



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 5 • Junho 2008

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

Análise retrospectiva do protocolo de tratamento utilizado na Consulta Multidisciplinar de Úlcera de Perna do Hospital dos Capuchos no período entre 2002 e 1º semestre 2006

Retrospective analyse of protocol used in the Leg Ulcer Multidisciplinary Clinic of Hospital dos Capuchos in the period between 2002 and the first semester of 2006

Joana Dias Coelho¹, Alberto Clerigúe², José Neves², C. Pereira Alves^{2,3}

¹ Serviço de Dermatologia, Hospital dos Capuchos, Lisboa

² Serviço de Cirurgia 6, Hospital dos Capuchos, Lisboa

³ Director do Serviço de Cirurgia 6, Hospital dos Capuchos, Lisboa
Professor de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNL

RESUMO

As úlceras de perna constituem uma importante patologia causando uma diminuição da qualidade de vida, hospitalizações frequentes e aumento da mortalidade e morbilidade. Têm uma incidência de 1% na população adulta, sendo que esta incidência atinge níveis de 10% nos escalões etários superiores a 70 anos.

Cerca de 95% das úlceras são venosas, arteriais, mistas ou diabéticas, sendo as mais frequentes as úlceras venosas (70 a 80%).

Com o objectivo de otimizar o tratamento e acompanhamento dos doentes com esta patologia, foi criada em 2002 uma Consulta de Referência Multidisciplinar de Úlcera de Perna, no Hospital dos Capuchos. Simultaneamente foi estabelecido um protocolo de referência/tratamento com os Centros de Saúde da Unidade B da Sub-região de Saúde de Lisboa. Neste protocolo o doente é observado no contexto de uma equipa multidisciplinar.

Os autores fizeram um estudo retrospectivo dos doentes observados nesta consulta no período entre 2002 e 1º semestre de 2006. Foram observados e acompanhados 294 novos doentes, tendo 80% idade superior a 60 anos. Em relação à etiologia das úlceras, 51,3% (n=151) eram venosas, 35,4% (n=104) eram diabéticas e 6,8% (n=20) eram arteriais. A área média das úlceras foi 23,9cm² e o número médio de úlceras foi 1,6. A duração das úlceras tinha em 42,3% dos casos um período superior a 6 meses. Das 199 culturas positivas, 40,2% apresentavam *Staphylococcus aureus*, sendo 21,2% destes MRSA.

Com o protocolo instituído, foi obtida uma taxa de cicatrização de 72,2%. 45,9% dos doentes tiveram uma cicatrização total da úlcera em menos de 2 meses, resultados estes que são muito positivos face às taxas de cicatrização de 6 meses referidas na literatura.

Palavras-chave: Úlcera de perna; úlcera venosa; úlcera diabética; iodopovidona; compressão elástica; cicatrização



ABSTRACT

The leg ulcers are an important pathology that typically lead to life quality impairment, frequent stays in the hospital, and risk of mortality enhancement.

It has an incidence of about 1% among adults, reaching incidence levels of 10% among elderly people above the age of 70.

About 95% of the ulcers are diagnosed as venous, arterial, mixed or diabetic, being the most frequent ones the venous ulcers, that typically account for about 70 to 80% of the total number of ulcers identified.

With the goal of optimizing the treatment and counseling of patients suffering from this type of pathology, it was created in 2002 in Hospital dos Capuchos (Lisbon, Portugal) a special multidisciplinary medical center focused in the study and treatment of the leg ulcers. It was established a treatment protocol with the Public Health Centers from unit B, sub-region of Lisbon. Patients are observed by the multidisciplinary group.

The authors of the present research conducted a retrospective study of all the patients observed by this group between 2002 and the first term of 2006. The total number of patients observed was of 294 patients, 80% of them above 60 years old. Results indicated that in terms of the ulcers etiology, 51,3% (n=151) were venous, 35,4% (n=104) were diabetic and 6,8% (n=20) were arterial. The average ulcers area was 23,9cm², the average number of ulcers was 1,6, and 42,3% of the ulcers had a duration higher than 6 months. From the sample of 199 positive cultures, 40,2% showed the presence of *Staphylococcus aureus*, 21,2% of these being MRSA.

The authors concluded that due to the established protocol, the cicatrization rate was of 72,2% and 45,9% of the patients reached total cicatrization of the ulcers in less than 2 months. These results are extremely positive when compared with the average rate of cicatrization (6 months) referred in the medical literature.

