



Prevalência de lesão por fricção e fatores associados: revisão sistemática

Skin tear prevalence and associated factors: a systematic review

Prevalencia de lesión por fricción y factores asociados: revisión sistemática

Kelly Cristina Strazzieri-Pulido¹, Giovana Ribau Picolo Peres¹, Ticiane Carolina Gonçalves Faustino Campanili¹, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos²

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify and analyse skin tear prevalence and factors associated with its occurrence. **Method:** Systematic review of literature of studies published until June 2014 including studies published in full in English, Spanish or Portuguese. The studies were analysed according to the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology and the Guidelines for Critically Appraising Studies of Prevalence or Incidence of a Health Problem. **Results:** The analysis of eight studies showed skin tear prevalence of 3.3% to 22% in the hospital setting and 5.5% to 19.5% in homecare. Advanced age, dependence on basic activities of daily life, frail elderly, level of mobility, agitated behavior, non-responsiveness, greater risk for concurrent development of pressure ulcers, cognitive impairment, spasticity and photoaging were cited as risk factors. **Conclusion:** Skin tear prevalence ranged from 3.3% to 22% and is mainly associated with advanced age and dependence on basic activities of daily life.

DESCRIPTORS

Wounds and Injuries; Prevalence; Cross-Sectional Studies; Epidemiology; Review.

Autor Correspondente:

Kelly Cristina Strazzieri Pulido
Rua Voluntários da Pátria, 3744 – Santana
CEP 02402-400 - São Paulo, SP Brasil
kellycpulido@gmail.com

Recebido: 02/10/2014
Aprovado: 26/03/2015

INTRODUÇÃO

Cuidar de pessoas com a pele frágil é um desafio quando um pequeno trauma pode resultar em Lesão por Fricção (LF)⁽¹⁻³⁾.

Apesar de alguns pesquisadores sugerirem que elas são mais prevalentes do que as úlceras por pressão e as queimaduras⁽⁴⁻⁵⁾, as LF passam despercebidas, visto que são feridas traumáticas rasas, que ocorrem principalmente nas extremidades de idosos, resultante de fricção ou de uma combinação de fricção e cisalhamento, levando à separação da epiderme da derme (ferida de espessura parcial) ou separando totalmente a epiderme e a derme das estruturas subjacentes (ferida de espessura total)⁽⁶⁾. São encaradas como inerentes à idade, induzindo à sensação de uma condição irrelevante, porém acarretam dor e infectam facilmente^(2-4,7).

Por serem relegadas a meros incidentes casuais inevitáveis, despertam pouco interesse e, conseqüentemente, são subdiagnosticadas. A falta de precisão diagnóstica e de compreensão das causas envolvidas concorre para o aumento da dor e do sofrimento, do tempo de cicatrização e dos custos do tratamento, afetando negativamente a qualidade da assistência prestada^(2-4,7-8).

Há menos de 25 anos, os pesquisadores começaram timidamente a monitorar a epidemiologia das LF, a fim de construir e aperfeiçoar nomenclatura apropriada e instrumentos de avaliação de risco e classificação⁽⁸⁻⁹⁾, ferramentas fundamentais para a avaliação da ferida e planejamento do seu cuidado, além de imprescindíveis para a sua prevenção⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Medidas simples, como a identificação dos pacientes em risco e a implementação de protocolos de prevenção estão se mostrando capazes de prevenir LF ou minimizar sua gravidade⁽¹²⁾. Pesquisas^(1,13) comprovam que a ocorrência de LF diminui tão logo um indivíduo seja identificado em risco e as medidas preventivas sejam implementadas.

A fim de conferir alicerces tangíveis a todo o conhecimento científico que ainda precisa ser construído acerca das LF, o *International Skin Tear Panel*⁽³⁾ recomenda e estimula o desenvolvimento de estudos para elucidar a epidemiologia das LF nos serviços de saúde e na comunidade.

A presente revisão objetivou identificar e analisar sistematicamente as informações disponíveis na literatura sobre a prevalência de LF, assim como os fatores associados à sua ocorrência, em crianças, adultos e idosos.

MÉTODO

Revisão sistemática da literatura segundo recomendações da *Cochrane Collaboration*⁽¹⁴⁾.

