

## Evaluación de la satisfacción y efectividad del apósito de hidrocoloide Sureskin®II en el tratamiento de las heridas agudas y crónicas

### *Assessment of the satisfaction and effectiveness of the hydrocolloid dressing Sureskin®II in the treatment of acute and chronic wounds*

- <sup>1</sup>Juan Carlos Módenes Casillas    <sup>1</sup>Enfermero, Coordinador del Centro de Salud de Alburquerque, Badajoz.  
<sup>2</sup>José María Porras Pastor        <sup>2</sup>Enfermero, Consultorio Puente del Río, Almería.  
<sup>3</sup>Marga Pelet Larres                <sup>3</sup>Enfermera Adjunta UFFIS Geriátrica del Hospital Esperit Sant Santa Coloma de Gramanet, Barcelona.  
<sup>4</sup>Susana Cámara Díaz               <sup>4</sup>Enfermera, Centro de Salud San Andrés, Madrid.  
<sup>5</sup>Eduardo Jové Lance               <sup>5</sup>Enfermero, Ambulatorio Portugal, Alicante.  
<sup>6</sup>Inés Santaló Ríos                  <sup>6</sup>Enfermera, Centro de Salud Concepción Arenal, Santiago de Compostela.  
<sup>7</sup>José Luis Palacio Pellón          <sup>7</sup>Enfermero, Residencia Santa Ana, Cantabria.

#### Correspondencia:

Dr. Joan Rius Tarruella  
C/ Gall 30-36  
08950-Esplugues de Llobregat (Barcelona)  
Tfno.: 933 94 64 00  
Fax: 934 73 87 24  
E-mail: jrt@salvat-lab.es

#### RESUMEN

**Objetivo:** Valorar el grado de satisfacción percibido por el paciente y el comportamiento general con un apósito de hidrocoloide (Sureskin®II) en el tratamiento de úlceras agudas y crónicas en la práctica clínica diaria.

**Métodos:** Estudio observacional de series de casos clínicos, multicéntrico, prospectivo y abierto, en pacientes afectados de úlceras agudas y crónicas. La duración del estudio fue de hasta 20 cambios de apósito o hasta la curación. En la visita inicial se valoraron las características clínico-morfológicas de la lesión, en todas las visitas sucesivas de cambio de apósito se valoró la evolución de la lesión y el grado de satisfacción del paciente, y en la visita final se valoraron las características finales de la lesión y el comportamiento del apósito, así como la valoración global del grado de satisfacción, tanto por parte del paciente como por el del investigador.

#### INTRODUCCIÓN

Desde hace ya aproximadamente unos 20 años, los apósitos de hidrocoloide inauguraron junto con los poliuretanos, una nueva forma de entender el proceso de cicatrización como materiales de cura en ambiente húmedo, especialmente en las heridas crónicas, aunque con el espacio del tiempo se han ido introduciendo, gracias a su eficaz y comportamiento, en la cura de las heridas agudas (1).



226 **Resultados:** Se incluyeron 428 pacientes con una edad media de 74 años. Al final del estudio el tamaño de la úlcera disminuyó significativamente, desde el inicio del tratamiento hasta su finalización. La epitelización aumentó del 35,2% al 86,8%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ) en la intensidad del dolor (reducción del 60%), el nivel de exudado (reducción del 50%), eritema perilesional (reducción del 65,2%) y de maceración de la piel (reducción del 57,2%) entre la visita inicial y final.

El grado de satisfacción de los investigadores alcanzó el 95%, destacando la adaptabilidad, fácil retirada y comportamiento en general del apósito. La satisfacción global del paciente fue superior a 8 en una escala ordinal de 0 a 10, el 90% se sintió muy satisfecho con la facilidad de cambio de apósito, el 87% opinó que Sureskin®II le proporcionaba una mayor comodidad en la vida cotidiana.

**Conclusión:** Sureskin®II proporcionó un elevado grado de satisfacción a los pacientes tratados, mostrándose eficaz en la cicatrización y acelerando el proceso de curación.

#### PALABRAS CLAVE

Sureskin®II, úlceras, apósitos de hidrocoloide, satisfacción.

#### SUMMARY

**Objective:** To evaluate the degree of patient satisfaction and overall behaviour using a hydrocolloid dressing (SureSkin®II) in the treatment of acute and chronic ulcers in daily clinical practice.

**Methods:** By means of an observational, multicentric, prospective, open study of a series of clinical cases on patients afflicted with acute and chronic ulcers. This study lasted through 20 dressing changes or until the ulcers were cured. During the initial visit, the clinical-morphological characteristics of the lesion were evaluated, on all subsequent visits and as dressings were changed, the evolution of the lesion and the degree of patient satisfaction was evaluated, and during the final visit, the final lesion characteristics and behaviour of the dressing were evaluated, along with the overall degree of satisfaction of both the patient and the investigators.

**Results:** This study evaluated 428 patients whose average age was 74. At the end of the study the size of these ulcers had significantly reduced from the start to the end of the treatment. Epithelisation increased from 35.2% to 86.8%. Statistically significant differences were found ( $p < 0.0001$ ) in pain intensity (reduced by 60%), exudates level (reduced by 50%), perilesional erythema (reduced by 65.2%) and skin maceration (reduced by 57.2%) between the initial and the final visit.

The investigators' degree of satisfaction reached 95% mainly due to how

Sureskin®II representa uno de estos apósitos de hidrocoloide como una nueva forma de entender el proceso de cicatrización y una nueva era en la curación de heridas, en las que se sitúa muy a menudo nuestra práctica asistencial. Las úlceras en general constituyen uno de los principales motivos de consulta en nuestra práctica profesional (2-4). Los apósitos de hidrocoloide favorecen la limpieza, desbridamiento y formación de tejido de granulación, creando un medio húmedo permanente capaz de estimular la migración epitelial y, por lo tanto, la curación de la herida (5-6).

