

## Adaptación cultural, validez de contenido y confiabilidad interobservadores del "STAR Skin Tear Classification System"<sup>1</sup>

Kelly Cristina Strazzieri-Pulido<sup>2</sup>

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos<sup>3</sup>

Keryln Carville<sup>4</sup>

Objetivos: realizar la adaptación cultural del *STAR Skin Tear Classification System*, para el idioma portugués y comprobar la validez de contenido y la confiabilidad interobservadores de la versión adaptada. Métodos: estudio metodológico con abordaje cuantitativo. La adaptación cultural fue desarrollada en tres fases: traducción, evaluación por comité de jueces y retrotraducción. El instrumento fue comprobado en lo que se refiere a su validez de contenido y confiabilidad interobservadores. Resultados: la versión adaptada obtuvo un nivel regular de concordancia cuando fue aplicada por enfermeros utilizando fotografías de lesiones por fricción. Cuando fue aplicado en la práctica clínica, la versión adaptada obtuvo un nivel moderado y estadísticamente significativo de concordancia. Conclusión: el estudio comprobó la validez de contenido y la confiabilidad interobservadores de la versión adaptada para el idioma portugués. Su inclusión en la práctica clínica posibilitará la correcta identificación de ese tipo de lesión, además de la implementación de protocolos para la prevención y tratamiento de las lesiones por fricción.

Descriptores: Heridas y Traumatismos; Envejecimiento de la Piel; Estudios de Validación.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "Cultural adaptation and validity of *STAR Skin Tear Classification System*, to the Portuguese language spoken in Brazil", presentada en la Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> MSc, Enfermera, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo "Octavio Frias de Oliveira", São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor, Primary Health Care and Community Nursing, Silver Chain and Curtin University, Perth, WA, Australia.

## Introducción

La *skin tear*, como es conocida internacionalmente, es una herida traumática resultante de fricción o de fricción y cizalladura, que lleva a la separación de la epidermis de la dermis o separa ambas de las estructuras subyacentes<sup>(1)</sup>. Asociada a piel frágil, es común entre los debilitados y dependientes, con movilidad y nutrición comprometidas, como los ancianos<sup>(1)</sup>, los que están en fase terminal de la vida<sup>(2)</sup> y los neonatos<sup>(3)</sup>.

Tema poco conocido en Brasil, la *skin tear* fue denominada aquí de laceración<sup>(4)</sup>. A pesar de parecer mera semántica, el hecho de no poseer nomenclatura propia constituye una importante barrera para la implementación de medidas preventivas específicas, así como de usar técnicas adecuadas de tratamiento. Contar con un lenguaje uniforme y un instrumento de clasificación confiable, es fundamental para la evaluación de la herida y la planificación del cuidado, además de imprescindible para el desarrollo de estudios y utilización de sus resultados en la práctica clínica<sup>(5)</sup>.

Los primeros que propusieron nomenclatura y sistematización de la clasificación para la *skin tear* fueron Payne y Martin<sup>(1)</sup>. A pesar de que esa clasificación es la más utilizada, sus propiedades de medida no fueron comprobadas<sup>(1)</sup>. Por no existir nomenclatura e instrumento de clasificación universalmente aceptados<sup>(6)</sup>, Carville et al.<sup>(7)</sup> rediseñaron el instrumento de Payne y Martin considerando la práctica basada en evidencias. El resultado fue el *STAR Skin Tear Classification System (STAR)*, un instrumento simple, pero completo, fácil de aplicar, con validez de contenido y confiabilidad interobservadores comprobadas, que usa términos y definiciones estandarizadas<sup>(7)</sup>.

El STAR está constituido de: guía de tratamiento, sistema de clasificación y glosario. La guía de tratamiento cuenta con seis tópicos relacionados a los cuidados con la herida y la piel alrededor. El sistema de clasificación evalúa la presencia/ausencia del retazo de piel y su viabilidad. Posee cinco fotografías, cada una relacionada a su respectiva descripción de categoría de *skin tear*. Por último, en el verso del instrumento está el glosario, que contiene las definiciones de *skin tear* y de los términos técnicos relacionados al asunto<sup>(8-9)</sup>.

Objetivando la sistematización de los conocimientos acerca de ese tipo de lesión, se consideró como objetivo realizar la adaptación cultural del STAR (guía de tratamiento, sistema de clasificación y glosario) para el idioma portugués de Brasil, además de comprobarlo en lo que se refiere a validez de contenido y confiabilidad interobservadores.

