



OS CARACTERES SEMIOLOGICOS DA DOENÇA VENOSA CRÔNICA THE SEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC VENOUS DISEASE

Marcus Vinícius Piedade de Alcântara
Medico pelo Centro Universitário do Pará(CESUPA)

E-mail Marc20131623@gmail.com

Rebecca Oliveira Bezerra
Medicina pelo Centro Universitário Christus

Rebecca_bez@hotmail.com

Samela da Silva oliveira.

Médica pela Pucpr

E-mail:

Samela.sso@gmail.com

José de Arimatéa Maciel dos Anjos

Médico pela Universidad Politécnica y Artística dela Paraguai

Email:

Rodriguesmaciel10@outlook.com.

Aliny Cristiani Prado Moreno

Medicina pela Unesa

E-mail:

alinymoreno@hotmail.com

Francisco Brenon de Oliveira Torres

Medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL

Email

Brenon.torres@gmail.com

Dianne Christie Rocha Pereira

Médica pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Email

diannechristierp@gmail.com

Lucas Saunders Uchôa Xavier Rodrigues

Médico pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

E-mail:

Lucassaunders97@gmail.com

Thiago Lobianco Viana

Médico pela Uninassau Vilhena

E-mail:

thiagolobianco@hotmail.com

Carolina Queiroga de Miranda

Médica pela UNIT-AL

Email:

Carolina.queiroga.cq@gmail.com

Luiza Miranda da Costa

Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC

E-mail: luizamiranda98@gmail.com

Luis Henrique Osaku

Psiquiatria, Hospital Porto Seguro

Email: luis_osaku@hotmail.com

Verônica Pereira Chaves Macêdo

Medicina pela Faculdade de medicina de Juazeiro do Norte – Ceará – FMJ – IDOMED

E-mail neganenes@hotmail.com

Sarah Alvim Vieira Stroppa

Medicina pela Faculdade Estácio de Sá

E-mail



sarahalvimvieira@hotmail.com

Nildo Redivo Junior

Médico Ginecologista e Obstetra, Doutorado pela Universidade do Oeste Paulista .

E-mail: nildodr@hotmail.com

Maria Lorena Ribeiro Redivo

Graduando em Medicina pela Universidade do Oeste Paulista

E-mail:

marialorenaredivo@gmail.com

Rebeca Dáfane de Oliveira Rocha

Medicina pela UPAP (universidad politécnica y artistica de paraguay)

E-mail:

rdafane@gmail.com

Elesandro José Cândido

Médico pelo Centro universitario caratinga – UNEC

E-mail:

Elesandrocandido_@hotmail.com

Larissa Karla Dantas Marques

Medicina pela UNIFACISA

E-mail: marqueslarissaaa@gmail.com

Guilherme Henrique Gurgel Pereira Batista

Medicina, FAMENE/JP

E-mail: guilherme_bat@hotmail.com

Albion de Barros Curado Neto

Medico pela Universidade Iguazu

E-mail:

curadoneto@hotmail.com

Gabriel Braga da Veiga Pessoa

Médico pela Universidade Federal de Rondônia

E-mail: gabrielbvp02@gmail.com

Fabrizio Santos Castelo Branco Residente Terapia Intensiva, Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

E-mail: fabbriciocb@hotmail.com

João Felipe Serrao da Silveira de Souza

Medicina pela Universidade Federal do Pará – UFPA

Email: jfserraosouza@gmail.com

Leonardo Mota Aguiar Milhomem

Medicina pela UEPA

E-mail leonardomota4466@gmail.com

Clarissa Verena Ferraz Lisboa

Médica, Uncisal

claraferraz@hotmail.com

David Costa dos Santos Filho

Medicina pela União metropolitana de educação e cultura UNIME

E-mail: Davidsantos.pr@hotmail.com

Itamar Medeiros Paiva Souza Filho

Medicina, Unime

Itamarpaiva10@hotmail.com

2

Gustavo Crisle Salvador da Silva .

Medicina pela Faculdade: UNIME .