Hasta el momento, gran parte de la información disponible sobre los apósitos valora el comportamiento de los mismos, es decir, la eficacia en relación a la curación de las heridas. Por el contrario, son pocos los estudios en el campo de la curación de heridas que valoren la satisfacción percibida por parte de los pacientes por este tipo de productos sanitarios.

Durante las últimas décadas, el interés en la medición de la satisfacción del paciente con los cuidados sanitarios ha ido en aumento debido a que el paciente tiene un papel cada vez más activo en la toma de decisiones como consumidor de servicios sanitarios (7). La satisfacción con el tratamiento forma parte de la satisfacción con los cuidados sanitarios.

Como es sabido por todos, la curación de las heridas representa un gran reto para los profesionales sanitarios y conlleva serias consecuencias para los pacientes. En muchos casos, no se consigue una cicatrización

64 *adaptable and easy to remove the dressing was, as well as its overall behaviour. The overall patient satisfaction was over 8 on an ordinal scale from 0 to 10; 90% of patients felt very satisfied with regard to ease of use (dressing change) and 87% stated that SureSkin®II allowed them to carry on their daily activities more comfortably.*

**Conclusion:** *SureSkin®II provided a high degree of satisfaction for the patients being treated, proving effective in healing and accelerating this process.*

### KEY WORDS

*SureSkin®II, ulcers, hydrocolloid dressing, satisfaction.*

completa y, además, las heridas suelen producir dolor, incomodidad, malestar, aumentando sensiblemente el sufrimiento del paciente. Por ello tiene mucha importancia conocer también el grado de satisfacción percibida por los pacientes tratados con un apósito de hidrocoloide como es el caso de Sureskin®II ya que la percepción subjetiva de un tratamiento por parte del paciente tiene una influencia decisiva en el cumplimiento terapéutico (8).

A fin de conocer el comportamiento de Sureskin®II en la práctica clínica diaria y el grado de satisfacción percibida por el paciente con dicho tratamiento de las úlceras agudas y crónicas, así como la satisfacción generada por su uso a los profesionales sanitarios, se ha diseñado este estudio observacional de serie de casos, que pretende evidenciar que se trata de una opción terapéutica de primera línea en el tratamiento de las úlceras agudas y crónicas, facilita eficazmente la cicatrización, acelerando el proceso de curación y mejorando, como resultado, la calidad de vida de los pacientes. Es decir, queremos añadir a los

clásicos parámetros del comportamiento clínico una evaluación de los resultados percibidos por el paciente evaluando el grado de satisfacción con el tratamiento, dentro de la corriente en “Investigación de Resultados en Salud” o IRS, como indicador de calidad asistencial.

En general, la satisfacción con el tratamiento se puede definir como la evaluación del proceso de la toma del tratamiento y sus resultados asociados (9). Las dimensiones de la satisfacción terapéutica son diversas y dependen del tipo de tratamiento; las más comunes y relacionadas con los apósitos de hidrocoloides son las siguientes: alivio del dolor y la ausencia de signos de infección; satisfacción asociada al perfil de tolerabilidad de los apósitos de hidrocoloide; facilidad de administración y conveniencia, incluyendo la posología o número de cambios de apósitos y los aspectos relacionados con el diseño (portabilidad). Finalmente, hay que evaluar la satisfacción general con el tratamiento o de si lo recomendaría a otros pacientes con el mismo problema de salud.

Una de las principales ventajas

de los apósitos de hidrocoloide Sureskin®II es que determinan la desaparición del dolor proporcionando un alivio considerable en un elevado porcentaje de casos, debido a que el gel cubre las terminaciones nerviosas libres evitando la exposición ambiental (10). Otra ventaja de estos apósitos impermeables o semipermeables al oxígeno, es la ausencia de signos de infección, posiblemente relacionado con la presencia de un pH ácido, el ambiente anaerobio, la angiogénesis, la desaparición de los detritus necróticos y la propia barrera eficaz del apósito contra la sobreinfección desde el exterior (1-6). Los apósitos de hidrocoloide son responsables de ejercer un papel de barrera bacteriana, de disminuir la dispersión microbiana en los cambios de apósito, de favorecer los mecanismos de defensa del huésped y de menores tasas de infección si lo comparamos con la cura seca (11). Además, la utilización de apósitos de hidrocoloide permite espaciar las curas, lo que permite una menor dedicación por parte del paciente y/o del personal de enfermería al no precisar cambios diarios, y en consecuencia interfiere menos en la actividad diaria del paciente, con la consecuente mejora el grado de satisfacción y de la calidad de vida (11-13).

Sureskin®II (Border, Thin o Standard) es una amplia gama de apósitos hidrocoloide impermeables a líquidos y bacterias y permeables a gases, que presentan una gran capacidad de absorción del exudado, así como gran flexibilidad permitiendo una perfecta adaptabilidad al cuerpo



228 para el confort del paciente y baja probabilidad de enrollado.

## SUJETOS Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional de series de casos clínicos, multicéntrico, prospectivo y abierto en pacientes con úlceras agudas y crónicas, que recibieron tratamiento local con los apósitos Sureskin®II.

La duración prevista del estudio era de 20 cambios de apósito o hasta la curación de las lesiones.

Se incluyeron pacientes de edad superior a los 18 años y de ambos sexos que presentaban al menos una úlcera aguda o crónica susceptible de ser tratada con un apósito hidrocoloide y que dieran su consentimiento a participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron las contraindicaciones del tratamiento con apósitos hidrocoloide: hipersensibilidad conocida a algunos de los componentes de Sureskin®II, presencia de signos clínicos de infección (inflamación: eritema, edema, tumor, calor, olor y exudado purulento) hasta la erradicación de la misma, úlceras producidas por infecciones como tuberculosis, sífilis o infecciones fúngicas profundas.

