

Manual de Prevenção e Tratamento de Lesões por Fricção



FRANK DA SILVA TORRES

LEILA BLANES


TAIS FREIRE GALVÃO

LYDIA MASAÑO FERREIRA

**MANUAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE
LESÕES POR FRICÇÃO**

1ª edição

São Paulo
Frank da Silva Torres
2016



É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte.
Não é permitida a sua comercialização.

Elaboração: Frank da Silva Torres

Leila Blanes

Tais Freire Galvão

Lydia Masako Ferreira

Colaborador: Cícero Ferreira de Aquino

Projeto Gráfico: Raquel G. Costa

Este Manual foi desenvolvido durante o Curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Gestão Aplicadas à Regeneração Tecidual, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Manual de Prevenção e Tratamento de Lesões por Fricção /Frank da Silva Torres et al. 2016

ISBN: 978-85-922485-0-5

27 p. 14,8X21cm

1. Ferimentos e Lesões; 2. Manuais; 3. Fatores de Risco;
4. Prevenção; 5. Cuidados de Enfermagem

I. Torres, Frank da Silva. II Blanes, Leila. III Galvão, Tais Freire. IV. Ferreira, Lydia Masako.

Sumário

1 Introdução.....	1
2 Alterações da pele e o risco da Lesão por Fricção (LF).....	2
3 Identificando a lesão por fricção	3
4 Fatores contribuintes para o desenvolvimento das LFs.....	6
5 Medidas essenciais para prevenção da LF.....	10
6 Medidas de tratamento para as LFs.....	17
7 Programa de redução de risco de Lesão por Fricção (considerações finais).....	24
8 Referências	25

Prefácio

A escassez de informações sobre lesões por fricção no cenário nacional inspirou-nos a construção dessa obra. As lesões por fricção são feridas que acometem extremos de idade, principalmente os idosos. É notório que a expectativa de vida no Brasil tem aumentado nos últimos anos, acarretando um maior número de pessoas idosas que necessitam de cuidados através de internações hospitalares ou cuidados domiciliares. Um grupo de especialistas de diversos países, inclusive do Brasil, tem auxiliado através de consensus nas orientações sobre tratamento e prevenção de lesões por fricção. O Manual de Lesões por Fricção é um recurso que apresenta as causalidades, recomendações preventivas, orientações no manejo da ferida e na escolha das coberturas tópicas indicadas para o tratamento. Manuais de saúde são uma forma de orientação para usuários que necessitam de esclarecimentos referentes às suas necessidades e também é um instrumento que fortalece o entendimento das informações, auxiliando na compreensão e na adesão ao tratamento. O objetivo desse manual é direcionar profissionais de enfermagem na identificação de riscos, promover ações preventivas e indicar alternativas de tratamento para essas feridas. Esse manual é uma alternativa de material educativo para os centros de atendimentos de cuidados paliativos e da pessoa idosa, serviços de reabilitação, além de instituições de saúde.

1

Introdução

A Lesão por Fricção é uma ferida frequente nos extremos da idade, na criança e no idoso e isso reflete em alguns estudos sobre prevalência de feridas em que se identifica um aumento de casos de lesões de pele tanto em pacientes internados como naqueles em cuidados domiciliar^{1,6}. O *Star Skin Tear Classification* foi criado por Payne & Martin (1990)⁷ e revisado por Carville (2007)⁸ para conceituar a lesão por fricção.

Em 2010 Strazzieri⁹, em sua dissertação de mestrado apresenta a validação da escala para o Brasil. A escala STAR especifica as características definidoras da ferida, seus cuidados e também detalha aspectos importantes, inerentes às lesões por fricção. Considerando o processo de envelhecimento destaca-se que idosos, entre os pacientes hospitalizados, são o grupo de maior risco de desenvolvimento de lesão por fricção^{10,11}. Tendo em mente que representam um percentual significativo nos cenários domiciliar e hospitalar propõe-se criação de um Manual de Lesão por Fricção.

O objetivo deste manual é favorecer a consulta rápida para avaliar, o risco, o diagnóstico, profilaxia e o tratamento das lesões por fricção. O Manual de Prevenção e Tratamento de Lesões por Fricção, é um instrumento criado para direcionar os profissionais de saúde no manejo de pessoas com lesões por fricção, facilitar a identificação dos riscos e desenvolver a cultura de prevenção dessas feridas.

2 Alterações da pele e o risco da Lesão por Fricção (LF)

A pele é o maior órgão do corpo humano e constitui a primeira linha de defesa do organismo, além de participar da termorregulação, da excreção de água e eletrólitos e das percepções táteis de pressão, dor e temperatura sendo assim constituída: epiderme, derme e tecido conjuntivo subcutâneo. Qualquer lesão que leve a uma quebra da continuidade da pele pode ser chamada de ferida, as causas mais frequentes são: o trauma (mecânico, físico ou químico), a isquemia, a pressão e a cirurgia ^{12,14}.

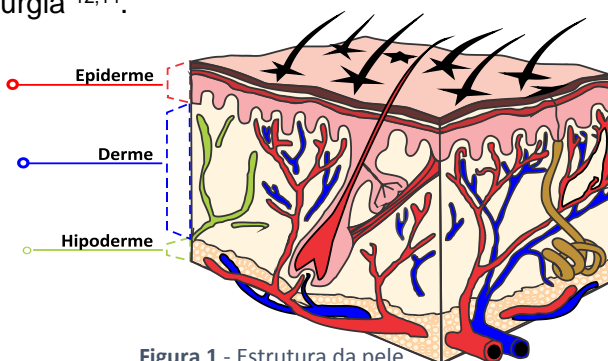


Figura 1 - Estrutura da pele

A epiderme é muito fina, cerca de 1 milímetro, recebe oxigênio e nutrientes através da derme, pois não tem o seu próprio fornecimento de sangue. Está firmemente ligada à derme na junção dermo epidérmica. Com o envelhecimento diminui gradualmente, particularmente após a idade de 70 anos, com uma interface achatada entre a epiderme e a derme. Isto reduz a sua resistência ao cisalhamento. A afinamento da pele torna mais susceptível a forças mecânicas, tais como fricção e cisalhamento. ¹⁵⁻¹⁷

A derme é constituída de tecido conjuntivo e outros componentes, tais como vasos sanguíneos e linfáticos, macrófagos, células endoteliais e fibroblastos. Ocorre uma redução do colágeno e elastina tornando mais suscetíveis a fricção e cisalhamento. O afinamento da derme provoca uma redução no fornecimento de sangue para a área, do número de terminações nervosas e colágeno. Isto por sua vez conduz à uma diminuição da sensação, controle da temperatura, rigidez e controle da umidade. ¹⁸

A hipoderme, logo abaixo da derme, é composta de tecido adiposo e tecido conjuntivo. Quando a pele perde elasticidade e resistência, a sua função de proteção é reduzida. Com o envelhecimento ocorrem alterações vasculares e na espessura da hipoderme, estando a pele propensa a lesões tais como equimose e púrpura senil. ^{11,19}

3

Identificando a lesão por fricção

Conceito de Lesão por Fricção

A lesão por fricção (LF) é uma ferida rasa, limitada à derme e que tem como característica principal a presença de um retalho de pele em algum momento de sua evolução (Figura 2). O retalho pode ser denominado retalho epidérmico, quando o traumatismo separa a epiderme da derme (ferida de espessura parcial) e retalho dermoepidérmico, que ocorre quando epiderme e derme permanecem unidas e o traumatismo as separa das estruturas subjacentes (ferida de espessura total) ⁷. Recentemente foi descrito que as lesões por fricção podem resultar numa separação parcial ou total das camadas externas da pele. Tais lesões podem ocorrer devido à força de cisalhamento, atrito ou a um trauma sem corte, fazendo com que a epiderme se separe a partir da derme (ferida de espessura parcial) ou tanto a epiderme e a derme se separem das estruturas subjacentes (ferida de espessura total) ²⁰.

