A woman in a white lab coat is looking at a tablet. The background is a blurred clinical setting. On the left side of the page, there are horizontal white lines of varying lengths, creating a decorative border.

Valoración y cuidado de pacientes con heridas crónicas dolorosas

Guía de consulta

Autores:

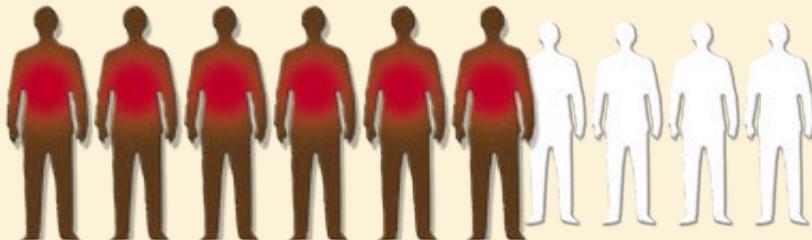
Dr. Karsten Fogh, Dinamarca
Dr. Chris Glynn, Reino Unido
Prof. Dr. Michael Jünger, Alemania
Dra. Diana L. Krasner, EE.UU.
Prof. Dr. Jürgen Osterbrink, Alemania
Prof. Patricia Price, Reino Unido
Prof. Dr. Gary Sibbald, Canadá

Valoración y cuidado de pacientes con heridas crónicas dolorosas

Guía de consulta

Versión española revisada y adaptada por:

Joan Miquel Aranda Martínez. *Enfermero (Sevilla)*
M^a Victoria Castro Marcos. *Enfermera (Madrid)*
Amparo Galindo Carlos. *Enfermera (Madrid)*
María José Ledo García. *Enfermera (Barcelona)*
Fernando Martínez Cuervo. *Enfermero (Asturias)*
Antonio Moreno-Guerin Baños. *Enfermero (Sevilla)*
Federico Palomar Llatas. *Enfermero (Valencia)*
María Isabel Romo Sanz. *Enfermera (Salamanca)*
Eloisa Ruda Resina. *Enfermera (Barcelona)*
María Ángeles Soto Martínez. *Enfermera (Madrid)*
Óscar Germán Torres de Castro. *Enfermero (Madrid)*
Luis José Vigil-Escalera Quintanal. *Enfermero (Asturias)*



6 de cada 10 pacientes con heridas crónicas refieren dolor

(Hofman, D.; Ryan, T. J.; Arnold, F.; Cherry, G. W.; Lindholm, C.; Bjellerup, M.; Glynn, C. Pain in venous leg ulcers. *Journal of wound care* 1997, 6, 222-224)

Introducción

Los profesionales que han elaborado esta guía y Coloplast Productos Médicos S.A. confían en que ésta sea para usted un instrumento útil para la valoración y el control del dolor del paciente con heridas crónicas. Ambos, la valoración y el control del dolor, deben considerarse partes fundamentales del plan de cuidados en que se enmarca el cuidado de las heridas.

El dolor perjudica tanto a la calidad de vida como a la cicatrización de las heridas. Dados los efectos negativos del dolor sobre la salud integral del paciente, un control adecuado del mismo contribuye también a que las heridas cicatricen más rápidamente y, con ello, mejore su calidad de vida.

Índice

El control del dolor en el paciente con heridas crónicas	4
El dolor en las heridas crónicas y su clasificación	5
Guía para el control del dolor en la herida crónica	6
Valoración del dolor del paciente con una herida crónica	7
Herramientas para medir el dolor	8
Control del dolor de las heridas crónicas	9
El control del dolor del paciente con heridas debe ser integral e individualizado	10
Apéndice 1. Guía para la valoración de las heridas dolorosas	12
Apéndice 2. Valoración de la herida y estrategias	16
Apéndice 3. Cuidado local de las heridas crónicas	18

El control del dolor en el paciente con heridas crónicas

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), "el dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional, asociada a un daño tisular real o potencial, que se describe en términos de dicho daño".

El paciente con heridas crónicas a menudo siente dolor, que deteriora su calidad de vida; y la cicatrización de las heridas se retrasa. La experiencia de dolor de cada paciente es única y, por tanto, los tratamientos han de ser siempre contemplados de forma integral e individualizada. El cuidado local así como el control del dolor de la herida se convierten en objetivos principales del plan de cuidados.