Key-words Leg ulcer; venous leg ulcer; diabetic ulcer; iodopovidone; elastic compression bandages; healing

INTRODUÇÃO

As úlceras de perna são uma patologia muito frequente tendo diversas etiologias e manifestações clínicas (1). Classificam-se em úlceras venosas, úlceras arteriais, úlceras mistas, úlceras diabéticas e outras, sendo a mais frequente a úlcera venosa (cerca de 70 a 80%). A úlcera de perna é uma entidade patológica de importância relevante, quer pelos elevados custos sociais e económicos que representa quer pela acentuada diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus familiares, por hospitalizações frequentes e aumento da morbidade e mortalidade.

A úlcera de perna é responsável pelo consumo de uma elevada fatia do orçamento do SNS (2,3).

Estima-se que nos países industrializados a população tenha um risco de 1% de durante a vida ter uma úlcera de perna (4). Actualmente observa-se um crescente aumento na incidência da úlcera diabética, consequência de um cada vez maior número de doentes com esta patologia.

A cicatrização das úlceras de perna é muitas vezes

dificultada pelas comorbilidades existentes, como: diabetes, HTA, insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão venosa, obesidade, desnutrição, etc. (5,6).

O tratamento das úlceras é diferente consoante a etiologia das mesmas:

– Nas úlceras venosas baseia-se em dois pilares: a compressão para reverter o efeito da hipertensão venosa e a realização de penso local visando a preparação do leito da ferida para a granulação e epitelização (3,7,8).

– Nas úlceras diabéticas e arteriais a compressão é contra-indicada e a base do tratamento é o penso local.

– As úlceras diabéticas estão geralmente associadas a neuropatia periférica (predominantemente) e a patologia vascular periférica, estando muitas vezes infectadas e exigindo terapêutica antibiótica para a sua cicatrização. A avaliação da vascularização arterial e revascularização quando necessária e possível é particularmente importante (9).

– Nas úlceras arteriais o objectivo primário é a correcção da diminuição do fluxo que permita a cicatrização; por isso deve ser referenciado para o cirurgião vascular



Perante a importância desta patologia, o aumento da sua incidência com consequente aumento dos gastos e as más práticas observadas, foi criada em 2002 a Consulta Multidisciplinar de Úlcera de Perna (CMUP) no Hospital de Santo António dos Capuchos (HSAC). Foi criado um Protocolo com os Centros de Saúde da Unidade B da Sub-região de Saúde de Lisboa e a Consulta de Doenças Arteriais e Venosas do HSAC estabelecendo-se uma articulação com os Cuidados Continuados em Ambulatório.

Isso permitiu o seguimento de um número maior de doentes com menos dispersão dos mesmos, uniformização dos cuidados prestados, rentabilização e optimização dos recursos humanos e materiais.

A Consulta Multidisciplinar compreende o Médico Cirurgião, o Enfermeiro, a Imagiologia, a Medicina Física e de Reabilitação, a consulta de Diabetes, a consulta da Dor, a Dietista e o Serviço Social (fig. 1).

Através da interação de toda a equipa, o doente beneficia de um tratamento completo e abrangente como um todo.

MÉTODOS

Na primeira consulta é realizada a história clínica, fazendo parte desta a realização de um doppler contínuo, com determinação do índice pressão sistólica tornozelo/braço. São pedidos exames complementares de diagnóstico, nomeadamente: ecodoppler com cor, análises laboratoriais incluindo exame bacteriológico do

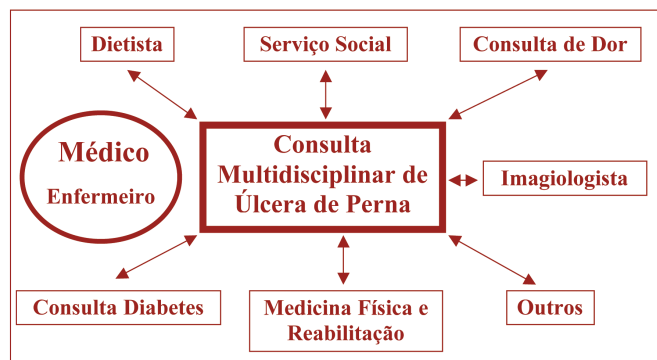


Fig. 1 – Organização da Consulta Multidisciplinar de Úlcera de Perna

leito da ferida por curetagem, ECG e outros. É também feita fotografia da úlcera para monitorização da sua evolução.

É decidido o tipo de penso local, a sua frequência, local de realização (hospital *versus* centro de saúde) e feita terapêutica compressiva se úlcera venosa. Faz também parte do protocolo a medicação com Daflon® se a etiologia da úlcera for venosa.

