

# Análisis crítico del documento de consenso sobre los avances actuales en la evaluación del riesgo, prevención y tratamiento de los desgarros cutáneos. Respuesta del ISTAP

Ray Samuriwo<sup>1,2</sup> PhD, Samantha Holloway<sup>\*3,4</sup> MSc, FHEA, CertEd, RN, Karen Ousey<sup>5,6</sup> PhD, RGN, FHEA, CMgr, MCMI, Kimberly LeBlanc<sup>7,8,9</sup> PhD

<sup>1</sup>President-Elect, International Skin Tear Advisory Panel

<sup>2</sup>School of Health and Social Care, Edinburgh Napier University, Scotland, United Kingdom

<sup>3</sup>Past President, International Skin Tear Advisory Panel.

<sup>4</sup>Centre for Medical Education, School of Medicine, Cardiff University, Wales, United Kingdom

<sup>5</sup>President, International Skin Tear Advisory Panel

<sup>6</sup>Institute of Skin Integrity and Infection Prevention, Department of Nursing, University of Huddersfield, England, United Kingdom

<sup>7</sup>Past-president, International Skin Tear Advisory Panel (2016-2018)

<sup>8</sup>Ingram School of Nursing, Faculty of Medicine, McGill University, Canada. Academic Chair, Nurses, Specialized in Wound, Ostomy, and Continence, Canada

<sup>9</sup>Academic Chair, Nurses, Specialized in Wound, Ostomy and Continence, Canada

\*Corresponding author email holloways1@cardiff.ac.uk

**Keywords** skin tears, assessment, diagnosis, definition, classification, patient safety

**For referencing** Samuriwo R et al. Critical analysis of the consensus document on current advances in risk assessment, prevention, and treatment of skin tears. A response from ISTAP. *Journal of Wound Management*. 2024;25(2):77-80.

**DOI** <https://doi.org/10.35279/jowm2024.25.02.07>

*Submitted 25 February 2024, Accepted 16 May 2024*

## INTRODUCCIÓN

Los errores de diagnóstico son dañinos y pueden tener consecuencias fatales, además de ser difíciles de detectar y definir debido a su complejidad.<sup>1,2</sup> Estos errores son recurrentes en la práctica clínica, donde los Desgarros Cutáneos (DCs) y otras heridas a menudo se diagnostican o clasifican erróneamente,<sup>3,5</sup> menoscabando los esfuerzos para mejorar la calidad y la seguridad del plan de cuidados. Dada la alta prevalencia de los DCs en la población de edad avanzada, la evaluación y diagnóstico preciso son prioritarios para la mejoría.<sup>3,6</sup> Un sistema de clasificación robusto y basado en la evidencia es esencial para optimizar el tratamiento de los DCs en diversos contextos a nivel mundial.<sup>3,6</sup> Las clasificaciones permiten a los profesionales de la salud comunicarse en un lenguaje común.<sup>6</sup> Al utilizar descriptores adecuados para diversos tipos de heridas, los profesionales pueden interactuar de manera más efectiva con los responsables políticos, investigadores, pacientes y entre equipos de salud.<sup>3</sup> El uso correcto de una herramienta de clasificación es crucial para los esfuerzos e intervenciones que buscan mejorar la calidad de la atención de diferentes tipos de heridas, como los DCs,<sup>3,6</sup> úlceras de pie diabético,<sup>7</sup> lesiones por presión,<sup>8</sup> y heridas quirúrgicas.<sup>5,9</sup> Una buena clasificación debe tener un alto nivel de fiabilidad y validez, con un bajo margen de error.<sup>8</sup> La clasificación de DCs del ISTAP ha sido validada y respaldada por sólidas investigaciones que demuestran su validez y fiabilidad en diversos países e idiomas.<sup>10-12</sup> Van Tiggelen et al<sup>10</sup> reportó un acuerdo interevaluador del 80%, con una especificidad del 92% y sensibilidad del 88% cuando la clasificación de DCs de ISTAP fue utilizada por participantes de 44 países. Un artículo reciente,<sup>13</sup> argumenta que las definiciones del documento de consenso del ISTAP sobre

DCs son incompletas porque omiten la hipodermis. Más aún, los autores<sup>13</sup> afirman que las definiciones de DCs de ISTAP deben revisarse para incluir el tejido subcutáneo.

