

Incidencia de desgarros cutáneos en una zona básica de salud

Manuel Gayol Fernández, Juncal Sánchez Arguiano, M^a José Vicente Antón, Julio César Alonso Lorenzo
Centro de Salud de Alles, Asturias (SESPA)

Contacto: m.gaylfernandez@gmail.com

Manuscrito recibido: 16/12/18
Manuscrito aceptado: 11/07/19

Cómo citar este documento

Gayol Fernández M, Sánchez Arguiano J, Vicente Antón MJ, Alonso Lorenzo JC. Incidencia de desgarros cutáneos en una zona básica de salud. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2019 Noviembre; 7 (4): 24-34.

Resumen

Introducción: Los skin tears (ST) son desgarros en la piel debido al resultado de la fricción, la cizalla o traumatismo, dependiendo del grado de daño, causan la separación de la epidermis, de la dermis o la separación de ambas estructuras subyacentes. Ciertos estudios reflejan una prevalencia entre el 4,5% y el 19,5% para todos los grupos de edad en personas que viven en la comunidad.

Objetivo: Conocer la incidencia de skin tears en la zona básica de salud de Pola de Siero, la tipología de lesiones y los mecanismos o situaciones relacionadas con la producción de las lesiones.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo. Se documentaron durante 4 meses y medio los ST y sus factores de riesgo (FR), en 8 consultas de enfermería

que comprendieron 10.739 personas susceptibles de estudio.

Resultados: Se identificaron 32 ST, todos los individuos tenían al menos un FR, el 45% eran independientes. El traumatismo 59% fue el mecanismo de daño más común y la localización más habitual la pierna 56%. El tipo 2 es el más numeroso, con un 62,5%. La tasa de Incidencia fue de 0,79 (IC: 0,55-1,13) heridas por cada 100 personas/año para la población general y de 6,31 (IC:4,09-9,32) heridas por cada 100 personas/año para las personas de 80 años o más.

Conclusión: La alta incidencia de estas heridas en las personas de más edad hace necesario la implantación de estrategias de formación y protocolos de cuidados específicos para el tratamiento y prevención de estas heridas.

Palabras clave:

Heridas y lesiones; Anciano; Atención Primaria de salud

Original

Incidence of skin tears in a basic health area

Abstract

Introduction: Skin tears (ST) are the loss of the skin, the result of friction, loss of weight, the degree of damage, the cause of the epidermis of the dermis or the separation of both structures. Some studies predict a prevalence between 4,5% and 19,5% for all age groups in people living in the community.

Objective: To know the incidence of skin tears in the health area of Pola de Siero, the type of injuries and the mechanisms related to the production of lesions.

Material and methods: Observational, descriptive study. Risk factors (RF) were documented during 4 and a half months in 8 nursing consultations that included 10,739 people eligible for study.

Results: 32 ST were identified, all individuals had at least one RF, 45% were independent. Trauma 59% was the most common damage mechanism and the most common location was the 56% leg. Type 2 the most numerous, with 62,5%. The incidence rate was 0,79 (CI: 0,55-1,13) injuries per 100 people / year for the general population and 6,31 (CI: 4,09-9,32) injuries for each 100 people/ year for people of 80 years or more.

Conclusion: The high incidence of these wounds in older people requires the implementation of training strategies and specific care protocols for the treatment and prevention of these injuries.

Keywords

Wounds and Injuries; Aged; Primary Health Care

Introducción

Los desgarros cutáneos o skin tears son poco reconocidos y mal diagnosticados en la práctica clínica (1). Payne y Martin en 1993 definieron los desgarros cutáneos como "lesiones traumáticas que pueden resultar en la separación parcial o total de las capas externas de la piel: la separación de la epidermis de la dermis (herida de espesor parcial), o tanto la epidermis como la dermis de las estructuras subyacentes (herida de espesor total)" (2,3).

La definición actualizada de 2018 del IS-TAP (International Skin Tear Advisory Panel) de un skin tear o desgarro cutáneo es: "Un

desgarro de la piel, es una herida traumática causada por fuerzas mecánicas, incluida la eliminación de adhesivos".

