

Suplemento

# HELICOS



Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento  
en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas



---

**Estudio ATHAC 04-05: Estudio observacional sobre el uso de apósitos neutros o impregnados en agente antibacteriano de una innovadora tecnología patentada: la tecnología lípido coloidal (TLC) para el tratamiento de heridas agudas y/o crónicas**

*Verdú Soriano, J.; Nolasco Bonmatí, A.; Martínez Cuervo, F.; Rueda López, J.; Soldevilla Agreda, J.J.*

---

**Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos**

*Zamora Sánchez, J.J.*

---

Estudio ATHAC 04-05: Estudio observacional sobre el uso de apósitos neutros o impregnados en agente antibacteriano de una innovadora tecnología patentada: la tecnología lípido coloidal (TLC) para el tratamiento de heridas agudas y/o crónicas

*The ATHAC Survey 04-05: Observational study regarding the use of neuter dressings or dressings impregnated in an antibacterian agent using an innovative patented technology: the lipid colloid technology for the treatment of acute and/or chronic wounds*

<sup>1</sup>José Verdú Soriano

<sup>1</sup>PhD, BsN, DUE. Profesor Titular de Escuela Universitaria. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Miembro del Comité director del GNEAUPP.

<sup>2</sup>Andreu Nolasco Bonmatí

<sup>2</sup>PhD, Licenciado en Matemáticas. Catedrático de Escuela Universitaria. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante.

<sup>3</sup>Fernando Martínez Cuervo

<sup>3</sup>DUE. Licenciado en Antropología. Residencia mixta de ancianos de Gijón, Asturias. Miembro del Comité Director del GNEAUPP

<sup>4</sup>Justo Rueda López

<sup>4</sup>DUE. Unitat Interdisciplinaria de Ferides Cròniques y CAP Terrassa Nord, Consorci Sanitari de Terrassa. Miembro del Comité Director del GNEAUPP.

<sup>5</sup>J. Javier Soldevilla Agreda

<sup>5</sup>DUE. Lic. Antropología. Area de Gestión Clínica de Infecciosas. Hospital de la Rioja, Logroño. Director del GNEAUPP.

**Correspondencia:**

José Verdú Soriano  
Departamento de Enfermería Comunitaria,  
Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante  
Ctra. San Vicente del Raspeig s/n. 03690-Alicante  
Tfno.: 96 590 39 17  
Fax: 96 590 39 64  
E-mail: pepe.verdu@ua.es

**RESUMEN**

**Introducción:** El estudio ATHAC recoge datos sobre heridas agudas y crónicas que son candidatas a un tratamiento a base de apósitos grasos neutros como la gama URGOTUL. **Objetivos:** Describir las características de

**INTRODUCCIÓN**

La segunda mitad del siglo XX ha supuesto el punto de inflexión para el cuidado de las heridas, especial-



92 las heridas, describir los tratamiento aplicados a estas heridas y explorar las opiniones de los profesionales de enfermería y los pacientes sobre los tratamientos en términos de aplicabilidad, adaptabilidad y confort para el paciente. **Material y métodos:** 1.500 pacientes fueron incluidos en el estudio de acuerdo al tipo de herida y a los tratamientos en uso. Se recogieron datos a partir de dos cuestionarios: uno para el paciente y otro para la enfermera responsable de sus cuidados. Las enfermeras recogieron los datos en el primer día de inclusión y los pacientes respondían al cuestionario 1 mes más tarde o antes si la herida había cicatrizado. Las variables recogidas por la enfermera fueron: datos sociodemográficos, etiología de las lesiones, características y localización de las heridas, aspectos y opiniones sobre el tratamiento. A los pacientes se les preguntó por la duración del tratamiento, el estado de la lesión en el momento de contestar y desde su punto de vista, así como su opinión sobre el dolor, satisfacción general y aceptabilidad. Se llevaron a cabo análisis descriptivos uni y bivariados. Para cada paciente, si tenía más de una lesión, se recogieron datos de la lesión de mayor tamaño. **Resultados:** Finalmente, se estudiaron 1.432 pacientes con una o más lesiones (420 tenían más de una lesión). El 60,4% eran mujeres y la edad media fue de  $66 \pm 19$  años. En el caso de las heridas crónicas (657 lesiones) predominaron las úlceras venosas (47%) y las úlceras por presión (23%). En las heridas agudas (775 lesiones), la mayoría fueron traumáticas (41%) y quemaduras (32,5%). La principal localización en todas las lesiones fueron los miembros inferiores (57,4% en heridas crónicas y 39% en agudas). El 84,4% de los casos indicó presentar algún tipo de dolor previo al comienzo de este estudio. Al finalizar el estudio, un porcentaje menor del 20% indicó presentar algún tipo de dolor. El 72% de las heridas agudas y el 35% de las crónicas, como refieren los pacientes, había cicatrizado al finalizar el estudio (en un tiempo medio de entre 20-40 días). El 54% de las heridas crónicas evoluciona favorablemente y el 26% de las agudas. Más del 80% de las heridas estudiadas fueron tratadas con la gama URGOTUL. **Conclusión:** URGOTUL es una buena opción para el tratamiento de este tipo de heridas, especialmente para las heridas agudas, en relación a su carácter atraumático y a su capacidad de cicatrización, así como la buena aceptación y satisfacción de los pacientes.

