

Le skin tears. Studio quantitativo del fenomeno e proposta di una procedura di prevenzione e gestione

Giulia Candeloro

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano, Italia

ABSTRACT

Lo studio si pone l'obiettivo di capire se il professionista sanitario, infermiere e operatore socio sanitario (o.s.s.) conosca le *skin tears* e le sappia riconoscere, prevenire e gestire. Inoltre si vuole capire se vi sia necessità di uno strumento che supporti l'operatore nel riconoscimento di tali lesioni. Come ultimo obiettivo la proposta di una procedura di prevenzione e gestione delle *skin tears*. Si è eseguita una revisione della letteratura esistente sul tema e si è intrapreso uno studio di ricerca di tipo quantitativo sulle *skin tears*, somministrando un questionario di 18 domande ad infermieri e o.s.s. Gli infermieri e gli o.s.s. rilevano una confusione per quanto riguarda la gestione delle *skin tears* e necessitano di uno strumento che li guidi nell'assistenza sanitaria. Si propone una procedura di prevenzione e gestione delle *skin tears*.

INTRODUZIONE

Secondo Payne e Martin,¹ Carville *et al.*² e LeBlanc *et al.*,³ la *skin tear* è una lesione causata da forze di taglio, frizione e/o corpi contundenti, che determinano la separazione degli strati cutanei. Essa può essere: i) a spessore parziale: con separazione dell'epidermide dal derma; ii) a tutto spessore: con la separazione sia dell'epidermide che del derma dalle strutture sottostanti.

I soggetti maggiormente interessati sono persone: i) Agli estremi d'età (neonati e anziani); ii) In condizioni critiche o che sono compromessi dal punto di vista clinico; iii) Che richiedono un'assistenza per la propria cura personale (pazienti di terapia intensiva, chirurgia maggiore, traumatologia).

Corrispondenza: Giulia Candeloro, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Piazza dell'Ospedale Maggiore, 3 20162 Milano, Italia.
Tel.: 0264441.
E-mail: giulia.candeloro@ospedaleniguarda.it

Parole chiave: skin tears, studio quantitativo, prevenzione, trattamento.

Conflitto d'interesse: l'autore dichiara l'assenza di conflitti d'interesse.

Ricevuto per la pubblicazione: 28 Agosto 2017.
Revisione ricevuta: 28 Agosto 2017.
Accettato per la pubblicazione: 10 Ottobre 2017.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright G. Candeloro, 2017
Licensee PAGEPress, Italy
Italian Journal of Wound Care 2017; 1(2):67-72
doi:10.4081/ijwc.2017.13

I fattori di rischio

I fattori di rischio intrinseci ed estrinseci che possono concorrere alla comparsa di una *skin tear* sono: età; sesso (donna); razza (caucasica); disidratazione; malnutrizione; deficit cognitivo; mobilità alterata; deficit visivo; neuropatie; terapia a lungo termine di corticosteroidi; storia pregressa di *skin tear*; rigidità degli arti e spasticità; prelievi ematici: politerapia; presenza di ecchimosi; dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL); utilizzo di presidi per l'assistenza; applicazione e rimozione di calze; rimozione di cerotti e medicazioni; problemi vascolari; problemi cardiaci; problemi polmonari; trasferimenti e cadute; dispositivi protesici; continenza/incontinenza; detergenti cutanei.

La prevenzione

La letteratura^{4,5} suggerisce che sia possibile ridurre l'incidenza delle *skin tears* di almeno il 50 % grazie all'implementazione di protocolli specifici e alla formazione del personale, vero nodo cruciale della prevenzione delle *skin tears*: tutti i caregivers dovrebbero, infatti, conoscere ma soprattutto applicare alcune semplici e comuni strategie. Le più note strategie sono di LeBlanc *et al.*⁶

La classificazione delle skin tears

Ad oggi, in letteratura non esiste una classificazione universalmente accettata e correttamente validata per la valutazione delle *skin tears*, anche se in letteratura viene riportato un uso crescente della classificazione fatta nel 1980 da Payne e Martin, poi successivamente revisionata nel 1993 (Tabella 1).⁷

Un'altra categorizzazione che viene presa come punto di riferimento per la classificazione delle *skin tears* è quella fatta nel 2006 dallo stato dell'Australia: il STAR (Skin Tear Audit Research) Classification System² (Tabella 2).⁷

Queste due categorizzazioni seppur apparentemente molto simili tra loro, distinguono le *skin tears* sulla base di differenti fattori: la prima classificazione (Payne e Martin) si basa sull'entità della perdita tissutale; la seconda (STAR Classification System), invece, sulla qualità dei bordi e del lembo cutaneo.