«El dolor es siempre lo que el paciente dice que es; y existe siempre que él lo refiere»

(McCaffery, 1972)

La Guía para el Control del Dolor en las Heridas®, que aquí le proponemos, incluye:

- ➔ **V**aloración de la herida
- ➔ **C**uidado local de la herida
- ➔ **V**aloración del dolor de la herida
- ➔ **C**ontrol del dolor de la herida

El dolor en las heridas crónicas y su clasificación

El dolor en las heridas puede clasificarse de formas distintas. Entre ellas:

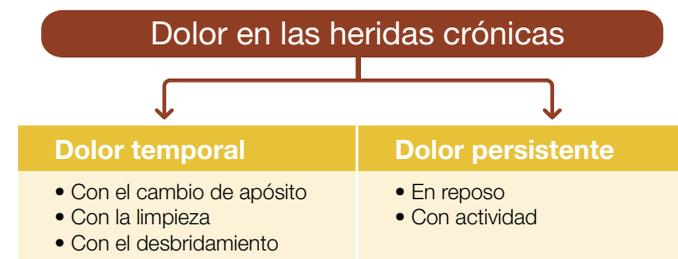


El dolor en las heridas crónicas es, frecuentemente, una combinación de dolor de los dos primeros tipos (nociceptivo y neuropático), junto con el dolor psicógeno.

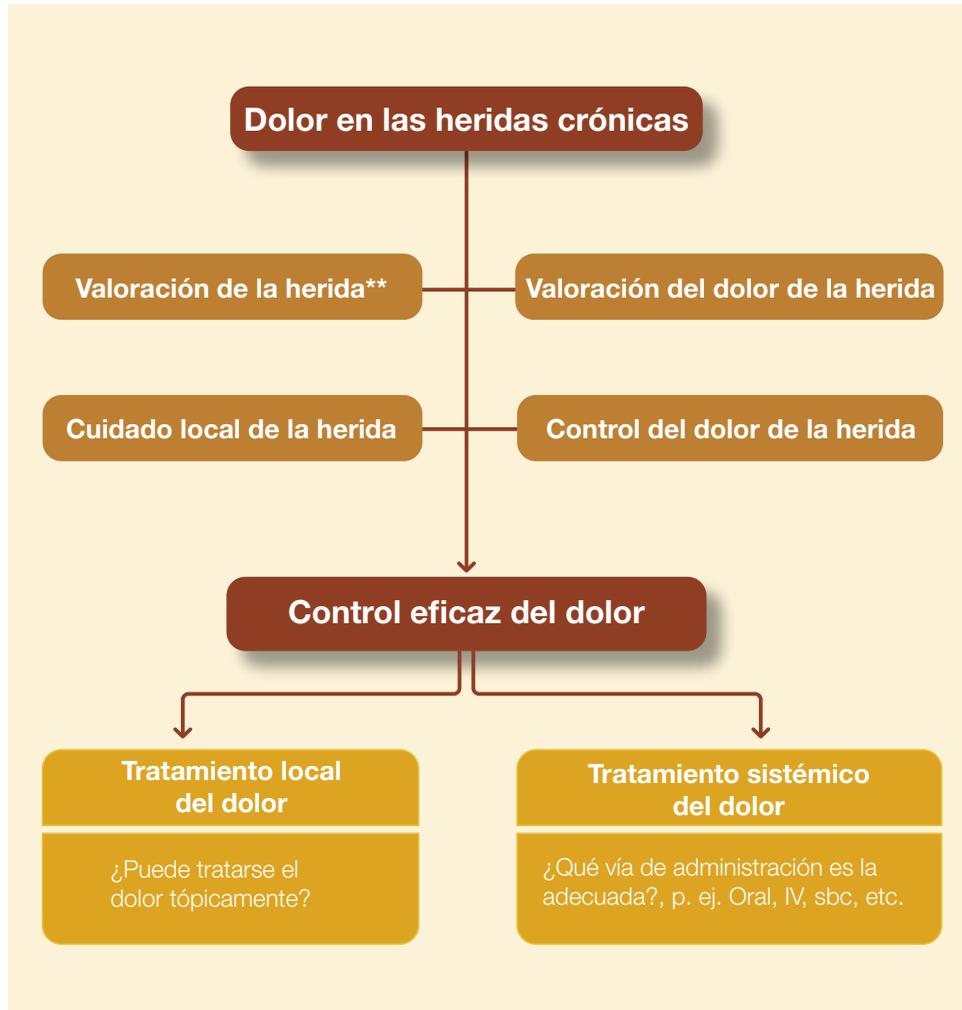
Además, el paciente puede sufrir dolor agudo y crónico.