E-mail: gustavocrisle@hotmail.com

Ian Peterson da Silva de Souza

Medicina pela Universidade de São Paulo

E-mail: ian.peterson.souza@gmail.com

Sofia Trein



Medicina, Faculdade Meridional (ATITUS)

sofiatrein@hotmail.com

Vivian Gomes da Silva oliveira

Médica pela UNIFAA

Residente de radiologia e diagnóstico por imagem

E-mail

Vinha_vivian@hotmail.com

Filipe Ribeiro Peixoto

Médico pela UFJF

E-mail:

filiperpeixoto@hotmail.com

Keven de Souza Medeiros

Medicina pela UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

E-mail

Keven.medeiros9@gmail.com

Marina Lessa dos Mares Guia

Médica pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

E-mail:

Mari_mares@hotmail.com

Cássia Marina de Oliveira Santana

Medicina, Ufsj

E-mail: cassia.marina1@yahoo.com.br

Layane Duarte Silva

Cirurgiã Geral

E-mail: layaneduda01@gmail.com

Hannah georgia Gripp

Médica pelo Centro Universitário UNIFIPMOC

E-mail

Hannahgripp@hotmail.com

Ana Clara Feitosa Noronha

Médica pela Faculdade de saúde santo Agostinho

E-mail

anaclarafeitosan@gmail.com

Alexandre Raulino Bulhões

Medicina pela Faculdade UNIME

E-mail

Bulhoes.alexandre@outlook.com

Diego Rodovalho Guimarães

Médico pela Universidade de Gurupi

E-mail: diegorodvalho@unirg.edu.br

Anthony Benny da Rocha Balieiro

Medicina, UFPA

Anthonybenny1996@outlook.com

Leandro Lomes de Souza

Medicina, Unidavi

E-mail:

Leandro.iomessouza@unidavi.edu.br

3

Daniela Borges Macedo

Medicina, Universidade Nove de Julho

Daniborges_m@uni9.edu.br

Emilly Marina Martins de Oliveira

Médica- Mais Médicos pelo Brasil

E-mail: emilly.marinamartins@gmail.com

Matheus Passos Silva Bastos



Médico pela Unifenas BH

matheuspastosbastos@hotmail.com

Emily Pinto Monteiro

Médica pela Faculdade de Medicina de Petrópolis

E-mail: emilypmonteiro@outlook.com

Helena Yoshikawa de Carvalho

Médica pela Faculdade de Medicina de Petrópolis

E-mail: hyc97@hotmail.com

Gabriela Maffra Natalizi

Médica pela Faculdade de Medicina de Petrópolis Email: gabrielanatalizi@gmail.com

Nadiny Paim Solano

Médica pela Unifimes

Email

nadinypaim@hotmail.com

Marina Silva Prado

Graduando em Medicina- Faculdade São Leopoldo Mandic- Campinas SP

E-mail

Marinasilva08@yahoo.com.br

Marcela Calmon Mantovanelli Monteiro

Medicina pela Multivix

E-mail: marcela.cmmonteiro@hotmail.com

Silvio Alvarenga Rivas Neto Casseb

Médico pela UFSM

E-mail:

silvioalvarengaa@gmail.com

Thais Marcelly de Almeida leles

Médica pela Universidade Federal de São João Del Rei

E-mail: thaislelles@hotmail.com

Ariane Abreu Tsutsumi

Médica pela Faculdade São Leopoldo Mandic Campinas

E-mail: tsutsumiariane@gmail.com

Brenda Moraes Campos Fernandes

Medicina pela Uninove

E-mail: moraibrenda275@gmail.com

Leonardo César Araújo Cardoso

Medicina pela Uninove

E-mail

leonardocesar@uni9.edu.br

Isabela Lima Christo Alves de Campos

Medicina pela Universidade do Estado do Pará (UEPA – Santarém)