Así podemos decir que los desgarros en la piel son heridas traumáticas resultado de una variedad de fuerzas mecánicas; como el corte, fuerzas de fricción, traumatismos, caídas, manejo inadecuado de los pacientes, lesiones con el mobiliario o eliminación de apósitos adherentes. En la piel frágil o vulnerable (por ejemplo, en piel envejecida o muy joven), se requiere menos fuerza para causar una lesión traumática, lo que significa que la incidencia de desgarros aumenta en pieles de estas características (4).

Los desgarros de la piel pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, de manera más frecuente afecta a las extremidades superiores o inferiores y dorso de las manos (1).

Estas lesiones, pueden ser “sin complicaciones” o “complicadas”. Un desgarramiento cutáneo sin complicaciones es una herida aguda que curará aproximadamente en 4 semanas. Mientras que uno complicado es más complejo, particularmente en las extremidades inferiores y/o en pacientes con múltiples comorbilidades; si cura, lo hace en más de 4 semanas, convirtiéndose en una herida crónica (4).

Los estudios de incidencia y prevalencia son limitados y sus datos varían. Inicialmente se estimó que en Estados Unidos 1,5 millones de personas adultas institucionalizadas sufren un skin tear al año (5).

Los datos sobre la prevalencia de estas lesiones difieren según los entornos de atención donde se encuentran las personas afectadas. En atención a largo plazo se estima que hay una prevalencia entre 2,23–92% (6-11). En personas atendidas en la comunidad, la prevalencia estaría entre el 4,5–19,5%, en heridas identificadas en todos los grupos de edad (12,13). En unidades de cuidados agudos entre el 6,2–11,1% (14-17). En pacientes en cuidados paliativos estaría entre el 3,3–14,3% (18,19). Por último, en las unidades de cuidados intensivos y unidades quirúrgicas la prevalencia sería desconocida (4).

Debido a que los desgarramientos se suelen identificar de manera errónea, la carga clínica que provocan es desconocida, así como los gastos derivados de su atención. Hay que saber que además, estas lesiones son a menudo prevenibles, pudiendo evitar mayores costes (4).

Los pacientes de mayor edad con la piel vulnerable y envejecida, son la población con mayor riesgo de sufrir estas lesiones, que pueden ser heridas importantes y, a menudo, complejas (20).

Se distinguen dos tipos de factores de riesgo en los pacientes que sufren skin tears los intrínsecos y los extrínsecos. Dentro de los intrínsecos se incluyen los cambios patológicos que suceden en la piel con el envejecimiento, como son el adelgazamiento y aplanamiento de la epidermis, la pérdida de colágeno y elastina y la atrofia y contracción de la dermis, causando arrugas y pliegues. Disminución de la actividad de las glándulas sebáceas y de las glándulas sudoríparas que hace que la piel se seque. Los cambios arterioscleróticos en los vasos pequeños y grandes causan el adelgazamiento de las paredes de los vasos y una reducción del suministro de sangre a las extremidades. También se sumaría los cambios en el sistema inmunológico. Esto conlleva que la piel se vuelva más arrugada, frágil y más propensa a padecer skin tears (4, 21).

Tabla 1. Factores de riesgo de los skin tears

- Edad y sexo
- Historia de desgarramientos previos de la piel
- Piel seca y frágil
- Medicamentos que adelgazan la piel, como los esteroides
- Equimosis (hematomas / decoloración de la piel causada por la fuga de sangre en el tejido subcutáneo como resultado de un traumatismo en los vasos sanguíneos subyacentes)
- Movilidad o visión deteriorada
- Mala nutrición e hidratación
- Deterioro cognitivo o sensorial
- Comorbilidades que comprometen la vascularización y la piel, incluida la enfermedad cardíaca crónica, insuficiencia renal, accidente cerebro-vascular
- Dependencia de otros para ducharse, vestirse o moverse

Stephen-Havnes J, Carville K. Skin tears Made Easy. Wounds International 2011; 2(4).

Respecto a los factores de riesgo extrínsecos los pacientes que requieren asistencia en las actividades de la vida diaria, como ayuda a la movilidad, el lavado y el vendaje, tienen mayor riesgo de sufrir desgarros en la piel debido al manejo, la fuerza o los traumatismos que pueden conllevar su cuidado (4, 21).