Los parámetros de valoración del grado de satisfacción del paciente (Tabla 1) y la valoración global del tratamiento por parte del investigador (Tabla 2) se preguntó a lo largo de todas las consultas en que se realizó el cambio de apósito y en la visita final, pudiendo esta coincidir con la duración total del estudio (20

¿Está satisfecho con el tratamiento con Sureskin®II?	Sí (1)	No (2)	NC (3)
¿Está satisfecho con la facilidad del cambio del apósito?	Sí (1)	No (2)	NC (3)
Sureskin®II ¿le proporciona mayor comodidad en su vida cotidiana?	Sí (1)	No (2)	NC (3)
NC: no consta o no aplicable.			

¿Está satisfecho/a con la adaptabilidad, la fácil retirada y el comportamiento en general del apósito de Sureskin®II?	Sí (1)	No (2)	NC (3)
Valore de 0 a 10 el grado de satisfacción que le ha proporcionado el apósito de Sureskin®II?	Sí (1)	No (2)	NC (3)
NC: no consta o no aplicable.			

cambios de apósito) o hasta la curación de las lesiones.

El grado de satisfacción del paciente con el tratamiento, principal parámetro de valoración, se clasificó según la siguiente escala ordinal de puntuaciones: sí (1), no (2) y no aplicable (3).

Los parámetros de valoración de la lesión fueron: evolución de la superficie y profundidad de la lesión, valoración del control del exudado del apósito, valoración de la integridad de la piel perilesional, y valoración de la facilidad de aplicación, retirada y presencia de dolor atribuible al apósito. Dichos parámetros se preguntaron en la visita inicial y en todas las visitas sucesivas de cambio de apósito que se realizaron para cada paciente incluido en el estudio.

### Desarrollo del estudio

En la visita inicial se anotaron los datos basales de los pacientes, así como una valoración de las características de la lesión, en todas las visitas

de cambio de apósito se realizó una valoración de la evolución de la lesión y del comportamiento de Sureskin®II junto con una valoración de la satisfacción del paciente y del profesional sanitario, y en la visita final se valoraron las características finales de la lesión así como la valoración global del comportamiento del apósito (1= inaceptable, 2= mala, 3= buena, 4= muy buena, 5= excelente) y el grado de satisfacción del paciente y del profesional sanitario.

La aplicación del tipo de apósito de Sureskin®II a la zona lesionada se realizó según el nivel de exudado y las características de la lesión, dejando al menos 1,5-2 cm alrededor de la lesión para asegurar una correcta sujeción.

### Análisis estadístico

Todas las variables se analizaron mediante estadística descriptiva.

Las variables continuas se presentan mediante número de casos válidos o evaluables (N), media,

66 desviación estándar (ED), mediana, percentil 25 (P25) y percentil 75 (P75), y el número de casos ausentes (Nmiss).

Para las variables categóricas se presenta el total de casos válidos (N), el total de casos ausentes (Nmiss) y para cada categoría de la variable, el número de casos válidos (N) y el porcentaje que representa (%). El porcentaje de las categorías se realiza sobre el total de casos evaluables.

## RESULTADOS

### Datos demográficos y basales

La edad media de los 428 pacientes incluidos era de 74 años (73,53 ± 12,23).

La distribución por sexos no fue equitativa, siendo el 35,9% hombres y el 64,1% mujeres.

Respecto a los tipos de úlcera en el momento de la inclusión en el estudio, las más habituales fueron la úlcera por presión (61,2%) y la úlcera vascular-venosa (16,3%). El resto (22,5%) fueron úlceras agudas (abrasiones, quemaduras, erosiones, etc.). En cuanto a los estadios de la úlceras por presión, el estadio I (32,6%), II (27,5%) y III (25,4%)

fueron los más frecuentes, seguido del IV (11,0%) y V (3,4%). La antigüedad de la úlcera fue inferior a 1 mes en el 41% de los pacientes y de 1-3 meses en el 26,5% de los pacientes. El valor medio del ancho de las úlceras era de 3,39 cm y el valor medio del largo de las úlceras era de 4,66 cm. La localización más frecuente de las úlceras fue decúbito dorsal en el 75,7% de los pacientes. La mayoría de pacientes (71,1%) presentó una úlcera poco profunda, con afectación de la dermis.

Respecto a los tipos de tejidos existentes en la lesión, el 68,3% de los pacientes presentaban granulación en la úlcera, el 74,1% presentaban fibrina, el 35,3% presentaban epitelización, el 38,7% presentaban escara necrótica en la úlcera, y el 13,6% presentaban otro tipo de tejido.

Con relación al tratamiento previo de los pacientes antes de entrar en el estudio, el 33% utilizaba productos en gasa, el 31,7% no utilizó ningún apósito, el 25,8% utilizaba hidrocoloides, el 22,8% utilizaba otros apósitos, el 19,2% hidrogeles, el 11,1% alginatos y el 6,8% utilizaba espumas.

Los principales síntomas y signos clínicos en la visita inicial fueron:

dolor en un 91% de intensidad mayoritariamente moderada o leve (46,6% y 27%, respectivamente); presencia de exudado en el 89% de intensidad leve o moderada (35,4% y 39,7%, respectivamente); eri-

tema perilesional en el 88% de intensidad leve o moderada (38,7% y 34,7%, respectivamente); y maceración de la piel circundante en el 72,8% de intensidad leve o moderada (35,7% y 27,7%, respectivamente).

El tratamiento asignado a los pacientes a su inclusión en el estudio fue el que se describe en la Tabla 3.