#### PALABRAS CLAVE

Apósitos grasos, heridas agudas, heridas crónicas.

#### SUMMARY

**Introduction:** The ATHAC survey collected data on acute or chronic wounds that were candidates for a treatment with grassy dressings like URGOTUL. **Aims:** To describe the wound's characteristics, to describe treatments applied to these wounds

mente para aquellas que tienden a la cronificación, bien por su etiología o por las condiciones de base del paciente en el que se asientan. 43

Hasta la actualidad podemos destacar cuatro grandes tendencias en la curación de las heridas, que de ninguna manera podemos entender como compartimentos estancos de determinadas épocas sino que, en mayor o menor medida, han convivido con peso desigual a lo largo de los distintos períodos de la historia. Estas tendencias han sido: la imitación de la naturaleza, el empirismo, la concepción teúrgica y religiosa de la curación de las enfermedades y de las heridas y el desarrollo de la medicina científica (1, 2). Será el progreso científico de la segunda mitad del siglo XX quien marque la diferencia, aunque en su avance se haya visto abocado a distintos altibajos. Especial atención debemos de tener con las aportaciones del Odland, Bloom, Bull, Shiling y Winter (3-8) sobre las cuales se sustenta el desarrollo de los distintos productos de cura en ambiente húmedo (CAH) dirigidos al abordaje de las heridas. Aunque estos autores realizaron sus estudios a finales de los 50 y principios de los 60 con *films* impermeables, la industria tardaría más de una década en desarrollar los primeros hidrocoloides dirigidos a la curación de las heridas.

El siglo XXI se caracteriza por la continuidad de un movimiento ya iniciado décadas anteriores que es la práctica de la medicina y de la enfermería basada en la evidencia. Sin embargo, algunas de las prácticas sustentadas en concepciones más anti-

44 *and to Explore Nurses' and patients' opinion about the treatments in terms of applicability, adaptability and patient comfort. Methods:* 1,500 patients were included in the study according to wound types and treatments. Data were collected with nurses and patient questionnaires. Nurses collected data the first day of inclusion and patients respond one month after or when wounds healed. Variables collected by nurses were: demographic, aetiology, characteristics and location of the wound, aspects and opinions of the treatment. Patients were asked about duration of treatments, wound state from their point of view and opinions about pain, satisfaction and acceptability. Univariate and bivariate descriptive analysis were conducted. For each patient was selected the biggest wound for data collection. **Results:** Finally, 1432 patients with one or more lesions were studied (420 had more than one). 60,4% were women and the mean age was 66. Chronic wounds, mainly, were venous leg ulcer (47%) and pressure ulcers (23%). In acute wounds, were traumatic (41%) and burns (32,5%). The main location was inferior extremities (57,4% in chronic and 39% in acute). 49% of cases reported moderate to high spontaneous pain previous to this study. At the end, only 20-30% reported pain (during the study, in more than 80% the dressing used was Urgotul). 72% of acute wounds and 35% of chronic wounds, as referred by patients, were healed when finished the study (between 20-40 days of treatment). **Conclusion:** Urgotul is a good option for atraumatic treatment of this type of lesions, mainly for acute wounds, since more of them had healed in an acceptable time with a good patient satisfaction.

#### KEY WORDS

*Grassy dressing; acute wounds; chronic wounds*

guas siguen desarrollándose en la actualidad, especialmente las que dependen del impulso de las terapias alternativas. Debemos de remarcar que el avance de la ciencia ha permitido a las sociedades occidentales incorporar nuevos productos en la curación de las heridas; sin embargo, la medicina convencional en ocasiones no genera respuestas satisfactorias a determinados problemas de salud y el coste de este tipo de medicina y el resurgimiento de una medicina holística ha permitido pervivir determinadas prácticas que se sustentan en escasos o ningún estudio clínico (9).

En España, los hidrocoloides se incorporaron al mercado nacional en la década de los 80 (10) y su insaturación fue lenta durante los primeros años para despegar en los 90 (11). Con el fin de mejorar las prestaciones de los hidrocoloides fueron apareciendo en el mercado productos más específicos, hidrogeles, alginatos y espumas, entre otros, los cuales aportarán nuevos beneficios al proceso de curación de las heridas. Pero la investigación también se diversificó dentro de la gama de los hidrocoloides y aparecen hidrocoloides combinados con alginatos, con plantas que aumentan la absorción

(*Psyllium ovata*), se desarrolla la hidrofibra de hidrocoloide y desde el año 2003 aparece en el mercado nacional los tules de hidrocoloide. Mucho antes, en 1990, Thomas (12) ya ponía de manifiesto que la aplicación de apósitos tipo tul con parafina en las heridas por quemadura y úlceras de pierna aportaba beneficios en la curación al no adherirse al lecho de la herida. Stacey (1997) demostró que la selección adecuada del apósito de contacto con la herida tiene una influencia positiva en el proceso de curación de las heridas (13).