In ogni modo, indipendentemente dal sistema utilizzato, non è corretto – seppur spesso accade – classificare le *skin tears* usando i sistemi di stadiazione delle ulcere da pressione.^{1,5}

Il trattamento

Il primo step per sviluppare un piano di trattamento per le *skin tears* è completare il wound assessment.⁸ Le fasi di trattamento di una skin tear, riconosciute in letteratura sono: i) La detersione: rimozione di batteri, detriti e/o tessuto necrotico presente; ii) La guarigione in ambiente umido; iii) La selezione delle medicazioni: seguendo le indicazioni del RNAO⁹ su l'utilizzo di una buona medicazione. Nel caso delle *skin tears*, si trovano in letteratura diversi studi e indicazioni. Sutton e Pritty¹⁰ sull'utilizzo di cerottini adesivi (steri strip) in sostituzione della sutura o graffetta metallica per la fragilità cutanea; Nazarko¹¹ sull'applicazione dell'alginato di calcio per controllare il sanguinamento post ferimento; LeBlanc e Christensen¹² sull'utilizzo di medicazioni

assorbenti acriliche trasparenti. iv) La gestione del lembo cutaneo (peduncolo); v) La gestione dell'edema; vi) La gestione del dolore; vii) La gestione dell'infezione: con la prevenzione e, se presente, l'applicazione di antimicrobici topici e/p antibiotici sistemici; viii) Le medicazioni da evitare: gli idrocolloidi e i film (pellicole) trasparenti. Infatti esse possono causare lo stripping epidermico e interferire con la guarigione delle *skin tears*, se non vengono rimossi in modo idoneo.






Obiettivi

Allo studio sono stati posti i seguenti obiettivi: i) Capire se nelle realtà sanitarie analizzate si trovino pazienti a rischio *skin tears*; ii) Comprendere se gli infermieri e oss sappiano gestire correttamente le *skin tears*; iii) Capire se, per gli intervistati, c'è l'esigenza di uno strumento specifico per prevenire e trattare questo tipo di lesioni; iv) Creare una proposta di procedura di prevenzione e gestione delle *skin tears*.

MATERIALI E METODI

La ricerca quantitativa è iniziata a febbraio 2014, con l'elaborazione di un questionario di 18 domande. Il que-

Tabella 1. Classificazione di Payne e Martin. Riprodotto con permesso da Stephen Haynes *et al.* (2011).⁷

CATEGORIA I A <i>Skin tear</i> lineare con epidermide e derma separato, senza perdita di tessuto.	
CATEGORIA I B Il lembo epidermico copre completamente il derma entro un millimetro dal margine della ferita.	
CATEGORIA II A Scarsa perdita di tessuto <25% del lembo di epidermide perso.	
CATEGORIA II B Perdita di tessuto >25 % di lembo di epidermide perso.	
CATEGORIA III Perdita tissutale completa. Il lembo epidermico è assente.	

stionario è stato somministrato sia agli infermieri che agli operatori socio sanitari.

Le unità operative a cui è stato distribuito il test, sono state quelle presenti all'interno della struttura ospedaliera e i distaccamenti di assistenza sanitaria territoriale.

Nello specifico: i) Unità operativa di Terapia Intensiva; ii) Unità operativa di Pronto Soccorso; iii) Unità operativa di Chirurgia e Urologia; iv) Unità operativa di Ortopedia; v) Unità operativa di Psichiatria; vi) Unità operativa di Medicina B; vii) Unità operativa Medicina C; viii) Unità operativa di Broncopneumologia; ix) Unità operativa di Neurologia; x) Unità operativa di Cardiologia; xi) Assistenza Domiciliare Integrata (ADI); xii) Assistenza Domiciliare Oncologica (ADO); xiii) Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) n. 1; xiv) Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) n. 2.

Le U.O. che sono state escluse dallo studio sono state: i) Tutte le U.O. ambulatoriali; ii) U.O. Ginecologia e Ostetricia; iii) U.O. Pediatria e Patologia Neonatale.