Dolor en las heridas según su duración	
Agudo	Crónico
<ul style="list-style-type: none"> • Producido por traumatismo o lesión • Proporcional al estímulo que lo produce • Bien localizado • Función de protección y advertencia • Es un síntoma • Responde bien al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • De intensidad no proporcional al estímulo que produce • Sin función de protección y advertencia. Dolor inútil • Se convierte en una enfermedad, más que en un síntoma • No responde bien al tratamiento

Independientemente de su carácter agudo o crónico, el dolor en las heridas puede aparecer tanto en reposo como con la actividad (dolor persistente). Y además, puede relacionarse con los procedimientos y técnicas que se llevan a cabo sobre la herida, en el momento de la realización de curas o pruebas diagnósticas; por ejemplo, el desbridamiento, la limpieza del lecho ulceral, etc. (dolor temporal).



Guía para el control del dolor en la herida crónica*



«La mayor felicidad del ser humano es la ausencia de dolor» (Epicuro)

*Véase el apéndice 1 para más información

Valoración del dolor del paciente con una herida crónica

Valoración del dolor	Preguntas	Explicación
Localización	¿Dónde siente el dolor? <ul style="list-style-type: none"> • Alrededor de la herida • En el borde de la herida • En el lecho de la herida • Lejos de la herida 	La localización es el primer paso para identificar la causa del dolor e iniciar el tratamiento adecuado
Intensidad	Valore la intensidad del dolor que produce la herida (Utilice escalas de valoración para medir, p. ej. VAS*)	El dolor es siempre subjetivo y ha de tratarse en base a los síntomas del paciente. Las Escalas de Valoración son instrumentos útiles para monitorizar el dolor del paciente y su respuesta al tratamiento.
Descripción	Pida al paciente que describa el dolor de su herida: <ul style="list-style-type: none"> • Agudo, pulsátil, localizado, etc. (nociceptivo) • Escozor, quemazón, calambre, etc. (neuropático) 	Es importante adaptar el tratamiento del dolor a sus características. Muchos pacientes pueden experimentar una combinación de ambos tipos de dolor.
Duración	¿Desde cuándo siente el dolor? ¿Cuándo aparece el dolor: <ul style="list-style-type: none"> • ¿En reposo? • ¿Con la actividad? • ¿Relacionado con las curas? 	Un cambio en el dolor implica una reevaluación de la situación del paciente y su herida.
Aumento o aparición de dolor	¡Reevalúe! ¿Presenta la herida un aumento de tamaño? ¿Presenta la herida otros signos y síntomas que indiquen infección, inflamación, etc.?	Si la herida presenta dolor y otros signos o síntomas de colonización crítica o infección, es de vital importancia tratar la causa.
Calidad de vida y actividades cotidianas	¿En qué medida afecta el dolor actual sobre su vida diaria? <ul style="list-style-type: none"> • Apetito • Movilidad / actividad • Sueño / descanso • Estado de ánimo • Relaciones sociales 	Un manejo eficaz del dolor que produce la herida lleva consigo una mejora en la calidad de vida del paciente y sus actividades de la vida diaria.

*VAS: Visual Analogic Scale (Escala Visual Analógica o EVA)

Herramientas para medir el dolor

Una valoración continua del dolor constituye una medida eficaz para optimizar el tratamiento del dolor crónico. Existen varias posibilidades, entre ellas la escala analógica visual, la escala numérica y la escala verbal.

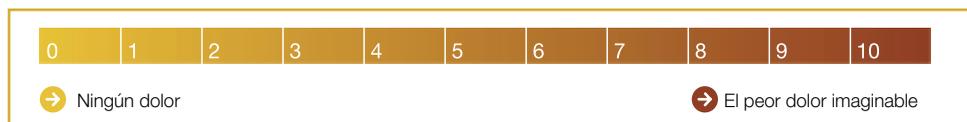
Escala analógica visual (VAS)

Al paciente se le indica que describa la intensidad de su dolor sobre una línea continua en relación con los extremos de ésta (que corresponden a “sin dolor – el peor dolor imaginable”).