El momento actual en el tratamiento de las heridas, nos demanda la aplicación de productos que mejoren el proceso de cicatrización y que aporten mejoras en el proceso de curación de las heridas en cuanto a los aspectos de coste/beneficio (14).

En el año 2003 se elaboró un documento de consenso desde la EWMA-GNEAUPP (*European Wound Management Association-Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas*) en el que se establecen estrategias para evitar el traumatismo en las heridas, de las que destacan la aplicación de productos atraumáticos, humedecer y evitar el uso de productos adhesivos. A partir de este estudio desarrollado por Moffat *et al.* (15), se describen como aspectos o características más importantes de los apósitos, la retirada sin causar dolor y la no adherencia a la herida. Tener en cuenta lo anterior, unido a la experiencia con otros productos, ha permitido el desarrollo de los apósitos actuales o moder-



94 nos como URGOTUL. Este apósito recoge la experiencia de los tules grasos tradicionales y aporta aspectos de los apósitos modernos como son las partículas de CMC (carboximetil celulosa), esto es el desarrollo de lo que se ha venido a denominar tecnología lipido-coloidal (TLC).

Actualmente se dispone de una gran variedad de apósitos basados en la CAH (cura en ambiente húmedo) que se pueden posicionar como apósitos primarios y/o secundarios, y sin duda la combinación de varios de ellos potencia o mejora las propiedades de estos. En cuanto a los tules con TLC, es de destacar que se trata de un apósito primario o interfase (apósito de contacto con el lecho de la herida) que requiere la utilización de un apósito secundario, pero que de por sí es un apósito con una doble propiedad: la de baja adherencia y la de de CAH. Al ser un apósito que combina una doble tecnología, permite ser combinado de forma independiente con productos de cura tradicional y con apósitos de CAH.

Las indicaciones de los apósitos de la gama Urgotul® son lesiones cutáneas de evolución crónica (úlceras por presión, úlceras vasculares, etc.), así como lesiones agudas que se encuentren en fase de granulación y/o epitelización. En los últimos años, a la gama URGOTUL se ha incorporado un apósito con capacidad antibacteriana basado en TLC al que se incorpora la sulfadiacina argéntica.

En la literatura hay diferentes estudios clínicos y de laboratorio desarrollados con este grupo de apósitos en los que se ponen de manifiesto sus propiedades y beneficios, uti-

lizándolos en lesiones de diferente etiología y en condiciones especiales como es la aplicación bajo compresión (16-23).

Así, motivados por estas investigaciones, y sobre todo con el fin de testar los resultados del estudio MAPP (23), se llevó a cabo el presente estudio con los objetivos de describir las características de las heridas candidatas a un tratamiento con apósitos grasos neutros, enumerar los tratamientos previos aplicados a este tipo de lesiones, conocer la opinión de las enfermeras sobre los tratamientos utilizados, en términos de aplicación, adaptabilidad y aceptación por parte del paciente y conocer la opinión de los pacientes sobre el tratamiento que se le ha aplicado durante la realización de los cuidados.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se planteó como un estudio observacional y descriptivo donde los profesionales incluían los 15 primeros pacientes que respondían a los criterios de inclusión y daban su consentimiento informado para participar en el estudio.

Los criterios de inclusión eran: ser mayor de edad, ser un paciente ambulatorio y que presentara una herida aguda o crónica, y que justificara un tratamiento a base de apósitos grasos neutros o impregnados en agente antibacteriano.

Para la recogida de datos se elaboraron dos cuestionarios *ad hoc*: uno para la enfermera (primer día de inclusión) y otro para el paciente (pasado 1 mes o cicatrización

completa de la lesión). De estos pacientes (y por parte del profesional) se recogían los siguientes datos: 45

- Su edad y sexo.
- Si presentaba más de una lesión, su número.
- El tipo de lesión, localización y etiología (en caso de varias lesiones, la de mayor extensión).
- Una valoración de la lesión que incluía: antigüedad, tamaño, características generales (exudado, tipo de tejido presente, etc.), aspecto de la piel perilesional y dolor.
- Aspectos relacionados con el tratamiento: tipo de apósito utilizado y a utilizar. Si el apósito elegido era antibacteriano con qué finalidad. Qué aspectos se han realizado en la cura.
- Respecto a la aplicación del apósito: opinión acerca de su aplicación, adaptabilidad a la lesión y aceptabilidad por parte del paciente.