O Sistema de Classificação *Skin Tear Audit Research (STAR)* – Lesão por Fricção, classifica essas feridas em cinco categorias que examina a presença/ausência do retalho da pele e sua viabilidade, apresenta um glossário de termos inerentes à LF seguido de orientações ⁹. Equivalente ao Sistema STAR foi desenvolvida uma classificação denominado pelo *International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP)* de *Skin Tear Classification* que avalia a presença/ausência do retalho cutâneo. Essas lesões podem ser categorizadas em: (Tipo 1) sem perda da pele, (Tipo 2) com perda parcial do retalho, e (Tipo 3) com perda total do retalho. Essa classificação ainda está em processo de validação na língua portuguesa do Brasil ²¹.



Figura 2 - Lesão por fricção

Como são classificadas as lesões por fricção?

As LFs foram classificadas e adaptadas para a língua portuguesa por STRAZZIERI-PULIDO & SANTOS em 2010⁹ como Sistema de Classificação STAR – Lesão por Fricção. Sendo as LFs assim classificadas:

Categoria 1a:

Lesão por fricção, cujo retalho cutâneo pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida opaca ou escurecida.



Categoria 1b:

Lesão por fricção, cujo retalho cutâneo pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida opaca ou escurecida.



Categoria 2a:

Lesão por fricção, cujo retalho cutâneo não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida.



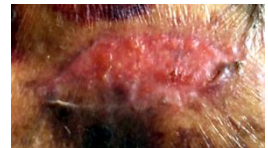
Categoria 2b:

Lesão por fricção, cujo retalho cutâneo não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva); coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida.



Categoria 3:

Lesão por fricção, cujo retalho cutâneo está completamente ausente.



Localizações anatômicas mais frequentes das lesões por fricção

As lesões por fricção ocorrem principalmente nos membros superiores e inferiores de pessoas idosas ^{20,22,25}. Em crianças os adesivos médicos estão entre as principais causas ²⁶.

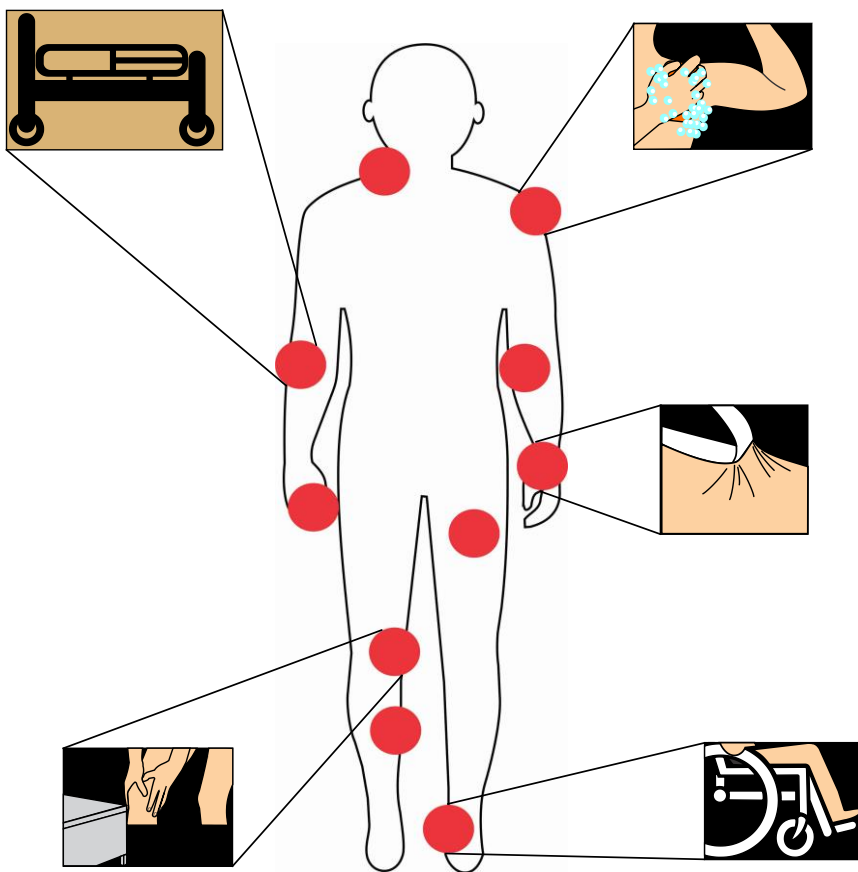


Figura 3 - localização mais frequentes de LF

4

Fatores contribuintes para o desenvolvimento das lesões por fricção

Os principais fatores de risco que predispõe um indivíduo a desenvolver Lesão por Fricção são: ^{7,8,10,11,20,23,25,27,28}

Fatores Intrínsecos

Quadro 1. Fatores Intrínsecos associados ao risco para lesões por fricção

Extremos de idade (recém-nascido) e muito idoso (>75 anos)
Imobilidade (cadeirante/ acamado)
Dificuldade de locomoção/desequilíbrio
Ingestão nutricional inadequada
Demência
História prévia de lesões por fricção
Alterações neuromusculares (rigidez/espasticidade/contraturas articulares)
Deficiência mental
Neuropatia
Pele seca / descamativa e frágil
Equimoses
Púrpura senil
Problemas vasculares
Problemas cardíacos
Problemas pulmonares
Deficiência visual/ auditiva
Incontinência/continência
Edema de membros
Fraqueza muscular
Hemiplegia/paraplegia
Agitação
Paralisia
Unhas compridas

Quadro 2. Fatores Extrínsecos associados ao risco de lesões por fricção

Uso de corticoides
Esteroides – sistêmicos ou tópicos
Anticoagulante
Coleta de sangue
Polifarmácia
Dependentes para as atividades de vida diária
Utilização de órteses
Ato de vestir e retirar meias
Remover fitas adesivas
Transferências e quedas
Próteses
Contenções
Produtos destinados à limpeza da pele
Uso inadequado de barreiras protetoras de pele

