

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### DOLOR Y TRAUMATISMO EN LOS CAMBIOS DE APÓSITOS.

Por:

Lic. Milaidy Amores Hernández<sup>1</sup>, Lic. Angela Gallo Fabelo<sup>1</sup> y Lic. Olga Hernández Hernández<sup>1</sup>

1. Licenciada en Enfermería. Instructora. ISCM-VC.

**Descriptor DeCS:**

DOLOR  
NOCICEPTORES  
VENDAJES  
CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

**Subject headings:**

PAIN  
NOCICEPTORS  
BANDAGES  
PRIMARY NURSING CARE

El dolor es una sensación desagradable asociada a una lesión hística real o potencial. El dolor que se produce tras la lesión de los tejidos tiene un papel protector que alerta al organismo respecto al daño, e induce al descanso para permitir la regeneración de éstos. En el caso del dolor crónico persistente (más de siete semanas), esta función patológica podría verse comprometida y contrarrestar la regeneración. El dolor crónico, como tal, suele convertirse en enfermedad por sí solo. La fisiopatología del mismo implica una alteración de sus vías de transmisión. Por consiguiente, conocer la fisiología normal de dichas vías se considera un requisito previo indispensable para comprender los mecanismos del dolor agudo y crónico<sup>1</sup>.

¿Que es la nocicepción?

La nocicepción es un término neurofisiológico que se refiere a los mecanismos por los cuales se detecta un estímulo nocivo (doloroso). A pesar de que los umbrales nociceptivos, tal y como se miden en el laboratorio, son constantes entre distintas personas, la experiencia del dolor y la capacidad para tolerarlo varían considerablemente de un individuo a otro, y de acuerdo con las circunstancias<sup>2</sup>.

El dolor agudo o nociceptor es una respuesta inflamatoria a estímulos dolorosos o nocivos (deterioro hístico) y suele ser limitado en el tiempo. Por el contrario, el dolor persistente o la función anormal del sistema nervioso periférico o central (dolor neuropático) es un factor importante en el desarrollo del dolor crónico. El dolor neuropático aparece por la lesión, enfermedad o corte completo "desafereenciación" (pérdida del punto de entrada sensorial al sistema nervioso central) del sistema nervioso periférico o central, en la ausencia de un estímulo que provoque dolor; puede definirse como una sensación o experiencia emocional desagradable asociada con la disfunción o lesión del sistema nervioso<sup>1,2</sup>. El dolor neuropático se diferencia de la nocicepción normal, en que las vías nociceptivas normales están alteradas por respuestas prefijadas a la lesión neural o por procesos patológicos<sup>2</sup>.

En la fisiología normal del dolor se transforman las señales de entrada en liberación de neurotransmisores. En primer lugar se produce una señal de entrada, la que tras conectar con el receptor hace que el estímulo sensorial se convierta en una señal eléctrica local. Las neuronas

aferentes primarias amielínicas (C-) y las mielínicas de pequeño tamaño (A $\delta$ ) son las responsables de la sensación de dolor; estas neuronas sinapsan con las neuronas del asta dorsal de la médula espinal, que tiene como propósito principal recibir el estímulo, modificar la señal de entrada de acuerdo con las influencias de los centros cerebrales superiores, y transmitir la información resultante a los centros cerebrales superiores. Acto seguido, la información pasa al tálamo y a la corteza cerebral<sup>2,3</sup>.

Un reciente estudio internacional sobre el cuidado de heridas ha señalado que evitar el traumatismo en la heridas y el dolor del paciente, constituyen dos de las principales preocupaciones en la cicatrización de heridas. La prevención del traumatismo (agresión a la herida y a la piel circundante) fue considerada como el factor más importante a tener en cuenta durante el cambio de apósito. Las úlceras situadas en extremidades inferiores fueron valoradas como las más dolorosas, especialmente las vasculares, seguidas de las quemaduras superficiales. No obstante, esto puede reflejar la falta de evaluación y experiencia de los enfermeros y no ser una evaluación fidedigna del dolor padecido por los pacientes<sup>2,4</sup>.

El cambio de apósito fue considerado como el momento más doloroso, seguido muy de cerca por la limpieza de heridas, lo que plantea interrogantes sobre los métodos utilizados para limpiar las mismas, a lo cual pueden contribuir diversos factores, como el uso de antisépticos y otros métodos mecánicos más agresivos de limpieza. En la mayoría de los países se considera que la comunicación con el paciente es el factor más importante a la hora de identificar el dolor. Hay que considerar las diferencias socioculturales entre los países, ya que algunas sociedades son más dadas a comunicarse que otras<sup>2,4</sup>.

Los profesionales sanitarios son conscientes de que la retirada de apósitos secos y de productos adhesivos son los factores más importantes que contribuyen al dolor, y los que más traumatismos provocan. La gasa no fue considerada como un factor prioritario a la hora de provocar traumatismo, a pesar de estar demostrado que ésta contribuye enormemente a empeorar las heridas. Históricamente, la gasa se usaba para apósitos de húmedos a secos en el proceso de desbridamiento (cura con gasa húmeda-seca), práctica que todavía se realiza en muchos países, pese a las recomendaciones que existen en su contra.