Las causas de los skin tear generalmente son una combinación de factores tanto intrínsecos como extrínsecos, estas causas frecuentemente no están documentadas en las historias clínicas hasta en un 50%. Aun así, se citan como las causas más comunes: lesiones con el mobiliario, lesiones al trasladar al paciente, las caídas, lesiones al realizar las actividades de la vida cotidiana y al retirar los apósitos (22).

Han existido diversos sistemas de clasificación. Originalmente, el sistema de clasificación de Payne-Martin se desarrolló como un medio para clasificar los desgarros de la piel según el grado de pérdida de tejido, medido como un porcentaje (2). Este sistema todavía está en uso, pero definir los porcentajes de pérdida de tejido, en la práctica puede ser difícil. Además, esta escala nunca ha sido validada (4). Posteriormente se desarrolló el sistema de clasificación STAR (23), que está validado y en uso, particularmente en Australia y Japón (4). Este sistema fue desarrollado como una versión modificada de la escala de Payne-Martin, que incide además en la distinción del color del colgajo de la lesión o piel perilesional (es decir, si la piel es normal, pálida u oscura). Sin embargo no ha calado su utilización a nivel mundial, se ha sugerido que existe alguna confusión potencial debido a la superposición de las categorías (24).

Por último, el sistema de clasificación de la ISTAP (24) es el recomendado actualmente, fue desarrollado utilizando un proceso Delphi y validado por 839 profesionales sanitarios y ha sido validado en países como Chile y Brasil (4). El sistema ISTAP utiliza un método simple para clasificar los desgarros, en tres categorías: Tipo 1, Tipo 2 o Tipo 3.

Desgarro cutáneo tipo 1 - Sin pérdida de piel. Desgarro lineal o hay un colgajo donde la piel puede reposicionarse para cubrir el lecho de la herida.

Desgarro cutáneo tipo 2 - Pérdida parcial del colgajo. El colgajo no se puede volver a colocar para cubrir la totalidad del lecho de la herida.

Desgarro cutáneo tipo 3 - Pérdida total del colgajo. Pérdida total del colgajo de la piel que expone todo el lecho de la herida.

Debido al escaso conocimiento sobre los desgarros cutáneos en nuestro entorno, se vio necesario realizar un estudio para conocer esta situación, intentando conocer su incidencia, características, tipo y factores de riesgo.

Objetivo

Conocer la incidencia de skin tear en la zona básica de salud de Pola de Siero, la tipología de las lesiones y los mecanismos o situaciones relacionadas con la producción de las mismas.

Método:

Se elaboró un estudio cuantitativo observacional descriptivo. La población diana accesible se describe como todas las personas mayores de 18 años adscritas a la Zona Básica de salud del Centro de Salud Pola de Siero-Sariego que acudan a las consultas de las ocho enfermeras colaboradoras. Por tanto, la población diana fueron tanto los desgarros cutáneos como las personas que los sufrían. Esta población estaba adscrita a 4 consultorios periféricos o a 4 consultas del centro de salud, que suponía un total de 10.739 habitantes. No hubo muestreo, se captó a los pacientes que acudían a las consultas.

Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes de 18 años o mayores que presentaron un nuevo skin tear y que estuvieran incluidos en los cupos de las consultas que colaboraron con el estudio.

Desde el 15 de octubre de 2014 hasta el 28 febrero de 2015 se recogieron las lesiones identificadas en los consultorios o en las consultas del centro de salud durante el horario matutino de 8 a 15h.

Se excluyeron todos los skin tears que no se pudieron valorar objetivamente, debido a una manipulación previa por parte del paciente u otro profesional, así como aquellos pacientes que no pudieron contestar a las cuestiones de la hoja de recogida de datos debido a alguna causa física, psicológica o que no hubiera ninguna persona de su entorno cercano que pudiera hacerlo en su lugar.