Se necessário há encaminhamento/ colaboração com os restantes elementos da consulta multidisciplinar.

Nas consultas subsequentes faz-se a monitorização da evolução da úlcera e a avaliação dos exames pedidos e da observação/ indicações dos outros elementos da equipa multidisciplinar. Nos casos indicados é feita proposta de tratamento cirúrgico.

O tipo de penso local segue o seguinte protocolo:

- Na ferida/úlcera exsudativa é realizado penso com compressas embebidas em iodopovidona, sendo a frequência do penso ditada pelo grau de exsudado.

- Na ferida/ úlcera não exsudativa é realizado penso com gase impregnada com iodopovidona (Inadine®) e iodopovidona pomada, sendo a frequência do penso determinada pelo grau de humidade que os bordos da ferida apresentam.

- Nas úlceras venosas é aplicada compressão elástica, que desde 2005/ 2006 é feita com mediven® kit úlcera logo que a úlcera deixa de ser muito exsudativa.

- Nas úlceras diabéticas ou arteriais utiliza-se ligadura de suporte sem compressão.

RESULTADOS

Foram avaliados retrospectivamente os processos clínicos de 294 doentes observados na Consulta Multidisciplinar de Úlcera de Perna no período entre 2002 e 1º semestre de 2006. No que diz respeito à distribuição pelo sexo, 45,6% dos doentes eram do sexo masculino e 54,4% do sexo feminino. A idade média dos doentes foi 68,8 anos, tendo 80% dos doentes mais de 60 anos. O doente mais novo tinha 26 anos e o mais velho 94 anos.