Le unità operative pediatria/patologia neonatale e ginecologia, seppur presentano un paziente a rischio di *skin tears* (come riportato dagli studi scientifici fatti), sono state escluse dalla ricerca quantitativa, in quanto si è voluto porre maggior attenzione al paziente anziano, utente

numericamente sempre più presente sia nella realtà ospedaliera che territoriale

Dopo l'elaborazione del mezzo d'indagine, si è provveduto, quindi, alla somministrazione del questionario.

La distribuzione dei test è stata fatta in due giornate.

Ai destinatari dello studio è stato dato circa un mese di tempo per la compilazione del test.

RISULTATI

Dopo un mese dalla distribuzione, dei 239 test somministrati ne sono stati raccolti n. 113 compilati e n. 126 non compilati (Figura 1).

Nello specifico, hanno partecipato con l'89% dei questionari, gli infermieri e con l'11% gli operatori socio sanitari (Figura 2).

L'analisi dei risultati è stata fatta per tutte le Unità Operative coinvolte nello studio. Di seguito verrà riportata la visione globale dei dati raccolti.

Nella prima domanda si evidenzia il grado di partecipazione dei professionisti coinvolti nello studio: l'89% di infermieri e l'11% di operatori socio sanitari. Mentre la partecipazione degli o.s.s. si è dimostrata ridotta, quella del personale infermieristico è risultata: buona, per quanto

Tabella 2. STAR classification system. Riprodotto con permesso da Stephen Haynes *et al.* (2011).⁷

CATEGORIA I A Una *skin tear* dove i bordi possono essere riallineati secondo la normale posizione anatomica e la cute o il colore del lembo non risulta essere né pallido né scuro.



CATEGORIA I B Una *skin tear* dove i bordi possono essere riallineati secondo la normale posizione anatomica ma dove la cute o il colore del lembo risultano essere pallidi o scuri.



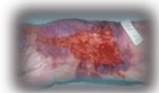
CATEGORIA II A Una *skin tear* dove i bordi non possono essere riallineati alla normale posizione anatomica e la cute o il colore del lembo non è pallido o scuro.



CATEGORIA II B Una *skin tear* dove i bordi non possono essere riallineati alla normale posizione anatomica e la cute o il colore del lembo risulta essere pallido o scuro.



CATEGORIA III Una *skin tear* dove il lembo cutaneo risulta completamente assente.



riguarda la Terapia intensiva, il Pronto soccorso, la Neurologia e le due assistenze domiciliari (A.D.I. e A.D.O.); discreta per le aree chirurgiche (Chirurgia - Urologia e Ortopedia) e la Psichiatria e, infine, minima per quanto riguarda le aree sanitarie mediche ospedaliere e territoriali (Medicina B e C, Broncopneumologia, Cardiologia, R.S.A. n. 1 e n. 2), dove la probabilità di avere pazienti con questo tipo di lesioni è in realtà molto più alta.

Discreto interesse (pari all'89% degli intervistati) verso ciò che riguarda la prevenzione e la gestione delle alterazioni cutanee degli arti superiori e/o inferiori e quindi anche verso le *skin tears*.

Dalla domanda n. 3 fino alla n. 9 (inclusa) i dati raccolti rilevano che la probabilità di avere pazienti con *skin tears* sia molto alta. Infatti: il 94% risulta essere affetto da più patologie; nel 92% dei casi si riscontra un'alterazione del normale trofismo cutaneo (con una frequenza del 20%); il 90% dei pazienti presenta un deficit nutrizionale, anche se la frequenza di riscontro è comunque bassa nella maggior parte dei casi (circa il 20%); l'88% manifesta stati di agitazione psicomotoria (soprattutto i pazienti delle aree critiche, della Cardiologia, Neurologia, Broncopneumologia, Medicina B e C, Ortopedia e R.S.A. n. 1); il 61% dei pazienti ha un'età compresa tra i 70 e gli 85 anni.

Successivamente, alla domanda n. 10, si evidenzia di come le *skin tears* per il 56% degli intervistati *spesso*, mentre per il restante 41% *raramente* (Figura 3).