Se elaboró un cuestionario propio para recoger datos sociodemográficos, factores de riesgo de padecer skin tears y características de las lesiones. En cuanto a los factores de riesgo, se recogieron las siguientes variables: Se le preguntaba al paciente o acompañante, si había padecido un desgarro el año previo y si tuvo caídas el año previo. Presencia de diagnósticos de: Demencia o Deterioro Cognitivo, Diabetes, y/o problemas vasculares. Respecto a la medicación: si existía prescripción de: antiagregante y/o anticoagulante y cual, de corticoide y cual y de metrotexato. Por último, si tenía prescritos más de 6 medicamentos. Se utilizó el Índice de Barthel para valorar la autonomía de los pacientes, para el estudio de los resultados del Índice de Barthel, las puntuaciones se agruparon en estas categorías: Independiente 100 puntos, Dependiente leve 65-95 puntos, Dependiente Moderado 25-60 puntos, Dependiente alto grado 20 o menos puntos.

Así mismo para el estudio de los desgarros se recogieron los siguientes datos: fecha de aparición de la lesión, clasificación ISTAP, localización y mecanismo por el que se produce la lesión.

Respecto a las variables cuantitativas se realizó un análisis descriptivo de distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de dispersión y se realizó un análisis descriptivo de distribución de frecuencias de las variables cualitativas.

Para el análisis de la relación entre la edad y el mecanismo por el que se producen las lesiones se utilizó la prueba de análisis no paramétrico, la U de Mann-Whitney. Para hallar la incidencia de estas lesiones, se realizó el cálculo de la tasa de incidencia, realizando los ajustes necesarios para expresarla en heridas por 100 habitantes/ año.

Se utilizó el intervalo de confianza al 95% y una significación estadística $p < 0,05$. Para el análisis se utilizó el programa informático de análisis estadístico SPSS versión 21 y el EPIDAT versión 3,1.

Se realizaron 3 sesiones formativas previas al inicio del periodo de recogida de datos para las enfermeras colaboradoras. El material entregado a las enfermeras contenía: documento de recogida de datos, la herramienta de clasificación de skin tears ISTAP y una hoja de instrucciones para la correcta cumplimentación del documento de recogida de datos.

Resultados

Se registraron 29 pacientes, dos fueron identificados dos veces en distintos momentos. Estos 29 pacientes presentaron 32 lesiones, 3 pacientes aportaron 2 lesiones en cada caso. Las edades estaban comprendidas entre 63 y 97 años y la media de edad correspondía a 82,2 años con una desviación típica de 7,22 años.

Las mujeres representaron a la mayoría de esta población con el 82,8% (n=24) y los hombres 17,2% (n=5).

El número de factores de riesgo que se identificaron en cada paciente fueron hasta 6. Todos los pacientes tenían al menos un factor de riesgo, el número de factores de riesgo más frecuentes fue de 2 y la media sería de 3 factores de riesgo por paciente. Es decir que más del 40% de la población tenía 2 o más factores de riesgo. Respecto al factor de riesgo " haber presentado algún skin tear en el año anterior" un 44,8% los habían sufrido.

Se observa que hasta un 41,4% de los pacientes habían sufrido caídas el último año. Una amplia mayoría no sufrían deterioro cognitivo o demencia, 79,3%. Tan solo un 27,6% tenía diagnóstico de diabetes mellitus.

El 51,7% presentaban algún tipo de problema vascular. Una amplia mayoría, el, 72,4% presentaban problemas visuales, este fue el factor de riesgo predominante; hasta un 41% de los pacientes tenía prescrito algún tipo de anticoagulante oral o de antiagregante: un 27,6% tomaba Ácido Acetil Salicílico y un 10,3% Acenocumarol.

Solo una persona tomaba de forma crónica tratamiento con corticoides de larga duración (mayor a 1 mes de duración) y el 41,4% es decir un total de 12 pacientes tenían prescritos 6 o más medicamentos.

En relación a los resultados del análisis del Índice de Barthel destacar que el 44,8%, 13 casos habían obtenido 100 puntos en el I. de Barthel y la media de la población fue de 77,9 puntos con un (IC: 66,7-89,12). Obteniéndose que en su mayoría, un 88,9%, la población era independiente o dependiente leve; el 20,7% presentaba una dependencia moderada y tan solo un 10,3% tenía un alto grado de dependencia.