A pergunta norteadora da presente revisão foi: *Quais são as informações disponíveis na literatura sobre a prevalência e os fatores associados à LF em crianças, adultos e idosos?* Para esclarecê-la, as seguintes bases de dados eletrônicas foram consultadas: CINAHL, Cochrane, EBM Reviews, Embase, LILACS, PubMed, SciELO, Scopus e Web of Science até junho de 2014. Para a seleção dos estudos, utilizaram-se os seguintes critérios: ser publicado em inglês, espanhol ou português até junho de 2014, estar disponível na íntegra e ser do tipo epidemiológico, isto é, visar à investigação da

prevalência de LF. Foram excluídos capítulos de livros, resumos de eventos, artigos de revisão, relatos de casos, consensos, editoriais, guias, correspondências, ensaios clínicos, estudos de coorte e caso-controle.

A estratégia de busca foi baseada não só nos descritores indexados pelo *Medical Subject Headings Section* e Descritores em Ciências da Saúde – em negrito no Quadro 1 –, mas também em palavras-chave utilizadas em revisões narrativas e artigos de atualização, uma vez que a terminologia acerca das LF não se encontra uniformizada. A localização dos artigos foi realizada por meio de operadores booleanos *OR* e *AND*, respeitando-se as peculiaridades de cada base de dados pesquisada. O Quadro 1 apresenta a estratégia de busca utilizada.

Quadro 1 – Estratégia de busca - São Paulo, 2014.

Número	Descritor MeSH/ DeCS ou palavra-chave
# 1	Older people
# 2	Adult
# 3	Child
# 4	Skin aging OR Elderly skin
# 5	Prevalence OR Epidemiology
# 6	Lacerations OR Mangled wounds OR Tear wounds OR Rag wounds OR Skin lacerations OR Traumatic laceration OR Pretibial laceration OR Skin tears OR Skin trauma OR Skin stripping
# 7	(#1 OR #2 OR #3 OR #4) AND (#5) AND (#6)

A busca pelos artigos foi realizada por uma das autoras em cada uma das bases eletrônicas de dados. Os resultados da busca foram exportados para o programa EndNote Web®, que armazenou os seguintes dados de cada estudo: título, autores, título do periódico, número, volume, páginas, seção, resumo e palavras-chave.

A seleção inicial dos estudos foi realizada a partir da análise de título e resumo. Os estudos foram distribuídos aleatoriamente entre as autoras, sendo cada um deles analisado obrigatoriamente por duas autoras. Estudos que geraram dúvidas quanto à pertinência de sua inclusão foram analisados por uma terceira autora.

Os estudos que tiveram seus resumos selecionados foram resgatados na íntegra e distribuídos aleatoriamente entre as autoras, sendo cada um deles analisado obrigatoriamente por duas autoras. Uma terceira autora atuou como juíza na validação das análises, avaliando e confrontando 30% dos estudos, escolhidos por meio de sorteio.

Os estudos foram analisados de forma descritiva e os resultados agrupados e apresentados com relação a: ano de publicação, país onde o estudo foi realizado, métodos (população/amostra; prevalência de LF; instrumentos utilizados para a classificação de LF; e estratégias estatísticas de análise) e os principais resultados encontrados pelos autores (prevalência de LF e fatores associados à LF, quando identificados).

Para avaliar a qualidade dos estudos incluídos nesta revisão, foram utilizados o *Strengthening the Reporting of*

Observational Studies in Epidemiology (STROBE)⁽¹⁵⁾ e o *Guidelines for Critically Appraising Studies of Prevalence or Incidence of a Health Problem*⁽¹⁶⁾.

O STROBE, traduzido para o português por Malta et al.⁽¹⁵⁾, contém 22 itens com recomendações sobre o que deveria ser incluído em uma descrição mais precisa e completa de estudos observacionais. Cada um dos 22 critérios recebeu uma pontuação de 0 a 1. A pontuação total foi transformada em percentual para melhor avaliar a qualidade dos artigos. Foram considerados de boa qualidade os artigos que atingiram um percentual superior a 50%.

O *Guidelines for Critically Appraising Studies of Prevalence or Incidence of a Health Problem* desenvolvido por Loney et al.⁽¹⁶⁾ é composto de oito perguntas sobre adequação e acurácia do estudo, relacionadas à validade dos métodos, interpretação e aplicabilidade dos resultados. Cada item foi avaliado com um ponto, gerando escore máximo de 8 pontos. Loney et al.⁽¹⁶⁾ não estabeleceram categorias de qualidade conforme o escore obtido e nem escore de corte. Foram considerados de boa qualidade os artigos que atingiram mais do que 4 pontos. O sistema é apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – *Guidelines for Critically Appraising Studies of Prevalence or Incidence of a Health Problem* - São Paulo, 2014.