Nuestros colegas<sup>13</sup> afirman que cambiar las definiciones contribuirían a entender mejor los daños de los DCs y los eventos adversos asociados, como el sangrado y hematomas. La visión de Henao y Gómez<sup>13</sup> contrasta con Budri<sup>6</sup>, quien sostiene que el sistema de clasificación de ISTAP<sup>11,12</sup> es una herramienta efectiva, eficiente y basada en la evidencia para diagnosticar, evaluar y tratar los DCs a nivel mundial.

Las definiciones y sistemas de clasificación son importantes porque determinan cómo se prioriza, organiza y ejecuta el plan de cuidados. Una clasificación precisa facilita el diagnóstico, evaluación y tratamiento, así como la comunicación efectiva entre profesionales de la salud con distintos grados de formación, competencias y habilidades.<sup>3,7,8,14</sup> El uso correcto de una clasificación basada en la evidencia es clave para establecer estándares de calidad y asegurar decisiones adecuadas en el cuidado de los pacientes.<sup>3,7,8,14</sup> Hay razones específicas de porqué la claridad de la definición de DCs y el consenso basado en la evidencia son importantes. Los profesionales clínicos a menudo tienen dificultades para diagnosticar los DCs debido a variaciones en la morfología y estructura de la piel, que pueden estar relacionadas a la edad.<sup>6,14,15</sup> La clasificación errónea y el diagnóstico incorrecto de los DCs causan retrasos en la implementación del tratamiento adecuado, lo que a menudo socava la calidad y seguridad de la atención brindada.<sup>6,14</sup> Por ejemplo, si un DC con un colgajo viable se clasifica correctamente y a tiempo, y la herida se limpia adecuadamente, el colgajo puede ser reaproximado a los

bordes de la herida para facilitar su cicatrización por primera intención, lo que consigue mejores resultados, es costo-efectivo, y favorece el confort del paciente.<sup>6,14</sup>

Dado el rol clave que desempeñan los sistemas de clasificación en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los DCs, es vital examinar la crítica de Henao y Gómez<sup>13</sup> sobre el sistema de clasificación de DP de ISTAP.

Los mejores avances en salud ocurren cuando se consideran todas las opiniones con la mejor evidencia disponible. La historia demuestra que las opiniones que inicialmente son inadvertidas o ignoradas pueden ser correctas cuando se presenta nueva evidencia. Con esto en mente, respondemos en nombre de ISTAP a los puntos planteados en el análisis crítico,<sup>13</sup> respaldados por la evidencia y la justificación de nuestras decisiones. Agradecemos la crítica a las definiciones de DCs del ISTAP, ya que brinda una valiosa oportunidad para enfocarnos en este aspecto, a menudo pasado por alto en el cuidado de heridas y para aclarar nuestra posición ante una audiencia internacional.

## MÉTODO

En este comentario, reflexionamos de manera crítica sobre cada uno de los puntos planteados por Henao y Gómez,<sup>13</sup> con la debida referencia a los documentos del ISTAP, incluyendo amplia evidencia, considerando los principios del método científico que informan y sustentan cada aspecto de mejora en la calidad y seguridad de la atención. Es importante señalar que se ha adoptado un enfoque de transparencia, porque todos los argumentos, afirmaciones o hipótesis presentadas deben someterse a un apropiado escrutinio científico para evitar causar daño a los pacientes, sin importar cuán bien intencionados sean. En otras palabras, se ha prestado especial atención en este análisis a los principios del método científico para responder a cada punto expuesto en la crítica<sup>13</sup> del sistema de clasificación de DCs del ISTAP. Se hace referencia de manera directa a la evidencia en la que se fundamentan, manteniendo la transparencia y claridad en la justificación de las definiciones presentadas en este análisis.