En el caso de los skin tears se analizaron las 32 lesiones recogidas en la base de datos. Un total de 3 pacientes presentaban 2 lesiones a la vez, en el mismo momento, que representaba únicamente a un 10,3% de esta población, es resto casi el 90% presentaba una lesión única.

Se observó que la etiología de las lesiones se desplaza a mecanismos derivados del déficit de movilidad y los cuidados que precisan estos pacientes.

La localización más común fue la pierna con 56,3%, seguida del brazo con un 25% y de la mano con un 12,5%.

Con respecto a la clasificación ISTAP, la categoría más frecuente fue la tipo 2 con 20 lesiones 62,5%, la siguiente en número fue la tipo 1 con 7 desgarros 21,9% y por último el tipo 3 con 5 lesiones 15,6%.

El mecanismo, o etiología más común por la que se produjeron estas lesiones fue el traumatismo con un 59,4% que supuso un total de 19 skin tears. La segunda en frecuencia fueron las caídas con un 15,6%.

En cuanto a la asociación entre el Índice de Barthel y el mecanismo de producción de los skin tear, se observa que las personas independientes sufrieron los skin tear por el mecanismo del traumatismo en un 77%, en el caso de los dependientes leves lo sufren un 57% y se reduce paulatinamente hasta un 33% en los pacientes que tienen un grado alto de dependencia. Con lo cual, se observó que la etiología de las lesiones se desplaza a mecanismos derivados del déficit de movilidad y los cuidados que precisan estos pacientes.

Tabla 2. Mecanismo de producción de los skin tears

Mecanismo de producción del skin tear	Nº de lesiones.	%
Traumatismo	19	59,4
Caída	5	15,6
Actividades de la Vida Diaria	1	3,1
Movilización paciente	2	6,3
Daño equipamiento	2	6,3
Otros	3	9,4
Total	32	100,0

Tabla 3. Asociación entre media de edad de los sujetos y mecanismo de producción de los skin tears agrupado

Mecanismo de producción del skin tear agrupado	Nº de lesiones.	Edad media del sujeto	Intervalo de confianza 95%
Traumatismo y otros	21	80,3	(76,9-83,7)
A.V.D., Movilización. y Equipamiento	8	87	(84,0-90,0)
Total	29	82,2	(79,4-84,9)
Total	29	82,2	(79,4-84,9)

En cuanto a la asociación entre edad media y mecanismo de producción, debido a que son 29 casos y algunos con varias lesiones, producidas por el mismo mecanismo, se decide tomarlas como un solo caso. Además, por la similitud de las medias de edad, de traumatismo y otros, se decide agruparlas en un conjunto llamando "Traumatismo y otros". El resto de mecanismos se agrupó en una nueva categoría llamada "Actividades de la Vida Diaria., movilización y equipamiento" (ver tabla 2).

Se realizó la prueba no paramétrica de la U de Mann Whitney, para analizar dicha asociación. Obteniendo un resultado en la U de Mann Whitney de $p=0,003$ que indica que la diferencia de edades en ambas categorías eran significativas.

El tiempo de recopilación de datos fue desde el 15 de octubre de 2014 al 28 de febrero de 2015, 137 días. La tasa de incidencia para la población general calculada según los datos recogidos: 32 casos, en una población de 10.739 habitantes de 18 años o más, sería de 0,79 (IC: 0,54-1,12) heridas por cada 100 habitantes/año. Para la población de 60 años o más, con 3574 habitantes, sería de 2,38 (IC:1,63-3,37) heridas por cada 100 habitantes/año. Así mismo con respecto a la población mayor de 80 años (1054 habitantes) obtenemos una tasa de incidencia de 6,31 (IC:4,09-9,32) heridas por 100 habitantes/año.

Discusión

Los pacientes se encuentran en una franja de edad comprendida entre 63 y 97 años, con una media de 82 años. En otros estudios se establece que a mayor edad, mayor riesgo de padecer estas lesiones. El aumento de riesgo con la edad es debido a que con ello, la piel y sus estructuras adyacentes se debilitan y la convierten en más frágil (1,3,25,26).

