

ÚLCERAS POR PRESSÃO EM REGIÃO ESCAPULAR: DISSECAÇÃO DE ESTRUTURAS RELACIONADAS¹

PELEJA, Marina Berquó¹; **SILVA**, Mariely Fernada da²; **ROCHA**, Allan Vieira³; **LUIZ**, Carlos Rosemberg⁴; **BENETTI**, Edson José⁵; **FIUZA**, Tatiana de Sousa⁶.

Palavras-chave: dissecação, úlceras por pressão, dorso.

BASE TEÓRICA

As úlceras por pressão, de decúbito ou escaras, são lesões cutâneas que surgem em resposta à falta de irrigação sanguínea adequada. Ocorrem por agressões à pele que recobre proeminências ósseas em zonas que são comprimidas, friccionadas ou arrastadas contra uma cama, cadeira de rodas, tala ou outra estrutura rígida durante período prolongado. As principais áreas acometidas são: regiões sacrais, coccígenas, tuberosidades isquiáticas, trocânter maior, calcâneo, maléolos, côndilo medial da tíbia, cabeça da fíbula, escápula, cotovelo, processos acromiais e cristas ilíacas; sendo que 95% das úlceras se desenvolvem na metade inferior do corpo (MOURA et al., 2005).

Esses tipos de lesões, mais comuns em pacientes acamados, representam grande ameaça ao indivíduo, pois, além de causar desconforto, geram uma série de distúrbios no organismo, como a perda significativa de proteínas orgânicas, fluidos e eletrólitos. Isso pode levar a um quadro de debilidade progressiva com consequente baixa na resistência imunológica, o que pode possibilitar a entrada de microorganismos nocivos, como, por exemplo, estreptococos, estafilococos e *Escherichia coli*. Quando não fatais essas infecções prolongam a doença e aumentam os dias de internação do paciente (MOURA et al., 2005).

A etiologia da úlcera por pressão ainda não está totalmente esclarecida, mas é sabido que a pressão contínua sobre a pele leva a fenômenos isquêmicos associado à deficiência de nutrientes e, conseqüentemente, necrose tecidual (COSTA et al., 2005).

¹Resumo revisado pela Coordenadora da Ação de Extensão e Cultura código ICB-58: Prof^a. Dr^a. Tatiana de Sousa Fiuza

Os fatores de risco para essa patogenia são os seguintes: paciente com lesão medular (do tipo tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia), paciente hospitalizado com determinados mecanismo de trauma (arma de fogo, acidente automobilístico, acidentes domésticos), pacientes debilitados, idosos, indivíduos cronicamente doentes, desnutridos, incontinentes, vesical ou fecal, e com distúrbios mentais (COSTA et al., 2005).

Segundo o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), pode-se classificar as úlceras em diferentes graus. O grau I seria caracterizado por eritema não branqueável em pele intacta, à lesão precursora da pele, sendo que em pacientes de pele escura, o calor, o edema, o endurecimento ou a dureza também podem ser indicadores. O grau II é ditado pela perda parcial da pele, que envolve a epiderme, a derme ou ambas. O grau III se dá pela perda da espessura total da pele, podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo, com extensão até a fáscia subjacente, mas não através dessa. E por último, o grau IV, destruição extensa, necrose dos tecidos ou lesão muscular e/ou exposição óssea ou das estruturas de apoio.

OBJETIVOS

Dissecar uma peça anatômica de dorso, a fim de evidenciar nela as estruturas envolvidas na formação de uma úlcera por pressão na região da cintura escapular.

METODOLOGIA

A peça utilizada na dissecação foi um dorso esquerdo de um cadáver, fixada no formol e conservada em glicerina, pertencente ao acervo do Laboratório de Anatomia Humana do Departamento de Morfologia (DMORF), do Instituto de Ciências Biológicas (ICB), da Universidade Federal de Goiás (UFG) destinada ao “Curso de Dissecação Anatômica do DMORF”.

Com o uso de bisturi (cabo nº 4, lâminas nº 22), pinça anatômica de 14 cm, foram feitos cortes superficiais na epiderme da peça. Um na região superior do ombro, com início na linha mediana posterior até alcançar a linha axilar posterior; e outro ao longo da própria linha axilar posterior. Na região mais inferior do dorso não foram feitos cortes, uma vez que a pele abdominal já havia sido dissecada e pendia lateralmente.

Logo em seguida, a começar pela região mais superior e lateral do dorso, rebateu-se a epiderme e a derme. Tal separação foi realizada com a parte não-cortante da lâmina de bisturi, de modo a reduzir possíveis acidentes e ter sua qualidade aumentada. Essa dissecação avançou em sentido diagonal medial-mediano até quase alcançar a linha mediana posterior na extremidade superior. Nesse momento, a dissecação passou a ser em sentido paralelo a essa linha, progredindo até quase a alcançar novamente. Foram deixados dois centímetros não dissecados ao redor da linha mediana dorsal a fim de prover a sustentação da pele retirada.