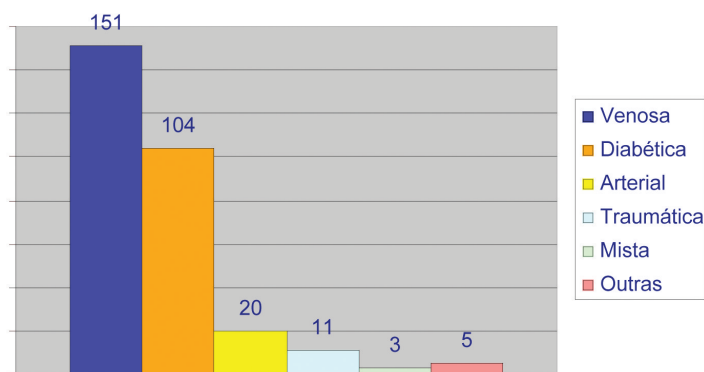


Fig. 2 – Tipos de úlcera

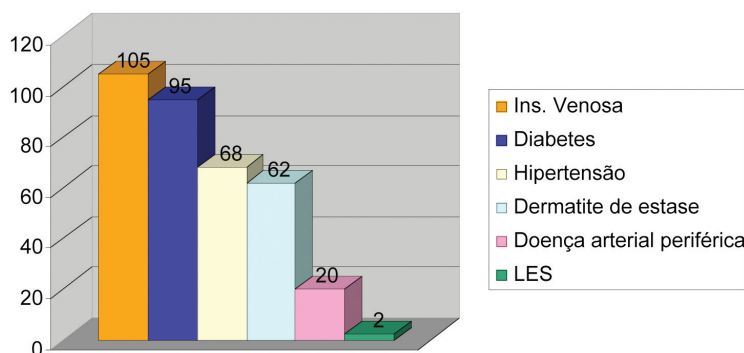


Fig. 3 – Comorbilidades dos doentes

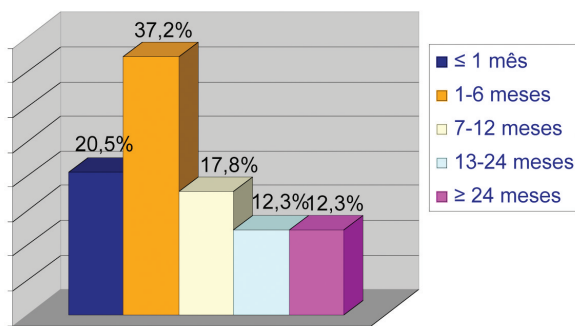


Fig. 4 – Tempo de duração das úlceras

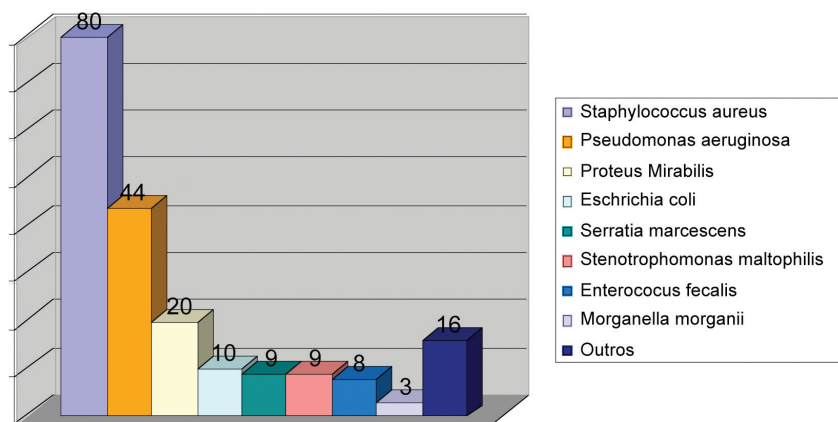


Fig. 5 – Resultados da cultura do exsudado do fundo da úlcera

Em relação à etiologia das úlceras, 51,3% (n=151) eram venosas, 35,4% (n=104) eram diabéticas e 6,8% (n=20) eram arteriais (fig. 2).

Os doentes apresentavam as seguintes comorbilidades: 105 doentes tinham insuficiência venosa, 95 tinham diabetes, 68 tinham hipertensão arterial, 62 dermatite de estase, 20 doença arterial periférica e 2 lúpus eritematoso sistémico (fig.3).

A área média das úlceras foi 23,9 cm² sendo a média do número de úlceras apresentadas pelos doentes de 1,6.

A duração das úlceras era em 20,5% dos casos inferior a 1 mês (destas 43,3% eram venosas e 36,7% diabéticas), em 37,2% dos casos tinha entre 1 a 6 meses de duração, em 17,8% tinha uma duração entre 7 e 12 meses, 12,3% uma duração entre 13 e 24 meses e em 12,3% uma duração superior a 24 meses (fig.4). A duração média foi de 13,4 meses.

Foi realizada cultura de tecidos do fundo da úlcera com realização de exame bacteriológico em todas as úlceras. Foram obtidas 199 culturas positivas (67,7%) sendo o agente mais isolado o *Staphylococcus aureus* (40,2%), seguido do *Pseudomonas aeruginosa* (22,1%), *Proteus mirabilis* (10,1%), *Escherichia coli* (5,0%) e *Enterococcus faecalis* (4,0%) (fig.5). Dos *Staphylococcus aureus* isolados, 21,2% eram MRSA.

Do teste de sensibilidade aos antibióticos realizado em todas as culturas, destaca-se que 75% das culturas positivas para o *Staphylococcus aureus* eram sensíveis à oxacilina, 52,3% das culturas positivas para o *Pseudomonas aeruginosa* eram sensíveis à gentamicina e



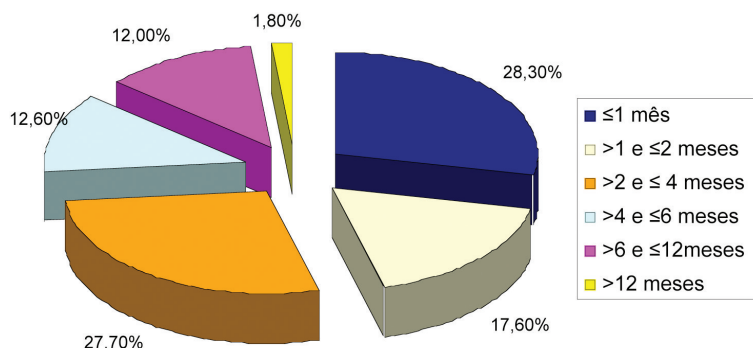


Fig. 6 – Tempo de cicatrização das úlceras



Fig. 7 – Úlcera diabética complicada de infecção grave dorso do pé.



Fig. 8 – Pé diabético complicado de infecção profunda grave.

38,6% eram sensíveis à ciprofloxacina. Em relação ao *Proteus mirabilis*, 55% era sensível à cefotaxima e 40% sensível à amoxicilina com ácido clavulânico.

A taxa de cicatrização obtida por nós foi de 72,2%, tendo havido em 6,9% dos casos necessidade de realização de amputação (maioritariamente de dedos). Destes casos 87,5% eram diabéticos.. Tivemos uma taxa de abandono da consulta de 14,8%.

