



Disminución del dolor en las
curas relacionadas con los
apósitos

Documento de consenso



1. European Wound Management Association. Position document: Pain at wound dressing changes. London: MEP Ltd, 2002. Disponible en www.ewma.org
2. Reddy M, Kohr R, Queen D, Keast D, Sibbald G. Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centred approach. *Ostomy Wound Management* 2003; 49 (4A Suppl): 2-15.
3. Best practice: minimising pain at wound dressing changes. Summary of the proceedings of a meeting of key opinion leaders. Amsterdam, 23-24 September 2003.

PRÓLOGO

La presente guía es una iniciativa educativa de la World Union of Wound Healing Societies. Tomando como base dos documentos de gran influencia: el primer documento de posicionamiento de la European Wound Management Association (EWMA) sobre “El dolor durante los cambios de apósito”¹ y un suplemento de Ostomy/Wound Management sobre “Practical treatment of wound pain and trauma: a patient-centered approach” (en inglés)². El presente documento, pensado como iniciativa educativa internacional, está dirigido a personas de todos los rincones del mundo que participen en las curas en las que es necesario el uso de apósitos.

Los principios que se presentan se basan en afirmaciones de los dos documentos mencionados anteriormente y en la opinión consensuada de un grupo de trabajo de expertos internacionales (véase más adelante)³. Se pretende que el concepto de mejores prácticas se traduzca en cambios significativos en el cuidado del paciente, en consecuencia los médicos y los profesionales sanitarios deberían de adoptar estas recomendaciones y compartirlas con colegas, pacientes y cuidadores.

Profesor Keith Harding

REDACTORA JEFE:

Suzie Calne

JEFE DE PROYECTOS EDITORIALES:

Kathy Day

CONSEJERO DE REDACCIÓN:

Ray Pediani

REDACTORA DELEGADA/ MAQUETACIÓN:

Kathy Day

MAQUETACIÓN:

Jane Walker

IMPRESO POR:

Viking Print Services Ltd

EDICIÓN DE LA TRADUCCIÓN:

Alden Translations (R.U.)

DIRECTORA DE EDICIÓN:

Jane Jones

EDITADO POR:

Medical Education Partnership Ltd, 53 Hargrave Road
Londres N19 5SH, R.U.
Tel: 00 44 (0)20 7561 5400
Fax: 00 44 (0)20 7561 5401
Email: info@mepltd.co.uk
Web: www.mepltd.co.uk

© MEP Ltd 2004

Con el apoyo de una beca académica concedida por **Mölnlycke Health Care**.

Las opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no reflejan, necesariamente, las opiniones de Mölnlycke Health Care.



GRUPO DE TRABAJO DE EXPERTOS

Michelle Briggs, Universidad de Leeds (R.U.)

Frank D Ferris, San Diego Hospice & Palliative Care (EE.UU.)

Chris Glynn, Churchill Hospital, Oxford (R.U.)

Keith Harding, Universidad de Gales, Facultad de Medicina, Cardiff (R.U.)

Deborah Hofman, Churchill Hospital, Oxford (R.U.)

Helen Hollinworth, Suffolk College, Ipswich (R.U.)

Diane L Krasner, Rest Haven, York (EE.UU.)

Christina Lindholm, Hospital Universitario Karolinska, Estocolmo (Suecia)

Christine Moffatt, CRICP, Universidad Thames Valley, Londres (R.U.)

Patricia Price, Universidad de Gales, Facultad de Medicina, Cardiff (R.U.)

Marco Romanelli, Universidad de Pisa (Italia)

Gary Sibbald, Universidad de Toronto (Canadá)

Mike Stacey, Universidad de Australia Occidental (Aus)

Luc Téot, Hospital Universitario de Montpellier (Francia)

WORLD UNION OF WOUND HEALING SOCIETIES

Secretaría: MF Congrès, 8 rue Tronchet, 75008 Paris, Francia

Tel: 00 33 1 40 07 11 21

Fax: 00 33 1 40 07 10 94

Web: www.wuwhs.org

Cómo citar el presente documento: Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document. London: MEP Ltd, 2004.

PRINCIPIOS DE LAS MEJORES PRÁCTICAS

El dolor que se produce durante los cambios de apósito cuando no es tratado perjudica la cicatrización de la herida y repercute sobre la calidad de vida. Se puede controlar el dolor en las curas relacionadas con los apósitos mediante una evaluación precisa, utilizando los tipos de apósitos adecuados, con un hábil tratamiento de la herida y una dosificación de analgésicos personalizada. Por motivos terapéuticos y humanitarios, es esencial que los médicos y los profesionales sanitarios sepan cómo medir, evaluar y controlar el dolor.