### Efectividad

Se evaluó la efectividad después de realizar 20 cambios de apósitos o hasta la curación de las lesiones. La media del número de días transcurridos hasta la cicatrización total de la lesión fue de 45 días.

Al comparar el tamaño de la úlcera entre los pacientes que en la visita final no habían cicatrizado totalmente, se encontró una disminución estadísticamente significativa en el tamaño de la úlcera, expresado por el ancho y la longitud de la misma.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de tejidos que se encontraban en las úlceras entre los pacientes que en la visita final no habían cicatrizado totalmente, con una disminución de la presencia de todos los tipos de tejidos excepto para la epitelización que presentaba un aumento debido a la mejora de la úlcera. La presencia de escaras disminuyó del 39,7% al 9,8%, la fibrina disminuyó del 74,2% al 29,6%, la granulación disminuyó del 71,1% al 54,7%, y la epitelización aumentó del 35,2% al 86,8% (p < 0,0001).

**Tabla 3. Tratamiento asignado a los pacientes a su inclusión en el estudio**

Tipo de Sureskin®II	Nº de pacientes	Porcentaje
Sureskin II Border	271	(63,3%)
Sureskin II Thin	113	(26,4%)
Sureskin II Standard	90	(21,0%)
Porcentajes calculados sobre el total de pacientes evaluables.		



## 230 Aplicación del apósito

Al analizar globalmente todos los cambios de apósito, los motivos principales del cambio del apósito más frecuente fueron los siguientes: la fuga de exudado (25,1%); el tiempo de permanencia máximo de 7 días (19,8%); la valoración, control o seguimiento de la úlcera (18%); por petición del paciente (11,8%); y otros motivos (olor, sospecha de infección, criterio médico, cicatrización o cura) (25,3%).

### Grado de satisfacción del paciente

El 88% de los pacientes se mostraba satisfecho con el tratamiento con Sureskin®II, el 90% estaba satisfecho con la facilidad de cambio del apósito y en un 87% el apósito Sureskin®II les proporcionó una mayor comodidad en la vida cotidiana. Esta valoración se mantuvo constante a lo largo de todos los cambios del apósito. La mayoría de los pacientes consideraba excelente o muy bueno el comportamiento general

del apósito (72,2%) y casi ningún paciente lo consideraba inaceptable (0,5%) (Fig. 5). Finalmente, el 97% de los pacientes volvería a utilizar un apósito hidrocoloide Sureskin®II.

### Satisfacción del personal sanitario

Se evaluó la satisfacción del profesional sanitario en todos los cambios de apósitos realizados y se encontró que el 98% estaba satisfecho con la adaptabilidad, la fácil retirada y el comportamiento en general del apósito de Sureskin®II. La media del grado de satisfacción global en la escala analógica de 0 a 10 era de 8,1 (DE  $\pm$  1,4).

### Valoración del comportamiento de Sureskin®II

El eritema perilesional fue ausente en el 39,4% de los casos, leve en el 32%, moderado en el 18,3% y severo sólo en un 10,3%; la presencia de maceración de la piel circundante estuvo ausente en el 44,7%, leve en el 30,5%, moderado en el

15,3% y severo en sólo el 9,5% de los cambios. 67

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ) de la intensidad del dolor en los pacientes entre la visita inicial y la visita final (Fig. 1). Se observa que el grado de dolor disminuyó en todos los niveles. Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ) en el nivel de exudado entre la primera visita y la última (Fig. 2). En la Fig. 2 se observa cómo el nivel de exudado disminuye en todos los casos.

En el nivel de eritema perilesional y en el nivel de maceración de la piel circundante, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ), observándose una disminución en ambos casos entre el primer cambio de apósito y la finalización del tratamiento (Figs. 3 y 4).

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio prospectivo realizado en 428 pacientes confirman la efectividad del

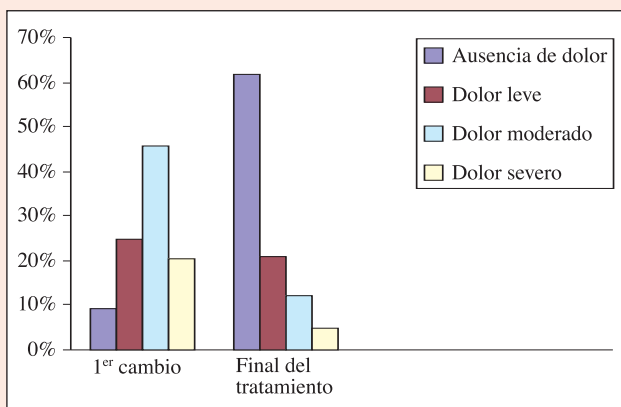


Fig. 1. Evolución del grado de dolor.

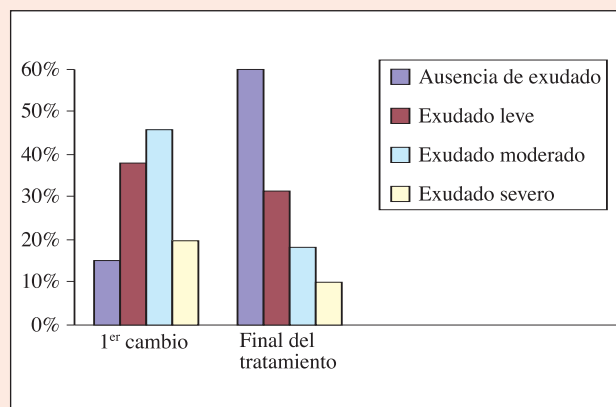


Fig. 2. Evolución del nivel de exudado.