El sexo mayoritario de los pacientes registrados ha sido con un 83% el femenino, resultado acorde con la bibliografía consultada (1,25), ofreciendo como una causa posible el hecho de que las mujeres tienen mayor esperanza de vida y por tanto alcanzan edades más elevadas y, como se había dicho en el apartado anterior, las edades elevadas aumentan el riesgo de padecer estas lesiones.

Como se observa en los resultados todos los pacientes tienen al menos un factor de riesgo, teniendo una media de 3 factores cada paciente. El factor de riesgo predominante es el relacionado con problemas visuales, seguido de problemas vasculares y haber sufrido un skin tear en el último año. Existe un gran número de pacientes que cuentan con estos dos primeros factores de riesgo citados, seguramente consecuencia del deterioro propio de la edad. El tercer factor resalta que estas heridas son recurrentes.

El factor de riesgo predominante es el relacionado con problemas visuales, seguido de problemas vasculares y haber sufrido un skin tear en el último año

Los pacientes que son dependientes tienen mayor riesgo de sufrir este tipo de heridas (26), siendo más frecuentes durante las actividades rutinarias como vestirse, bañarse, la transferencia sillón-cama, al posicionarlos correctamente en la cama, etc. Los pacientes independientes estarían en el segundo escalón de riesgo (1,27). Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los pacientes eran independientes 44,8% o dependientes leves 24,1%, puede que estos resultados difieran tanto de la bibliografía debido a que la mayoría de los estudios realizados en otros países se han desarrollado en otros ambientes asistenciales como hospitales, hospitales especializados en geriatría o en residencias de ancianos, mientras que la población aquí analizada podía desplazarse a su centro de salud, en la gran mayoría de los casos.

En este estudio la localización que más se repite es en las piernas, con independencia del resultado que han tenido nuestros pacientes en los Índices de Barthel realizados. Otros trabajos reflejan que estas lesiones se producen más habitualmente en las extremidades superiores (22,25). Sin embargo, Everett y Powell obtuvieron que el 58% se producían en las extremidades inferiores (28) y Edwards et al encontraron un 60% de ocurrencia en la cara lateral o anterior de la pierna inferior (29). En el Consenso publicado en 2011 se concluyó que los pacientes independientes suelen sufrir estas lesiones en las extremidades inferiores (1).

Cuando se compara la etiología por la que se produce la lesión, los resultados arrojan que en un 59% el mecanismo más frecuente fue el traumatismo, seguido de la

caída (15,6%). En el estudio de Leblanc et al se realiza una encuesta internacional sobre los skin tears a enfermeras, éstas opinaron que las lesiones con el equipamiento, el traslado del paciente y las caídas son las tres principales causas, siendo el traumatismo la menos frecuente (2); esto puede ser debido a que la mayoría de las enfermeras encuestadas trabajan en otros ámbitos sanitarios que no son la Atención Primaria y porque quizás la manera de clasificar la etiología de las lesiones puede ser subjetiva. En otra revisión se destaca el papel de las fuerzas de fricción y cizalla y la fuerza ejercida por los profesionales sanitarios como posibles causantes de desgarros cutáneos (26).

Es interesante señalar que en este trabajo se observó una relación, aunque no significativa, entre el aumento del grado de dependencia y el mecanismo por el que se producen las lesiones, siendo en su mayoría por traumatismos; pero con el incremento de la dependencia van creciendo el resto de etiologías, más influidas estas por los altos grados de dependencia.

Se observa además una asociación entre la edad y el mecanismo por el que se producen las lesiones; cuanto más jóvenes son los pacientes más probabilidades tienen de que la causa del skin tears sea traumática, con una edad superior se producen por el resto de etiologías. Esto puede ser debido a que con una edad mayor la movilidad de los pacientes desciende y ya no realicen actividades que le puedan provocar traumas (muchos pacientes referían como causas actividades ligadas con la huerta, cuidado de animales, etc).