Guidelines for Critically Appraising Studies of Prevalence or Incidence of a Health Problem	
Item	Pontuação
1. Amostra aleatória ou toda a população	1 ponto
2. Critérios para seleção da amostra	1 ponto
3. Tamanho da amostra adequado	1 ponto
4. Medidas/instrumentos padronizados	1 ponto
5. Imparcialidade (confiabilidade inter e/ou intraobservadores)	1 ponto
6. Taxa de resposta adequada, recusas descritas	1 ponto
7. Intervalos de confiança, análise de subgrupo	1 ponto
8. Descrição dos sujeitos do estudo	1 ponto
Pontuação máxima	8 pontos

Fonte: Loney PL, Chambers LW, Bennett KJ, Roberts JG, Stratford PW. Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. *Chronic Dis Can.* 1998;19(4):170-6.⁽¹⁶⁾

Quadro 3 – Estudos segundo autor, ano de publicação, país em que foi realizado, métodos, resultados e escore de qualidade - São Paulo, 2014.

Autor/Ano de Publicação	País	Métodos	Resultados (prevalência de lesão por fricção)	STROBE	LONEY
Carville K e Lewin G, 1998 ⁽¹⁷⁾	Austrália	Estudo retrospectivo N = 1.146 pacientes em atendimento domiciliário Auditoria em prontuários Não cita instrumento de classificação de lesão por fricção Não cita métodos estatísticos	5,5% (excluídas as lesões por fricção de membros inferiores) (Não apresenta IC) Idade avançada	48%	4,0
Carville K e Smith JA, 2004 ⁽¹⁸⁾	Austrália	Estudo transversal N = 492 veteranos de guerra em atendimento domiciliário Exame físico Não cita instrumento de classificação de lesão por fricção Análise de regressão de Cox	19,5% (Não apresenta IC) Idade avançada Idoso frágil	61%	6,0

continua...

RESULTADOS

A busca nas nove bases de dados totalizou 8.095 documentos. Descartadas as 2.426 repetições, foram submetidos à análise do título 5.669 documentos. Lendo os títulos, foram descartados 5.433 documentos, ficando 236 para análise do resumo. Destes, foram excluídos capítulos de livros, resumos de eventos, artigos de revisão, relatos de casos, consensos, editoriais, guias, correspondências, ensaios clínicos, estudos de coorte e caso-controle. Restaram nove estudos acerca da prevalência de LF, dos quais oito⁽¹⁷⁻²⁴⁾ atenderam aos critérios de seleção e foram lidos na íntegra. O único estudo excluído⁽²⁵⁾ não atendeu ao critério idioma, uma vez que foi publicado em chinês.

Embase (57,42%) e PubMed (34,48%) foram as bases de dados que trouxeram o maior número de publicações. As bases de dados menos representativas foram Cochrane (0,84%), CINAHL (0,21%), SciELO (0,10%), EBM Reviews (0,09%) e LILACS (0,01%), como apresentado na Tabela 1.

O Quadro 3 apresenta a síntese dos seis artigos selecionados.

Tabela 1 – Estudos identificados segundo as bases de dados - São Paulo, 2014.

Bases de Dados	Estudos Identificados	
	N	%
CINAHL	17	0,21
Cochrane	68	0,84
EBM Reviews	07	0,09
Embase	4644	57,42
LILACS	01	0,01
PubMed	2788	34,48
SciELO	08	0,10
Scopus	283	3,50
Web of Science	279	3,45
Total	8087	100