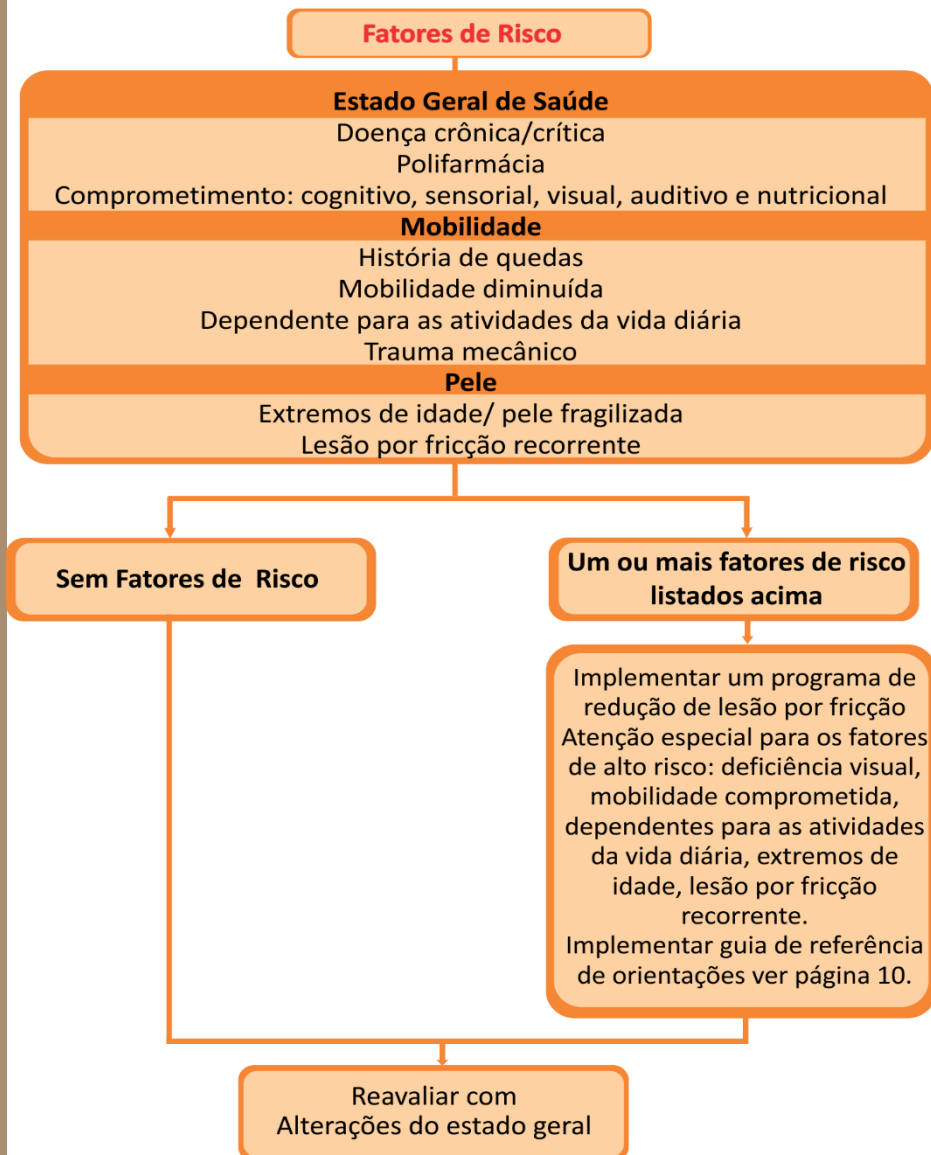


Figura 4 - Fatores de risco



Figura 5 - Alterações da pele no envelhecimento

5

Medidas essenciais para prevenção da lesão por fricção

Embora não exista instrumento de identificação de risco específico para lesão por fricção^{32,33}. A identificação dos riscos e os cuidados com a pele constituem um importante mecanismo de intervenção para evitar lesão por fricção^{11,34}. Os cuidados para prevenção de lesão por fricção baseiam-se nos pilares daqueles identificados com risco de acordo com os critérios a seguir.

estado geral de saúde

Comportamento
Cognitivo.
Aspectos nutricionais.
Polifarmácia.
Alterações sensoriais,
auditivas e visuais.

mobilidade

Questões relacionadas com a mobilidade.
Assistência para as atividades de vida diária.
Riscos de queda ou história de quedas.
Traumas mecânicos (não relacionados a mobilidade)

cuidado com a pele

Extremos de idade.
Alterações da barreira protetora da pele.
História prévia de lesão por fricção.

Quadro 3. Recomendações para os fatores de risco associados ao comportamento cognitivo.

Estado Geral de Saúde ^{20,22,24,25,28,29,35}			
Comportamento Cognitivo (avaliar o estado cognitivo)	Individual / Paciente	Profissionais da Saúde	Instituição de Saúde
Níveis alterados da cognição em idosos, crianças e indivíduos com doenças crônicas e críticas levam a um aumento de risco de desenvolver lesão por fricção. O comportamento agressivo, agitação associado com cognição alterada e presença de demência favorecem o risco de traumas e autolesão resultando em LF.	Participar ativamente no cuidado. Ter reconhecimento do ambiente.	Avaliar o estado cognitivo. Orientar individualmente aos cuidadores quanto a segurança precauções e risco de LF. Proteger o indivíduo de automutilação quando possível.	Implementar um programa de redução de LF que inclua a diminuição do risco associado com comprometimento cognitivo. Incluir incidência e prevalência de LF em auditoria em feridas.

Aspectos Nutricionais

Quadro 4. Recomendações para os fatores de risco associados aos aspectos nutricionais.

Estado Geral de Saúde <small>20,22,25,28,36,39</small>			
Aspectos Nutricionais	Individual / Paciente	Profissionais da Saúde	Instituição de Saúde
<p>Tanto pacientes obesos quanto desnutridos podem estar em risco de lesão por fricção. O monitoramento nutricional inclui observar, valores da subescala de Braden (nutrição), índice de massa corporal (<20Kg), perda de peso involuntária, dificuldade de mastigação, falta de dentadura ou dentes, valores laboratoriais de zinco, albumina, pré-albumina. Se um paciente consumir menos que 50% de suas refeições por mais de 3 dias solicitar avaliação do nutricionista. A desnutrição pode causar retardo na cicatrização do tecido danificado e aumentar risco de infecção.</p> <p>Avaliar a desidratação através do monitoramento das eliminações, turgor da pele, valores laboratoriais de sódio e osmolaridade sérica. A reposição de líquidos e eletrólitos é necessária e ainda vitaminas A, B, C, D, ferro, zinco, cobre são importantes para manter a pele saudável.</p>	<p>Otimizar a nutrição e hidratação.</p>	<p>Encaminhar a um nutricionista para otimizar a nutrição e hidratação.</p> <p>Estimular e acompanhar a nutrição e ingestão de líquidos adequadas à idade e estado fisiológico.</p> <p>Aumentar a ingestão de líquidos conforme apropriado. Atenção com os extremos de peso (bariátrico ou caquético) exigem cuidado extra para evitar lesões por fricção.</p>	<p>Implementar um programa de redução de lesão por fricção, que inclua otimização de suporte nutricional e hidratação. Incluir prevalência e incidência de lesão por fricção em auditoria em feridas</p>

Polifarmácia

Quadro 5. Recomendações para os fatores de risco associados à polifarmácia.