Por parte del paciente se recogían los siguientes aspectos:

- Duración del tratamiento.
- Nombre del apósito utilizado.
- Estado de la herida, según su percepción.
- Persona que se ocupa del tratamiento.
- Opiniones sobre el dolor, satisfacción y aceptabilidad.

Para cada paciente, si tenía más de una lesión, se recogieron datos de la lesión de mayor tamaño.

En el análisis sólo se presentan los datos de los pacientes que pueden ser estudiados para cada variable. Existen variables con datos perdidos (*missing*). En cada caso, se

46 enuncia el número de casos que se incluyen en el análisis. Los análisis realizados fueron los siguientes:

*Muestra en estudio:* Descripción de los pacientes valorables y motivos de exclusión.

*Descripción de la muestra:* Descripción de las características demográficas y clínicas generales de los pacientes y las heridas en estudio, en términos de número de pacientes y su proporción.

*Descripción de la heridas:* Descripción de las características iniciales de la úlcera. Las variables cualitativas se describieron en términos de número de pacientes y proporción y las variables cuantitativas mediante la media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo, y en algunos casos mediante cuartiles.

*Descripción de los tratamientos utilizados.*

*Evaluación final del producto:* Descripción de la valoración final de los apósitos, por parte del profesional y de los pacientes, en comparación con los habitualmente utilizados, mediante número de individuos y proporciones.

## RESULTADOS

Los datos de participación, lesiones incluidas y características demográficas de la muestra estudiada quedan representados en la Figura 1. En 420 (29,3%) casos se indicó que el paciente presentaba varias lesiones (el 54,76% presentaba 2, el 25% presentaba 3, el 11% presentaba 4 y 9,29% más de 4). La etiología de las lesiones referidas como crónicas se distribuía según la Tabla 1 y las agudas según la Tabla 2. En cuanto a su localización anatómica, el 92,33% de las lesiones crónicas se produjeron en la mitad inferior del cuerpo (sacro, isquion, piernas, talones y pies), en el caso de las lesiones agudas, el 50% de éstas se produjo en los miembros inferiores y el 32,47% en los superiores.

Para las heridas traumáticas, también se pre-

95 guntaba por el agente productor de la lesión, siendo el más referido la lesión por contusión (48,54%) seguido por la abrasión (35,83%). En el caso de las quemaduras (casi una tercera parte de todas las lesiones agudas) se indagaba el agente productor de éstas y su profundidad o grado, resaltando que la mitad de ellas son superficiales y producidas mayoritariamente por calor en contacto con sólidos y/o líquidos.

Las lesiones, en conjunto, tenían una antigüedad media de  $98,73 \pm 302,96$  días ( $IC_{95\%} = [82,68-114,78]$ ) –unos 3 meses– (siendo la mediana de 14 días, y la moda de 1 día, mínimo= 0 y máximo= 7.800 días).

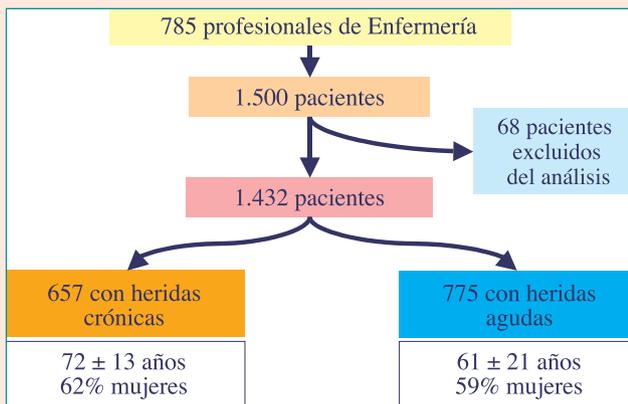


Fig. 1. Características de la muestra estudiada.

Tabla 1. Etiología de las lesiones referidas como crónicas

	n	%
Úlcera venosa o mixta	309	47,0
Úlcera por presión	150	22,8
Herida del pie diabético	49	7,5
Úlcera arterial	48	7,3
Úlcera posflebítica	29	4,4
Otro tipo de lesión	61	9,3
<b>Subtotal</b>	<b>646</b>	<b>98,3</b>
Etiología no referida	11	1,7
<b>Total</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Tabla 2. Etiología de las lesiones referidas como agudas

	n	%
Lesión traumática	320	41,3
Quemadura	252	32,5
Otro tipo de lesión	123	15,9
Lesión iatrogénica	43	5,5
<b>Subtotal</b>	<b>738</b>	<b>95,2</b>
Etiología no referida	37	4,8
<b>Total</b>	<b>775</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 3. Antigüedad de las lesiones**

Antigüedad	Media	D.T.	Máxima	Mínima	N
Heridas crónicas	200,34	422,37	7800	0	630
Heridas agudas	12,34	45,04	1080	0	741
<b>Total</b>	98,73	302,96	7800	0	1.371

**Tabla 4. Superficie de las heridas**

Antigüedad	Media	D.T.	Máxima	Mínima	N
H. Crónicas	26,75	68,17	758,88	0,01	605
H. Agudas	29,40	79,31	750,00	0,01	697
<b>Total</b>	28,14	74,32	758,88	0,01	1.302

Un 25% de estas lesiones tenían una antigüedad inferior a 3 días y otro 25% una antigüedad superior a 70 días. En 26 pacientes se refirió una antigüedad de 0 días porque indicaban que la lesión se había producido el mismo día en que se incluyeron en el estudio. En 61 (4,3%) pacientes no se registró la antigüedad de la lesión.