## Métodos

Para realizar la adaptación cultural y comprobar la validez de contenido y la confiabilidad interobservadores del STAR, se formalizó la autorización conferida por la Profe. Dra. Carville, coordinadora del proyecto STAR a la Profe. Dra. Santos. El Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo aprobó el proyecto (proceso No. 859/2009/CEP-EEUSP) y el Instituto del Cáncer del Estado de Sao Paulo "Octavio Frias de Oliveira" (ICESP) aprobó la aplicación clínica. Todos los aspectos éticos necesarios a la investigación con seres humanos fueron respetados. El consentimiento informado fue obtenido de todos los participantes antes de su inclusión en el estudio, habiéndose asegurado el anonimato a todos.

Este trabajo constituye un estudio metodológico con abordaje cuantitativo en que fue realizada la adaptación cultural y comprobadas las propiedades: medida de validez de contenido y confiabilidad interobservadores<sup>(10-11)</sup>. La adaptación cultural fue desarrollada en tres fases:

- Traducción: conversión del STAR para el portugués. Fueron realizadas dos traducciones del STAR para el portugués: una de un brasileño ligado al área de la salud y otra de un brasileño lego en este asunto. Ambos fluentes en inglés.

- Evaluación por un comité de jueces: validación de contenido de la versión en portugués<sup>(10)</sup>. El comité de jueces fue compuesto por seis enfermeros brasileños (estomaterapeutas o especialistas en dermatología), fluentes en inglés y conocedores de los conceptos a ser analizados. Fundamentados en el análisis de equivalencias semánticas, idiomáticas, culturales y conceptual<sup>(11)</sup>, los jueces analizaron inicialmente el instrumento como un todo, determinando su amplitud, esto es, si cada concepto fue adecuadamente cubierto por el conjunto de ítems y si todas las dimensiones fueron incluidas. Además de eso, también analizaron el instrumento por ítems individuales, verificando su claridad y pertinencia. En relación a la claridad, evaluaron, si en la redacción de los ítems, ellos fueron redactados de forma que los conceptos participantes estuviesen comprensibles y si eran adecuadamente expresados. En lo que se refiere a la pertinencia o representatividad, se evaluaron si los ítems realmente reflejaban los conceptos contenidos, si eran relevantes y si eran adecuados para alcanzar los objetivos propuestos. También evaluaron la redacción de los ítems para garantizar que los conceptos serían comprendidos por los usuarios y si reflejaban aquellos

originalmente propuestos, basándose en conocimientos de fisiopatología de la lesión, estando siempre libres para sugerir adecuaciones y mejorías necesarias en cada ítem. Después de recibir el análisis de los jueces, las autoras procedieron a analizar la equivalencia entre ellos y los aspectos controvertidos fueron discutidos hasta obtener un consenso. Se adoptó una concordancia de 80% para el análisis de equivalencias entre las evaluaciones. Las investigadoras discutieron los aspectos controvertidos de esas evaluaciones y obtuvieron una versión en portugués, de contenido validado, la que fue retrotraducida.

- Retrotraducción: conversión de la versión en portugués para el inglés. Para Beaton y colaboradores(11), es una forma de verificar la adecuación de la adaptación y detectar inconsistencias de la traducción. Fue realizada por dos traductores legos en el asunto, brasileños que ignoraban los objetivos de la traducción y distintos de la primera etapa de traducción. Las retrotraducciones fueron enviadas a la Dra. Carville para juzgamiento de la equivalencia con el instrumento original.

La validez de contenido fue comprobada por el comité de jueces, como anteriormente descrito; la confiabilidad interobservadores fue comprobada de dos formas:

- Aplicación en fotografías de la versión en portugués: 107 enfermeros brasileños que participaban del VIII Congreso Brasileño de Estomatología (25 a 29 de octubre de 2009, Goiás) aceptaron participar del estudio. Los enfermeros fueron instruidos a asociar las descripciones de las categorías de las skin tears de la versión en portugués, con las cinco fotografías de skin tears del STAR, colocadas de propósito fuera del orden original. Es importante destacar que esos enfermeros desconocían el STAR u otra clasificación de skin tear.