E-mail: isabelachristoalves@gmail.com

José Gustavo Freitas Carvalho

Medicina pela Universidade federal de Pernambuco

Josegustavo81@gmail.com

Bruno Brandão Dias Ferreira Pinto

Médico , UFMG

Brunobdfp@gmail.com

Danton Dornelas Gontijo

Médico pela Universidade Católica de Brasília

Email – dantondornelas@hotmail.com

Djalma Alves de Carvalho Médico pela UFPI

E-mail djalmacarvalhoa@yahoo.com.br

Patricia Ferreira do Amaral

Medicina pela

Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS



Gisela Correia Lara

Especialista Medicina da Família e Comunidade

Juliana Godoi Torres

Medicina pelo Centro Universitário Serra dos órgãos

E-mail

Juliana.godoitorres@gmail.com

Diego da Silva Macedo Tavernard

E-mail : Diego.advance@hotmail.com

Médica, Estacio – idomed

Anderson Morais de Freitas

Anderson_morais154@hotmail.com

Medicina, Estácio – idomed

Resumo

A insuficiência venosa crônica, majoritariamente possui natureza idiopática e, nesses casos, é chamada de insuficiência primária. Outra grande parte dos casos de insuficiência venosa é consequência de uma seqüela de TVP, nesse caso, a insuficiência venosa é chamada de secundária. As características clínicas marcantes da insuficiência venosa incluem: sensação de cansaço ou dor nas pernas e edema que pioram em posição ortostática, mais evidentes no período vespertino. Há melhora dos sintomas com a elevação do membro. Alterações tardias da insuficiência venosa incluem a hiperpigmentação cutânea, lipodermatoesclerose e as úlceras venosas. O diagnóstico é clínico e pode ser confirmado por meio de ultrassonografia com Doppler colorido. Todos os pacientes com insuficiência venosa devem ser tratados por meio de aplicação de meias elásticas ou ataduras compressivas, além de elevação do membro de três a quatro vezes ao dia, exercícios de flexão plantar e cuidados com a pele. As úlceras venosas devem ser tratadas por meio das mesmas medidas gerais preconizadas para insuficiência venosa crônica, além de cuidados locais com a ferida, como troca de curativos e desbridamento de tecidos desvitalizados. O uso de antibioticoterapia sistêmica só está previsto na vigência de infecção ativa.

Palavras-chave: insuficiência venosa, dermatite ocre, tromboembolismo.

Abstract

Chronic venous insufficiency is mostly idiopathic in nature and, in these cases, is called primary insufficiency. Another large part of cases of venous insufficiency is a consequence of a sequelae of DVT, in which case the venous insufficiency is called secondary. The striking clinical characteristics of venous insufficiency include: a feeling of tiredness or pain in the legs and edema that worsen in an upright position, more evident in the afternoon. Symptoms improve with elevation of the limb. Late changes in venous insufficiency include skin hyperpigmentation, lipodermatosclerosis and venous ulcers. The diagnosis is clinical and can be confirmed using color Doppler ultrasound. All patients with venous insufficiency should be treated by applying elastic stockings or compression bandages, in addition to elevating the limb three to four times a day, plantar flexion exercises and skin care. Venous ulcers should be treated using the same general measures recommended for chronic venous insufficiency, in addition to local wound care, such as dressing changes and debridement of devitalized tissues. The use of systemic antibiotic therapy is only foreseen in the presence of an active infection.

Keywords venous: insufficiency, ocher dermatitis, thromboembolism.

Introdução

5 A insuficiência venosa crônica (IVC) corresponde a um distúrbio vascular com elevada morbidade e que impacta milhões de indivíduos globalmente. Trata-se de uma doença complexa e multifatorial envolvendo o sistema circulatório e afetando o retorno do sangue venoso ao coração, a doença acomete majoritariamente as veias dos membros inferiores e engloba uma complexa patologia venosa. As limitações associadas à insuficiência venosa crônica são responsáveis por uma redução na qualidade de vida e uma diminuição na eficiência no ambiente de trabalho. Na maioria dos casos, a causa subjacente são válvulas venosas ineficazes. Esta condição crônica pode manifestar-se por uma variedade de sintomas além da condição estética, incluindo dor e inchaço. Quando não tratada, a IVC tende a progredir, frequentemente resultando na síndrome pós-flebitica e na formação de úlceras venosas. O diagnóstico precoce e o manejo adequado da

insuficiência venosa crônica são essenciais para mitigar os sintomas, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O tratamento geralmente envolve abordagens conservadoras, como o uso de meias de compressão, elevação das pernas e prática regular de exercícios, além de intervenções médicas específicas para casos mais avançados. Dessa forma, o presente artigo busca explorar os aspectos-chave da insuficiência venosa crônica, incluindo suas causas, sintomas, diagnóstico e opções de tratamento disponíveis. Ao entender melhor essa condição complexa, pode-se melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados e promover intervenções mais eficazes para o manejo desta doença.