A média da duração do tratamento até cicatrização completa da úlcera foi de 3,7 meses. Em 28,3% dos doentes o tempo de cicatrização foi inferior a 1 mês, em 17,6% teve uma duração entre 1 e 2 meses, em 27,7% dos casos teve uma duração entre 2 e 4 meses, em 12,6% durou 4 a 6 meses, em 12% durou 6 a 12 meses e em 1,8% durou mais de 12 meses (fig.6). Salientamos então que em 45,9% dos casos a média da duração do tratamento até cicatrização completa da úlcera foi inferior a 2 meses. A taxa de recorrências foi de 14,3%.

CONCLUSÃO

Actualmente existem no mercado vários tipos de pensos com indicação para serem utilizados na cicatrização de úlceras de perna. Vários estudos têm sido realizados comparando a rapidez e sucesso da cicatrização das úlceras utilizando pensos hidrocolóides, hidrogeis ou alginados com a realização clássica de pensos com iodopovidona (3,10,11,12). Esses estudos têm resultados contraditórios.

A experiência dos autores é discordante com o conceito de a iodopovidona ser agressiva e impedir a granulação (fig.7 e 8). Os resultados obtidos neste nosso estudo contrariam esse conceito.

O baixo custo dos pensos de iodopovidona é factor a considerar em relação a outro tipo



de pensos, sobretudo no tratamento do pé diabético.

No presente estudo verificou-se:

(1) Uma taxa de cicatrização de 72,2%, com um tempo médio de 3,7 meses, sendo que 45,9% cicatrizaram em 2 meses, resultados altamente positivos.

(2) Uma elevada taxa de infeção (67,7%), nomeadamente da comunidade e estafilococos resistente à metilina (21,2%)

(3) Um desvio em relação à literatura da incidência de úlceras venosas (51,3%) relativamente às úlceras diabéticas (35,4%), o que se explica pela alta taxa de referenciação do pé diabético à CMUP do HSAC.

(4) Confirmou-se a importância de os doentes com úlcera de perna serem seguidos em consulta multidisciplinar única que permita tratar o doente de forma integrada e holística.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Miller OF 3rd, Phillips TJ. Leg ulcers. J Am Acad Dermatol 2000 Jul; 43: 91-5.
- (2) Margolis DJ, Bilker W, Santanna J, Baumgarten M. Venous leg ulcer: incidence and prevalence in the elderly. J Am Acad Dermatol 2002 Mar; 46(3):381-6.
- (3) Bergan JJ, Schmid-Schonbein GW, Smith PDC, Nicolaidis AN, Boisseau MR, Eklof B. Chronic Venous Disease. N Engl J Med 2006 August; 355:488-98
- (4) Nelson EA, Bradley MD. Dressings and topical agents for arterial leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2007 Jan 24;(1)
- (5) Bongiovanni CM, Hughes MD, Bomengen RW. Accelerated wound healing: multidisciplinary advances in the care of venous leg ulcers. Angiology 2006 Mar-Apr;57(2):139-44.
- (6) Margolis DJ, Berlin JA, Strom BL. Risk factors associated with the failure of a venous leg ulcer to heal. Arch Dermatol 1999 Aug;135(8):920-6.
- (7) Sackheim K, De Araujo TS, Kirsner RS. Compression modalities and dressings: their use in venous ulcers. Dermatol Ther 2006 Nov-Dec;19(6):338-47.
- (8) Palfreyman SJ, Nelson EA, Lochiel R, Michaels JA. Dressings for healing venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;3:CD001103
- (9) Lipsky BA, Berendt AR, Deery HG, Embil JM, Joseph WS, Karchmer AW, LeFrock JL, Lew DP, Mader JT, Norden C, Tan JS; Infectious Diseases Society of America. Diagnosis and treatment of diabetic foot infections. Plast Reconstr Surg. 2006 Jun;117(7 Suppl):212S-238S.
- (10) Daroczy J. Quality control in chronic wound management: the role of local povidone-iodine (Betadine) therapy. Dermatology. 2006;212 Suppl 1:82-7.
- (11) Kaya AZ, Turani N, Akyuz M. The effectiveness of a hydrogel dressing compared with standard management of pressure ulcers. J Wound Care. 2005 Jan;14(1):42-4.
- (12) Sackheim K, De Araujo TS, Kirsner RS. Compression modalities and dressings: their use in venous ulcers. Dermatol Ther. 2006 Nov-Dec;19(6):338-47

Correspondência

JOANA DIAS COELHO
Serviço de Dermatologia
Hospital dos Capuchos
Alameda Santo António dos Capuchos
1169-050 Lisboa
Telemóvel: 964395726
Telefone: 21 3136300
joanadiascoelho@hotmail.com

