de origen venoso, y de este total, el 47% de los pacientes había experimentado dos o más episodios de ulceración. Una úlcera venosa provoca varios cambios en la vida de las personas, tales como dificultad para caminar, dolor, exudado, olor – se encuentra impedido de ejercer sus actividades diárias lo que desencadena sentimientos negativos, tales como cambios de humor, cambios en las relaciones familiares, la vida social y el ocio. Todos estos cambios tienen efecto los cambios en el sueño, la calidad de vida, la autoestima, la autoimagen, la ansiedad y la depresión.¹²⁻

El enfermero que atiende a pacientes con úlceras venosas deben conocer el proceso de curación, para diferenciar el diagnóstico clínico con respecto a los tipos de úlceras en las piernas, la herida y etapas de cicatrización de la lesión, tipo de tela, el mercado de las coberturas primárias, saber elegir qué tipo la terapia de compresión indicado para el tratamiento.

El diagnóstico clínico de la úlcera venosa se basa inicialmente en la historia y examen físico. El síntoma común es el dolor de intensidad variable y no está influenciado por el tamaño de la úlcera. En general, cuando está presente, el dolor empeora más tarde en el día, en la posición de pie y mejora con la elevación de la extremidad. Las úlceras profundas situadas en la región de los maléolos y pequeñas úlceras se atrofia asociada blanco son los más dolorosas.³

En general, la úlcera venosa es una herida de forma irregular superficial, pero puede hacerse más profunda, así definida comúnmente con bordes de exudado amarillo. Las úlceras pueden ser en lugares únicos o múltiples y variables tamaño se pero, en

general, se producen en distal dos la porción inferior (región "fuelle"), particularmente el maléolo en la región media.³

En algunas circunstancias, las úlceras venosas pueden ocurrir en la parte superior de la pantorrilla y el pie. Sin embargo, en estos casos, otras causas de úlcera crónica deben ser descartadas antes de atribuir a las úlceras venosas. La piel alrededor de la úlcera puede ser purpúricas y hiperpigmentadas debido a la extravasación de glóbulos rojos en la dermis y depósitos de hemosiderina en macrófagos.⁴

Alrededor de la úlcera puede ocurrir eczema, como se evidencia por eritema, descamación, prurito y exudado de vez en cuando. También hay lipodermatoesclerosis. La presencia de venas varicosas es una consecuencia de la congestión del flujo sanguíneo, debido a la incompetencia de las válvulas venosas. Las venas superficiales, especialmente aquellos con paredes más delgadas, se vuelven dilatados y tortuosos. El edema de las extremidades inferiores es el resultado de la hipertensión venosa, se alimenta durante la relajación muscular debido al reflujo venoso, un hecho que impide que la presión dentro del vaso sanguíneo alcance un valor por debajo de 60 mmHg¹⁵.

La hiperpigmentación de la piel se caracteriza por la liberación de hemoglobina después de la ruptura de las células rojas de la sangre extravasada en el intersticio, se degrada a hemosiderina, un pigmento que da color marrón o castaño azulada cinzentada a los tecidos.⁵

Todos los pulsos de la extremidad inferior deben ser palpados, especialmente el pedio y tibial posterior, aunque el último puede a veces ser difícil de detectar debido a la presencia de lipodermatoesclerosis o úlcera en el sitio. El Doppler manual debe se utilizar para determinar el índice de accidente cerebro vascular entre el tobillo y el brazo (ITB). El índice se calcula con la presión sistólica sanguínea más alta del tobillo dividida por la presión arterial sistólica de la arteria braquial. En todos los pacientes con úlceras de la pierna de origen venoso debe llevarse a cabo el índice de presión tobillo/braquial (ABI) con el Doppler que guía para la indicación terapéutica para la compresión y supervisará como parte de continuación.⁶⁻⁷

La terapia de compresión es un recurso útil para los pacientes con úlceras venosas que tienen sus raíces en la incompetencia de las venas de las extremidades inferiores. Una terapia de compresión tiene como objetivo:⁸⁻⁹

- Disminución de la hipertensión venosa inducida por aumento de la velocidad del flujo circulatorio que facilita el retorno venoso al corazón;
- Reducir el exudado debido a la disminución de las diferencias de la depresión capilar;
- Facilitar el transporte de productos metabólicos que se acumulan en la micro circulación que promueve la curación de la úlcera.

REFERENCES

1. Salomé GM, Pellegrino DMS, Vieira TF, Blanes. Ferreira LLM. Sleep Quality Among Patients With Venous Ulcers: A Cross-sectional Study in a Health Care Setting in São Paulo, Brazil. WOUNDS. 2012;24(5):124-131.
2. Salomé GM, Pellegrino DMS, Blanes L, Ferreira LM. Self-esteem in patients with diabetes mellitus and foot ulcers, Journal of Tissue Viability.2011;20(3):100-6.
3. Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS, Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. J Am AcadDermatol. 2001;44:401-21.
4. Fritsch PO, Reider N. Other eczematous eruptions. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. Dermatology. New York: Mosby; 2003. p. 215-26.
5. Bersusa AAS, Lages JS. Integridade da peleprejudicada: identificando e diferenciando uma úlcera arterial e uma venosa. Ciência, cuidado e saúde 2004;3(1):81-92.
6. Godoi ETAM, Barbosa AD, Godoi JTAM, Ramos MAM, Godoi JTAM, Marques SEM, Duarte ALBP. Envolvimento macrovascular e esclerose sistêmica. J Vasc Bras. 2009;8(1):65-76.
7. Ankle Brachial Index. Quick Reference Guide for CliniciansJ Wound Ostomy Continence Nurs. 2012;39(2S):S21-S29.
8. Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientescom úlcera de perna de etiologia venosa. Bras Dermatol. 2006;81(6):509-22.

Corresponding Address

Geraldo Magela Salomé
Fundação de Ensino Superior do Vale do
Sapucaí, Universidade
Avenida Pref. Tuany Toledo, 470 – Centro
CEP: 37550-010 – Pouso Alegre (MG), Brazil