O objetivo deste artigo é reunir informações, mediante análise de estudos recentes, acerca dos aspectos semiológicos do paciente portador de insuficiência venosa crônica, sobretudo aspectos relacionados a epidemiologia da doença e perspectivas atuais de diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, adequado para debater sobre os aspectos semiológicos da doença venosa crônica e a importância das medidas terapêuticas farmacológicas, visando o melhor prognóstico do paciente. É composto por uma análise abrangente da literatura, a qual o método baseou-se por ser uma análise bibliográfica a respeito da insuficiência venosa e seus respectivos aspectos semiológicos, foram recuperados artigos indexados nas bases de dados do PubMed, Lilacs, SciELO,

Latindex e demais literaturas pertinentes a temática, durante o mês de janeiro de 2023, tendo como período de referência os últimos 15 anos.

Foram utilizados os termos de indexação ou descritores: transtorno de coagulação, insuficiência venosa, dermatite ocre, isolados ou de forma combinada. O critério eleito para inclusão das publicações era ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona aos aspectos semiológicos da doença venosa crônica. Os artigos excluídos não continham o critério de inclusão estabelecido e/ou apresentavam duplicidade, ou seja, publicações restauradas em mais de uma das bases de dados. Também foram excluídas dissertações e teses.

Após terem sido recuperadas as informações-alvo, foi conduzida, inicialmente, a leitura dos títulos e resumos.

Posteriormente, foi realizada a leitura completa dos 20 textos. Como eixos de análise, buscou-se inicialmente classificar os estudos quanto às particularidades da amostragem, delimitando aqueles cujas amostras são dos aspectos semiológicos da doença venosa crônica e aqueles cujas amostras são das classificações de cada estágio clínico. Os acometimentos clínicos. A partir daí, prosseguiu-se com a análise da fundamentação teórica dos estudos, bem como a observação das características gerais dos artigos, tais como ano de publicação e língua, seguido

de seus objetivos. Por fim, realizou-se a apreciação da metodologia utilizada, resultados obtidos e discussão.

Resultados e Discussão

A busca dos artigos que compuseram este estudo identificou 155 referências a respeito dos desequilíbrios fisiopatológicos da insuficiência venosa crônica e as repercussões desta nas bases de dados referidas, das quais 33 publicações foram incluídas na revisão. Entre os estudos selecionados, 28 artigos são de abordagem teórica, 1 apresenta desenho transversal, dois artigos tratam de um estudo de caso. Observou-se a prevalência de publicações na língua inglesa, representando 84% do total, quando comparada às línguas espanhola (9,6%) e portuguesa (6,4%).

A doença venosa crônica (DVC) é o transtorno mais comum do sistema vascular periférico e implica, quase que exclusivamente, os membros inferiores.

A insuficiência venosa pode ser categorizada como primária e secundária:

- Insuficiência venosa primária: trata-se de uma entidade idiopática adquirida, de natureza multifatorial e representa o principal determinante de insuficiência venosa.
- Insuficiência venosa secundária: são os episódios de insuficiência venosa secundária a um evento específico, como neoplasia, fístula arteriovenosa, trombose venosa, entre outros. O fator mais comum de insuficiência venosa secundária é o estado obstrutivo pós-trombótico (sequela de TVP).

Quadro clínico

Os portadores de insuficiência venosa crônica sintomática geralmente se queixam sensação de dor,

peso ou fadiga nas pernas. Esses se exacerbam em períodos de ortostatismo prolongado e isso ocorre pois, essa postura favorece a estase venosa nos membros inferiores

As manifestações clínicas tardias abordam a **hiperpigmentação** e o **eczema**. A razão é o extravasamento de macromoléculas como a fibrina e a hemossiderina, associadas à resposta inflamatória crônica. A progressão do processo inflamatório leva à lipodermatoesclerose (fibrose de pele e subcutâneo) e à formação de úlceras

Sinais de insuficiência venosa crônica
Dilatação do sistema venoso superficial (telangiectasias e varizes)
Edema vespertino
Hiperchromia cutânea
Eczema
Fibrose e atrofia cutânea (lipodermatoesclerose)
Presença de ulcerações

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA (CEAP)

Os sinais clínicos da doença venosa crônica podem ser classificados de 0 a 6 conforme a sua aparição.