Las diferencias de antigüedad (en días) entre las heridas agudas y crónicas resultaron estadísticamente significativas (t de Student;  $p > 0,001$ ) (Tabla 3).

En el conjunto de todas las lesiones se obtuvo una superficie inicial de  $28,14 \pm 74,32 \text{ cm}^2$  (mediana = 6,9, mínimo = 0,01 y máximo = 758,88.  $IC_{95\%} = [24,73-32,21]$ ). Un 25% de las lesiones tenían una superficie menor de  $2,02 \text{ cm}^2$  y otro 25% superior a  $22,13 \text{ cm}^2$ . Las lesiones también se analizaron según el tipo de herida. En 130 casos no se indicó la superficie de la lesión.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tamaño de las heridas atendiendo al

tipo de herida aguda o crónica (t de Student, N.S.). En el caso de las heridas crónicas, las úlceras posflebíticas presentaban un tamaño significativamente mayor respecto a la herida de pie diabético y a las úlceras por presión (Análisis de la varianza [ANOVA]  $p \leq 0,01$ ). En las heridas agudas, las quemaduras eran significativamente mayores que el resto (ANOVA,  $p \leq 0,05$ ).

Respecto al aspecto de las heridas en el lecho y la piel perilesional, en su mayoría eran lesiones limpias (67% las crónicas y 76% las agudas), la mayoría con exudado de mínimo a moderado, tejido de granulación, escaso tejido necrótico y/o sangrado, sin olor ni infección. En general, presentaban una piel periulceral sana (43% las crónicas y 67,4% las agudas) y cuando

la piel perilesional estaba alterada, lo más frecuente era el eritema (entre el 59% y 66%) y el edema (entre el 47% y 58%).

El 84,4% de las heridas, según los profesionales de enfermería, presentaron algún tipo de dolor durante las curas, antes de ser incluidas en este estudio (49,1% de moderado a importante), siendo el porcentaje de un 88,4% para las heridas agudas y un 79,6% para las crónicas.

Los apósitos utilizados durante esas curas quedan representados en la Tabla 5. En la categoría de apósitos de cura en ambiente húmedo (CAH) queda englobado el uso de un único tipo de apósito de la gama de apósitos que hay en el mercado. En la categoría cura tradicional se hace referencia al uso de gasas secas y/o gasas en combinación con algunos tipos de antisépticos o pomadas. Se habla de varias combinaciones cuando los profesionales utilizan varios de los mencionados anteriormente.

El tipo de apósito más empleado para las lesiones a estudio fueron los apósitos de CAH segui-

**Tabla 5. Apósitos utilizados en curas previas al estudio para la lesión estudiada**

	n	%
URGOTUL	12	0,8
URGOTUL SAg	6	0,4
Otros tules	113	7,9
Apósitos de CAH	366	25,6
Cura tradicional	80	5,6
Varias combinaciones	52	3,6
<b>Subtotal</b>	629	43,9
No se registra (no usan)	803	56,1
<b>Total</b>	1.432	100,0

48 dos de otros tules. URGOTUL y URGOTUL SAg se habían utilizado muy poco hasta ese momento. El 56,1% de las lesiones eran lesiones de primer tratamiento cuando se incluyeron en el estudio pues referían no haber usado ningún tipo de apósito. A partir del inicio del estudio, el 91,4% de los profesionales iban a utilizar apósitos de la gama URGOTUL.

La Tabla 6 recoge las prácticas llevadas a cabo en cuanto al procedimiento de cura, además de la aplicación de un apósito.

Otros cuidados locales incluyen desde el uso de ácidos grasos hiperoxigenados hasta la protección-alivio de la presión.

Respecto a la aplicación del apósito se preguntó por la facilidad de aplicación, adaptación a la forma de la lesión y la aceptabilidad por parte del paciente. Las Figuras 2, 3 y 4 resumen esta información.