## DISCUSIÓN

El cuidado en salud es un campo dinámico en el que el conocimiento evoluciona constantemente. Por lo que valoramos la necesidad de revisar el sistema de clasificación de DCs de ISTAP, para determinar si esta herramienta sigue siendo aplicable en la actualidad, considerando los avances en la práctica clínica y la investigación.

## ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA PIEL

La piel está compuesta por tres capas, la epidermis (que tiene cinco subcapas), dermis (papilar y reticular), y la hipodermis (tejido subcutáneo), que conecta la piel con la fascia. La hipodermis no es estrictamente parte de la piel, aunque el límite entre la hipodermis y dermis pueden ser difícil de distinguir. La definición más reciente de DCs del ISTAP refleja la participación de tejido subcutáneo<sup>3</sup>, pero señala que un DC no se extiende a través del tejido subcutáneo hasta por debajo de la fascia. Esto lo diferencia de una laceración (corte), donde, a diferencia de una abrasión, no falta ninguna parte de la piel. Una laceración se considera habitualmente una herida causada por un objeto afilado. Es importante señalar

que las recomendaciones de ISTAP el 2018<sup>3</sup> clarifican que las laceraciones pre-tibiales son un tipo específico de herida que demanda un enfoque diferente para su manejo, como cirugía e injertos.

## DEFINICIÓN DE DESGARRO DE PIEL

Se ha planteado que la hipótesis de que el uso de diferentes

definiciones de DCs junto con la definición validada de ISTAP, es en parte la razón por la cual los DCs no tienen una codificación específica en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud.<sup>16,17,18</sup> Esta falta de codificación específica, puede explicar en parte por qué los profesionales de la salud suelen banalizar los DCs.<sup>17,18</sup> Si bien la inclusión de los DCs como código secundario dentro del código de "laceración" en CIE-10 fue un paso importante, solo puede servir para más confusión. ISTAP está trabajando en este punto como parte de una estrategia más amplia para apoyar una clasificación precisa.

La definición original de ISTAP establecía que los DCs eran,

*"Una herida traumática causada por fuerzas mecánicas, incluyendo la retirada de adhesivos, que resultan en la separación de las capas de la piel. Un DC puede ser de espesor parcial (separación de la epidermis de la dermis) o de espesor total (separación de la epidermis y dermis de las estructuras subyacentes"*

(LeBlanc et al 2011, pg. 6)<sup>19</sup>

Esta definición se desarrolló como parte de un estudio Delphi y enfatizó la etiología de los DCs, atribuyéndolos a fuerzas mecánicas como el cizallamiento, fricción o traumatismo contundente.<sup>19</sup> Destacó la gravedad de los DCs al distinguir entre lesiones de espesor parcial y espesor total. Además, incluyó la retirada de adhesivos como causa común de DCs, y subrayó la importancia de las medidas preventivas. En general, la definición de ISTAP proporcionó una descripción clara y concisa de los DCs, lo que facilitó su reconocimiento por parte de los profesionales de la salud.

En 2018, se actualizó la definición de DC del ISTAP para ayudar a diferenciar los DCs de otras lesiones, por ejemplo, laceraciones pre-tibiales. Esto llevó a la siguiente definición,

*"Un desgarro de piel es una herida traumática causada por fuerzas mecánicas, incluida la retirada de adhesivos. La gravedad puede variar según la profundidad (no se extiende a través de la capa subcutánea)"*

(LeBlanc et al 2018, pg. 2)<sup>3</sup>

La referencia de "extenderse a través" implica que el tejido subcutáneo puede estar involucrado en un DC, pero la lesión no se extenderá a través de la fascia que recubre el músculo.