68 apósito de hidrocoloide Sureskin®II en el tratamiento de las úlceras agudas y crónicas. Entre los pacientes cuya lesión no había cicatrizado totalmente al final del estudio, había disminuido de forma significativa tanto el ancho como la longitud de la úlcera, siendo los porcentajes medios de disminución del 35% para el ancho y del 32% para la longitud. Si se calcula el porcentaje de disminución respecto al área de la lesión, se observa una disminución de un 44% (área inicial 23,8 cm<sup>2</sup> y área al final del tratamiento 10,56 cm<sup>2</sup>), resultados que coinciden con otros datos publicados (11).

Independientemente del comportamiento de Sureskin®II y dentro del proceso constante de mejorar nuestro conocimiento de las distintas alternativas terapéuticas sobre la base de la terapia húmeda, el análisis de percepciones de los pacientes nos permiten mejorar en el manejo de estos productos sanitarios (30). La satisfacción del paciente es un factor fundamental para un adecuado cumplimiento terapéutico que es a la vez, factor esencial para al-

canzar la curación y/o cicatrización de la herida.

Este estudio ha sido diseñado para evaluar el grado de satisfacción y su relación con el comportamiento del apósito a lo largo del tratamiento. Para ello se plantearon una serie de preguntas *ad hoc* a partir de nuestra experiencia clínica que se recogían en cada cambio y al finalizar el tratamiento con la finalidad de obtener la percepción del paciente.

Los resultados obtenidos con relación a la satisfacción global del paciente en una escala de 0 a 10 fueron de un valor superior a 8. El grado de satisfacción percibido a lo largo de los distintos cambios del apósito de hidrocoloide Sureskin®II fue del 88%, el 90% se sintió muy satisfecho en cuanto a la facilidad de cambio del apósito y el 87% opinó que se beneficiaban de mayor comodidad con Sureskin®II en las tareas habituales de la vida cotidiana. La facilidad de cambio y la comodidad, entendida como alivio del dolor y adaptabilidad, son las características que mejor valoran los pa-

cientes del tratamiento con apósitos 231 de hidrocoloides Sureskin®II.

Además, en la valoración de la satisfacción con el tratamiento de los profesionales sanitarios, Sureskin®II es valorado muy positivamente por más del 95% de los profesionales que lo emplearon como método de cura en ambiente húmedo tanto en heridas agudas como crónicas, y destacaron, la adaptabilidad, la fácil retirada y el comportamiento en general del apósito de hidrocoloide de segunda generación. Dichos aspectos resultan inherentes a la naturaleza del producto y buena prueba de ello son el muy elevado grado de satisfacción global por parte de los pacientes y su disponibilidad a volver a usar el mismo producto en un 97% de los casos, con sólo un 0,5% de negativas a hacerlo.

En cuanto al comportamiento de Sureskin®II con relación a los síntomas y signos clínicos, hay que destacar la excelente reducción o control de los mismos en la gran mayoría de las lesiones, muy probablemente motivado por la ventaja fundamental de los hidrocoloides en cuanto a que

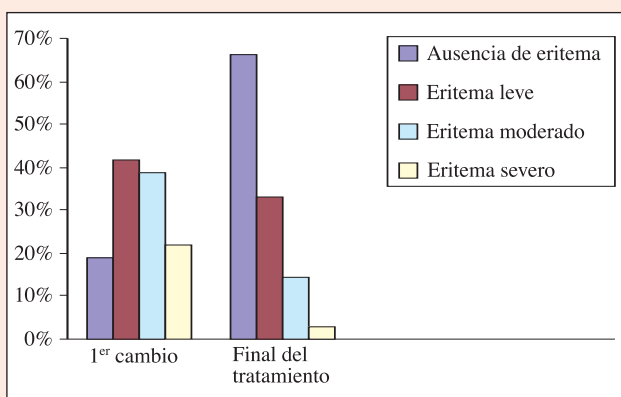


Fig. 3. Evolución del eritema perilesional.

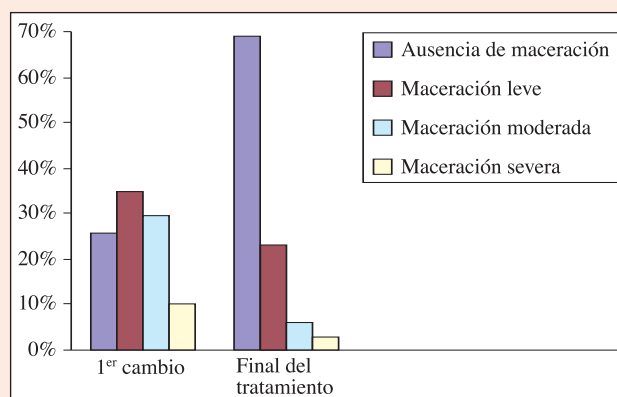


Fig. 4. Evolución del grado de maceración de la piel circundante.

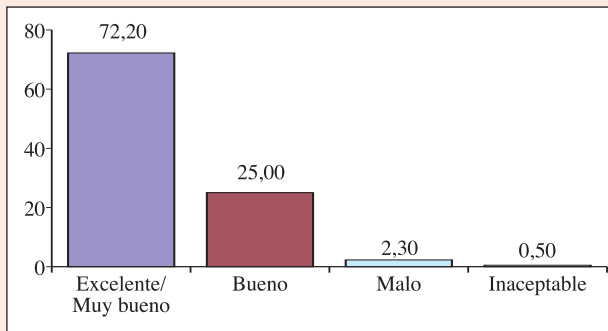


Fig. 5. Valoración global del tratamiento.

aceleran la cicatrización y eliminan aquellos factores que la dificultan (manipulaciones, contaminación e infección y/o eliminación de la zona epitelizada), así como la flexibilidad, capacidad de absorción, transparencia y semipermeabilidad, características intrínsecas de los apósitos de hidrocoloide de Sureskin®II, representando la mejor alternativa en la curación de las heridas agudas y crónicas. Los resultados obtenidos en la reducción de los síntomas y signos clínicos fueron de más de la mitad. El dolor disminuyó en todos los niveles a lo largo del estudio, consiguiendo una reducción del 60% desde el inicio y la finalización del tratamiento en todos los casos.