- Aplicación clínica de la versión en portugués: la confiabilidad interobservadores también fue comprobada por 20 enfermeros que clasificaron skin tears en pacientes hospitalizados, utilizando la versión en portugués del STAR. Los 20 enfermeros que aceptaron participar del estudio eran brasileños, miembros del equipo de enfermería del hospital y alegaron desconocer el STAR u otra clasificación de skin tear. En esa etapa, todos los pacientes internados en las unidades de internación y terapia intensiva del ICESP, con 18 años o más y que aceptaron participar del estudio, fueron sometidos a una entrevista y a inspección visual de la piel, con la finalidad de identificar las skin tears. Datos sociodemográficos y clínicos también fueron recolectados de las fichas médicas. Fueron evaluados 10 camas/turno (mañana,

tarde y noche), en nueve días consecutivos, del 10 al 18 de abril de 2010. Ninguna cama, paciente o lesión fue repetida.

Las *skin tears* fueron clasificadas por la investigadora principal (estándar oro), de acuerdo con la versión en portugués del STAR. Consecutivamente, con el paciente manteniendo la misma posición, cada enfermero de la unidad de procedencia del paciente realizaba, independientemente, su clasificación, también con la versión en portugués del STAR.

Para el análisis de los datos sociodemográficos y clínicos, se utilizaron medidas de tendencia central. La confiabilidad interobservadores fue evaluada por *kappa* ponderado (*kw*). Valores negativos representan concordancias menores que lo esperado por el acaso o inconsistencia de la prueba<sup>(12-13)</sup>. La concordancia es excelente si  $kw > 0,8$  y débil si  $kw < 0,2$ <sup>(14)</sup>. La atribución de los valores en lo que se refiere a los pesos es subjetiva y depende del contexto<sup>(13)</sup>. La Figura 1 muestra la interpretación de la distribución del *kw* de acuerdo con el nivel de concordancia. Pruebas con nivel descriptivo menor que 5% ( $p < 0,05$ ) fueron considerados estadísticamente significativas.

Índice de Kappa	Nivel de Concordancia
< 0,0	Inexistente
0,0   0,2	Débil
0,2   0,4	Regular
0,4   0,6	Moderada
0,6   0,8	Buena
0,8   1,0	Excelente

Figura 1 – Índices de *kappa* ponderados de acuerdo con el nivel de concordancia.\*

\*Adaptado de Landis JR, Koch GG. *The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics* 1997;33:159-74<sup>(14)</sup>

## Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo con las etapas descritas en los métodos.

### Adaptación cultural

#### Traducción

Se obtuvieron dos versiones en portugués del STAR. Los traductores relataron dificultad con *skin tear*, *bruising* y *dusky*. En lo que se refiere a *skin tear*, no existe un término equivalente en portugués y, en relación a los términos *bruising* y *dusky*, los diccionarios bilingües Inglés - Portugués traducen *bruising* como inflamado en lugar de equimosis; y *dusky*, como oscuro, opaco en lugar

de isquemia. Apenas el traductor lego relató dificultad en traducir el instrumento, el otro tenía experiencia en la traducción de documentos médicos. Las demás diferencias versaron sobre sinónimos, tiempos verbales y preposiciones, no comprometiendo cualquier equivalencia.

#### Evaluación por Comité de Jueces

Para el análisis de equivalencias semánticas e idiomáticas, el grado de concordancia entre los miembros del comité fue de 81,8%. Los jueces también relataron dificultades en adaptar la expresión *skin tear*. Una vez que no existe equivalente idiomático o cultural en nuestro país, optaron (83,3%) por una traducción literal. Por la falta de vocablo equivalente para nuestro idioma y una vez que la expresión seleccionada por el comité de jueces no constituyó un buen equivalente cultural, además de no contemplar todo el contenido de la expresión en inglés, los investigadores asumieron la responsabilidad de escoger la expresión más apropiada, o sea, lesiones por fricción. A partir de ahora será utilizado lesión por fricción en lugar de *skin tear*.

#### Retrotraducción

No fueron relatadas dificultades en las dos retrotraducciones. Todos los términos fueron retrotraducidos idénticos al original, con la única excepción para *dusky* traducida por *opaque*, en una de las versiones; enviadas a la Profe. Dra. Carville, la autora del instrumento original, constató excelente equivalencia de las dos versiones con el original.

#### Confiabilidad interobservadores

##### Conjunto fotográfico

Considerando las cinco categorías de lesiones por fricción y que cada una fue clasificada por 107 enfermeros, se obtuvieron 535 observaciones.