Dal quesito n. 11 si evince come sia variabile la frequenza di documentare questo tipo di lesioni. Alla domanda n. 12 il 75% degli infermieri e o.s.s. ammette di trattare le *skin tears* seguendo il protocollo presente in azienda (ovverosia un'indicazione standardizzata per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione), mentre, solo un 23% degli intervistati dichiarato di agire seguendo le proprie conoscenze professionali (Figure 4 e 5).

Successivamente, con l'85% circa di assensi si identifica la prevenzione come un processo fondamentale e applicabile nella loro realtà lavorativa per prevenire l'insorgere delle *skin tears*.

La degenerazione, invece, viene ritenuto un evento raro.

Al quesito n. 17, la quasi unanimità (97%) degli infermieri e o.s.s. concorda nel dire che la presenza di qualsiasi lesione cutanea, anche di una ferita acuta come la *skin tear*, se presente, può influire negativamente sul concetto di benessere psicofisico del paziente.

Infine nell'ultima domanda il 94% degli infermieri e o.s.s. dichiara di avere l'esigenza di un'indicazione più specifica per la prevenzione e il trattamento delle *skin tears* (Figura 6).

Quindi, concludendo tale analisi, si può affermare che gli obiettivi prefissati all'inizio di questo studio quantitativo sono stati tutti raggiunti: i) La rilevanza di pazienti a rischio *skin tears* nelle strutture ospedaliere e territoriali dell'ospedale preso in esame; ii) La presenza di una *con-*

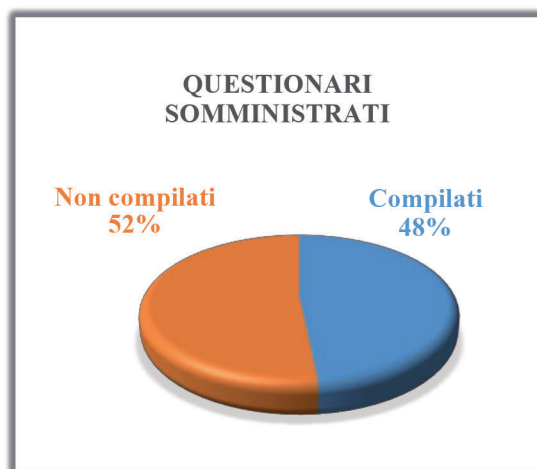


Figura 1. Percentuale dei questionari compilati e non compilati dal gruppo di studio.

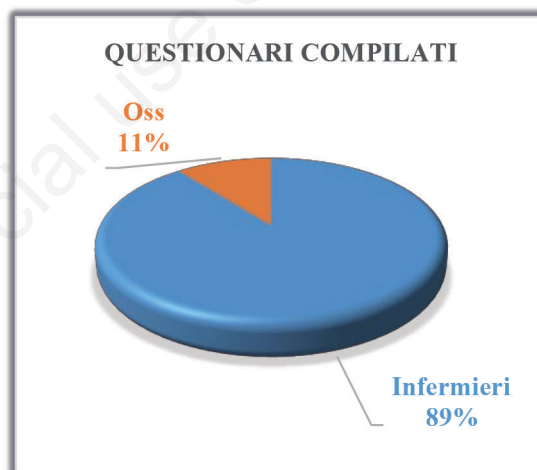


Figura 2. Percentuale di infermieri e oss che hanno partecipato allo studio.

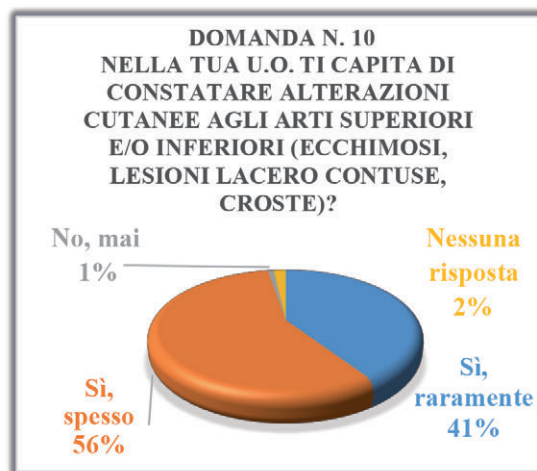


Figura 3. Frequenza di rilevazione delle *skin tears* nel gruppo di studio.