Posteriormente, Van Tiggelen et al.<sup>10</sup> sugirió ampliar el sistema de clasificación de ISTAP mediante la incorporación de la definición de "colgajo cutáneo". Para perfeccionar esta definición, se convocó a un panel de expertos compuesto por 17 líderes internacionales. En la ronda inicial de Delphi, los expertos comentaron sobre la definición propuesta, lo cual permitió reformular una nueva definición. En la segunda ronda, los expertos podían dar su aprobación y formular observaciones adicionales sobre la definición perfeccionada. El consenso se alcanzó tras la segunda ronda de Delphi.<sup>10</sup>

La definición revisada de DC incluía la siguiente definición de colgajo de piel para mayor claridad:

*‘Un colgajo en DCs se define como una porción de la piel (epidermis/dermis) que se separa de manera involuntaria (parcial/totalmente) de su lugar original debido a cizallamiento, fricción y/o fuerza contundente. Este concepto no debe confundirse con el tejido que se separa intencionalmente de su lugar de origen para uso terapéutico, por ejemplo, el injerto quirúrgico de piel.’ pg. 150<sup>10</sup>*

## SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DESGARROS DE PIEL

La clasificación del ISTAP se desarrolló a partir de una encuesta transversal internacional (n = 1127 profesionales de 16 países). Los profesionales de la salud refirieron problemas al utilizar otros métodos de clasificación para evaluar y registrar los DPs (69,6%, n=695). Una abrumadora mayoría (89,5%, n=891) apoyó el desarrollo de un método simple y validado.<sup>20</sup> En respuesta a la encuesta, el ISTAP utilizó un método Delphi para desarrollar el sistema de clasificación de DCs del ISTAP.<sup>17</sup> Basado en sistemas de clasificación anteriores, el ISTAP descartó las subcategorías, permitiendo tres categorías sin necesidad de estimaciones. Estas categorías son tipo 1 (sin pérdida de piel), tipo 2 (pérdida parcial de la piel) y tipo 3 (pérdida completa de la piel). La razón de eliminar las subcategorías fue porque estimar el porcentaje de pérdida de piel es a menudo subjetivo. Además, la presencia o ausencia de hematoma/isquemia se relacionó con predecir el riesgo potencial de DC, por lo tanto, no se incorporó al sistema de clasificación.<sup>11,17</sup>

El sistema del ISTAP se sometió a pruebas de fiabilidad Test-Retest con panel de expertos y pruebas de interevaluador con 339 profesionales de la salud. La fiabilidad interevaluador basada en la experiencia en el cuidado de heridas se estableció mediante el estadístico k de Fleiss. El nivel de concordancia fue sustancial (Fleiss  $k=0,619$ ; seguimiento dos meses = 0,653). La fiabilidad Test-Retest fue alta (Cohen  $k=0,877$ ). La fiabilidad interevaluador fue moderada (Fleiss  $k=0,555$ ) para los profesionales de salud (n=303) y regular para los no sanitarios (Fleiss  $k=0,338$ ; n=24). Estos resultados se replicaron en un segundo estudio que involucró pruebas de interevaluador con 270 profesionales de la salud.<sup>21</sup> Se demostró un nivel moderado de acuerdo, tanto para el grupo de Enfermeras Registradas como para el grupo de Enfermeras no Registradas (Fleiss  $k=0,464$  y  $0,443$ , respectivamente) (<0 = concordancia menor que la casualidad, 0,01-0,20 = concordancia leve, 0,21-0,40 = concordancia regular, 0,41-0,60 = concordancia moderada, 0,61-0,80 = concordancia sustancial, 0,81-0,99 = concordancia casi perfecta).<sup>21</sup>

Recientemente, Van Tiggelen et al.<sup>10</sup> llevó a cabo un estudio internacional de validación del sistema de clasificación del ISTAP en profesionales de la salud (n=1601) de 44 países. La concordancia general con el estándar de referencia fue de 0,79 [intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,79–0,80] y la sensibilidad osciló entre 0,74 (IC del 95%: 0,73–0,75) y 0,88 (IC del 95%: 0,87–0,88). La fiabilidad interevaluador fue de 0,57 (IC del 95%: 0,57–0,57). El Kappa de Cohen fue de 0,74 (IC del 95%: 0,73–0,75).