...continuação

Autor/Ano de Publicação	País	Métodos	Resultados (prevalência de lesão por fricção)	STROBE	LONEY
McErlean B, Sandison S, Muir D, Hutchinson B e Humphreys W, 2004 ⁽¹⁹⁾	Austrália	Estudo transversal N = 187 pacientes internados em hospital terciário Exame físico <i>Payne-Martin Classification System for Skin Tears</i> Não cita métodos estatísticos	11% (Não apresenta IC) Nível de dependência e mobilidade	68%	6,5
McLane KM, Bookout K, McCord S, McCain J e Jefferson LS, 2004 ⁽²⁰⁾	Estados Unidos da América	Estudo transversal N = 1.064 pacientes internados em hospitais pediátricos (até 17 anos) Exame físico Não cita instrumento de classificação de lesão por fricção Não cita métodos estatísticos	17% (Não apresenta IC) Não refere fatores associados	58%	4,5
Santamaria N, Carville K e Prentice J, 2009 ⁽²¹⁾	Austrália	Estudo transversal N = 5.800 pacientes internados em instituições públicas de saúde Exame físico Não cita instrumento de classificação de lesão por fricção Intervalos de confiança para feridas em geral, escore-z e p valor	8% (Não apresenta IC) Idade avançada	58%	5,0
Amaral AFS, Strazzieri-Pulido KC e Santos VLG, 2012 ⁽²²⁾	Brasil	Estudo transversal N = 157 pacientes hospitalizados com câncer Exame físico Sistema de Classificação STAR - Lesão por Fricção Teste Qui-quadrado e p valor	3,3% (Não apresenta IC) Menor independência e autonomia para o autocuidado Comportamento agitado ou irresponsividade; Maior risco para o desenvolvimento concomitante de úlcera por pressão	87%	7,5
LeBlanc K, Christensen D, Cook J, Culhane B e Gutierrez O, 2013 ⁽²³⁾	Canadá	Estudo transversal N = 113 pacientes internados em instituição de longa permanência Exame físico <i>Payne-Martin Classification System for Skin Tears</i> Testes t-student, qui-quadrado, de aderência e Bonferroni	22% (Não apresenta IC) Dependência para atividades básicas de vida diárias Comprometimento cognitivo Espasticidade	90%	6,5
Koyano Y, Nakagami G, Iizaka S, Minematsu T, Noguchi H, Tamai N, et al., 2014 ⁽²⁴⁾	Japão	Estudo transversal N = 410 pacientes internados em hospital de retaguarda geriátrico Exame físico Sistema de Classificação STAR - Lesão por Fricção Cálculo da prevalência	3,9% (Não apresenta IC) Fotoenvelhecimento	87%	7,0

Os estudos são, em sua maioria, provenientes da Austrália (4)^(17-19,21), prevalecendo o cenário hospitalar (6)⁽¹⁹⁻²⁴⁾ sobre o domiciliar (2)^(17,18). O exame físico foi a principal estratégia para a coleta de dados, sendo realizado em sete estudos⁽¹⁸⁻²⁴⁾. O *Payne-Martin Classification System for Skin Tears* foi utilizado por um dos estudos australianos⁽¹⁹⁾ e pelo canadense⁽²³⁾. O estudo brasileiro⁽²²⁾, assim como o japonês⁽²⁴⁾ utilizaram o Sistema de Classificação STAR – Lesão por Fricção. Contudo, a maior parte dos estudos (4)^(17-18,20-21) não cita qual instrumento para a classificação das LF utilizou.

A prevalência de LF variou de 3,3% a 22% no cenário hospitalar⁽¹⁹⁻²⁴⁾ e 5,5% a 19,5% no domiciliar⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Com relação aos fatores de risco associados com LF, idade avançada (3)^(17-18,21) e dependência para as atividades básicas de vida diárias (3)^(19,22-23) foram os mais citados. Outros fatores mencionados foram idoso frágil⁽¹⁸⁾, nível de mobilidade, comportamento agitado, irresponsividade, maior risco para o desenvolvimento concomitante de úlcera por pressão⁽²²⁾, comprometimento cognitivo, espasticidade⁽²³⁾ e

fotoenvelhecimento⁽²⁴⁾. Um dos estudos⁽²⁰⁾ não mencionou os fatores de risco associados às LF.

Apenas um estudo⁽¹⁷⁾ não foi considerado de boa qualidade, alcançando 48% do STROBE e 4 pontos do sistema desenvolvido por Loney et al.⁽¹⁶⁾. No entanto, o desempenho de todos os estudos⁽¹⁷⁻²⁴⁾ foi prejudicado, uma vez que nenhum deles apresentou os intervalos de confiança nas estimativas de prevalência e a maioria (4)^(17,19-21) não descreveu os sujeitos do estudo.

DISCUSSÃO

No cenário hospitalar, a prevalência de LF variou de 3,3%⁽²²⁾ a 22%⁽²³⁾. Os menores índices (3,3%, 3,9% e 8%) foram identificados, respectivamente, nos estudos desenvolvidos no Brasil⁽²²⁾, no Japão⁽²⁴⁾ e na Austrália⁽²¹⁾. O brasileiro⁽²²⁾ identificou a prevalência de LF em pacientes adultos hospitalizados com câncer, o japonês⁽²⁴⁾ em um hospital de retaguarda geriátrico e o australiano⁽²¹⁾ quantificou a epidemiologia das feridas, incluindo as LF, em todos os pacientes, independentemente da idade, internados em unidades

hospitalares/ligadas a hospitais do sistema público de saúde da Austrália Ocidental.