Figura 4. Frequenza di registrazione delle *skin tears* nella documentazione clinica.



Figura 5. Percentuale sulla modalità di gestione delle *skin tears*.



Figura 6. Percentuale di coloro che ritengono necessaria un'indicazione per la prevenzione e gestione delle *skin tears*.

fusionione generale in ciò che concerne la gestione delle *skin tears*; andando così a confermare quanto già detto in letteratura da LeBlanc;³ iii) La necessità di aver uno strumento che aiuti i professionisti sanitari a prevenire e gestire le *skin tears*.

I limiti dello studio

Il primo limite incontrato è stato nell'utilizzo del termine *skin tear* alla domanda n.10. Infatti si è deciso di non utilizzare tale termine, ma dei sinonimi, per evitare possibili consultazioni del web, che avrebbero inficiato sulla veridicità del test.

Il secondo limite si è avuto sulla partecipazione dei candidati allo studio: più della metà dei test non sono stati compilati.

Infine, la *confusione* riscontrata tra quello che concerne la differenza tra prevenzione e trattamento di una lesione da pressione e di una *skin tear*.

CONCLUSIONI

Al termine di questo studio quantitativo si può concludere che le *Skin tears* risultano essere delle lesioni acute *note* ma non del tutto conosciute, dove ancora c'è molto da scoprire e migliorarsi, soprattutto per quanto riguarda la gestione clinica e la formazione del personale sanitario.

Da qui, l'idea di voler proporre una procedura che aiuti, mediante l'utilizzo di alcuni strumenti (Figura 7⁷ e 8^{3,5}), a



Figura 7. Strumento di classificazione della *skin tear*. Riprodotto con permesso da Stephen Haynes *et al.* (2011).⁷

I FATTORI DI RISCHIO DELLE SKIN TEARS	COME PREVENIRE LE SKIN TEARS
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ETÀ > 65 ANNI <input type="checkbox"/> STORIA DI UNA PREGRESSA SKIN TEAR <input type="checkbox"/> MALATTIE CARDIORESPIRATORIE <input type="checkbox"/> MALATTIE METABOLICHE <input type="checkbox"/> NEUROPATIE <input type="checkbox"/> DEFICIT COGNITIVI (MMSE) <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE (MNA) <input type="checkbox"/> DISIDRATAZIONE <input type="checkbox"/> ALTERATO TROFISMO CUTANEO <input type="checkbox"/> INCONTINENZA A FECE E/O URINE <input type="checkbox"/> ALTERATO GRADO DI AUTONOMIA (ADL) <input type="checkbox"/> AGITAZIONE PSICOMOTORIA <input type="checkbox"/> UTILIZZO DI PRESIDI PER LA MOBILIZZAZIONE <input type="checkbox"/> PROLUNGATA TERAPIA CON CORTICOSTEROIDI <input type="checkbox"/> POLITERAPIA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. GARANTIRE UN AMBIENTE SICURO: <ul style="list-style-type: none"> • ADEGUATA ILLUMINAZIONE • RIMOZIONE DI OSTACOLI ALLA DEAMBULAZIONE • IMBOTTIRE POSSIBILI SPIGOLI DI MOBILI O ALTRI OGGETTI 2. IMBOTTIRE I PEDALI DELLE CARROZZINE 3. ACCURATA IGIENE PERSONALE 4. INDOSSARE ABITI CON MANICHE LUNGHE E PANTALONI LUNGI E SCARPE COMODE 5. RIMUOVERE OGGETTI COME ANELLI, OROLOGI 6. IDRATARE LA CUTI CON CREME EMOLIENTI O OLIO DI MANDORLA 2 volte/die 7. AIUTARE NELLA MOBILIZZAZIONE CON AUSILI SPECIFICI

Figura 8. Fattori di rischio. Riprodotto con permesso da LeBlanc *et al.* (2008)³ Strategie preventive. Riprodotto con permesso da Caula *et al.* (2011).⁵

prevenire, riconoscere, gestire e documentare questo tipo di ferite acute.

La procedura, si costituisce di n. 6 indicatori ed attribuisce differenti responsabilità all'infermiere, all'o.s.s., al medico nutrizionista, al medico di medicina generale e al caregiver e/o paziente (in base al grado di autosufficienza del paziente).