Escala numérica

Se le indica al paciente que asigne un valor numérico a su dolor entre dos puntos extremos de 0 a 10 (que corresponden a “sin dolor – el peor dolor imaginable”).



Escala verbal

El paciente debe seleccionar la palabra que mejor describe la intensidad de su dolor.



«La importancia de vivir con una herida y su tratamiento puede ser interpretado de diferente forma por diferentes personas. Pero, sólo el paciente entiende genuinamente lo que realmente significa» (Hayes, 1997)

Control del dolor en las heridas crónicas

- 1 Determine el tipo(s) de dolor de la herida:
Agudo / Crónico; Temporal / Persistente; Nociceptivo (lesión tisular) / Neuropático (lesión del tejido nervioso).
- 2 Trate las posibles causas del dolor; p. ej., infección, edema no tratado, etc.
- 3 El tratamiento farmacológico a nivel local puede resultar muy útil cuando se realizan procedimientos dolorosos, como el cambio de apósito o el desbridamiento; y también para aliviar el dolor persistente de la herida.
- 4 Para el correcto control del dolor crónico, es conveniente comenzar aplicando medidas locales en la herida; y, si fuera necesario, continuar con medidas a nivel sistémico, siempre de acuerdo con las directrices y normas recomendadas.
- 5 Tenga siempre en cuenta la utilización de medidas no farmacológicas; éstas pueden ser muy útiles, en combinación con el tratamiento farmacológico (véase la tabla en la página siguiente).
- 6 En caso de que con estas pautas no consiga aliviar el dolor del paciente, consulte a un especialista en dolor.



El control del dolor del paciente con heridas debe ser integral e individualizado

TRATAMIENTO LOCAL

Tratamiento no farmacológico	Tratamiento farmacológico
<ul style="list-style-type: none"> Realizar pausas mientras se realizan procedimientos en la herida Cicatrización en ambiente húmedo En lo posible, desbridamiento autolítico (p. ej. hidrogel con alginato) Protección de la piel periluceral Minimizar la exposición de la herida al exterior Limpieza de la herida con solución salina a temperatura corporal Evitar la presión excesiva al irrigar la herida Terapia compresiva para evitar el edema <p>Otros tratamientos no farmacológicos: Masajes, técnica respiratoria, música, TENS, acupuntura, etc.</p>	<p>Analgésicos locales</p> <ul style="list-style-type: none"> Apósitos con AINEs* tópicos (Biatain - Ibu) <p>Anestésicos locales</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizar anestésicos locales tipo amida (Xylocaina, Prilocaina) Evite anestésicos locales tipo éster (Benzacaina)

* AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SISTÉMICO**

Si el dolor es predominantemente nociceptivo	Si el dolor es principalmente neuropático
<p>Escalera analgésica de la OMS</p> <p>1º Peldaño: Analgésicos no opioides: AINEs, Paracetamol</p> <p>2º Peldaño: Analgésicos opiáceos débiles +/- analgésicos del 1º peldaño (Codeína, Tramadol)</p> <p>3º Peldaño: Analgésicos opiáceos potentes +/- analgésicos del 1º peldaño (Morfina, Hidromorfona, Fentanilo transcutáneo, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Antidepresivos tricíclicos Anticonvulsivantes o antiepilépticos

* Lea atentamente las instrucciones de uso de cada producto.
Coloplast S.A. no se hace responsable de ninguno de los fármacos aquí mencionados.

Biatain - Ibu

Biatain - Ibu Contact

Manejo del exudado y liberación de Ibuprofeno

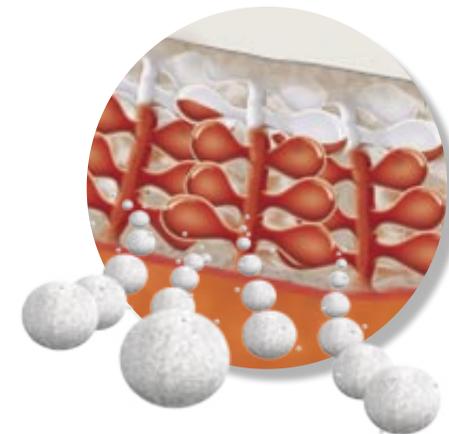
Los apósitos **Biatain - Ibu** y **Biatain - Ibu Contact** están indicados en el tratamiento local de heridas con dolor originado por daño tisular.