Estado Geral de Saúde <small>20,22,25,28,29,39</small>			
Polifarmácia	Individual / Paciente	Profissionais da Saúde	Instituição de Saúde
<p>Polifarmácia é uso de múltiplos medicamentos que pode predispor o doente a interações, reações medicamentosas ou confusão em especial pacientes idosos. Estar ciente de que o uso dos antibacterianos, anti-hipertensivos, analgésicos, antidepressivos tricíclicos, anti-histamínicos, anticoagulante, drogas antineoplásicas, drogas anti-psicóticas, diuréticos, agentes orais diabéticos, drogas anti-inflamatórias não esteroides, contraceptivos orais e esteroides podem causar diversas reações cutâneas ou processos inflamatórios.</p> <p>Atentar para o uso de corticoides que podem interferir na síntese de colágeno, regeneração epidérmica e no surgimento de lesões por fricção.</p>	<p>Conscientizar o paciente do uso racional de medicamentos , eventuais alterações na pele, principalmente os corticoides.</p> <p>Discutir com familiares e médicos sobre todos os medicamentos em uso.</p>	<p>Monitorizar os efeitos da polifarmácia na pele do indivíduo com orientações de uma equipe multidisciplinar.</p> <p>Realizar restrição medicamentosa.</p>	<p>Implementar um programa de redução de LF com apoio de uma equipe multidisciplinar para vigiar e prevenir a polifarmácia.</p> <p>Inserir alerta automático na prescrição de medicamentos ou doses prejudiciais à pele do paciente.</p> <p>Incluir prevalência e incidência de LF em auditoria em feridas.</p>

Alterações sensoriais, auditivas e visuais / Assistência para as atividades da vida diária

Quadro 6. Recomendações dos fatores de risco associados as alterações sensoriais, auditivas e visuais

Estado Geral de Saúde <small>20,22,26,28,40</small>			
Alterações sensoriais, auditivas e visuais	Individual / Paciente	Profissionais da Saúde	Instituição de Saúde
<p>As doenças crônicas, críticas e extremos de idades podem levar a alterações sensoriais, auditivas, visuais. O envelhecimento pode colocar os pacientes em risco de lesão de pele, retardar a cicatrização e aumentar risco de doenças crônicas (diabetes, demência e doença vascular).</p> <p>As alterações sensoriais, auditivas e visuais têm forte ligação com episódios de queda, o que facilita o surgimento de lesões por fricção.</p>	<p>Participar ativamente do cuidado.</p> <p>Ter reconhecimento do ambiente.</p>	<p>Proporcionar um ambiente seguro.</p> <p>Implementar um programa de avaliação de redução de quedas.</p> <p>Avaliar calçados.</p> <p>Assegurar que os indivíduos evitem uso de roupas que possam ferir a pele (Ex: roupa muito apertada ou com zíper).</p> <p>Orientar os cuidadores sobre as questões relativas aos riscos de lesões por fricção.</p>	<p>Implementar um programa abrangente de redução de lesões por fricção que inclua diminuir os riscos associados como alteração do estado sensorial, déficit visual, auditivos e neuropatia periférica.</p> <p>Incluir a prevalência e incidência de lesão por fricção no programa de auditoria em feridas.</p>

Quadro 7. Recomendações dos fatores de risco associado à assistência para as atividades da vida diária.

Mobilidade <small>20,22,24,27,28,41,42</small>			
Assistência para as atividades da vida diárias	Individual / Paciente	Profissionais da Saúde	Instituição de Saúde
<p>As atividades da vida diária incluem rotina do dia a dia como: vestir roupas, tomar banho, posicionamento e transferência.</p> <p>Frequentemente indivíduos adquirem lesões por fricção com essa prática diária principalmente aqueles que dependem de outro para a realização dessa atividade.</p>	<p>Participar ativamente no cuidado.</p> <p>Ter conhecimento do ambiente</p>	<p>Fornecer proteção contra trauma durante o atendimento de rotina e atividade da vida diária.</p> <p>Utilizar técnicas adequadas de transferências e reposicionamento.</p> <p>Promover um ambiente seguro.</p> <p>Educar individualmente cuidadores com técnicas adequadas de transferência e posicionamento.</p>	<p>Incluir prevalência e incidência de LF em auditoria em feridas.</p>

Questões relacionadas com a mobilidade / História ou risco de quedas

Quadro 8. Recomendações dos fatores de risco associado à mobilidade.

Mobilidade <small>20,22,23,24,25,28,35</small>			
Questões relacionadas com a mobilidade	Individual / Paciente	Profissionais da Saúde	Instituição de Saúde
<p>A mobilidade alterada limita o movimento físico voluntário do corpo.</p> <p>As lesões são frequentemente relacionadas com uso de cadeiras de rodas, quedas, transferências, traumas e contusões ao esbarrar em objetos.</p> <p>Profissionais de saúde devem estar atentos em identificar pacientes com alteração da mobilidade pois há associação com LF.</p>	<p>Participar ativamente no cuidado.</p> <p>Ter reconhecimento do ambiente.</p>	<p>Utilizar técnicas de manuseio e equipamento seguro.</p> <p>Realizar o monitoramento e avaliação diária da pele para lesão por fricção.</p> <p>Promover cuidados especiais para pacientes com extremo peso (bariátricos, abaixo do peso e caquéticos).</p> <p>Estofar grades das camas e cadeiras de rodas.</p>	<p>Implementar um programa global de redução de LF minimizando os riscos associados às questões relacionadas com a mobilidade.</p> <p>Incluir prevalência e incidência de LF em auditoria em feridas.</p>

Quadro 9. Recomendações dos fatores de risco associado com história ou risco de quedas.

Mobilidade <small>20,22,24,25,26,28,40,43,44</small>			
História ou risco de quedas	Individual / Paciente	Profissionais da Saúde	Instituição de Saúde
<p>Queda é definida como uma mudança repentina e não intencional da posição do corpo. Os fatores predisponentes para quedas são diversos como: marcha e equilíbrio instáveis, músculos fracos, visão prejudicada, uso de medicamentos, demência, tapetes, desorganização do ambiente, sapatos mal ajustados, iluminação inadequada, urgência urinária, doenças neurológicas. Esses fatores contribuem para o surgimento de lesões por fricção por episódio de queda</p>	<p>Participar ativamente no cuidado.</p> <p>Ter reconhecimento do ambiente.</p> <p>Utilizar dispositivos auxiliares (bengalas e andadores) quando prescritos.</p> <p>Participar com os cuidadores de atividades de prevenção de quedas quando estiver capacitado.</p>	<p>Iniciar programa de prevenção de quedas por unidade / instituição / local de trabalho, incluir pacientes pediátricos, neonatais quando apropriado.</p> <p>Criar um ambiente seguro.</p> <p>Remover a desordem do ambiente.</p> <p>Certifica-se das técnicas de manuseio e equipamento seguro.</p>	<p>Implementar um programa integral de redução de lesão por fricção que inclua prevenção de quedas.</p> <p>Incluir a prevalência e incidência de LF.</p>

Traumas Mecânicos

Quadro 10. Recomendações dos fatores de risco associado ao trauma mecânico

Mobilidade <small>8,20,24,26,28,45,46</small>			
Traumas Mecânicos (não relacionada a auxílio de mobilidade)	Individual / Paciente	Profissionais da Saúde	Instituição de Saúde
<p>Fatores intrínsecos, genéticos, biológicos e idade apresentam suscetibilidade para desenvolver feridas. A imaturidade da pele, alterações da pele com o envelhecimento, pele afetada por doenças agudas e crônicas uso de adesivos, tomar banho e reposicionamento aumentam o risco de trauma mecânico. Entre os neonatos o trauma mecânico é a primeira causa de lesão por fricção</p>	<p>Participar ativamente do cuidado.</p> <p>Ter reconhecimento do ambiente.</p> <p>Praticar ações de cuidados para redução da incidência de LF.</p> <p>Organizar o ambiente.</p> <p>Evitar o uso de adesivo na pele</p>	<p>Implementar atividades seguras para aqueles que estão em risco para LF</p> <p>Oferecer às pessoas em risco roupa de proteção como camisas de mangas compridas, calças compridas, meias até o joelho, almofadas para proteção dos cotovelos.</p> <p>Garantir ambiente seguro: acolchoar os trilhos da cama, cadeira de rodas com repouso para pernas, bordas de móveis e outros objetos que possam causar trauma, fechados. Remover equipamentos desnecessários do meio ambiente, e manter ambiente bem iluminado.</p> <p>Iniciar um programa de prevenção de quedas na instituição / local de trabalho. Pode incluir a população pediátrica quando apropriado.</p> <p>Usar posicionamento adequado, com técnicas seguras ao manipular o paciente.</p> <p>Fornecer proteção extra (cobertura) de pele para indivíduos com extremo de peso (bariátrico, baixo peso ou caquético).</p> <p>Orientar funcionários / cuidadores sobre a prevenção e tratamento de LF.</p>	<p>Implementar um programa de redução de lesão por fricção, que inclua a redução de risco associado com trauma mecânico.</p> <p>Utilizar produtos tópicos atraumáticos para os cuidados com feridas, para minimizar risco de Lesões por Fricção na limpeza / ou remoção do curativo.</p>

Pele

Quadro 11. Recomendações dos fatores de risco associados à pele.