En la comparación de las tasas de incidencia se objetiva un incremento sustancial desde el 0,79 para 100 habitantes/ año mayores de 18 años al 6,31 (IC:4,09-9,32) skin tears por cada 100 habitantes/ año en la población mayor de 80 años, siendo esta la franja de edad de mayor riesgo. Si se compara la incidencia con otros trabajos, se puede ver que varía entre un 1,1% y un 92% dependiendo del sexo, la edad y de

donde son atendidos estos pacientes, así para las personas atendidas en la comunidad la incidencia para los hombres es del 1,1% y para las mujeres 4,6%. Como vemos son cifras que no se separan demasiado de las obtenidas en este estudio, aunque no se desagregaron por sexo estos datos.

Los pacientes que se verían más afectados por estas lesiones serían mujeres de edad avanzada, aunque no necesariamente dependientes, el mecanismo más frecuente por el que se producen estas lesiones es el traumatismo.

Cabe destacar que en este estudio se han conseguido 29 casos y 32 heridas, limitando quizás los resultados; aun así podría ayudar a arrojar algo de luz sobre este tipo de heridas que aunque, en nuestro país, se tratan habitualmente en las consultas, muchas veces es sin el adecuado conocimiento de la secuencia de tratamiento, los productos y técnicas y sus estrategias de prevención correctas.

Las principales dificultades y limitaciones de este trabajo son: El uso de estadística inferencial. La posibilidad de pérdida de casos debido a los pacientes que acuden a urgencias y que tras la cura en este servicio, no van a la consulta de su enfermera de centro salud y que, por lo tanto, no son captados. La hoja de recogida de datos se realizó en base al estudio de LeBlanc K, Christensen D et al, Prevalence of skin tears in a long-term care facility de 2013 (8) seleccionando cuáles serían los factores de riesgo principales y aquellos más fáciles de recoger para no causar una excesiva carga de trabajo a las enfermeras colaboradoras. La posibilidad de que la enfermera colaboradora, no identifique correctamente un

caso. Y por último, que pacientes que sufran una de estas lesiones se demoren mucho en acudir a la consulta de enfermería, lo cual implicaría que no se pueda identificar la lesión.

Conclusiones

Los pacientes que se verían más afectados por estas lesiones serían mujeres de edad avanzada, aunque no necesariamente dependientes, el mecanismo más frecuente por el que se producen estas lesiones es el traumatismo.

La probabilidad de sufrir estas lesiones está claramente influida por los ítems definidos como factores de riesgo, ya que todos los casos recogidos, se veían afectados, como mínimo, por uno de ellos; por tanto cabe esperar que una política de reducción de riesgos sea efectiva.

La localización más frecuente es la pierna y la categoría ISTAP más común fue la tipo 2.

La alta incidencia de estas heridas en las personas de más edad hace necesario la implantación de estrategias de formación para los profesionales de la sanidad y protocolos de cuidados específicos para el tratamiento y prevención de estas heridas, tanto en atención primaria, hospitales y residencias geriátricas.

La alta incidencia de estas heridas en las personas de más edad hace necesario la implantación de estrategias de formación para los profesionales de la sanidad y protocolos de cuidados específicos para el tratamiento y prevención de estas heridas, tanto en atención primaria, hospitales y residencias geriátricas.