La evidencia clínica muestra que:

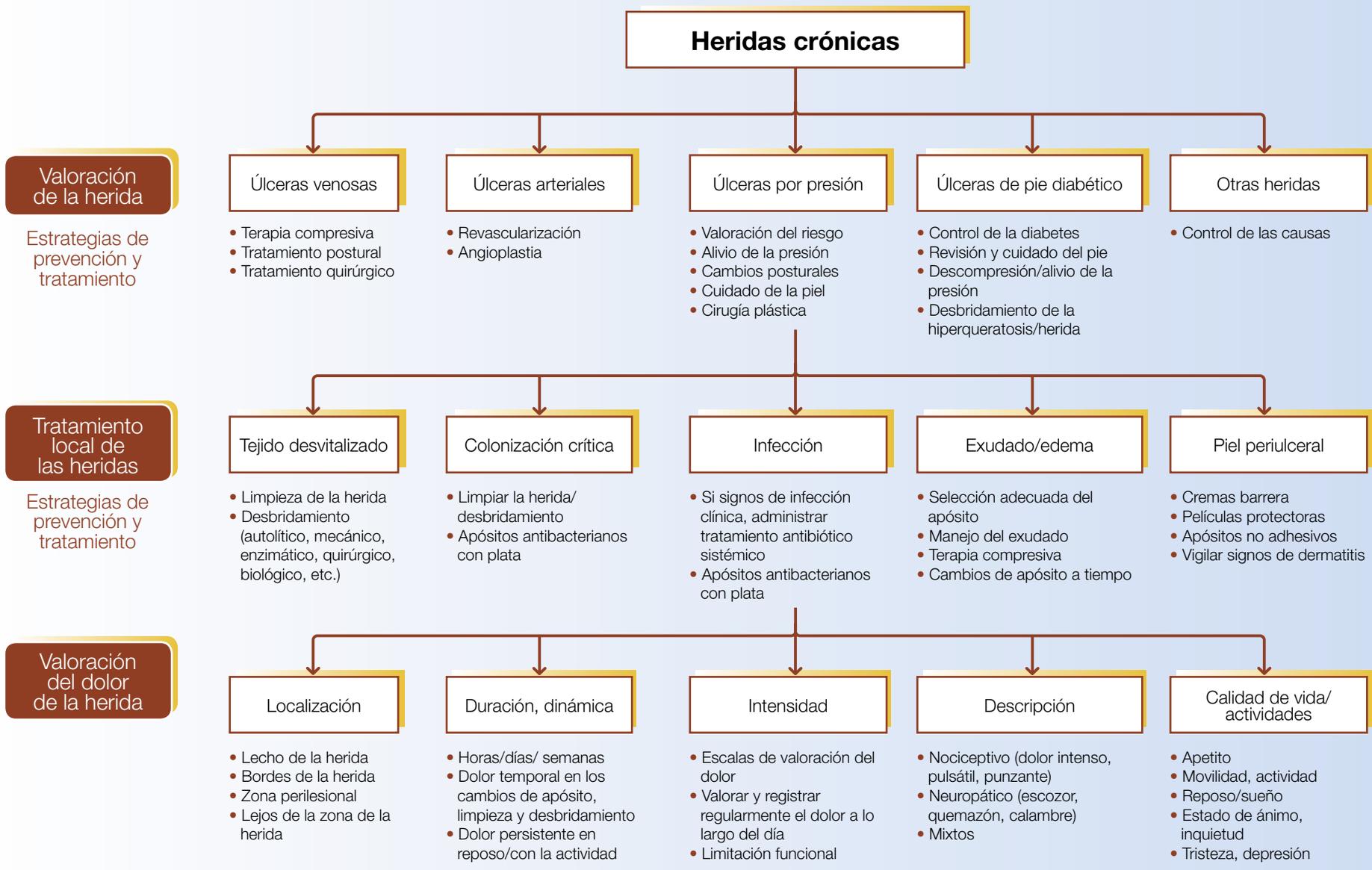
- Biatain - Ibu** combina de forma única y excelente el manejo del exudado y la liberación sostenida de Ibuprofeno.^{1,2}
- Biatain - Ibu** ha demostrado que puede aliviar el dolor persistente y el dolor relacionado con los cambios de apósito.^{1,3,4}
- Biatain - Ibu** libera Ibuprofeno localmente, sin efectos sistémicos detectados.¹

Biatain - Ibu ha sido desarrollado basándose en la estructura alveolar en 3D de la gama Biatain.