C1	C2	C3	C4	C5	C6
Telangiectasias	Veias varicosas	Edema (Sem alterações cutâneas)	Alterações cutâneas secundárias a insuficiência venosa	Alterações cutâneas com úlcera venosa cicatrizada	Alterações cutâneas com úlcera venosa aberta

CLASSIFICAÇÃO DE VARIZES



A insuficiência venosa crônica (IVC) pode ser conceituada como o conjunto de manifestações clínicas oriundas da anormalidade (refluxo, obstrução ou ambos) do sistema venoso periférico (superficial, profundo ou ambos), geralmente acometendo os membros inferiores.

7

São considerados os principais sinais e sintomas de IVC: formigamento; dor; queimação; câimbras musculares; inchaço; sensação de peso ou de latejamento; prurido cutâneo; pernas inquietas; cansaço das pernas e fadiga.

Entre os predisponentes de risco para o desenvolvimento da doença podemos citar pessoas com faixa etária avançada, sexo feminino (particularmente no CEAP C1 e 2, nos CEAP C4 a 6 parece não haver distinção), o número de gestações, obesidade e histórico familiar. Os dados quanto a contribuição do fumo, dos contraceptivos orais e da terapia de reposição hormonal na origem da doença venosa permanecem controversos

O histórico do paciente pode auxiliar na distinção de varizes primárias, secundárias ou congênitas.

É indispensável estas informações para afastar causas secundárias: existência de tromboflebite ou TVP anterior; diagnose de trombofilia; traumatismo prévio; mulheres na pré-menopausa com veias varicosas devem ser investigado a respeito de sintomas da síndrome de congestão pélvica (dor pélvica, sensação de peso, dispareunia).

Diagnóstico complementar na doença venosa

Ultrassom com Doppler (USD)

A ultrassonografia com Doppler é o a mais útil meio utilizado para o diagnóstico inicial na abordagem patológica de doenças venosas crônicas. Suas vantagens incluem ser um exame não-invasivo, pode ser repetido tantas vezes quanto necessário, reprodutível, permitindo tanto a avaliação anatômica do sistema vascular venoso, quanto sua fisiologia pela avaliação hemodinâmica. Possibilitando detectar a fisiopatologia do transtorno venoso (refluxo, obstrução, ou ambos) e localizar os segmentos venosos específicos com alterações – sistema profundo, sistema superficial, perfurantes.

Fotopletismografia

O princípio da fotopletismografia reside no reflexo luminoso desencadeado pelos vasos subdérmicos e sua variação conforme o volume de sangue no vaso. Inicialmente elaborado para avaliar a doença arterial, o método foi adaptado para o território venoso onde leva em consideração o tempo de reenchimento local.

Flebografia

A indicação para o uso da flebografia em pacientes com varizes diminuiu significativamente com o advento da USD. Na avaliação das veias superficial, perfurantes e profundas, DUS é pelo menos tão confiável quanto a flebografia. Em situações específicas como no diagnóstico de obstruções de veias pélvicas ou incompetência de veias gonadais e ilíacas e na avaliação de malformações vasculares, quando as alternativa técnicas de imagem não são conclusivas, a flebografia representa uma boa alternativa. Na presença de malformação vascular, síndrome pós-trombótica complexa ou casos de varizes recorrentes, a flebografia pode ajudar a obter informações como a origem do refluxo como no envolvimento de perfurantes e refluxo pélvico.

Angiotomografia venosa (TCV) e angiorressonância venosa (RMV)

Apesar dos grandes avanços nas técnicas de obtenção e reconstrução das imagens do sistema venoso com a utilização de ambos exames, seu emprego na doença venosa permanece restrito. Suas principais indicações ainda residem nos casos onde o USD não é conclusivo, em especial nos casos de estenose ou obstrução do segmento venoso iliacocava e insuficiência de veias gonadais em associação com varizes pélvicas. Doentes com a função renal comprometida representam uma limitação à obrigatória utilização do contraste iônico na CTV e gadolínio na RMV. A RMV necessita de maior tempo para sua realização enquanto a CTV expõe o doente a radiação potencialmente nociva.

Tratamento

É disponível curativos e compressão na doença venosa. Existe uma enorme variedade de curativos e técnicas utilizados para o tratamento local da úlcera venosa. Estudos de melhor qualidade e em grandes populações demonstram de forma ampla todos são boas alternativas, sendo que a sistematização e avaliação constante dos curativos são melhores que curativos aleatórios e não supervisionados. Outro ponto bastante constante foi importância da associação dos curativos com algum tipo de compressão. Independente da técnica ou do material empregado, podemos considerar atualmente a compressão como a peça chave do tratamento conservador, agindo diretamente sobre os mecanismos da fisiopatologia que levam ao aparecimento das úlceras e agravamento da doença. Nesse tópico dispõe-se de uma série de modalidades de compressão que incluem as meias de compressão gradual, bandagens elásticas e inelásticas e compressão intermitente.