Esta sólida validación del sistema de clasificación de DCs del ISTAP en una amplia muestra de profesionales de la salud aumenta la generalización del sistema de clasificación y su utilidad en la práctica. Actualmente, el sistema de clasificación de DCs del ISTAP ha sido traducido a 14 idiomas, incluyendo árabe, chino, checo, danés, holandés, francés, alemán, hebreo, italiano, japonés, portugués, español, sueco y turco. Esto respalda la validez externa, aceptabilidad y facilidad del uso del sistema de clasificación de DCs.

## CONCLUSIÓN

En este artículo hemos buscado responder a las preguntas planteadas por Henao y Gómez sobre las definiciones de DCs del ISTAP. Agradecemos los comentarios y retroalimentación, sin embargo, estamos decepcionados por el hecho de que la crítica no menciona ninguno de los documentos del ISTAP donde explicamos las razones de las nuestras definiciones. Si bien no estamos de acuerdo con muchos de los puntos que plantean los colegas en su crítica, respetamos y valoramos su derecho a criticar nuestras definiciones de DC. En nuestra opinión, la discusión y debate son aspectos no negociables del método científico, que sustenta la mejora en la atención sanitaria. La crítica a las definiciones de DCs del ISTAP realizadas por Henao y Gómez presentaron argumentos nuevos e inesperados que, aunque difieren de nuestra perspectiva, son valiosos. Estas opiniones nos brindan la oportunidad de aclarar la evidencia que respalda el documento de consenso de ISTAP y las definiciones de los DCs.

Los avances científicos que mejoran la calidad y seguridad de la atención sanitaria no son estáticos, sino que evolucionan continuamente en respuesta a nuevas evidencias e innovaciones. En este espíritu de mejora continua en el complejo contexto de la atención en salud, el ISTAP mantiene un enfoque ágil y pragmático. En pocas palabras, el ISTAP busca mejorar continuamente la calidad de la atención para prevenir y tratar los DCs a través de la mejor evidencia disponible. ISTAP actualizará todos sus documentos durante los próximos 12 meses y tendrá en cuenta todos los puntos de vista y opiniones. El desarrollo científico y la atención sanitaria requiere una apertura a nuevas visiones, humildad para cambiar y capacidad de adaptación cuando surgen nuevas evidencias. ISTAP mantiene su compromiso de cambiar y evolucionar las definiciones de DCs a medida que surjan nuevas evidencias y conocimientos en esta áreas de atención. Seguimos comprometidos a proporcionar orientación, recomendaciones e información que se basen en la mejor evidencia disponible. Continuaremos destacando la calidad de la evidencia que sustenta nuestro trabajo, con el debido reconocimiento a las lagunas en el conocimiento y a las opiniones de expertos.

En conclusión, hemos explicado por qué no estamos de acuerdo con los puntos señalados por nuestros compañeros y hemos explicado la base de las definiciones de DCs del ISTAP con la debida referencia de la mejor evidencia disponible. ISTAP da la bienvenida a todos los puntos de vista, perspectivas y evidencias, porque son vitales para garantizar que las definiciones de los DCs se mejoren continuamente. Animamos a nuestros colegas y a otras personas a compartir sus pensamientos, comentarios

y críticas, ya que nos permitirán acercarnos más hacia el objetivo compartido de “un mundo sin desgarros cutáneos”.

## CONFLICTO DE INTERESES

Todos los autores han sido o son actualmente miembros del consejo del ISTAP.

## FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron financiación por este estudio/comentario.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a Pía Mabel Molina Chailán, enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos y coordinadora del Comité de Investigación de la Subdirección de Gestión del Cuidado del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción (Chile) y a Elena Conde Montero, especialista en dermatología del Hospital Universitario Infanta Leonor Madrid por la traducción de la respuesta del ISTAP.