Cuidados com a pele <small>20,22,24,28,29,36,39,47,48</small>			
Pele	Individual / Paciente	Profissionais da Saúde	Instituição de Saúde
<p>A Lesão por Fricção frequentemente desenvolve em indivíduos com extremo de idade, doentes críticos, e que requerem assistência do cuidador. A pele sofre alterações no decorrer do tempo tais como: a atrofia do subcutâneo principalmente nas mãos, pernas e região plantar dos pés. A diminuição da elasticidade, resistência e umidade, xerose cutânea, purpura senil, produtos inadequados para limpeza da pele são fatores que favorecem a vulnerabilidade da pele a lesões por fricção.</p>	<p>Participar ativamente do cuidado.</p> <p>Ter reconhecimento do ambiente.</p> <p>Reconhecer os riscos de LF e como reduzir.</p> <p>Praticar ações de cuidado para redução da incidência de LF.</p>	<p>Implementar atividades seguras para aqueles em risco de LF como:</p> <p>Aplicar hidratante sem perfume após o banho com a pele ainda úmida e não molhada (hidratação duas vezes ao dia).</p> <p>Utilizar água morna no banho.</p> <p>Utilizar sabão líquido com pH neutro (ácido) para limpeza da pele.</p> <p>Oferecer roupas de proteção como camisas de mangas compridas, calças compridas, meias até o joelho, almofadas para proteção dos cotovelos.</p> <p>Evitar produtos de adesivos na pele frágil. Caso seja necessário utilizar fitas de silicone, de camada de contato não aderente, curativo de espuma não aderente, ou outros curativos tópicos formulados especificamente para manejo de LF, assegurar a remoção adequada de todos os adesivos.</p> <p>Manter as unhas curtas do cuidador e paciente, removendo as pontas endurecidas para evitar autolesão na pele.</p> <p>Orientar funcionários / cuidadores sobre a importância dos cuidados na prevenção.</p>	<p>Implementar um programa abrangente de redução de lesão por fricção, o que inclui considerações relacionadas com a pele e extremos de idade.</p> <p>Oferecer suporte para terapia tópica não traumática como opção para tratamento de lesões por fricção quando ocorrerem para minimizar danos maiores à pele.</p> <p>Incluir a prevalência e incidência de Lesões por Fricção em um programa de auditoria em feridas.</p>

6

Medidas de tratamento para lesões por fricção

Como avaliar a LF?

Para iniciar a avaliação das lesões por fricção, é necessário conhecer a idade do paciente, estado nutricional, avaliar sua ferida, determinar a história clínica, comorbidades, estado geral de saúde e potenciais de cura da lesão. Entre as especificações da avaliação das lesões deve-se estabelecer a causa com os seguintes questionamentos: quando, onde e como ocorreu a lesão por fricção. É importante estabelecer os seguintes critérios:^{14,18}

- Localização anatômica e duração da lesão por fricção.
- Dimensão (comprimento, largura e profundidade).
- Características do leito da ferida e potencial de viabilidade do tecido não viável.
- Aspectos e quantidade do exsudato.
- Presença de sangramento e hematoma.
- Área de necrose no retalho.
- Integridade da pele ao redor.
- Sinais e sintomas de infecção.
- Presença de dor.

As lesões por fricção devem ser categorizadas (conforme Classificação STAR – Lesão por Fricção ou ISTAP) e todas as informações devem ser cuidadosamente documentadas.

Instruções para realização de cuidados com lesão por fricção

Os principais objetivos na gerência de cuidados são preservar o retalho de pele, proteger o tecido circundante, reaproximar as margens da ferida sem alargamento da pele, e reduzir o risco de infecção com os seguintes passos:¹⁴

- Controle do sangramento (Hemostasia)

- Aplicar pressão sobre a lesão e elevar o membro se apropriado.

- Limpar a ferida

- Utilizar a solução salina normal ou água (limpa/potável), surfactantes não iônicos para limpar a ferida e remover resíduos de hematomas ou detritos. Sugere-se uma limpeza de baixa pressão para proteger o tecido viável.
- Secar delicadamente a pele circundante para evitar lesões.

- Aproximar o retalho cutâneo

- Se o retalho cutâneo for viável, facilitar o retorno da aba ao local correto utilizando uma gaze umedecida, ou dedo enluvado ou uma pinça. Tiras de silicone podem ser utilizadas como curativo.
- Se a aba apresenta dificuldade de alinhar, considere o uso de compressa de gaze úmida e aplicar por 5 -10 minutos na área até reidratar a aba, antes de reposicionar.
- Realizar avaliação da ferida e classificar.
- Documentar os achados.
- Aplicar um produto de barreira apropriado para proteção da pele ao redor da ferida (soluções líquidas ou cremes).

Instruções para realização de cuidados com lesão por fricção

- Aplicar curativo

- Selecionar um curativo adequado (conforme indicação do Quadro 12). Considerar o uso de adesivo em tiras para fechamento da ferida, mantenha espaço entre cada tira para facilitar a drenagem e evitar tensão sobre as margens.
- Se possível deixe o curativo no leito da ferida por vários dias para evitar a manipulação da margem.
- Caso utilize curativo opaco marque com uma seta para indicar a direção preferida da remoção e registre as informações (Figura 6).

- Avaliar e reavaliar

- Em cada troca de curativo, levantar delicadamente para remover o curativo evitando elevar o retalho cutâneo. Considere o uso de solução fisiológica, emolientes ou removedor de adesivo para remover e minimizar traumas na pele periferida.
- Ao limpar a ferida, tome cuidado para não romper o retalho cutâneo.
- Monitore as mudanças na ferida e mantenha a integridade da pele.
- Se o retalho estiver pálido ou escuro é importante reavaliar entre 24 - 48h.
- Desbridamento é necessário em retalho cutâneo com tecido desvitalizado.
- Observe, na ferida, sinais e sintomas de infecção (especialmente em pacientes diabéticos), incluindo o aumento da dor, edema e mau cheiro.
- Implementar cuidados com a pele com intervenções preventivas para evitar novas lesões por fricção.