En la Tabla 1, se presentan las frecuencias de errores y aciertos para cada categoría de lesión por fricción.

Tabla 1 - Errores y aciertos de los encuestados para cada categoría de lesión por fricción de la versión en portugués, cuando aplicada para el conjunto fotográfico. Sao Paulo, SP, Brasil, 2010

Categorías de lesión por fricción	Errores		Aciertos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Categoría 1a	56	52,3	51	47,7	107	100,0
Categoría 1b	70	65,4	37	34,6	107	100,0
Categoría 2a	65	60,7	42	39,3	107	100,0
Categoría 2b	51	47,7	56	52,3	107	100,0
Categoría 3	61	57,0	46	43,0	107	100,0
Total	303	56,6	232	43,4	535	100,0

La frecuencia de aciertos fue menor que la de errores en todas las categorías, con excepción de la 2b (56/52,3%). Las categorías 1b y 2a presentaron frecuencias de errores superiores a 60,0% (70/65,4% y 65/60,7% respectivamente).

En la Tabla 2, se presentan los niveles de concordancia entre las respuestas de los enfermeros y la plantilla del instrumento de recolección de datos - fotografías.

Tabla 2 - Respuestas de los enfermeros sobre las categorías de lesión por fricción de la versión en portugués, cuando aplicada en el conjunto fotográfico, según niveles de concordancia (índice de *kappa* ponderado). Sao Paulo, SP, Brasil, 2010

Nivel de Concordancia	Nivel de Concordancia (kw)	Número de respuestas	%
Inexistente	< 0,0	307	57,4
Débil	0,0   0,2	-	-
Regular	0,2   0,4	79	14,8
Moderada	0,4   0,6	149	27,8
Buena	0,6   0,8	-	-
Excelente	0,8   1,0	-	-
Total		535	100,0

La Tabla 2 muestra que la mayoría (307/57,4%) de las 535 respuestas obtuvo nivel de concordancia inexistente y solamente 149 (27,8%) obtuvieron moderado. La versión en portugués obtuvo nivel regular de concordancia ( $kw = 0,286$ ), a pesar de que es estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ).

#### Aplicación clínica

De los 183 pacientes internados en la época de recolección de datos, 5 (2,7%) tenían nueve lesiones por fricción. Un paciente que presentaba tres lesiones por fricción se recusó a participar del estudio y fue excluido del análisis estadístico. El promedio de edad de los pacientes fue de 63,7 años (29 a 86 años); tres eran mujeres, tres eran caucásicos, tres eran jubilados y tres relataron renta familiar mensual de un salario mínimo. Dos tenían cáncer de intestino; dos presentaban metástasis y tres se sometieron a tratamiento quirúrgico.

En lo que se refiere a los factores de riesgo asociados a lesiones por fricción, 4 pacientes relataron: histórico previo de lesión por fricción, presentaban equimosis o hematomas y edema en las extremidades, rigidez y espasticidad, movilidad perjudicada, eran dependientes para las actividades básicas de la vida diaria, sujetos a transferencias y reposicionamientos, caídas y golpes, utilizaban dispositivos invasores,

curativos adhesivos, y en promedio, 5,7 medicamentos/persona.

Considerando que fueron identificadas seis lesiones por fricción y que cada una de ellas fue clasificada por 5 enfermeros, se obtuvieron 30 clasificaciones.

En la Tabla 3, se presentan las frecuencias de errores y aciertos para cada categoría de lesión por fricción.

Tabla 3 - Errores y aciertos de los encuestados para cada categoría de lesión por fricción de la versión en portugués, cuando aplicada en la clínica. Sao Paulo, SP, Brasil, 2010

Categorías de lesión por fricción	Errores		Aciertos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Categoría 1a	2	40,0	3	60,0	5	100,0
Categoría 1b	3	60,0	2	40,0	5	100,0
Categoría 2a	4	80,0	1	20,0	5	100,0
Categoría 2b	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Categoría 3	4	40,0	6	60,0	10	100,0
Total	14	46,7	16	53,3	30	100,0

La frecuencia de aciertos fue mayor que la de errores en las categorías 1a (3/60,0%), 2b (4/80,0%) y 3 (6/60,0%). Así como en la aplicación al conjunto fotográfico, las categorías 1b y 2a presentaron mayores frecuencias de errores (3/60,0% y 4/80,0%).