- Mejor control del exudado que otros apósitos hidropoliméricos e hidrocelulares.^{5,6}
- Menor riesgo de fugas de exudado y maceración de la piel periluceral.⁶



Guía para la valoración de heridas crónicas dolorosas®



Guía para la valoración de heridas crónicas dolorosas®

Control del dolor de la herida

Tipo de dolor de la herida

Dolor persistente

Dolor en reposo
Dolor con la actividad

Dolor temporal

Dolor con los cambios de apósito
Dolor con la limpieza
Dolor con el desbridamiento

Tratamiento de la herida

Tratamiento local

Psicosocial

Anime al paciente a planificar sus actividades de relación, ejercicio, relajación, etc

Tratamiento oral/sistémico

Dolor nociceptivo

Dolor neuropático

Tratamiento no farmacológico

- Cura en ambiente húmedo
- Protección de la piel peritumoral
- Realizar pausas mientras se realizan procedimientos en la herida
- Evitar la presión excesiva al irrigar la herida
- Evitar apósitos adhesivos
- Minimizar la exposición de la herida al ambiente
- Desbridamiento autolítico
- Limpiar la herida con una solución salina a temperatura corporal
- Terapia compresiva para evitar el edema
- Relajación, musicoterapia, masajes, acupuntura, TENS, etc.

Tratamiento farmacológico¹

- Analgésicos locales:
- Antiinflamatorios tópicos no esteroideos (**Biatin - Ibu**)
 - Anestésicos locales

Escalera analgésica de la OMS²

1º Peldaño:
Analgésicos no opioides:
AINEs, Paracetamol

2º Peldaño:
Analgésicos opiáceos débiles
(Codeína, Tramadol)

3º Peldaño:
Analgésicos opiáceos potentes
(Morfina, Hidromorfona, Fentanilo transcutáneo, etc.)

Antidepresivos tricíclicos/Anticonvulsivos

Si dolor mixto (neuropático /nociceptivo => Terapia combinada

Realizado en colaboración con:

- Dr. Karsten Fogh, DK
- Dr. Chris Glynn, GB
- Prof. Dr. Michael Jünger, DE
- Dra. Diana L. Krasner, EE.UU.
- Prof. Dr. Jürgen Osterbrink, DE
- Prof. Patricia Price, GB
- Prof. Dr. Gary Sibbald, CAN

¹ Consulte siempre las instrucciones de uso del producto

² Organización Mundial de la Salud (OMS) "Alivio del dolor en el cáncer" 2ª Ed. Ginebra, 1996