Os estudos realizados na Austrália⁽¹⁹⁾, nos Estados Unidos da América⁽²⁰⁾ e no Canadá⁽²³⁾, identificaram os maiores índices (11%, 17% e 22%). O australiano⁽¹⁹⁾ identificou a prevalência de LF em pacientes adultos internados em um hospital terciário, o americano⁽²⁰⁾ documentou a prevalência de úlceras por pressão e outros tipos de feridas, incluindo as LF, em crianças hospitalizadas e o canadense⁽²³⁾ em internos de uma instituição de longa permanência.

No âmbito domiciliar, todos os estudos foram realizados na Austrália Ocidental e a prevalência de LF variou de 5,5%⁽¹⁷⁾ a 19,5%⁽¹⁸⁾. O menor índice (5,5%) foi identificado no estudo em pacientes com feridas em atendimento domiciliário⁽¹⁷⁾. Na ocasião, os autores optaram por excluir as LF de membros inferiores. Em estudo posterior⁽¹⁸⁾, realizado com pacientes do *Department of Veterans' Affairs* em atendimento domiciliário para o tratamento de feridas, as autoras encontraram uma prevalência expressivamente maior (19,5%). Ao optarem pela não exclusão das LF de membros inferiores, houve um acréscimo de 10% na prevalência desse tipo de ferida⁽¹⁸⁾.

Quanto aos fatores associados às LF, a idade avançada foi apontada em três estudos analisados^(17-18,21), e idoso frágil em um estudo⁽¹⁸⁾. As alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento expõem os idosos às LF mais do que qualquer outro grupo de risco. É consenso entre especialistas que isso aconteça por dois motivos: fragilização da pele e suscetibilidade a traumas^(3-4,7-8,11,13,26-27).

No primeiro caso, com a cronossenescência, ou seja, o envelhecimento intrínseco, aumenta a queratinização prematura da epiderme e observam-se o alargamento e aplainamento dos sulcos intrapapilares, juntamente com a perda do pregueamento da lâmina basal. Consequentemente, o sistema de ancoragem entre as camadas de epiderme e derme passa a não resistir tão bem à fricção e ao cisalhamento⁽²⁷⁾.

Na derme, por sua vez, os fibroblastos passam a produzir menos colágeno tipo I e mais tipo III. As fibras do colágeno tornam-se rarefeitas, fragmentadas e separadas por grandes áreas ocupadas por substância fundamental amorfa. Os mucopolissacarídeos perdem sua função estrutural e apresentam-se como um sedimento amorfo. A pele perde força tênsil, resistência, elasticidade e extensibilidade⁽²⁷⁾.

A produção das glândulas sudoríparas e sebáceas também se reduz com a idade, tornando a pele desidratada, ressecada e sem elasticidade. A camada subcutânea torna-se mais delgada e o coxim adiposo menos eficiente na absorção de impacto. A espessura da pele diminui progressivamente, chegando a uma perda de 20% de espessura⁽²⁷⁾.

Os achados obtidos em outra pesquisa⁽²⁴⁾, inferem que os fatores de risco para LF não estão relacionados apenas aos efeitos da cronossenescência, mas também ao fotoenvelhecimento, ou envelhecimento extrínseco. Na epiderme, a exposição à radiação ultravioleta leva ao adelgaçamento da camada espinhosa e ao achatamento da junção dermoepidérmica, enquanto na derme, está relacionada à diminuição da síntese de colágeno, assim como ao aumento de sua degradação⁽²⁸⁾. O fotoenvelhecimento, portanto, ao intensificar

o envelhecimento da pele, contribuiria ainda mais para sua fragilização, aumentando, desta forma, o risco para LF⁽²⁴⁾.

Somada à fragilidade da pele dos idosos, tem-se a susceptibilidade ao trauma. Isso porque com os anos aumentam a rigidez musculoesquelética e a espasticidade muscular, diminuem a sensibilidade sensorial, a acuidade visual e a capacidade cognitiva, acarretando prejuízo da mobilidade física e aumentando a dependência para as atividades básicas de vida diárias. Todas essas alterações contribuem para o aumento considerável do risco para traumas e fazem da idade avançada um dos principais fatores de risco para LF^(3-4,7-8,11,13,26-27).