En la Tabla 4, se presentan los niveles de concordancia entre las respuestas de los enfermeros y el estándar oro.

Los resultados de la Tabla 4 muestran que 14 (46,7%) de las 30 respuestas obtuvieron concordancia inexistente entre los enfermeros y el estándar oro; apenas 13 (43,3%) obtuvieron nivel de bueno a excelente. La versión en portugués obtuvo nivel moderado y estadísticamente significativo de concordancia ( $kw=0,596$ ;  $p<0,001$ ).

Tabla 4 - Respuestas de los enfermeros sobre las categorías de lesión por fricción de la versión en portugués, cuando aplicada en la clínica, según niveles de concordancia (índice de *kappa* ponderado). Sao Paulo, SP, Brasil, 2010

Nivel de Concordancia	Nivel de Concordancia ( <i>kw</i> )	Número de respuestas	%
Inexistente	< 0,0	14	46,7
Débil	0,0   0,2	-	-
Regular	0,2   0,4	1	3,3
Moderada	0,4   0,6	2	6,7
Buena	0,6   0,8	9	30,0
Excelente	0,8   1,0	4	13,3
Total		30	100,0

## Discusión

En la adaptación cultural, se destaca la dificultad de los traductores y jueces con la expresión lesión por fricción. Las autoras consideraron los términos propuestos como vagos y con una asociación mala con el original. El término en portugués fue seleccionado por remontar a la etiología de la herida y asemejarse a otro término cultural y técnicamente familiar - úlcera por presión - quedando establecida la nomenclatura según su causa: lesión por fricción. A pesar de que la literatura recomienda una reunión entre los jueces cuando no hay concordancia, las autoras se juzgaron capacitadas para discutir los aspectos controvertidos y llegar a la versión final adaptada para el portugués.

En las retrotraducciones no fueron relatadas dificultades con la expresión lesión por fricción que fue seleccionada para la versión en portugués, corroborando la adecuación de la elección y la excelente asociación entre el término traducido y el original. A pesar de la falta de equivalencia idiomática y cultural, la expresión ratificó la equivalencia conceptual.

Todas esas consideraciones llevaron a las investigadoras a considerar comprobada la validez de contenido del instrumento adaptado para Brasil.

La confiabilidad interobservadores fue analizada por dos estrategias: fotográfica, como en el estudio original<sup>(7)</sup>, y clínica<sup>(11)</sup>.

El peor desempeño del instrumento en fotografías puede ser atribuido a la ausencia de un conjunto fotográfico para comparación. Los enfermeros correlacionaron las cinco fotografías del propio instrumento a sus categorías correspondientes, por tanto, no existían otras fotografías como base para la comparación, diferentemente del estudio original de Carville et al.<sup>(7)</sup>. Sin embargo, para la aplicación del instrumento en la clínica, los enfermeros pudieron asociar las fotografías del instrumento adaptado a las heridas encontradas en los pacientes. Ese detalle pudo haber conferido ventaja en la utilización del instrumento, ampliando las explicaciones para las diferencias del análisis estadístico.

En la aplicación del instrumento original, realizada por Carville et al.<sup>(7)</sup>, 26 enfermeros capacitados clasificaron 25 fotografías de lesión por fricción. Los niveles de concordancia quedaron abajo de 65,0% para las categorías 1b, 2a y 2b. Uno de los motivos para la baja concordancia fue la peor calidad de las fotografías de esas categorías, cuando comparadas a las fotografías de las categorías 1a y 3. La aplicación del instrumento

usando exclusivamente fotografías constituyó una limitación del estudio original<sup>(7)</sup>.

En nuestro estudio, además de la ausencia de un conjunto fotográfico para comparación, también pudimos observar un impacto negativo con relación a la calidad de las fotografías. Sin embargo, una vez que el montaje de un banco de fotografías para comparación demandaría un trabajo adicional de validación, no solamente de "contenido" (imágenes) pero de equivalencia con las fotos originales, lo que significaría realizar otro estudio, se optó por realizar la aplicación del instrumento también en la práctica clínica. Se consideró que, para la evaluación de heridas, el modelo *in vivo* confería la ventaja de evaluación tridimensional, además de la posibilidad de inspección y palpación de la herida buscando el retazo de piel. La palidez, la opacidad u obscurecimiento del retazo y de piel alrededor, así como la fragilidad, el edema, la descoloración o equimosis, alrededor de la herida son más adecuadamente percibidos *in vivo* que en fotografías.