Orientações para aplicações de curativos nas lesões por fricção

14,31

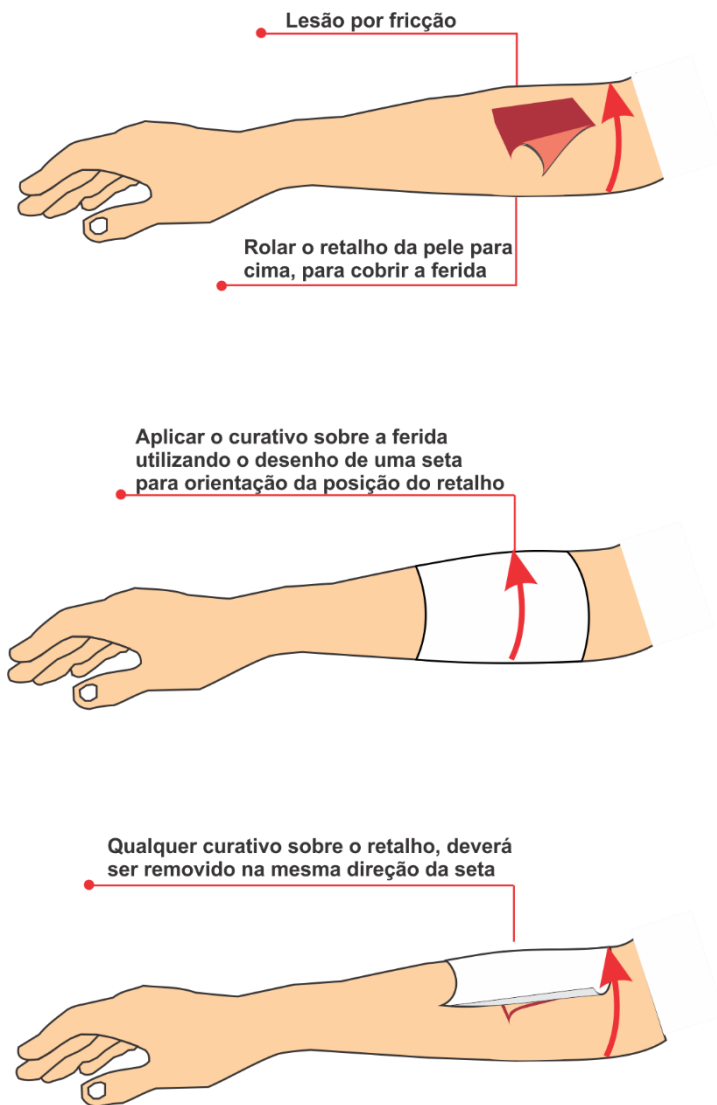


Figura 6 - Aplicação do curativo em LF

Orientações gerais para avaliação da lesão por fricção²²

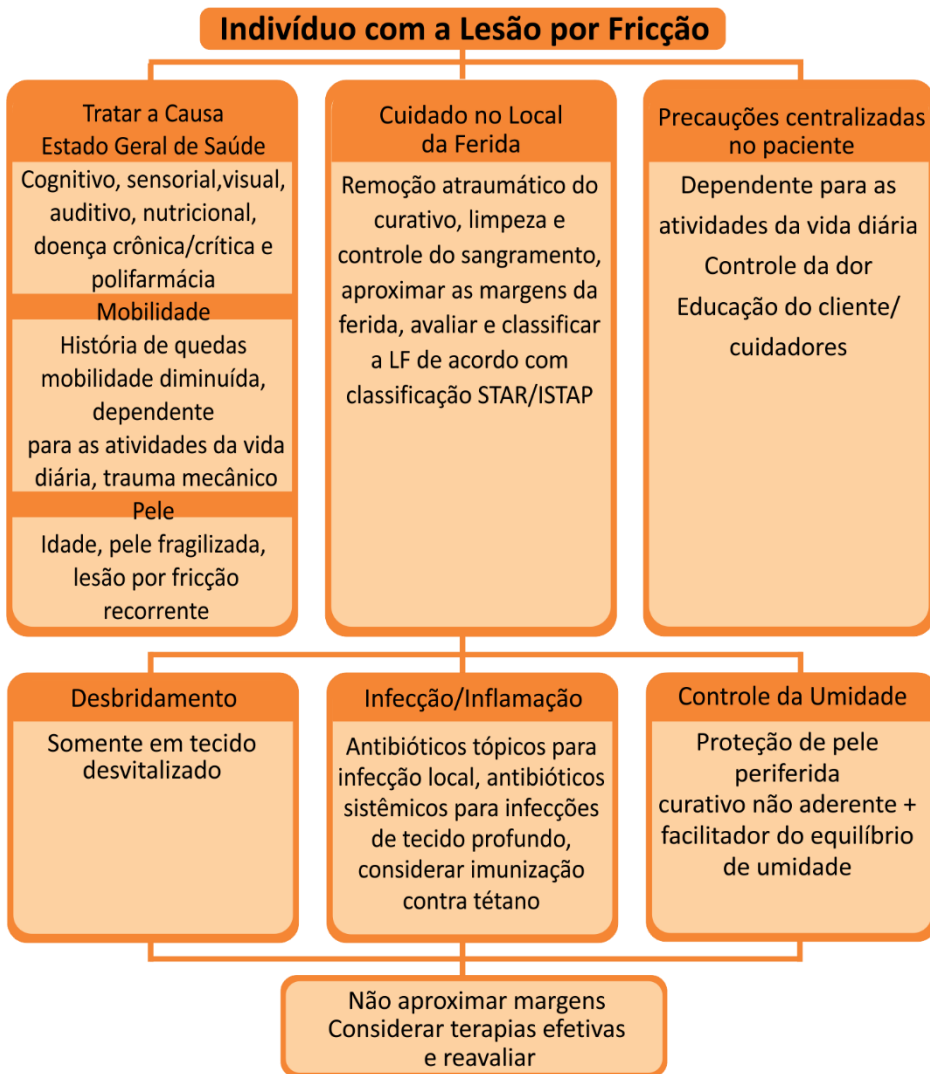


Figura 7 - Critérios de avaliação da lesão por fricção

Algoritmo de conduta e tratamento da Lesão por Fricção²²

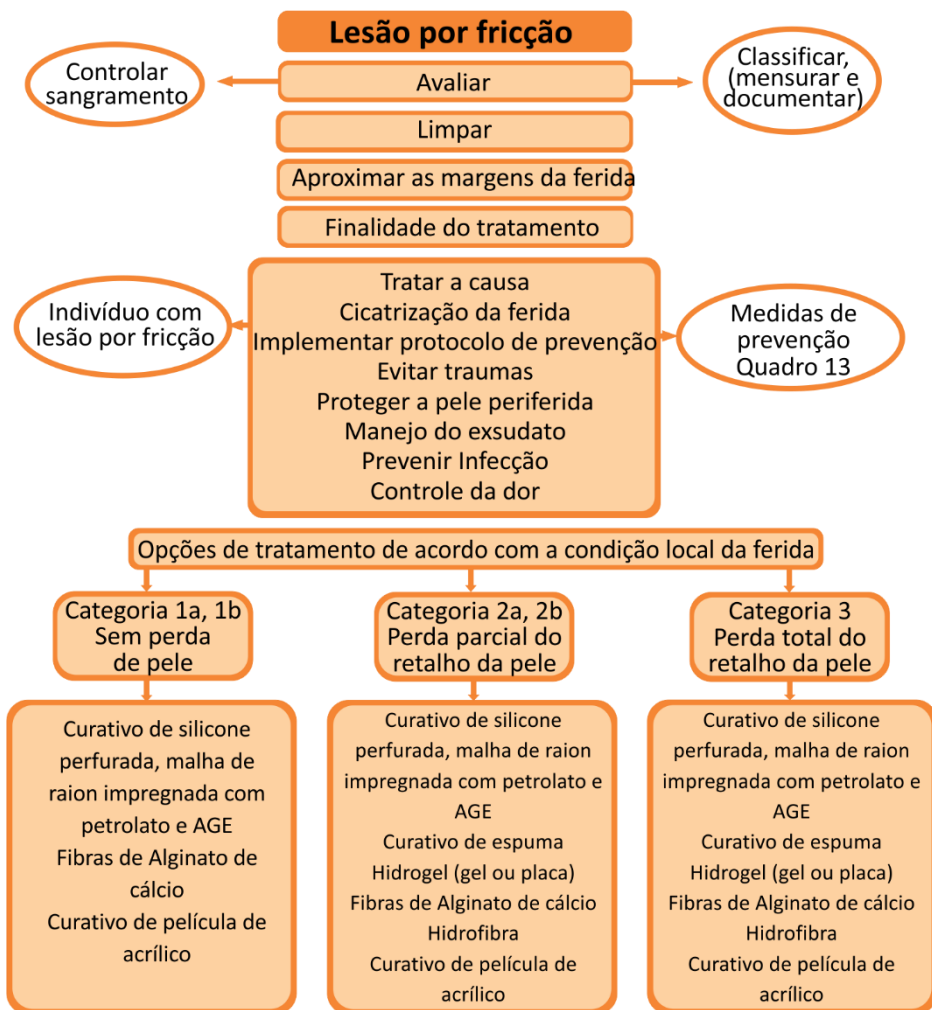


Figura 8 - Conduta e tratamento da lesão por fricção

Coberturas tópicas para as LFs ⁴⁹

Quadro12. Indicação de curativos para lesões por fricção de acordo com sua classificação.

Tipo de coberturas	Indicação	Categoria da lesão por fricção	Considerações
Curativo não aderente (curativo de silicone perfurado, malha de raion impregnada com petrolato ou AGE)	Ferida seca e exsudativa	1a, 1b, 2a, 2b e 3	Mantém o equilíbrio da umidade em variados níveis de exsudato da ferida, remoção atraumática. Pode ser necessário cobertura secundária.
Curativo de Espuma	Exsudato moderado, tempo de permanência de 2 - 7 dias, dependendo dos níveis de exsudação)	2a, 2b e 3	Precaução com cobertura de espuma de adesivo nas bordas. Usar versões não adesivas quando possível, para evitar trauma da ferida.
Hidrogel	Oferece umidade para feridas secas	2a, 2b e 3	Precaução em ferida exsudativa pois pode resultar em maceração periférica. Para desbridamento autolítico em feridas com pouco exsudato exige cobertura secundária.
Alginato de cálcio	Moderada a grande exsudação e hemostático.	1a, 1b, 2a, 2b e 3	Se houver pouca exsudação, o curativo pode ficar aderido ao leito da ferida. Exige curativo secundário.
Hidrofibra	Moderada a grande exsudação.	2a, 2b e 3	Sem propriedades hemostáticas, se houver pouca exsudação, o curativo pode ficar aderido ao leito da ferida. Exige curativo secundário.
Curativo de película de acrílico transparente	Exsudato leve a moderado, sem qualquer evidência de sangramento. Pode permanecer na ferida por um período prolongado.	1a, 1b, 2a, 2b e 3	Cuidado na remoção. Deve ser direcionado o uso em caso de permanência prolongada.
Considerações especiais para infecção de Lesão por Fricção ⁴⁹			
Curativo com prata iônica	Ação antimicrobiana, de amplo espectro eficaz incluindo organismos resistentes.	1a, 1b, 2a, 2b e 3	Não deve ser usado por um período prolongado sem reavaliação periódica, contraindicado em pacientes com alergia a prata, utilizar somente quando houver suspeita ou confirmação da infecção de lesão profunda, utilizar cobertura não aderente como cobertura secundária para minimizar o risco de trauma adicional.