A partir de los cuestionarios del paciente se ha detectado que a pesar de que el período del estudio era hasta 30 días o cicatrización de la lesión en un período inferior, en algunos ca-

**Tabla 6. Acciones realizadas en el procedimiento de cura**

	H. crónicas (%)	H. agudas (%)	Totales (%)
Lavado con agua, SSF y/o con jabón			
Sí	627 (97,7)	729 (97,1)	1356 (97,3)
No	15 (2,3)	22 (2,9)	37 (2,7)
Lavado con solución antiséptica			
Sí	142 (22,6)	194 (26,1)	336 (24,5)
No	485 (77,4)	549 (73,9)	1034 (75,5)
Uso Crema/pomada antibiótica/antiséptica			
Sí	156 (24,9)	174 (23,5)	330 (24,1)
No	471 (75,1)	568 (76,5)	1039 (75,9)
Otros cuidados locales			
Sí	183 (29,6)	116 (15,8)	299 (22,1)
No	436 (70,4)	620 (84,2)	1056 (77,9)

97

sos este tiempo se ha sobrepasado. No obstante y con una visión por intención de tratar se han analizado todos los casos en que se reflejaba el tiempo de tratamiento referido por el paciente. Recordar que en el cómputo de este tiempo, seguramente el paciente habrá tenido en cuenta desde que se le inició la cura y no sólo el tiempo del estudio. La Tabla 7 resume la información del tiempo de tratamiento.

Hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de tra-

tamiento (t de student,  $p \leq 0,001$ ), siendo las heridas crónicas mucho más costosas en tiempo de tratamiento.

Un dato importante es la evolución de la lesión. En este caso se pregunta al paciente cómo considera que está su lesión, información que queda resumida en la Figura 5.

Como era de esperar, las lesiones agudas tienen una evolución más favorable que las crónicas. De hecho, existen diferencias estadísticamente

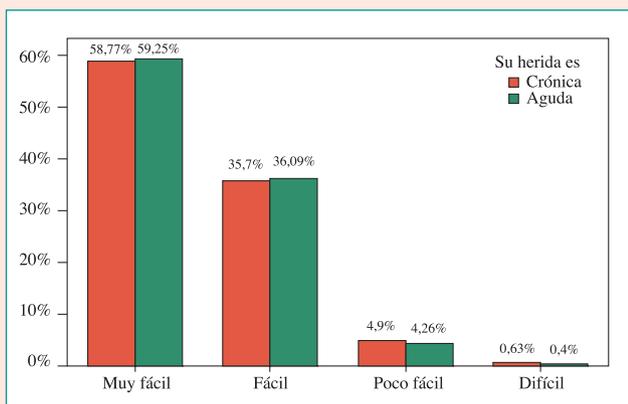


Fig. 2. Facilidad de aplicación.

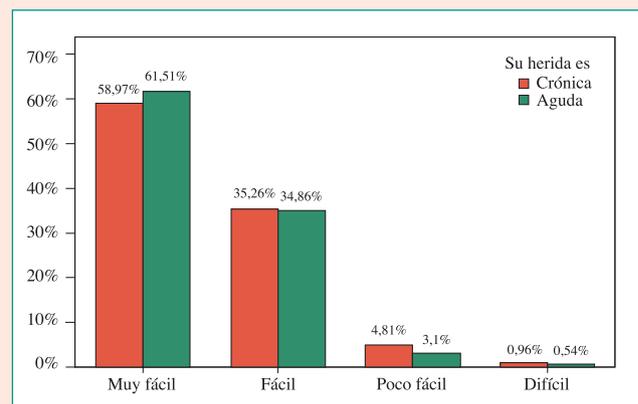


Fig. 3. Facilidad de adaptación a la forma de la lesión.

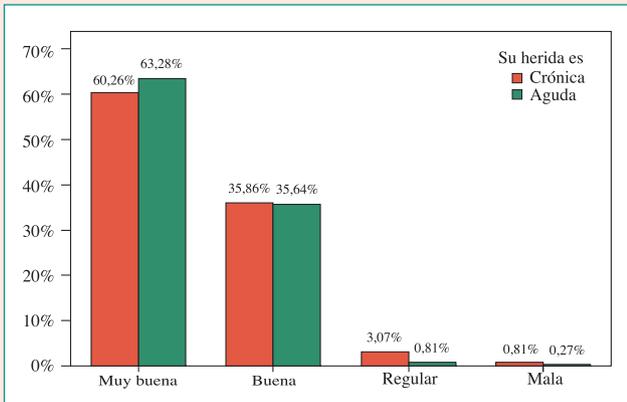


Fig. 4. Aceptabilidad por parte del paciente.

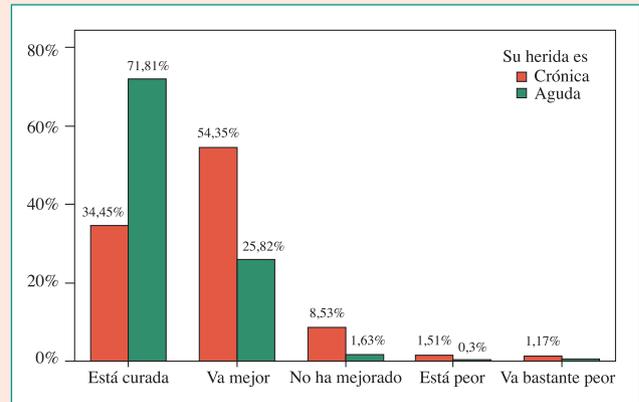


Fig. 5. Estado de la lesión, según el paciente.