Dependência para as atividades básicas de vida diárias^(19,22-23), arresponsividade (que incorre em dependência total), nível de mobilidade⁽²²⁾ e espasticidade⁽²³⁾ também foram apontados como fatores de risco associados à ocorrência das LF.

No estudo realizado com idosos totalmente dependentes, que necessitaram de auxílio para as atividades básicas de vida diárias apresentaram grande número de LF, principalmente nas extremidades superiores⁽¹¹⁾. Elas ocorreram durante a rotina de prestação de cuidados, como vestir-se e tomar banho, e durante posicionamentos e transferências. Quase a metade das LF (48%) ocorreu em idosos acamados e 11% naqueles que requeriam auxílio para deambular. Em estudo descritivo, durante seis meses de observação, verificou-se que as chances de apresentar LF aumentaram na vigência de dificuldades de marcha⁽⁷⁾. As cadeiras de rodas também foram associadas a 25% dos traumas ocorridos⁽⁹⁾.

Comportamento agitado também figurou como fator de risco associado à ocorrência das LF⁽²²⁾. Pesquisadores⁽¹¹⁾ o consideraram como fator predisponente ao trauma e, por conseguinte, às LF e incluíram a agitação psicomotora como um dos itens de risco a ser investigado em seu instrumento de avaliação de risco para LF, o *Skin Integrity Risk Assessment Tool*.

O declínio da capacidade cognitiva decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências, repercutindo em outros domínios cognitivos além da memória e interferindo na capacidade laborativa e na vida social⁽³⁾. Alguns autores^(7,23) verificaram em seus estudos que as chances de apresentar LF aumentaram na vigência de comprometimento cognitivo.

Recém-nascidos e crianças também são suscetíveis às LF e constituem o segundo maior grupo de risco. Os autores de um estudo confirmaram que a prevalência de LF (17%) é maior do que a de úlcera por pressão (4%) na população pediátrica⁽²⁰⁾. A faixa etária até 3 meses de idade mostrou-se como a mais susceptível, isso porque, além de apresentar estrato córneo deficiente e junção dermo-epidérmica pouco desenvolvida ao nascimento, a derme é fina, contando com apenas 60% da espessura quando comparada à derme do adulto. Fitas e curativos adesivos são apontados como os principais responsáveis pelas LF nesta clientela^(20,29).

A experiência clínica, porém, proporciona fortes indícios de que as LF não estão restritas aos extremos de idade^(4,29-30). Apesar de idosos e neonatos constituírem os maiores grupos de risco para LF, existem outros grupos sujeitos à fragilização da pele e que não devem ser ignorados, tais como indivíduos

em estado crítico (em cuidados intensivos, ou que sofreram traumas importantes ou cirurgia de grande porte), no final da vida, ou que sofram de múltiplos fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para LF, independentemente da idade⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Estudando pacientes hospitalizados com câncer, os autores depararam-se com indivíduos com menos de 50 anos de idade com LF⁽²²⁾. A pele, como qualquer outro órgão, também pode entrar em falência. Uma condição clínica grave certamente compromete os mecanismos homeostáticos do corpo, que pode reagir desviando sangue da pele para órgãos vitais, resultando na diminuição da perfusão da pele e das partes moles e, conseqüentemente no comprometimento dos processos metabólicos cutâneos. Pequenos traumas seriam capazes de ocasionar complicações maiores, como hemorragia, gangrena, infecção, úlcera por pressão e LF. A tolerância à pressão e à fricção diminui de tal maneira nessas condições que pode tornar impossível prevenir a quebra da integridade da pele⁽³⁰⁾.

Os pacientes hospitalizados com câncer e LF, também apresentaram maior risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão (60%) do que aqueles sem LF (12,5%)⁽²²⁾. Similarmente a este estudo⁽²²⁾, outros autores⁽⁸⁾ verificaram também, que a maioria dos idosos com LF (60%) apresentavam os menores escores de Braden e, conseqüentemente, maior risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão. Embora desenvolvido em outro tipo de clientela, os indivíduos do estudo apresentam características semelhantes àquelas dos pacientes hospitalizados com câncer, com destaque para algumas condições precárias de saúde global, especialmente quanto à atividade e à mobilidade e, portanto, com maior risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão⁽⁸⁾.