7

Programa de redução de risco de lesão por fricção (considerações finais)

O programa de redução de risco de lesões por fricção, baseia-se em três categorias: a pele, a mobilidade e o estado geral de saúde. O reconhecimento precoce de pessoas em risco é estratégia essencial para prevenção ²².

Quadro 13. Recomendações gerais para redução de risco de lesões por fricção.

Fator de risco	Ação
Pele	<ul style="list-style-type: none">✓ Inspeccionar a pele e investigar história prévia de lesões por fricção✓ Avaliar o risco de trauma acidental se o paciente apresenta pele seca e frágil.✓ Para pele ressecada utilizar emoliente para hidratar membros conforme necessidade.✓ Implementar um programa de cuidados da pele individualizado com uso de sabão líquido, neutro e água morna (não quente).✓ Evitar trauma da pele com adesivos, curativos e fitas (utilize fita de silicone e bandagem de fixação).✓ Atenção com o uso de medicamentos que podem afetar diretamente a pele (esteroides sistêmicos e tópicos).✓ Atenção para os riscos aumentados para aos extremos de idade (idosos/crianças).✓ Conscientizar o uso de roupas de proteção (por exemplo, proteção de caneleira, camisas de mangas compridas ou bandagem de fixação).✓ Evitar unhas compridas ou joias em contato com o paciente.
Mobilidade	<ul style="list-style-type: none">✓ Encorajar a participação ativa e exercícios se a função física estiver prejudicada.✓ Evitar a fricção e cisalhamento (utilizar lençol móvel).✓ Avaliar o risco de quedas.✓ Certificar que os sapatos usados sejam confortáveis.✓ Vestir as roupas cuidadosamente.✓ Utilizar estofamento em equipamentos, móveis e mobílias.✓ Avaliar possíveis danos da pele por animais de estimação
Saúde Geral	<ul style="list-style-type: none">✓ Orientar pacientes e cuidadores sobre o risco de lesões por fricção e prevenção.✓ Envolver ativamente o paciente / cuidador no cuidado e decisões, quando apropriado.✓ Otimizar a alimentação e a hidratação, solicitando o acompanhamento nutricional, se necessário.✓ Consultar um especialista se a percepção sensorial estiver prejudicada (por exemplo, diabetes).✓ Considerar possíveis efeitos de medicamentos e polifarmácia sobre a pele do paciente.