A explicação sobre a ação na fisiopatologia da doença venosa parece semelhante entre os meios induzindo uma menor dilatação das veias superficiais e profundas, melhora da ação da bomba da panturrilha e uma ação anti inflamatória que em conjunto determinam um menor edema e a diminuição da pressão venosa ambulatorial. Entretanto, estes achados são baseados em trabalhos de menor qualidade. O emprego de elastocompressão como terapia isolada de longa duração em pacientes sem úlcera, apenas sintomáticos incorre em descontinuação do tratamento em cerca de 30% em dois anos⁵¹ e 50% em três anos de tratamento. Alguns grupos específicos podem ter dificuldade no colocar ou tirar as meias como o caso de idosos, portadores de alguma sequela neurológica, gestantes e obesos, assim como certos grupos podem ter mais frequentemente problemas de adaptação com o uso da meia como obesos e portadores de alterações da pele como no caso de eczema. De forma geral, nos grupos sem úlcera que conseguem manter o tratamento,

pôde ser observado tanto uma melhora dos sintomas, como uma melhora nos questionários de qualidade de vida

Nos casos onde ocorreu a ulceração da pele (CEAP C5-6) o emprego de compressão elástica ou inelástica, com níveis de pelo menos 40mmHg promoveu a cicatrização de forma mais eficiente.

MEDIDAS CLÍNICAS PARA CONTROLE DA INSUFICIÊNCIA VENOSA:

As medidas clínicas têm o objetivo de amenizar os sintomas e controlar a progressão da doença. Todos os pacientes com doença venosa crônica devem ser submetidos a quatro medidas clínicas essenciais:

1. Terapia compressiva (meias elásticas ou bandagem compressiva).
2. Elevação do membro três ou mais vezes ao dia.
3. Exercícios que envolvam a contração da panturrilha.
4. Cuidados com a pele.
- 5.

TRATAMENTO DAS ÚLCERAS VENOSAS

As úlceras venosas devem ser manejadas por meio de elevação do membro e terapia compressiva com bandagens, além de cuidados locais como o desbridamento químico ou mecânico e a aplicação de curativos.

A aplicação de curativos especiais como a bota de unna é bastante realizada para o tratamento de úlceras venosas. A bota consiste em um curativo com óxido de zinco, recoberto por uma bandagem compressiva.

Vale lembrar que a antibioticoterapia sistêmica não deve ser usada de rotina e está reservada aos casos de infecção ativa.

ANTICOAGULAÇÃO PLENA

A anticoagulação plena é o tratamento de primeira escolha para os pacientes com TVP, e o objetivo da terapia com anticoagulantes é reduzir o risco de complicações secundárias, como o tromboembolismo pulmonar e a insuficiência venosa crônica.

A anticoagulação deve ser iniciada da forma mais breve possível e mantida por no mínimo três meses. Para os casos em que os fatores de risco persistirem após esse período, podemos estender a anticoagulação para seis meses, um ano, ou até para toda a vida, caso os fatores de risco sejam perenes.

Entre os principais anticoagulantes disponíveis no mercado, todas as drogas têm eficácia semelhante. Os principais anticoagulantes estão listados abaixo:

- Heparina não fracionada (HNF): essa medicação pode ser revertida com o uso de protamina. Seu uso habitualmente é restrito aos pacientes internados. A monitorização dos efeitos da heparina é feita por meio do tempo de tromboplastina parcialmente ativada (TTPA).
- Heparina de baixo peso molecular (HBPM) – Enoxaparina: a administração da HBPM tem um efeito de dose-resposta mais previsível em relação à HNF, por isso é uma medicação segura para uso ambulatorial. Essa é a medicação de escolha para o tratamento de TVP em gestantes.
- Varfarina sódica: a varfarina é antagonista da vitamina K e atua na redução dos fatores de coagulação K-dependentes (II, VII, IX, X).

A anticoagulação promovida pela varfarina é aferida por meio do tempo de protrombina (TP) e sua faixa terapêutica é definida pelo RNI (relação normalizada internacional), que deve estar entre 2 e 3.