Muito ainda deve ser feito com o intuito de elucidar a epidemiologia das LF. A diversidade metodológica dos estudos, como as formas de coleta e tratamento estatístico dos dados e os diferentes critérios empregados na classificação das LF, além da multiplicidade de cenários e da população-alvo dificultam e, por vezes, impossibilitam a generalização dos resultados. Foi destacada também, a importância da apresentação dos resultados quantitativos dos estudos de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança, o que estatisticamente estima o quão confiáveis são os valores encontrados⁽¹⁶⁾. Além disso, recomendam que tais índices sejam analisados nos subgrupos, como sexo e idade, dentre outras variáveis que possam ser consideradas relevantes. O que, infelizmente, não foi realizado em nenhum dos oito estudos analisados.

Restringir o idioma de publicação constituiu-se na limitação deste estudo, ocasionando a exclusão de um estudo, publicado em chinês⁽²⁵⁾.

Apesar disso, considera-se que o presente estudo, ao sumarizar o conhecimento acerca da prevalência das LF e dos fatores associados à sua ocorrência, contribui para a elaboração de protocolos de prevenção, além de instrumentos de rastreamento de risco para essas feridas à luz da prática baseada em evidências.

CONCLUSÃO

A prevalência de LF variou de 3,3% a 22%, no cenário hospitalar, e de 5,5% a 19,5%, no domiciliar. Foi associada principalmente à idade avançada e dependência para as atividades básicas de vida diárias.

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar a prevalência de lesão por fricção e os fatores associados à sua ocorrência. **Método:** Revisão sistemática da literatura publicada até junho de 2014 com a inclusão de estudos publicados na íntegra em inglês, espanhol ou português. Os estudos foram analisados segundo o *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* e o *Guidelines for Critically Appraising Studies of Prevalence or Incidence of a Health Problem*. **Resultados:** As análises de oito estudos mostraram prevalência de lesão de 3,3% a 22% no cenário hospitalar e 5,5% a 19,5% no domiciliar. Idade avançada, dependência para as atividades básicas de vida diárias, idoso frágil, nível de mobilidade, comportamento agitado, irresponsividade, maior risco para o desenvolvimento concomitante de úlcera por pressão, comprometimento cognitivo, espasticidade e fotoenvelhecimento foram os fatores de risco citados. **Conclusão:** A prevalência de lesão variou de 3,3% a 22%, estando associada principalmente à idade avançada e dependência para as atividades básicas de vida diárias.

DESCRITORES

Ferimentos e Lesões; Prevalência; Estudos Transversais; Epidemiologia; Revisão.

RESUMEN

Objetivo: Identificar y analizar la prevalencia de lesión por fricción y los factores asociados con su ocurrencia. **Método:** Revisión sistemática de la literatura publicada hasta junio de 2014 con la inclusión de estudios publicados integralmente en inglés, español o portugués. Los estudios fueron analizados según el *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* y el *Guidelines for Critically Appraising Studies of Prevalence or Incidence of a Health Problem*. **Resultados:** Los análisis de ocho estudios mostraron prevalencia de lesión del 3,3% al 22% en el escenario hospitalario y del 5,5% al 19,5% en el domiciliario. Edad avanzada, dependencia para las actividades básicas de vida diarias, anciano frágil, nivel de movilidad, comportamiento agitado, falta de responsividad, mayor riesgo para el desarrollo concomitante de úlcera por presión, afectación cognitiva, espasticidad y fotoenvejecimiento fueron los factores de riesgo citados. **Conclusión:** La prevalencia de lesión varió del 3,3% al 22%, estando asociada principalmente con la edad avanzada y la dependencia para las actividades básicas de vida diarias.

DESCRIPTORES

Heridas y Traumatismos; Prevalencia; Estudios Transversales; Epidemiología; Revisión.