	Media	D.T.	Máxima	Mínima	n
Heridas crónicas	46,07	56,86	672	1	570
Heridas agudas	20,38	24,09	420	1	666
Total	32,23	44,34	672	1	1.236

significativas en el estado de la lesión (prueba de Chi-cuadrado,  $p \leq 0,001$ ) a favor de las heridas agudas.

Y como se observa en la Figura 6, un porcentaje importante de pacientes refiere que jamás siente dolor al ser tratado con URGOTUL y/o URGOTUL SAg.

En cuanto a la satisfacción del paciente respecto a la cura realizada, se realizaron dos preguntas, una referida a la satisfacción global con todo el proceso y otra en relación al hipotético caso de tener que pasar por la misma situación. Tanto la satisfacción como el volver a aplicarse la misma cura van en la misma dirección, o sea, en un alto porcentaje de pacientes (más del 90%) están muy satisfechos con este tratamiento y no les importaría volver a tener que aplicárselo en otra situación semejante.

### DISCUSIÓN

Habitualmente los resultados que se presentan sobre los estudios son obtenidos a partir de la información que suministran los profesionales que participan en él, siendo esta información de una importancia capital. Pero poder disponer de información suministrada por los propios pacientes es aún más importante. En este estudio se ha obtenido información relevante desde el punto de vista de las personas que sufren este tipo de

lesiones, las heridas agudas y crónicas, y se constatan los resultados obtenidos en otros semejantes respecto al dolor (23) y a la cicatrización (18, 21, 22).

Sabemos que más del 80% de las heridas provocan dolor durante los cuidados, que los apósitos grasos y las compresas tradicionales se adhieren a la lesión. Y a pesar de ello, en este estudio hemos visto que 15% de las curas se siguen realizando con estos productos. Sin embargo, en un 84,4% de los casos presentaban algún tipo de dolor previo al comienzo del estudio, ese porcentaje se ha-

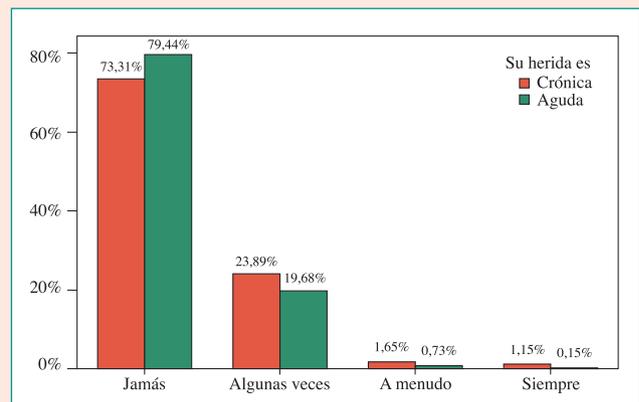


Fig. 6. Sensación de dolor en la retirada del apósito.

50 bía reducido a menos de un 20% utilizando productos con la tecnología TLC al finalizar el estudio. Luego, URGOTUL disminuye significativamente el dolor durante las curas.

También se ha visto que, en términos de efectividad, en un tiempo de entre 20 y 40 días el 98% de las heridas agudas evolucionó muy favorablemente, consiguiéndose la cicatrización completa en el 76% de los casos y que el 89% de las heridas crónicas evolucionó muy favorablemente, lográndose la cicatrización completa en el 35% de los casos

Respecto a la evaluación del apósito, la mayoría de los profesionales

de enfermería indicó que resultaba fácil o muy fácil de aplicar, que resultaba fácil o muy fácil de adaptar a la lesión y que los pacientes tenían una aceptación buena o muy buena del apósito

Respecto a las curas, la mayoría de pacientes indicó que jamás tuvo dolor en las curas, que estaba muy satisfecho con el tratamiento y que lo volvería aplicar en caso necesario.