Para la construcción del instrumento original, la concordancia obtenida para cada categoría de lesión por fricción fue muy superior a la obtenida en el presente estudio, en las dos aplicaciones (fotográfica y clínica), variando de 83,0% a 97,0%, siendo de 93,0% para el conjunto fotográfico<sup>(7)</sup>. Solamente la categoría 1b obtuvo concordancia abajo de 90,0%, quedando en 85,0%.

En nuestro estudio, la categoría 1b también no presentó un buen desempeño en las dos aplicaciones. El porcentaje de aciertos fue de apenas 34,6% en la aplicación en fotografías y un poco mejor (40,0%), en la práctica clínica. En la versión del instrumento publicada en 2007<sup>(8)</sup> y utilizada en este estudio, esa categoría estaba representada por una lesión con suturas no invasoras. Del mismo modo que la baja calidad de esa fotografía comprometió los resultados obtenidos en el proyecto STAR, probablemente también comprometió la concordancia aquí obtenida.

En lo que se refiere a la diferencia entre los resultados de los dos estudios, otro aspecto a ser considerado se relaciona al hecho de que los autores originales<sup>(7)</sup> confirmaron la confiabilidad interobservadores después de la capacitación de los enfermeros participantes. En este estudio, en ningún momento los enfermeros fueron capacitados para utilizar el instrumento adaptado. Además de eso, en Brasil, la lesión por fricción no cuenta con el equivalente idiomático o cultural. Considerándose esos dos hechos, también, como siendo limitantes del estudio.

El grado de cicatrización en que se encontraban las heridas, también pudo haber contribuido para los resultados obtenidos. Las categorías que presentaron las mayores frecuencias de aciertos, 2b (4/80,0%) y 1a (3/60,0%), durante la aplicación clínica, tenían, respectivamente, 2 y 3 días. Probablemente el hecho de

ser recientes facilitó la evaluación de las condiciones del retazo de piel y del lecho de la herida. Por otro lado, las categorías con las menores frecuencias de aciertos, 2a (1/20,0%) y 1b (2/40,0%) ya contaban siete días. Los retazos de piel se encontraban bien integrados al lecho de las heridas dificultando la evaluación por parte de observadores menos atentos.

Para la lesión por fricción categoría 2a, la evaluación solamente fue posible porque el lecho de la herida dejaba entrever vestigios del retazo de piel. De la misma forma, el retazo de la lesión por fricción categoría 1b presentaba apenas un ligero obscurecimiento que pasó fácilmente desapercibido por dos enfermeros.

A pesar de que las lesiones por fricción categoría 3 ya se encontraban con siete días de evolución cicatricial, la ausencia del retazo de piel pudo haber facilitado la evaluación, colaborando para la mayor frecuencia de aciertos (6/60,0%). En la aplicación de la primera versión del instrumento original, la concordancia obtenida para la categoría 3 quedó por arriba de 90,0% y una de las hipótesis pondera que la evaluación del retazo de piel es más difícil que la del lecho de la herida<sup>(7)</sup>.

Se puede decir que la confiabilidad interobservadores fue comprobada al ser obtenidos niveles de concordancia moderados ( $kw = 0,596$ ) en lo que se refiere a la aplicación clínica de la versión en portugués.

La adaptación cultural del STAR y la realización de pruebas para validar su contenido y su confiabilidad interobservadores es la primera iniciativa para despertar el interés de los profesionales de la salud brasileños acerca de la problemática presentada por las lesiones por fricción. Se espera que este estudio inspire otras iniciativas con el objetivo de identificar ambientes, situaciones y personas en riesgo, así como factores de riesgo, incidencia y prevalencia de esas lesiones, propias de nuestro país. Además de eso, la inclusión de la evaluación de ese tipo de herida en la práctica clínica diaria, posibilitará la implementación de protocolos para su prevención y tratamiento adecuado. Vislumbrando el futuro, se espera que las lesiones por fricción disfruten de la misma atención, dedicación y cuidados que disfrutaban hoy las úlceras por presión y que también sean encaradas como un indicador de la calidad de los servicios de salud.