É importante salientar que nos primeiros dias após o início da varfarina pode haver um fenômeno pró-coagulante. Desse modo, nos primeiros dias, a varfarina deve ser administrada juntamente com outro anticoagulante, como a HNF ou a HBPM, para que sejam evitados fenômenos trombóticos.

- Rivaroxabana (Xarelto): a rivaroxabana é uma medicação oral que age inibindo o fator Xa. O teste de escolha para avaliar sua ação terapêutica é a dosagem de anti-fator Xa.

Conclusão

A partir da análise das informações coletadas, pode se explicar que a insuficiência venosa crônica,

majoritariamente possui natureza idiopática e, nesses casos, é chamada de insuficiência primária. Outra grande parte dos casos de insuficiência venosa é consequência de uma seqüela de TVP, nesse caso, a insuficiência venosa é chamada de secundária. As características clínicas marcantes da insuficiência venosa incluem: sensação de cansaço ou dor nas pernas e edema que pioram em posição ortostática, mais evidentes no período vespertino. Há melhora dos sintomas com a elevação do membro. Alterações tardias da insuficiência venosa incluem a hiperpigmentação cutânea, lipodermatoesclerose e as úlceras venosas. O diagnóstico é clínico e pode ser confirmado por meio de ultrassonografia com Doppler colorido. Todos os pacientes com insuficiência venosa devem ser tratados por meio de aplicação de meias elásticas ou ataduras compressivas, além de elevação do membro de três a quatro vezes ao dia, exercícios de flexão plantar e cuidados com a pele. As úlceras venosas devem ser tratadas por meio das mesmas medidas gerais preconizadas para insuficiência venosa crônica, além de cuidados locais com a ferida, como troca de curativos e desbridamento de tecidos desvitalizados. O uso de antibioticoterapia sistêmica só está previsto na vigência de infecção ativa.

Referências

1. Eklöf B, Perrin M, Delis K,T, Rutherford RB, Gloviczky P. Updated terminology of chronic venous disorders: the VEINTERM transatlantic interdisciplinary consensus document. *J Vasc Surg* 2009;49: 498-501
2. Rabe E, Pannier-Fisher F, Bromen K. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie e epidemiologische Untersuchung zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung. *Phlebologie* 2003;32:1e1400)
3. Rabe E. Vein Bonn Study. *Phlebologie* 2006:179e86
4. Criqui MH, Jamosos M, Fronck A, Denenberg JO, Langer RD, Bergan J, et al. Chronic venous disease in an ethnically diverse population: the San Diego Population Study. *Am J Epidemiol* 2003;158:448e56
5. Fowkes FG, Lee AJ, Evans CJ, Allan PL, Bradbury AW, Ruckley CV. Lifestyle risk factors for lower limb venous reflux in the general population: Edinburgh Vein Study. *Int J Epidemiol* 2001;30:846-52.
6. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld D. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol* 2005;15:175e84
7. Rabe E, Guex JJ, uskas A, Scuderi A, Fernandez Quesada F. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program. *Int Angiol* 2012;31:105e15
8. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley V, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein study. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:149e53
9. Graham ID, Harrison MB, Nelson EA, Lorimer, Fisher A. Prevalence of lower-limb ulceration: a systematic review of prevalence studies. *Adv Skin Wound Care* 2003;16: 305e16
10. De Castro-Silva M. Chronic venous insufficiency of the lower limbs and its socioeconomic significance. *Int Angiol* 1991;10:152
11. Cabral ALS. Insuficiência venosa crônica de membros inferiores: prevalência, sintomas e marcadores preditivos. Tese apresentada a Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina para obtenção do título de Doutor em Medicina. 2000. 140p.
12. Maffei FHA, Magaldi C, Pinho SZ. Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. *Int J Epidemiol* 1986;15:210
13. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. *Journal of Vascular Surgery* 1995;21:635-45
14. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Gloviczki ML, Lohr JM, McLafferty RB, Meissner MH, Murad MH, Padberg FT, Pappas PJ, Passman MA, Raffetto JD, Vasquez MA, Wakefield TW; Society for Vascular Surgery; American Venous Forum. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous Diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg.* 2011. 53(5 Suppl):2S-48S. doi: 10.1016/j.jvs.2011.01.079.