Así, Urgotul® se presenta como una excelente opción de tratamiento, especialmente en las heridas agudas, debido a su carácter de baja adherencia al lecho de la herida (24, 25), a su capacidad de cicatrización

y a la buena aceptación y satisfacción conseguida en los pacientes y en los profesionales que lo han utilizado. 99

## AGRADECIMIENTOS

Los autores como coordinadores de este estudio desean agradecer la inestimable ayuda y participación tanto de los centros sanitarios como de los profesionales de enfermería implicados en la recogida de los datos. Así mismo, nuestro agradecimiento a todos los pacientes que dieron su consentimiento a participar en el estudio y que amablemente rellenaron el cuestionario que se les solicitó.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez F, Soldevilla JJ. El cuidado de las heridas. Evolución histórica (1ª parte). *Gerokomos* 1999; 10 (4): 182-92.
2. Martínez F, Soldevilla JJ. El cuidado de las heridas. Evolución histórica (2ª parte). *Gerokomos* 2000; 11 (1): 38-46.
3. Odland G. The fine structure of the interrelationship of cells in the human epidermis. *J. Biophys Biochem Cytol* 1989; 4: 529-535.
4. Bloom H. Cellophane dressing for second degree burns. *Lancet* 1945; 2: 559.
5. Bull JP, Squire JR. Experiments with occlusive dressings of a new plastic. *Lancet* 1948; 2: 213-5.
6. Schilling RSE, Roberts M. Clinical trial of occlusive plastic dressing. *Lancet* 1950; 1: 293-6.
7. Winter G. Formation of the scab and rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig. *Nature* 1962; 193: 293-4.
8. Winter G. Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds. *Nature* 1963; 200: 379-80.
9. Martínez F, Blasco C, Perdomo E, Sancho A, Torra JE. Terapias alternativas y heridas crónicas. En: Soldevilla JJ, Torra JE. Atención integral a las heridas crónicas. Madrid: SPA, 2004: 455-70.
10. Ibáñez N, Martínez F, Roldán A, Rovira G, Rueda J, Segovia T. Guía Práctica de la Utilización de Hidrocoloides en el Cuidado de Heridas. ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿por qué? Barcelona: Laboratorios Salvat S.A., 2004.
11. Martínez F, Segovia T, Alonso F, Verdú J, Conde J, Lahuerta T. Evaluación de la eficacia clínica del apósito PermaFoam en el tratamiento de las úlceras crónicas. *Rev Rol de Enfer* 2005; 28 (6): 29-34.
12. Thomas SS. *Wound Management and Dressings*. London: The Pharmaceutical Press, 1990.
13. Stacey MC, Joop-McKay AG, Rashid P *et al*. The influence of dressings on venous ulcers healing. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1997; 13 (2): 174-9.
14. Thomas SS, Lawrence JC. Evaluation of hydrocolloids and topical medication in minor burns. *J Wound Care*. 1995; (4) 5: 218-20.
15. Moffat CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Dolor y traumatismo en las heridas: una perspectiva internacional. En: Dolor durante los cambios de apósito. Documento de Posicionamiento EWMA.
16. Smith J, Hill J, Barrett S, Hayes W, Kirby P, Gittins E, Whitehurst, Cooper R. Evaluation of Urgotul® plus K. Four® compression for venous leg ulcers. *Brit J Nurs. Tissue Viability Supplement* 2004; (13) 6: 20-8.
17. Rueda López J, Muñoz Bueno AM, Arboix Perejano, Gago Fornells M, García González RF, Segovia Gómez T, Sauvadet A. Tecnología lipídicoloídica en lesiones de etiología venosa. *Rev ROL Enf* 2004; 28(2): 86-90.
18. Benbow M, Iosson G. A Clinical evaluation of Urgotul® to treatment acute and chronic wounds. *Brit J Nurs* 2004; (13) 2: 105-9.
19. Letouze A, Voinchet V, Hoeht B, Muentner KC, Vives F, Bohbot S. Using a new lipídicoloíd dressing in paediatric wounds: results of French and German clinical studies. *JWC* 2004; (13) 6: 221-5.
20. Blanchet-Bardon C, Bohbot S. Using Urgotul dressing for the management of epidermolysis bullosa skin lesions. *JWC* 2005; 14 (10): 490.
21. Meaume S, Ourabah Z, Cartier H, Granel-Brocard F, Combemale P, Bressieux JM, Bohbot S. Evaluation of a lipídicoloíd wound dressing in the local management of leg ulcers. *JWC*, 2005; 14 (7): 331.
22. Bernard FX, Juchaux F, Laurensou C, Apert L. Stimulation of the proliferation of human dermal fibroblasts in vitro by a lipídicoloíd dressing. *JWC* 2005; 14 (5): 215.
23. Meaume S, Teot L, Lazareth I, Martini J, Bohbot S. The importance of pain reduction through dressing selection in routine wound management: the MAPP study. *JWC* 2004; 13 (10): 409.
24. Rueda López J, Muñoz Bueno AM, Arboix Perejano M, Gago Fornells M, García González RF. Apósitos Atraumáticos. ¿Una propiedad o una necesidad en el tratamiento de heridas? *Gerokomos* 2004; 15 (4): 248-55.
25. Tormo Maicas V, Julián Rochina I, Martínez Martínez C, Sauvadet A, Bohbot S. Hidrocoloides y materias grasas en el tratamiento de heridas agudas y crónicas. *Rev E Rol* 2003; 26 (10): 15-20.