Las estrategias más comúnmente utilizadas eran humedecer los apósitos viejos, escoger los atraumáticos y elegir los que se pudiesen retirar sin dolor. La analgesia fue considerada la segunda opción a seguir para tratar el dolor. Cuidar la piel circundante en la herida a la hora de retirar el apósito no se consideró una prioridad, pese a la evidencia de que muchos de los productos utilizados en el tratamiento de heridas autoadhesivas podrían arrancar la piel y producir traumatismo y dolor. La estrategia considerada como más importante para evitar dañar la herida fue el uso de apósitos atraumáticos, con respuesta unánime por parte de todos los países. La utilización de un apósito que no produjese dolor durante el cambio del mismo fue la característica más valorada, seguida de la no adherencia a la herida<sup>2,5</sup>.

Hubo un acuerdo unánime en que la gasa era el producto que solía producir más dolor durante los cambios de apósito, seguida de la viscosa tejida, los apósitos de película y los tules grasos. Los apósitos de espuma y los hidrocoloides se clasificaron por igual. Los hidrogeles, la hidrofibra, los alginatos y las siliconas blandas fueron evaluados como los productos que producen menor dolor durante los cambios de apósito<sup>2,5</sup>.

La encuesta subrayó fundamentalmente que son cuestiones financieras las que impiden la disponibilidad de productos por parte de los profesionales sanitarios; en países como España y Francia, el reembolso por parte de la seguridad social es un factor muy importante a la hora de utilizar uno u otro apósito. La política regional sobre tratamiento de heridas, las normas sobre las mismas y la participación de un enfermero jefe o de un equipo para su tratamiento, facilita un mejor acceso y mejor elección de los apósitos más apropiados para cada tipo de herida<sup>2</sup>.

Alemania resultó ser el país que dispone de un mayor número de profesionales de la enfermería conocedores de los productos específicamente diseñados para prevenir el traumatismo y el dolor durante los cambios de apósito. Los profesionales sanitarios del Reino Unido eran los que mayor libertad tenían a la hora de elegir el apósito ideal para el paciente, seguidos de Austria y Suecia<sup>2</sup>.

En los últimos diez años hemos empezado a darnos cuenta del papel que representa el dolor en la experiencia de la vida diaria de aquellos pacientes con heridas. Estudios sobre la calidad de vida relacionados con la salud han mostrado, de forma sistemática, que el dolor mejora de manera importante si se sigue un tratamiento eficaz que induzca a la curación. Los pacientes pueden

llegar a sentir dolor durante años; además, suelen desarrollar complicadas estrategias de aguante para evitar que los profesionales sanitarios les hagan más daño aún durante las curas<sup>5,6</sup>. Un elemento esencial para mejorar la práctica es la accesibilidad a productos adecuados para cada herida. Incluso en Europa Occidental la cuestión del reembolso impide que se usen ampliamente productos de última generación para el cuidado de las heridas, lo que muestra la escasa prioridad que se da al tratamiento de las mismas en el campo sanitario. De momento, apenas hay acuerdo sobre la evaluación correcta del dolor; sólo se dispone de un estudio sistemático reciente que apenas halló una evidencia sólida que sirviera de guía en la toma de decisiones sobre el tratamiento del dolor y el traumatismo en las heridas<sup>2</sup>. Estos resultados son un primer intento de examinar la perspectiva internacional respecto al dolor y el traumatismo producidos durante el cambio de apósito en las heridas. Pese a las limitaciones, esta comunicación es un intento significativo de promover la investigación en esta área, además de aunar a la comunidad internacional involucrada en el tratamiento de heridas.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Hull CJ. Perfusión de opioides para el tratamiento del dolor postoperatorio. En: Smith G, Covino BG. Dolor agudo. La Habana: Ciencias Médicas; [s.a.]. p. 165-90.
2. Enfermería. (en línea). 1999 julio 6 [fecha de acceso 20 de enero del 2002]; disponible en: <http://www.cdc.Enf/mmw/00048.htm>.
3. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and sudarth's textbook of medical surgical nursing. 8ª ed. México: Interamericana; 1998.
4. Paice JA. Pharmacological management. En: Wat- Watson JH, Donovan MI. Pain management: nursing perspective. St Louis: Mosby Year Book; 1992. p. 124-61.
5. Maestre ML, Serra R. Dolor vascular periférico. En: Aliaga L, Castro MA, Catala E, Serra R. Actualizaciones en el tratamiento del dolor. Barcelona: MCR; 1995. p. 23-25.
6. Miralles Pardo F, Robles García E. Ventajas e inconvenientes de las diversas modalidades suministradoras de analgésicos. En: Gálvez Mateo R. Manejo práctico del dolor en atención primaria. Granada: Europharma; 1995. p. 73-82.