Apéndice 2

Valoración de la Herida y estrategias

Etiología	Antecedentes clínicos	Síntomas clínicos	Estrategias de valoración	Estrategias de tratamiento	Estrategias de prevención
Úlceras venosas	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de enfermedades venosas o tromboflebitis • Embarazos • Tratamiento con Anticonceptivos • Edema vespertino 	<ul style="list-style-type: none"> • Venas sobresalientes en la superficie de la piel, dermatitis por estasis, pigmentación ocre • Pulso palpable • Edema • Úlceras principalmente en el maléolo interno y en la zona inferior de la pantorrilla 	<ul style="list-style-type: none"> • ITB >0,8 • Prueba del torniquete positiva • El doppler muestra insuficiencia en las válvulas venosas o trombosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia compresiva con medias/ vendajes, compresión intermitente • Tratamiento postural • Tratamiento quirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia compresiva con medias/ vendajes • Tratamiento postural • Ejercicio físico, caminar
Úlceras arteriales	<ul style="list-style-type: none"> • Claudicación intermitente • Dolor en reposo, sobre todo con los pies en alto • Tabaquismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulso periférico reducido o ausencia de pulso • Extremidades frías • Pies rosados o de color rojo intenso • Tiempo de llenado capilar alargado (>5 seg.) • Úlcera distal (zona delantera del pie y dedos de los pies) 	<ul style="list-style-type: none"> • ITB < 0.6 • TcPO2 / presión en los dedos de los pies reducidas • Doppler • Angiograma para By-pass o dilatación arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Revascularización: dilatación o By-pass arterial • Tratamiento farmacológico • Mantener las piernas a temperatura corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar fumar • Realizar ejercicio gradual • Control de la hiperlipidemia
Úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de úlceras anteriores • Fuentes generadoras de presión • Fricción / cizallamiento • Humedad • Estado nutricional • Limitación de la movilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras en zonas de apoyo (p. ej. prominencias óseas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo (para descartar leucocitosis, anemia, trombocitopenia) - Nivel de albúmina • Vigilar zonas de presión 	<ul style="list-style-type: none"> • Alivio de la presión • Control /Mejora del estado nutricional • Cambios posturales • Tratamiento quirúrgico/ plástico si procede 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar fricción / cizallamiento • Alivio de la presión • Medidas que fomenten la continencia • Cuidado de la piel
Úlceras de pie diabético	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la sensibilidad • Deformidad ósea • Otras complicaciones relacionadas con la diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulso ausente en úlceras arteriales • Úlceras con callo sobre prominencias óseas • Posible infección (inflamación, calor, etc.) • Puntos de presión (callosidades) 	<ul style="list-style-type: none"> • HbA1C/ estudio de lípidos, presión sanguínea • Control del peso • RX de las deformidades óseas • Infección, cuerpos extraños • Valoración del sistema vascular 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la infección • Alivio de la presión • Corregir deformidades óseas mediante intervención quirúrgica • Revascularización 	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar y educar al paciente/ cuidador • Control de la diabetes • Alivio de la presión • Revisión diaria de los pies • Cuidado de la piel
Heridas malignas / en tratamiento paliativo	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de tumores malignos ulcerantes o heridas que no se curan 	<ul style="list-style-type: none"> • Las heridas con frecuencia son frágiles, muy exudativas y presentan mal olor 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración sistemática del paciente (p. ej. anemias o insuficiencia en órganos) • Detectar infecciones secundarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Apósitos antimicrobianos que controlan el olor • Preparados con metronidazol • Desbridamiento conservativo del tejido desvitalizado • Quimioterapia / radioterapia paliativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir al mínimo las complicaciones secundarias • Cubrir las heridas para mejorar la calidad de vida

NOTA: En todos los casos, valore siempre la utilización de medidas no farmacológicas y la promoción de hábitos de vida saludable.

Apéndice 3

Cuidado local de las heridas crónicas

Procedimiento	Parámetros clínicos	Aspectos a tener en cuenta	Estrategias de prevención y tratamiento
Manejo de la piel periulceral	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis • Maceración • Eritema • Inflamación • Calor 	<ul style="list-style-type: none"> • Barrera cutánea comprometida • Favorece la proliferación bacteriana y la inflamación 	<ul style="list-style-type: none"> • Películas protectoras • Cremas barrera • Cremas y lociones nutritivas • Apósitos adhesivos tópicos (hidrocoloides finos, p. ej. Comfeel Plus Transparente)
Edema / Control del exudado	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de exudado: bajo, moderado, alto • Tipo de exudado: seroso, sanguinolento, purulento o combinación de ellos 	<ul style="list-style-type: none"> • El edema incontrolado retrasa la cicatrización • Las fugas de exudado maceran la piel periulceral 	Identifique la causa: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia compresiva y postural en la enfermedad venosa • Control de la infección: antibacteriano local y/o sistémico • Prevención de fugas de exudado y maceración
Desbridamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Negro = necrosis • Amarillo = esfácelos / fibrina • Rojo/ Rosa = Granulación 	<ul style="list-style-type: none"> • No todas las heridas son susceptibles de desbridamiento (p. ej. úlceras tumorales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Elegir el método adecuado de desbridamiento <ul style="list-style-type: none"> - autolítico - mecánico - enzimático - cortante/ quirúrgico - biológico
Alta carga bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> • Tejido de granulación friable y mal color • Aumento de tamaño y nivel de exudado • Cicatrización estancada • Mal olor • Dolor localizado 	<ul style="list-style-type: none"> • La infección de una herida puede producir complicaciones sistémicas (septicemia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpiar la herida • Desbridamiento • Cultivo y Antibiógrana • Manejo del exudado • Tratamiento antimicrobiano local (incluidos apósitos con plata) • Tratamiento antibiótico (si es necesario) por vía sistémica
Inflamación persistente	<ul style="list-style-type: none"> • Puede malinterpretarse como infección • Habitualmente, no cursa con área caliente • Impide que la herida progrese a la fase de 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede ser necesario tratamiento sistémico (p. ej. vasculitis, pioderma gangrenoso, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar fricción / cizallamiento • Alivio de la presión • Control de esfínteres • Cuidado de la piel • Aplicación frío/calor