Bibliografía

1. LeBlanc K, Baranoski S. Skin tears– State of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears. *Advances in Skin & Wound Care*. 2011; 24(9): 2-15.
2. Payne RL, Martin ML. Defining and classifying skin tears: need for a common language. *Ost Wound Manage*. 1993; 39(5): 16-20.
3. Stephen Haynes J, Carville K. Skin Tears Made Easy. *Wounds International*. [Internet]. 2011 [citado de 20 de febrero 2019];2(4): Recuperado a partir de: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/skin-tears-made-easy>
4. LeBlanc K, Campbell k, Beeckman D, Dunk A M, Harley C, Hevia H et al. Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. [Intenet] London: Wounds International; 2018. [citado de 20 de febrero 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/istap-best-practice-recommendations-prevention-and-management-skin-tears-aged-skin>
5. Malone ML, Rozario N, Gavinski M, Goodwin J. The epidemiology of skin tears in the institutionalised elderly. *Journal of American Geriatric Society*.1991;39(6):591-5
6. Strazzieri K, Picolo G, Gonçalves T, Gouveia Santos VL. Incidence of skin tears and risk factors: A systematic literature review. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2017; 44(1): 29-33.
7. LeBlanc K. Skin tear prevalence, incidence and associated risk factors in the long-term care population [Intenet] .2017 [citado en 20 de febrero 2019]. Recuperado a partir de: <http://hdl.handle.net/1974/22678>
8. LeBlanc K, Christensen D, Cook J, Culhane B, Gutierrez O. Prevalence of skin tears in a long-term care facility. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013; 40(6) :580-584.
9. Sanada H, Nakagami G, Koyano, Iizaka S, Sugama J. Incidence of skin tears in the extremities among elderly patients at a long-term medical facility in Japan: a prospective cohort study. *Geriatr Gerontol Int*. 2015; 15(8): 1058-1063.
10. Skiveren J, Wahlers B, Bermark S. Prevalence of skin tears in the extremities among elderly residents at a nursing home in Denmark. *J Wound Care*. 2017; 26(Sup2): 32-36.
11. Woo K, Sear K, Almost J, Wilson R, Whitehead M, VanDenKerkhof EG. Exploration of pressure ulcer and related skin problems across the spectrum of health settings in Ontario using administrative data. *Int Wound J*. 2015; 1: 24-30.
12. Carville C, Lewin G. Caring in the community: a prevalence study. *Prim Intent*. 1998 ;6: 54-62.
13. LeBlanc 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.
14. Chang YY, Carville K, Tay AC. The prevalence of skin tears in the acute care setting in Singapore. *Int Wound J*. 2016; 13(5): 977-983.
15. 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
16. McErlean BS. Skin tear prevalence and management at one hospital. *The Australian Journal of Wound Management*. 2004; 12(2): 83-88
17. Santamaria N, Carville K, Prentice J. Woundswest: identifying the prevalence of wounds within western Australia's public health system. *EWMA J*. 2009; 9(3): 13-18.
18. Amaral AFS, Pulido KC, Santos VLCG. Prevalence of skin tears among hospitalized patients with cancer. *Rev Esc Enferm* [Internet]. 2012 [citado de 20 de febrero 2019]; 46: 44-50. Recuperado a partir de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000700007&lng=en
19. Maida V, Ennis M, Corban J. Wound outcomes in patients with advanced illness. *Int Wound J*. 2012; 9(6) :683-692.
20. Ellis R, Gittins E. All Wales Guidance for the prevention and management of skin tears. [Internet].London: Wounds UK; 2015 [citado de 20 de febrero 2019].Recuperado a partir de: <http://www.wwic.wales/uploads/files/documents/Professionals/AWTVNF%20All%20Wales%20Guidance%20for%20the%20Prevention%20and%20Management%20of%20Skin%20Tears.pdf>
21. Stephen-Haynes J, Carville K. Skin tears Made Easy. *Wounds International* 2011; 2(4).
22. LeBlanc K, Baranoski S, Holloway S, Langemo D, Regan M. A descriptive crosssectional international study to explore current practices in the assessment, prevention and treatment of skin tears. *Int Wound J*. 2014; 11: 424-430.
23. Carville K, Lewin G, Newall N, Haslehurst P, Michael R, Santamaria N et al. STAR: a consensus for skin tear classification. *PRIM INTEN*. 2007; 15(1): 18-28.

24. LeBlanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D, Sammon MA, Edwards K et al. 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(10): 459-476.
25. Morey P. Skin Tears: A Literature Review. *PRIM INTEN*. 2007; 15(3):122-129.
26. Serra R, Ielapi N, Barbetta A, de Franciscis S. Skin tears and risk factors assessment: a systematic review on evidence-based medicine. *Int Wound J*. 2017; 15(1): 38-42.
27. White, MW, Karam S, Cowell B. Skin tears in frail elders: a practical approach to prevention. *Geriatric Nursing*. 1994; 15(2): 95-99.
28. Everett S, Powell T. Skin tears - the underestimated wound. *PRIM INTEN*. 1994; 2(1): 28-30.
29. Edwards H, Gaskill D, Nash R. Treating skin tears in nursing home residents: a pilot study comparing four types of dressings. *International Journal of Nursing Practice*. 1998; 4(1): 25-32.