Per la valutazione del rischio si consigliano n. 4 scale, già note in letteratura: MMSE, ADL, MNA, VRS, NRS e PBS.

Invece, per il trattamento della *skin tear* si fa riferimento a quanto conosciuto fino ad ora in letteratura e nella pratica clinica.

Infine è stata creata una proposta di una scheda di valutazione e di gestione della ferita, che permetta di documentare l'operato del professionista sanitario (Figure 9 e 10).

UNITA' OPERATIVA		R.S.A.		DOMICILIO	
NOME E COGNOME DEL PZ:					
DATA					
CATEGORIA DELLA SKIN TEAR					
SEDE					
MISURE (mm)	Lunghezza				
	Larghezza				
	Profondità				
PEDUNCOLO	Presente e vitale				
	Presente e non vitale				
FONDO DELLA LESIONE	Assente				
	Verde				
	Nero				
	Giallo				
	Rosso				
CUTE PERILESIONALE	Rosa				
	Integra				
	Lesionata				
ESSUDATO	Xerotica (secca)				
	Macerata				
INFEZIONE	QUANTITÀ	Scarsa			
		Moderata			
DOLORE	TIPOLOGIA	Abbondante			
		Seroso			
FOTO		Emorragico			
		Paradentale			
FIRMA VALUTATORE					

Figura 9. Tabella di valutazione della *skin tear*.

NOME E COGNOME DEL PZ:		R.S.A.		DOMICILIO	
DATA					
DETERSIONE	Sol. Fisiologica				
	Ringer Lattato				
	Sol. Antiseptica (Povidone)				
RIMOZIONE DEL PEDUNCOLO	Si				
	No				
CURA DEI MARGINI	Colla cutanea				
	Strips				
DEBRIDEMENT	Chirurgico				
	Autolitico				
	Enzimatico				
MEDICAZIONI PRIMARIA	Non adesiva				
	In silicone				
	In silicone trasparente				
	Non adesiva con aerotetto				
	Alginato				
MEDICAZIONE SECONDARIA	Idrolina				
	Idrolina con antibiotico				
CURA CUTE PERILESIONALE	Schiuma in polietilene				
	Schiuma in polietilene con antiodorifero				
PROTEZIONE CUTE PERILESIONALE	Crema emolliente				
	Olio di mandorle				
FISSAGGIO DELLA MEDICAZIONE	Cerone di gommata				
	Migliaia tubolare di cotone				
	Benda coesiva				
	Resti tubulari				
FIRMA					

Figura 10. Tabella della medicazione della *skin tear*.

BIBLIOGRAFIA

1. Payne RL, Martin ML. The epidemiology and management of skin tears in older adults. *Ostomy Wound Manage* 1990;26:26-37.
2. Carville K, Lewin G, Newall N, et al. STAR: a consensus for skin tear classification. *Prim Intent* 2007;15:18-28.
3. LeBlanc K, Christensen D, Orstead H, Keast D. Best practice recommendations for the prevention and treatment of skin tears. *Wound Care Canada* 2008;1:14-30.
4. Ratliff CR, Fletcher KR. Skin Tears: a review of the evidence to support prevention and treatment. *Ostomy Wound Manage* 2007;53:32-40.
5. Caula C, Apostoli A. Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche. *Manuale per l'infermiere*. Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli; 2011. pp 385-389.
6. LeBlanc K, Baranoski S. Skin Tears: state of the science: consensus statement for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin tears. *Adv Skin Wound Care* 2011;24:2-15.
7. Stephen Haynes J, Carville K: Skin tears Made easy, *Wound International*, 2011;2:1-6.
8. Le Blanc K, Baranosky S. Prevention and management of Skin Tears, *Adv Skin Wound Care* 2009;22:325-32.
9. Registered Nurses' Association Of Ontario (RNAO): Nursing best practice guideline: risk assessment and prevention of pressure ulcers. Toronto 2005.
10. Sutton R, Pritty P. Use of sutures or adhesive tapes for primary closure of pre-tibial lacerations. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985;290:1627.
11. Nazarko L. Preventing and treating skin tears, *Nurs Resident Care* 2005;7:549-50.
12. LeBlanc K, Christensen D. An approach to managing skin tears in the elderly population: a case series. Poster Presentation presented at the Canadian Association of Wound Care Annual Conference. Montreal, QC; 2005.