El cuanto al control del exudado, se debe destacar la buena evolución de la fuga de exudado de la lesión, que disminuyó del orden de un 50% al final del período de utilización del apósito, coincidiendo con un aumento de la epitelización del 40,3%. El beneficio que supone el control de exudado en las heridas favorece el proceso de cicatrización o epitelización al evitar que se reseque y se forme una costra sobre la herida (4,13-17) pero evitando a la

vez el exceso de exudado que daría lugar a la maceración de la herida. También, con relación a la maceración, eritema y eczema de la piel circundante al final del estudio se observa la clara disminución de la maceración de la herida (disminución del 57,2%), de la presencia de eritema (disminución del 65,2%) y del eczema de la piel circundante (54%). Otros beneficios de la presencia de exudado en la herida que favorecen la cicatrización son el desbridamiento autolítico gracias a la estimulación de la síntesis de enzimas endógenas que digieren los restos de fibrina y material necrótico (18-22), la provocación de un pH ligeramente ácido que controla las infecciones y favorece la capacidad fagocítica de los polimorfonucleares (23-25), y el nivel de humedad óptimo que impide la adherencia de los apósitos al lecho de la herida y en consecuencia no se lesiona el nuevo tejido formado (16). El riesgo de infección con la utilización de apósitos de hidrocoloide se reduce muy satisfactoriamente. Algunos autores han atribuido al pH ligeramente ácido un efecto antibacteriano (26), al constatar la desaparición de bacterias consideradas como habituales en este tipo de lesiones. Además, la presencia y control del exudado en la herida determina la disminución del dolor, ya que la humidificación de las termi-

naciones nerviosas conlleva un alivio del dolor (8, 10, 26-29). 69

La última capa de la estructura de los apósitos de Sureskin®II, al ser semioclusiva, impide que los microorganismos puedan llegar al lecho de la herida, ejerce un efecto de prevención frente a la infección de la herida (27) y su eficiente tecnología dolor ni irritación de la piel perilesional.

Para que un producto sanitario pueda considerarse "ideal", no es suficiente con demostrar su buen comportamiento, eficacia, buena tolerancia local y ausencia de toxicidad, también es necesario que la percepción subjetiva del paciente sea excelente para con el producto que se va a utilizar. La opinión del paciente añade un componente esencial a cualquier tratamiento realizado y aporta un valorar muy importante a la calidad del trabajo de los distintos profesionales sanitarios implicados en la curación de heridas que hay que tener presente.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran el excelente comportamiento clínico y terapéutico del apósito de hidrocoloide de segunda generación Sureskin®II, al tiempo que un excelente grado de satisfacción que refieren tanto los pacientes como los profesionales sanitarios.

Estos resultados, junto con toda la documentación revisada, demuestran que hasta la fecha, Sureskin®II constituye un óptimo producto sanitario en el tratamiento de las heridas.



Avanzar en el campo de la investigación de la curación de la herida nos corresponde a todos los profesionales que centramos como objetivo proporcionar mayor eficacia y satisfacción a todos aquellos pacientes que nos la soliciten.

## AGRADECIMIENTOS

Este estudio se realizó gracias a la financiación de Laboratorios Salvat, S.A., Barcelona.

Agradecemos a todos los siguientes investigadores su participación en el estudio: Alberto Pérez López, Amelia Baeza Ramos, Amparo Sala Costa, Amparo Antonaya Campos, Ana Amat Guitart, Ana Callejón Callejón, Ana Alesanco Alguea, Ana Cáceres Pereira, Ana M<sup>a</sup>. Romero Aranda, Ana M<sup>a</sup>. Montoro Pérez, Ana M<sup>a</sup>. Muñoz Penalba, Ana M<sup>a</sup>. Fernández Fernández, Ana M<sup>a</sup>. Pérez Bernabeu, Ana Rosa Olmedo Izar de la Fuente, Ángela Aguilera Zamora, Ángela Navarro López, Àngels Torrens Jorba, Antonio Fernández Leyva, Antonio Morales Romero, Antonio Ruiz García, Antonio Castillo Navarro, Araceli Povedano Montes, Arantza Martín Herrador, Aurea María Forner Serrano, Aurora Carnicero Nogueras, Beatriz Veci Cantero, Beatriz Jover Francés, Beatriz Roldan Moll, Bibiana Bassas Del Rey, Blanca Manuel Martí, Blanca García Zamora, Blanca Valero Navarro, Carme Muncunill Sellarés, Carme Monso Lacruz, Carme Marquilles, Carmen Cardona Margall, Carmen Tous Ballart, Carmen Muga Abasolo, Carmen Lorente Serrano, Carmen Ilera Martínez, Carmen Tous Ballart, Celia Esteban Romera, Con-