En lo que se refiere a este estudio, a pesar de haberse comprobado dos propiedades de medida del instrumento, el proceso de validación no termina aquí. La validación es un proceso continuo. Si más evidencias pudiesen ser reunidas, demostrando que el instrumento está midiendo lo que se propone medir, mayor sería la confianza depositada en los resultados de su utilización<sup>(11)</sup>.

Otras limitaciones además de aquellas citadas hasta aquí deben ser apuntadas. No fue posible realizar

cualquier comparación, además de la que fue realizada con el original, una vez que el instrumento no se encuentra validado en otros idiomas. La no existencia de publicaciones acerca de lesiones por fricción y de estudios en que participen otros instrumentos de clasificación de esas heridas, también imposibilitó la comparación de los hallazgos obtenidos en este estudio con los de otros autores.

Una importante limitación se refiere a la muestra institucional. La aplicación del instrumento en la práctica clínica quedó restringida a una institución y a un único tipo de paciente, limitando el tamaño de la muestra. Por otro lado, esto condujo a una situación inesperada: encontrar esa lesión en pacientes jóvenes y no solamente en ancianos, como informado en la literatura. El envejecimiento viene siendo apuntado como el principal factor que participa en la fisiopatología de esa lesión, sin embargo, la fragilidad de la piel, presente también en el otro extremo de edad, en el fin de la vida y en algunas condiciones como la caquexia, por ejemplo, la caracterizan como el factor preponderante<sup>(2)</sup>.

Se recomienda que nuevas aplicaciones clínicas sean realizadas, en otros tipos de instituciones, y que los enfermeros sean capacitados para la utilización de la versión adaptada para el portugués, por medio de protocolos de prevención y tratamiento de heridas, desarrollados por especialistas.

El Sistema de Clasificación STAR – Lesión por Fricción está disponible gratuitamente en la Biblioteca Digital de Tesis y Disertaciones de la USP ([www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde.../Kelly\\_Pulido\\_ME.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde.../Kelly_Pulido_ME.pdf)).

## Conclusión

Este estudio posibilitó concluir que las propiedades de medida de validez de contenido y confiabilidad interobservadores, del instrumento STAR *Skin Tear Classification System*, fueron comprobadas en su versión adaptada para el portugués, en Brasil y, por tanto, la versión en portugués Sistema de Clasificación STAR – Lesión por Fricción, puede ser utilizada en la práctica clínica.

## Referencias

1. Payne RL, Martin ML. Defining and classifying skin tears: Need for a common language. *Ostomy Wound Manage.* 1993;39(5):16-20.
2. Sibbald RG, Krasner DL, Lutz J. SCALE: Skin changes at life's end: final consensus statement: October 1, 2009. *Adv Skin Wound Care.* 2010;23:225-36;quiz:237-8.
3. 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.
4. Beldon P. Management options for patients with pretibial lacerations. *Nurs Standard.* 2008;22(32):53-60.
5. Battersby L. Exploring best practice in the management of skin tears in older people. *Nurs Times.* 2009;105(16):22-6.
6. Henderson V. Treatment options for pretibial lacerations. *J Wound Care.* 2007;34(35 suppl):S22-S6.
7. Carville K, Lewin G, Newall N, Haslehurst P, Michael R, Santamaria N, Roberts P. STAR: A consensus for skin tear classification. *Primary Intention.* 2007;15(1):8-25.
8. Skin Tear Audit Research. STAR: skin tear tool. Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and Midwifery, Curtin University of Technology. 2007. [acceso 5 nov 2012]. Curtin, Australia. Disponible em: <http://www.silverchain.org.au/Documents/Research/Articles/STAR%20Skin%20Tear%20Tool.pdf>
9. Skin Tear Audit Research. STAR: skin tear tool. Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and Midwifery, Curtin University of Technology. 2010. [acceso 5 nov 2012]. Curtin, Australia. Disponible em: [http://www.awma.com.au/publications/2010\\_wa\\_star-skin-tear-tool-g-04022010.pdf](http://www.awma.com.au/publications/2010_wa_star-skin-tear-tool-g-04022010.pdf)
10. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monsó E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *European Resp J.* 1996;9:1160-6.
11. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine.* 2000;35(24):3186-91.
12. Fleiss JL, Levin B. Sample size determination in studies with matched pairs. *J Clin Epidemiol.* 1998;41:727-30.
13. Vieira AJ, Garret JM. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Fam Med.* 2005;37:360-3.
14. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33:159-74.

Recibido: 3.10.2013

Aceptado: 28.11.2014