REFERÊNCIAS

1. Groom M, Shannon RJ, Chakravarthy D, Fleck CA. An evaluation of costs and effects of a nutrient-based skin care program as a component of prevention of skin tears in an extended convalescent center. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010;37(1):46-51.
2. Stephen-Haynes J, Callaghan R, Bethell E, Greenwood M. The assessment and management of skin tear in care homes. *Br J Nurs.* 2011;20(11):S12-6.
3. LeBlanc K, Baranoski S. Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears. *Adv Skin Wound Care.* 2011;24(9):2-15.
4. Carville K, Lewin G, Newall N, Haslehurst P, Michael R, Santamaria N, et al. STAR: a consensus for skin tear classification. *Primary Intention.* 2007;15(1):8-25.
5. Edwards H, Gaskill D, Nash R. Treating skin tears in nursing home residents: a pilot study comparing four types of dressings. *Int J Nurs Pract.* 1998;4(1):25-32.
6. Strazzieri-Pulido KC, Santos VLCCG, Carville K. Cultural adaptation content validity and inter-rater reliability of the "STAR Skin Tear Classification System". *Rev Latino Am Enfermagem [Internet].* 2015 [cited 2015 Mar 22];23(1):155-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/0104-1169-rlae-23-01-00155.pdf>
7. Meuleneire F. Using a soft silicone-coated net dressing to manage skin tears. *J Wound Care.* 2002;11(10):365-9.
8. Payne RL, Martin ML. Defining and classifying skin tears: need for a common language. *Ostomy Wound Manage.* 1993;39(5):16-20.
9. 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.
10. Battersby L. Exploring best practice in the management of skin tears in older people. *Nurs Times.* 2009;105(16):22-6.
11. White M, Karam S, Cowell B. Skin tears in frail elders: a practical approach to prevention. *Geriatric Nurs.* 1994;15(2):95-9.
12. Lopez V, Dunk AM, Cubit K, Parke J, Larkin D, Trudinger M, 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(4):429-34.
13. Bank D, Nix D. Preventing skin tears in a nursing and rehabilitation center: an interdisciplinary effort. *Ostomy Wound Manage.* 2006;52(9):38-46.
14. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions.* Version 5.1.0 updated March 2011 [Internet]. London: Cochrane Collaboration; 2011 [cited 2014. Available from: www.cochrane-handbook.org
15. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(3):559-65.
16. Loney PL, Chambers LW, Bennett KJ, Roberts JG, Stratford PW. Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. *Chronic Dis Can.* 1998;19(4):170-6.
17. Carville K, Lewin G. Caring in the community: a wound prevalence survey. *Primary Intention.* 1998;6(2):54-62.
18. Carville K, Smith JA. A report on the effectiveness of comprehensive wound assessment and documentation in the community. *Primary Intention.* 2004;12(1):41-8.
19. McErlean B, Sandison S, Muir D, Hutchinson B, Humphreys W. Skin tear prevalence and management at one hospital. *Primary Intention.* 2004;12(2):83-6,8.
20. McLane KM, Bookout K, McCord S, McCain J, Jefferson LS. The 2003 national pediatric pressure ulcer and skin breakdown prevalence survey: a multisite study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2004;31(4):168-78.
21. Santamaria N, Carville K, Prentice J. Woundswest: identifying the prevalence of wounds within western Australia's public health system. *EWMA J.* 2009;9(3):13-8.
22. Amaral AFS, Strazzieri-Pulido KC, Santos VLCCG. Prevalence of skin tears among hospitalized patients with cancer. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2012 [cited 2014 Aug 22];46(n.spe):44-50. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/en_07.pdf
23. LeBlanc K, Christensen D, Cook J, Culhane B, Gutierrez O. Prevalence of skin tears in a long-term care facility. *Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(6):580-4.
24. Koyano Y, Nakagami G, Iizaka S, Minematsu T, Noguchi H, Tamai N, et al. Exploring the prevalence of skin tears and skin properties related to skin tears in elderly patients at a long-term medical facility in Japan. *Int Wound J.* 2014 Mar 28. [Epub ahead of print]
25. Hsu M, Chang S. A study on skin tear prevalence and related risk factors among inpatients. *Tzu Chi Nurs J.* 2010;9(4):84-95.
26. Bateman S. Treating skin tears with a new antimicrobial foam dressing. *Wounds UK.* 2012;8(1):95-9.
27. Naylor EC, Watson RE, Sherratt MJ. Molecular aspects of skin ageing. *Maturitas.* 2011;69(3):249-56.
28. Battie C, Jitsukawa S, Bernerd F, Del Bino S, Marionnet C, Verschoore M. New insights in photoaging, UVA induced damage and skin types. *Exp Dermatol.* 2014;23 Suppl 1:7-12.
29. Irving V, Bethell E, Burtin F. Neonatal wound care: minimizing trauma and pain. *Wounds.* 2006;2(1):33-41.
30. Santos VLCCG. SCALE: modificações da pele no final da vida [tradução]. *Rev Estima.* 2009;7(3):42-4.