cepción Carrillo García, Cristina Ezquerro Montero, Cristina Herrera Villanueva, Charo López Moya, Dolores Hernández Martínez, Eloísa Gomez García, Emilia González Domínguez, Encarnación Buendía Fernández, Eneritz Eskisabel Larrañaga, Enrique Muñoz Martos, Estefanía Martínez de la Peña, Estefanía Cardo Juan, Esther Ruiz Roldán, Esther García García, Estrella Vizcaíno Sanchís, Eugenio Pérez Acosta, Eva Santatecla Díaz, Eva Vegara Mora, Eva M<sup>a</sup>. Sánchez Aguayo, Fernando Useros Terceiro, Fina Canals Franquesa, Francisco Janeiro Piñeiro, Francisco Gabriel Lorenzo Rodríguez, Gema Puerta Morales, Gema Sofía Gallego Triviño, Genoveva Mendoza Gómez, Georgina Grau Camps, Guadalupe Robles Pérez, Inmaculada Plana Fargas, Iñigo Susaeta Díez, Isabel Peña Fernández, Jesús Parrado Puebla, Jesús Luengo Cifuentes, Jesús Luque Peña, José Chaos Mampel, José Agustín Corbera March, José Antonio Viudes Talens, José Antonio Palomares Hurtado, José Carlos Muñoz Villalba, José Luis Montserrat Pérez, José Luis Pescador González, José Manuel Oliva Oliva, José Manuel Jiménez Moreno, José María Zarco Martín, José Miguel Ramiro Milla, Juan Andrés Ramos Deniz, Juan José López Oliva, Juan Manuel Cervantes Legaz, Juan Manuel Cuñarro Alonso, Juana Herrera Mesa, Juana M<sup>a</sup>. Fernández Selles, Judith Company Fontané, Laura Cubells Argudo, Lorena Luengo Aragón, Lorena Salas Escribano, Luis Giménez Gil, M<sup>a</sup>. Ángeles Rodríguez Rodríguez, M<sup>a</sup>. Ángeles Martínez Alonso, M<sup>a</sup>. Ángeles Arévalo García, M<sup>a</sup>. Ángeles Mínguez Estevan, M<sup>a</sup>.

Dolores León Varo, M<sup>a</sup>. Dolores Cabedo Semper, M<sup>a</sup>. Dolores Martínez Lamira, M<sup>a</sup>. Elisa Tejedor Perez, M<sup>a</sup>. Esther López Rubio, M<sup>a</sup>. Florencia Martínez Trillo, M<sup>a</sup>. Isabel Avilés Gómez, M<sup>a</sup>. Jesús Pla Mas, M<sup>a</sup>. Jesús Luzán González, M<sup>a</sup>. José De Lara Prades, M<sup>a</sup>. José Correcher Hueso, M<sup>a</sup>. Orofila Parceró Fernández, M<sup>a</sup>. Pilar Rodríguez Fenoll, M<sup>a</sup>. Pilar Lekuona Ancizar, M<sup>a</sup>. Rosina Crespo López, M<sup>a</sup>. Soledad Ruiz Ortiz, M<sup>a</sup>. Teresa Ayuda Arluenga, M<sup>a</sup>. Teresa Aguilera Sorrel, M<sup>a</sup>. Victoria Martínez Ruiz, Manuel Martí Monlleó, Manuel Carratalá Vila, María Iglesias Regueira, María Amparo Escolano Torner, María Casilda Gómez Ródenas, María Estebaliz Guzmán Salas, Maribel Rodríguez Rozalen, Mario Fernández Vázquez, Marisa Torres Segura, Marta Monserrat Pérez, Marta Barahona Orpinell, Marta Baena Besa, Martín Flores Saldaña, Matilde Gil Carreras, Melchora Gea Palomo, Mercè Vives Jorba, Mercedes Muñoz Soro, Mercedes Torregrosa Berna, Mercedes Galindo Boix, Miguel Valero Segura, Miguel Mañés Vicente, Miguel Daudén Ferrer, Miguel Viudas Inbernon, Miguel Martínez Cano, Miguel Francisco Medina Alcántara, Mireia Belloc Gracia, Miriam Berenguer Pérez, Miriam Gil Milla, Mónica Aguilar Catalán, Mónica Gómez Delgado, Mónica Castro Pérez, Montserrat Zubiria Adot, Montserrat Gimeno Martín, Nieves Gracia Oliván, Noelia Pérez Vázquez, Nuria Capuz Campo, Olga Mora Morera, Pablo Díez Alcalde, Patricia Marconi, Paula Guerra Herrero, Pedro Luis Mazoterías Lanuza, Pilar Hibernon Sangrador, Pilar Alonso Díaz,