8

Referências

1. Blanes L, Duarte IS, Calil JA, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital São Paulo. Ver 2004 Assoc Med Bras;50(2):182-7.
2. Blanes L, Ferreira LM. Úlcera por pressão – Aspectos gerais. In: Gamba MA, Petri V, Costa MTF. Feridas – Prevenção, causas e tratamento. 1ed Rio de Janeiro: Guanabara;2016. Capítulo 53, Úlcera por pressão aspectos gerais; p1-332.
3. Chacon JMF, Blanes L, Hochman B, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. São Paulo Medical Journal 2009;127(4):211-5.
4. Hussen SH, Limthoungkul B, Humphreys TR. The biomechanical properties of skin. Dermatol Surg. 2013;39(2):193-3.
5. Peres GRP. Prevalência e fatores de associados as lesões por fricção em idosos de instituições de longa permanência[dissertação]. [São Paulo]: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;2014.43p.
6. Zambom LS. Segurança do Paciente em terapia intensiva: caracterização em eventos adversos em pacientes críticos, avaliação de sua relação com a mortalidade e identificação com fatores de risco para sua ocorrência [tese]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo;2014. 79p.
7. Payne R, Martin M. The epidemiology and management of skin tears in older adults. Ostomy Wound Manage. 1990; 26:26-37.
8. Carville K, Lewin G, Newall N, Haslehurst P, Michael R, Santamaria N, Roberts P. STAR: a consensus for skin tear classification. Primary Intent.2007;15(1):8-25.
9. Strazzieri-Pulido KC. Adaptação cultural e validação do instrumento STAR Skin Tear Classification System, para a língua portuguesa no Brasil [dissertação]. São Paulo: USP;2010. 112p.
10. Malone ML, Rozario N, Gavinski M, Goodwin J. The epidemiology of skin tears in the institutionalized elderly. J Am Geriatric Soc.1991;39 (6):591-5.
11. White MW, Karam S, Cowell B. Skin tears in frail elders: a practical approach to prevention. Geriatr Nurs 1994;15(2):95-9.
12. Dealey C. Cuidando de Feridas Um guia para as enfermeiras (2ª ed). São Paulo: Atheneu, 1996.
13. Ferreira RS, Périco LA. D. Assistência de enfermagem à pacientes com feridas em serviços de atenção primária à saúde. Momentos & Perspectivas em Saúde 2012;15(1):39-52.
14. Stephen-Haynes J, Carville K. Skin tears Made Easy. Wounds International 2011;(2):1-5.
15. Butcher M, White R. The structure and functions of the skin. In: White R, ed. Skin Care in Wound Management: Assessment, Prevention and Treatment. Wounds Uk.2005.

16. Desai H. Ageing and wounds. Part 2: Healing in old age. *J Wound Care* 1997;6(5):237-9.
17. Voegell D. Basic essentials: why elderly skin requires special treatment. *Nursing and Residential Care* 2010;12(9):422-9.
18. Cooper P, Russell F, Stringfellow S. Managing the treatment of an older patient who has a skin tear. *Wound Essentials* 2006; 1:119-20.
19. Resnick B. Wound care for the elderly. *Geriatr Nurs* 1993;14(1):26-9.
20. LeBlanc K, Baranoski S; Skin tear Consensus Panel Members. Skin tears: state of the science consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin. *Adv Skin Wound Care* 2011;24(9)2-15.
21. Le blanc K, Baranoski S, Holloway S, Langemo D. Validation of a New Classification System for Skin Tears. *Advances in Skin Wound Care* 2013; 26(3):263-65
22. Le Blanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D, Sammom MA, Edwards K, Holloway S, Gloeckner M, Williams A, Sibbald RG, Regan M. International skin tear advisory panel: A tool kit to aid in the prevention, assessment, and treatment of skin tears using a simplified classification system. *Adv Skin Wound Care* 2013; 26:459-76.
23. Le Blanc K, Christensen D, Orsted HL, Keast DH. Best practice recommendations for the prevention and treatment of skin tears. *Wound Care Canada* 2008;6(1):14-32.
24. LeBlanc, Baranoski S. Skin Tears: best practices for care and prevention. : Lippincott Williams & Wilkins. *Nursing management*. 2014;12(45):36-46.
25. Strazzieri-Pulido KC, Santos VLGC. O que precisamos saber acerca das Lesões por Fricção. *Estima* 2010;8(3):34-41.
26. Bank D, Nix D. Prevention skin tears in a nursing and rehabilitation center: an interdisciplinary effort. *Ostomy Wound Manage* 2006;52(9):38 - 46.
27. Baranoski S. How to prevent and manage skin tears. *Adv Skin Wound Care* 2003;16(5):268-70.
28. Strazzieri-Pulido KC, Peres GRP, Campanili TCG, Santos VLGC. Prevalência de lesão por fricção e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP* 2015;49(4):674-80.
29. Reddy M, Holroyd-Leduc J, Cheung C, et al. Fundamentals of geriatric care in the older chronic wound patient. In: Krasner DL, Rodeheaver G, Sibbald RG, eds. *Chronic Wound Care: A Clinical Sourcebook for Healthcare Professionals*. 4th ed. Malvern, PA:HMP Communications; 2007:663-73.
30. Ziere G, Dieleman JP, Hofman A, Pols HA, Van der Cammem TJ, Stricker BH. Polypharmacy and falls in the middle age elderly population. *Br J Clin Pharmacol* 2006;61:218-23.
31. Moncrieff G, Van Onsellen, Young T. The role of emollients in maintaining skin integrity. *Wounds UK*. 2015;11(1):68-74.
32. McErlean B, Sandison S, Muir D, Hutchinson B, Humphreys W. Skin tear prevalence and management at one hospital. *Primary Intent* 2004;12:83-8.
33. Morey P, Young J, Nikoletti S. The prevalence of skin tears within a Western Australia acute care setting. In: *AWMA 2004. 5th National Conference: celebrating 10 years reflection and evolution*. Hobart, Tasmania 2004.
34. Xiaoti Xu BS, Kwan Lau MD, Breena R, Taira MD, Adam JS. The current management of skin tears. *Am J Emerg Med* 2009; 27:729-33.

35. Baharestani M. An overview of neonatal and pediatric wound care knowledge and considerations. *Ostomy Wound Manage* 2007;53(6):34-55.
36. Dorner BD, Posthauer ME, Thomas D. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Role of Nutrition in Pressure Ulcer Healing Clinical Practice Guideline, 2009.
37. Fleck CA. Preventing and treating skin tears. *Adv Skin Wound Care*. 2007; 20(6):315-20.
38. Stratton RJ, Ek AC, Engfer M, et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2005;4(3):422-50.
39. Wysocki A. Anatomy and physiology of skin and soft tissue. In: Bryant R, ed. *Acute and Chronic Wounds Nursing Management*. London, England: Mosby; 1992:1-30.
40. Ratliff CR, Fletcher KR. Skin tears: a review of the evidence to support prevention and treatment. *Ostomy Wound Manage* 2007; 53(3):32-55.
41. Bolhuis J. Evidence-based skin tear protocol. *Long Term Living* 2008; 57(6):48-52.
42. Lopez V, Dunk AM, Cubit et al. Skin Tear prevention and management among patients in the acute aged care and rehabilitation units in the Australian Capital Territory: a best practice implementation project. *Int J Evid Based Healthc* 2011; 9:429-34.
43. Krasner D. Skin Tears: understanding problem leads to prevention, proper care. *J Am Geriatr Soc* 2010;29(5):30-3.
44. Registered Nurses Association of Ontario. Nursing best practice guidelines: prevention of falls injuries in the older adult. 2005.<http://mao.ca/bpg/initiatives/longtermcare-initiatives>.
45. Bank D. Decreasing the incidence of skin tears in a nursing and rehabilitation center. *Adv Skin Wound Care*.2005;18:74-75.
46. Baranoski S, Ayello EA, Tomic-Canic M. Skin: an essential organ. In: Baranoski S, Ayello EA, eds. *Wound Care Essentials: Practice Principles*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
47. Kaminer M, Gilchrest B. Aging of the skin. In: Hazzard W, ed. *Principles of Geriatric medicine and Gerontology*. New York, NY: McGraw-Hill; 1994:411-5.
48. Mason S. Types of soap and the incidence of skin tears among residents of a long-term care facility. *Ostomy Wound Manage* 1997;43(8):26-30.
49. Le Blanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D, Edwards K, Holloway S, Gloeckner M, Williams A, Campbell K, Alam T, Woo KY.. The art of dressing selection: A consensus on skin tears and best practice. *Adv Skin Wound Care* 2016; 29(1):32-46.