- Siga siempre las recomendaciones del fabricante del producto.
- Siga siempre las recomendaciones de las sociedades científicas y las propias de su institución.

Para más información sobre el dolor en las heridas puede visitar los siguientes sitios web en Internet:

www.worldwidewounds.com

www.advancingthepractice.org

www.wuwhs.org

(Unión Mundial de Sociedades para la Cicatrización de las Heridas)

www.iasp-pain.org

(Asociación Internacional para el Estudio del Dolor)

www.sedolor.es

(Sociedad Española del Dolor)

www.biatain-lbu.coloplast.com

www.coloplast.com

1. Jørgensen, B.; Friis, G. J.; Gottrup, F. Pain and quality of life for patients with venous leg ulcers: Proof of concept of the efficacy of Biatain - Ibu, a new pain reducing wound dressing. Wound repair and regeneration 2006, 14 (3), in press.
2. Steffansen, B.; Herping, S. P. K. Novel wound models for characterizing the effects of exudates levels on the controlled release of ibuprofen from foam dressings. European Wound Management Association, Poster. 2006, Prague, Czech Republic.
3. Sibbald et al., 2006. Decreased chronic (persistent) wound pain with a novel sustained release ibuprofen foam dressing. Symposium on advanced wound care, 2006, April, San Antonio, Texas, USA.
4. Flanagan, M.; Vogensen, H.; Haase, L. Case series investigating the experience of pain in patients with chronic venous leg ulcers treated with a foam dressing releasing ibuprofen. World Wide Wounds April 2006.
5. Andersen et al., 2002. A randomized, controlled study to compare the effectiveness of two foam dressings in the management of lower leg ulcers. Ostomy Wound Management, 2002, 48 (8), 34-41.
6. Thomas, S. et al. An "in-vitro" comparison of the physical characteristics of hydrocolloids, hydrogels, foams and alginate/cmc fibrous dressings. www.dressings.org/technicalpublications/pdf/coloplast-dressings-testing-2003-2004.pdf. Pub. May 2005, acc. January 2006.

Esta guía puede descargarse en formato electrónico (PDF) si lo prefiere desde la página web de Coloplast España (www.coloplast.es)



Presentada en el VI Simposio Nacional de la GNEAUPP Zaragoza 2006

La historia de Coloplast comienza en 1954 cuando la enfermera Elise Sørensen inventó la primera bolsa desechable de ostomía del mundo, por compasión hacia su hermana Thora, de 32 años.

Desde que se fundó Coloplast en 1957, por la familia de Louis Hansen, el espíritu de Elise Sørensen ha permanecido en la empresa:

La motivación de Coloplast es la pasión por hacer mejor las cosas.

Nuestra empatía y capacidad para resolver las necesidades de los pacientes, se basa en un diálogo continuo con los profesionales sanitarios y con los pacientes.

En Coloplast, en la división de "Cuidado de las heridas", estamos decididos a ayudar a los profesionales sanitarios a cicatrizar las heridas más rápidamente, mejorando, por tanto, cada día de la vida de los pacientes.



Biatain - Ibu

Referencia	Medidas	Contenido en ibuprofeno	Presentación
4152H	10x12 cm	60 mg	16 uds
4155H	15x15 cm	112,5 mg	10 uds
4158H	10x22,5 cm	112,5 mg	10 uds



Biatain - Ibu Contact

Referencia	Medidas	Contenido en ibuprofeno	Presentación
4162H	10x12 cm	60 mg	16 uds
4165H	15x15 cm	112,5 mg	10 uds
4168H	10x22,5 cm	112,5 mg	10 uds