- 234 Pilar Rabadán Carrasco, Pilar Sesma López, Rafael Medrano Jiménez, Rafael Alonso Garrido, Raquel Jiménez Latorre, Raul Miguel Capillas Pérez, Ricardo Corsetti, Rogelio Álvarez Sin-tes, Rosa Segarra López, Rosana Sánchez-Robles Beltrán, Sacramento Gu- tierrez Mesa, Sacramento Ruiz Gon- zález, Santiago Hita López, Sara Pu- che López, Sonia Turu Rodríguez, So- nia Luna Ramírez, Soraya Ventura Ro- dríguez, Susana Sevillano Cano, Su- sana Lanzón Castro, Susana Ivonne Pérez Palmas, Sybille Kaiser, Tamara Gil Peinado, Tamara García Ulloa, Te- resa Sola Cinca, Trinidad Cintas Bra- vo, Víctor Manuel Risco Delgado, Victoria Triola Alsina, Yolanda Llobet Montoliú. 71
- Sureskin®II es una marca regis- trada por Laboratorios SALVAT, S.A.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ibáñez N, Martínez F, Roldán A, Rovira G, Rueda J, Segovia T. Guía prác- tica de la utilización de hidrocoloide en el cuidado de heridas, ¿dónde? ¿cómo? ¿por qué? Barcelona: GNEAUP; 2004 (1ª ed.).
2. Casado M, Macías M, Baltuille R, Navarro A, Herranz P, Borbujo J. Úlce- ras. *Semergen* 1993; 751-61.
3. García J, Martín A, Herrero JV, Pomer M, Masoliver A, Lizán L. Úlceras por presión. Guías clínicas en atención primaria 2004; 4 (7): 1-12.
4. Lázaro P, Longo I. Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas. *Piel* 2001; 16 (4): 213-9.
5. Dealey C. *The Care of Wounds: A guide for Nurses*. Oxford (UK): Blackwell; 1994, pp. 16-21.
6. Límová M, Troyer, Caudle J. Controlled, randomized clinical trial of 2 hydrocolloid dressings in the management of venous insufficiency ulcers. *J Vasc Nurs* 2002; 20: 22-34.
7. Ibern P. La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios. *Gac Sanit* 1992; 6: 176-85.
8. Hellier WP, Corbrige RJ, Watters G, Freeland AP. Grommets and patient satisfaction: an adult. *Ann R Coll Surg Engl* 1997; 79 (6): 428-31.
9. Badia X. Satisfaction with treatment. *Med Clin (Barc)* 2005; 125: 98-99.
10. Aparicio E, Castilla C, Díez MT, Dorado A, Mendoza G, Núñez JM, Pascual J. Comportamiento terapéutico de un apósito de hidrocoloide. Evolución en el tratamiento de las úlceras agudas y crónicas. *Rev ROL Enf* 2005; 28 (2): 3-10.
11. Hutchinson JJ, McGuckin M. Occlusive dressings: A microbiologic and clinical review. *Am J Infect Control* 1990; 18 (4): 257-68.
12. Kim YC, Shin JC, Park CI, *et al*. Efficacy of hydrocolloid occlusive dress- ing technique in decubitus ulcer treatment: a comparative study. *Yonsei Med J* 1996; 37 (3): 181-5.
13. Ohlsson P, Larsson K, Lindholm C, Moller MA. Comparison of saline- gauze and hydrocolloid treatment in a prospective, randomized study. *Scand J Prim Health Care* 1994; 12 (4): 295-9.
14. Lewis R, Whiting P, ter Riet G, O'Meara S, Glanville J. A rapid and syste- matic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of debri- ding agents in treating surgical wounds healing by secondary intention. *Health Technology Assessment* 2001; 5 (14): 1-131.
15. Hulley SB, Feigal D, Martín M, Cummings SR. Diseño de un Nuevo estudio: IV. Experimentos. En: *Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico*. Hulley SB, Cummings SR. Barcelona: Ed. Doyma; 1993.
16. Ibáñez N, Martínez F, Roldán A, Rovira G, Rueda J, Segovia T. Guía prác- tica de la utilización de hidrocoloides en el cuidado de heridas ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Por qué? Laboratorios SALVAT. Barcelona: GNEAUPP; 2004.
17. Bartoletti PL, D'Alverio R, *et al*. A new therapeutic approach for the treat- ment of leg ulcers. *New approaches to the management of chronic wounds*. Milán; 1997.
18. Winter G. Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wound in the skin of the young domestic pig. *Nature* 1962; 4812: 193-292.
19. Winter G. Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds. *Nature* 1963; 200: 379-80.
20. Kreuger J, Staiano-Coico L, Smoller B, Anzilotti M, Vallar V, *et al*. Endo- genous grwth factors pathways may regulate epidermal hiperplasia in chro- nic venous wound: modulation by hidrocolloids dressings. *Wound Healing and Skin Physiology* 1995; 285-302.
21. Stephens P, Thomas DW. The cellular proliferative phase of the wound repair process. *J Wound Care* 2002; 11 (7): 253-61.
22. Sibbald G, Williamson D, Orsted H, Campbell K, Keast D, Krasner D, *et al*. Preparing the Wound Bed-Debridement, Bacterial Balance, and Moisture Balance. *Ostomy Wound Manage* 2000; 46 (11): 14-35.
23. Torra-Bou JE. *Manual de sugerencias sobre cicatrización y cura en ambien- te húmedo dirigido a enfermería*. Madrid: Jarpiyo Ed., 1997.
24. Vargheses MC, Balin AK, Carter DM, Caldwell D. Local environment of chronic wounds under synthetic dressings. *Arch Dermatol* 1986; 122 (1): 52-7.
25. Hutchinson J. Autolytic debridement. En: *Wound debridement. Consen- sus paper based on a working party of the European Tissue repair Society Held at Green College, Oxford on the 28th January 1995*. Leaper d. [Ed.]. North Tress Hospital. University of Newcastle. *Europ Tissue Rep Society Bull* 1995; 2 (4): 3.
26. Hampton S. Know how Dressing anwward areas. *Nurs Times* 1996; 92 (39): 74-5.
27. Sinclair RD, Ryan TJ. Types of chronics wounds: indications for enzyma- tics debridement. In: *Westerhof W, Vanscheidt W (eds) Proteolytics Enzmes and Wound Healing*. New York: NY Springer-Verlag; 199, pp. 7-20.
28. Tarnuzzer RW, Schultz GS. Biochemical analysis of acute and chronic wound environments. *Wound Repair Regen* 1996; 4: 321-5.
29. Stephen P, Thomas DW. *Journal of Wound Care* 2002; 11 (7): 253-61.
30. Rodríguez-Fragosol L, Jurado FR, Reyes JA. La proteólisis en la invasión y metástasis de la célula tumoral. *Cancerología* 2000; 46 (1): 33-46.
31. Henry M, Byrme PJ, Dinn E. Pilot study to investigate the pH of exuda- tes on varicose ulcers under DuoDerm. *Beyond occlusion: Wound care proceedings*. Royal Societ Med Serv Internat Congress and Sympos Series 1988; 136: 67-70.
32. Lawrence JC, Lilly HA. Bacteriologi properties of a new hydrocolloid dressing on intact skin of normal volunteers. *An enviroment for healing: The role of occlusion*. *Royal Society of Medicine International Congress and Symposium Series* 1985; 88: 5-54.