Para finalizar, fez-se uma dissecação evidenciando os acidentes ósseos da região escapular, espinha da escápula, acrômio e tubérculo maior do úmero, com a retirada da epiderme, derme e da tela subcutânea dessa região.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente trabalho a dissecação evidenciou que a pele do dorso apresenta espessura relativamente grossa. Foram dissecadas e evidenciadas as proeminências ósseas que induzem a formação dessas úlceras nessa região em situações de pouca mobilidade e muita pressão: o acrômio, a espinha da escápula e o tubérculo maior do úmero.

O conhecimento das causas e regiões de formação das escaras é importante pois cerca de 95% das úlceras por pressão são evitáveis, o que torna imprescindível utilizar todos os meios disponíveis para realizar uma eficaz prevenção e tratamento das já estabelecidas (LOURO et al., 2007).

A prevenção da úlcera por pressão é essencial em pacientes que estão inclusos em grupos de risco como idosos com diabetes, acidente vascular cerebral e problemas ortopédicos, os pacientes com lesão medular e aqueles com longa permanência em sala de cirurgia e unidades de terapia intensiva. As principais medidas profiláticas incluem a mudança de decúbito de duas em duas horas, uso de colchões e almofadas especiais para o alívio da pressão e realização de massagem de conforto com emulsão. A proteção das saliências ósseas é de especial importância, pois são os locais mais acometidos por escaras, devendo ser monitorados constantemente (MEDEIROS et al., 2009).

O tratamento deve ser implementado quando as medidas preventivas não foram bem sucedidas. Há diferentes tipos de tratamento: o de nível sistêmico, com

objetivo da melhoria do estado nutricional e redução da infecção; o conservador, realizado no início do aparecimento das lesões; e o tratamento local, que inclui a limpeza cirúrgica, curativos e coberturas.

O primeiro nível sugerido é um tratamento indireto das escaras através da cura de comorbidades que impeça a melhora espontânea dessas úlceras. O nível conservador se dá em lesões em estágio inicial; a recomendação é friccionar bem as regiões avermelhadas com creme hidratante e/ou anti-séptico visando estimular a circulação de sangue e, conseqüentemente, a oxigenação e nutrição da área até que a coloração da pele retome o aspecto normal.

O tratamento cirúrgico é considerado diante de lesões em estágio adiantado, com risco de graves complicações para o paciente. As modalidades mais comuns de cirurgia são o enxerto de pele, debridamento e reconstrução plástica, procedimentos esses que necessitam de suporte pós-operatório e controle de infecção. Outros trabalhos preconizam como tratamento o debridamento, a limpeza da lesão, utilização de soluções, pomadas, curativos industrializados e terapias coadjuvantes. Aplicações com *laser* de baixa intensidade podem acelerar a cicatrização da lesão (RAGEL et al., 1999).

CONCLUSÕES

Úlceras por pressão são lesões que acometem o tecido cutâneo, levando à sua destruição parcial ou total. São comuns em pacientes acamados por longo período e privados de movimentos, ocasionando um quadro de compressão da pele por estruturas ósseas, o que leva a uma lesão isquêmica e conseqüente destruição tecidual. A prevenção é a melhor forma de evitar o surgimento desse tipo de lesão.

Na região escapular, que está entre uma das mais acometidas, as principais proeminências ósseas responsáveis pelo surgimento dessas úlceras são o acrômio, a espinha escapular e o tubérculo maior do úmero. Tais estruturas puderam ser bem observadas na peça dissecada, assim como a pele da região dorsal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COSTA, M. P.; STURTZ, G.; COSTA, F. P. P.; FERREIRA, M. C. F.; BARROS FILHO, T. E. P. Epidemiologia e Tratamento Das Úlceras de Pressão: Experiência de 77 Casos. **Acta Ortopédica Brasileira**. v. 13, n.3,p. 124-33, 2005.

LOURO, M.; FERREIRA, M.; PÓVOA, P. Avaliação de protocolo de prevenção e tratamento de úlceras de pressão. **Revista Brasileira de Terapia**. v.19, n. 3, p. 337-41, 2007.

MEDEIROS, A. B. F.; LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem**. v. 43, n. 1, p. 223-8, 2009.

MOURA, C. E. M., SILVA, L. L. M.; GODOY, J. R. Úlceras de pressão: prevenção e tratamento. **Universitas Ciência da Saúde**. v. 3, n. 2, p. 275-86, 2005.

RANGEL, E. M. L. et al. Prática de graduandos de enfermagem referentes a prevenção e tratamento de úlcera de pressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.7, n.2, p. 89-90, 1999.

-
1. Aluna do curso de Medicina – UFG. marinaberquo@hotmail.com
 2. Aluna do curso de Medicina– UFG. marielyfernanda@gmail.com
 3. Aluno do curso de Medicina – UFG. allan_vieirarochoa@hotmail.com
 4. Professor orientador ICB/UFG. luizmorf@icb.ufg.br
 5. Professor orientador ICB/UFG. ebenetti@icb.ufg.br
 6. Professora orientadora ICB/UFG. tatianaanatomia@gmail.com