## REFERENCIAS

1. Zwaan L, Singh H. The challenges in defining and measuring diagnostic error. *Diagnosis*. 2015;2(2):97–103.
2. Graber ML. The incidence of diagnostic error in medicine. *BMJ Quality & Safety*. 2013;22(Suppl 2):ii21–ii27.
3. LeBlanc K, Campbell K, Beeckman D, Dunk AM, Harley C, Hevia H, et al. ISTAP Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin: Recommendations from an expert working group. London: Wounds International. 2018. Available: <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/sites/8/2023/02/085aa82de6f9383340ed14a2d2eda3a1.pdf>
4. Gorvetzian JW, Epler KE, Schrader S, Romero JM, Schrader R, Greenbaum A, et al. Operating room staff and surgeon documentation curriculum improves wound classification accuracy. *Heliyon*. 2018;4(8):e00728.
5. Zens TJ, Rusy DA, Gosain A. Pediatric surgeon-directed wound classification improves accuracy. *J Surgical Research*. 2016;201(2):432–439.
6. Budri AMV. User-friendly classification to achieve patient-friendly outcomes. *Br J Dermatol*. 2020;183(1):13–14.
7. Monteiro-Soares M, Game F. Podcast on how to classify foot ulcers in people with diabetes (2023 Update of the IWGDF Guidelines on Classification). *Diabetes Therapy*. 2024. doi: <https://doi.org/10.1007/s13300-023-01521-2>
8. Kottner J, Cuddigan J, Carville K, Balzer K, Berlowitz DR, Law S, et al. Pressure ulcer/injury classification today: An international perspective. *J Tissue Viability*. 2020;29(3):197–203.
9. Massoumi RL, Wertz J, Anderson N, Barrett N, Jen HC. Wound classification score discordance in pediatric operations – A Quality Improvement Study. *J Surg Res*. 2021;268:681–668.
10. Van Tiggelen H, LeBlanc K, Campbell K, Woo K, Baranoski S, Chang YY, et al. Standardizing the classification of skin tears: validity and reliability testing of the International Skin Tear Advisory Panel Classification System in 44 countries. *Br J Dermatol*. 2020;183(1):146–154.
11. 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.
12. Van Tiggelen H, Beeckman D. Skin tears anno: An update on definition, epidemiology, classification, aetiology, prevention and treatment. *J Wound Management 2022(Special Issue)*:38–51.
13. Henao CER and Gómez SR. Critical Analysis the Consensus Document on Current Advances in Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Skin Tears. *J Wound Management 2024;25(2)*:72–76. Article in press.
14. Leblanc K, Alam T, Langemo D, Baranoski S, Campbell K, Woo KY. Clinical challenges of differentiating skin tears from pressure ulcers. *EWMA Journal*. 2016;16(1):17–23.
15. Lichterfeld-Kottner A, El Genedy M, Lahmann N, Blume-Peytavi U, Büscher A, Kottner J. Maintaining skin integrity in the aged: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2020;103:103509.
16. World Health Organization (WHO). (2016). ICD-10 Version: 2016. Retrieved April, 2017, from World Health Organization (WHO): <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>
17. LeBlanc K, Baranoski S, Holloway S, Langemo D. Validation of a new classification system for skin tears. *Adv Skin Wound Care*. 2013;26(6):263–265.
18. Rayner R, Carville K, Leslie G, Roberts P. A review of patient and skin characteristics associated with skin tears. *J Wound Care* 2015;24(9):406.
19. LeBlanc K, Baranoski S, Christensen D, Langemo D, Sammon M, Edwards K, Regan M. State of the science: Consensus statements for the prevention, prediction, assessment and treatment of skin tears. *Adv Skin Wound Care*. 2011;24(9):2.
20. LeBlanc K, Baranoski S, Holloway S, Langemo D, Regan M. A descriptive cross-sectional international study to explore current practices in assessment, prevention and treatment of skin tears. *Int Wound J*, 2014;11(1):424–430.
21. Skiveren J, Bermark S, LeBlanc K, Baranoski S. Danish translation and validation of the International Skin Tear Advisory Panel skin tear classification system. *J Wound Care*. 2015;24(8):388.