Es fundamental que las personas que realizan tratamientos con apósitos, entiendan básicamente la fisiología del dolor para comprender mejor el dolor que experimenta el paciente.

Al mismo tiempo es esencial entender que el dolor en las heridas es multidimensional y que el entorno psicosocial del paciente influirá y repercutirá en lo que experimenta, desde el punto de vista fisiológico, cuando siente dolor.



La Asociación Internacional sobre el estudio del dolor (International Association for the Study of Pain) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño real o posible en el tejido o descrita como un daño de ese tipo” (www.iasp-pain.org).

COMPRENSIÓN DE LOS TIPOS DE DOLOR

Existen dos tipos de dolor: nociceptivo y neuropático. El dolor nociceptivo se define como la respuesta fisiológica normal a un estímulo doloroso. Puede ir acompañado de inflamación aguda o crónica. El dolor nociceptivo agudo se produce como consecuencia del deterioro tisular y suele ser limitado en el tiempo. En aquellas localizaciones donde las heridas cicatrizan con lentitud, la respuesta inflamatoria prolongada puede incrementar la sensibilidad tanto de la herida (hiperalgesia primaria) como de la piel perilesional (hiperalgesia secundaria).

El dolor neuropático se ha definido como una respuesta inadecuada provocada por una lesión primaria o una disfunción del sistema nervioso. Las lesiones nerviosas son la causa más habitual de lesión primaria, que puede deberse a una agresión, una infección, un trastorno metabólico o un cáncer. El dolor neuropático es un factor importante en el desarrollo del dolor crónico. A menudo está relacionado con sensaciones alteradas o desagradables por las que cualquier estímulo sensorial, como un roce o una presión leves o cambios de temperatura, puede provocar dolor intenso (alodinia). El médico o el profesional sanitario debe identificar si se necesita un tratamiento farmacológico específico y derivar al paciente para que un especialista pueda tratar el dolor neuropático.



En el caso de pacientes con una sensibilidad acentuada que sienten dolor al más ligero roce, es probable que el dolor adicional producido durante la cura con apósitos les resulte atroz



APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA

Dé por sentado que todas las heridas son dolorosas

Con el tiempo, las heridas pueden ser aún más dolorosas

Hay que aceptar que la piel perilesional puede volverse sensible y dolorosa

Hay que aceptar que, para algunos pacientes, el más ligero roce o, simplemente el aire que circula alrededor de la herida pueden suponer un dolor intenso

Se debe saber cuándo hay que derivar a un paciente a un especialista para lo examine

CAUSAS DEL DOLOR

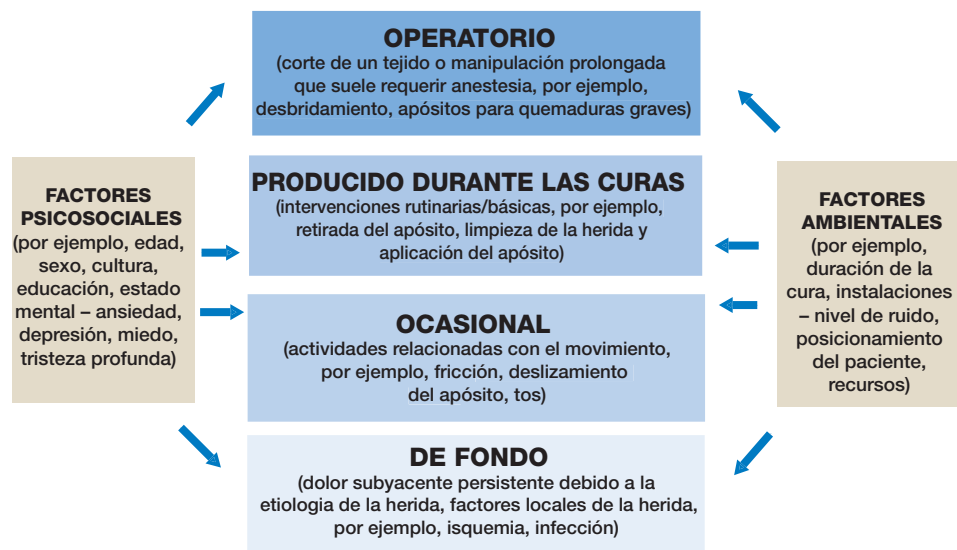
UTILIZANDO UN ENFOQUE POR NIVELES

Se pueden utilizar los términos de fondo, ocasional, producido durante las curas y operatorio o de procedimiento quirúrgico, para describir la causa del dolor. Independientemente de la causa que produzca el dolor, lo que sienta el paciente vendrá influenciado por su entorno psicosocial.

El **dolor de fondo** es el que se siente en reposo, cuando no se efectúa ninguna manipulación de la herida. Puede ser continuo (por ejemplo, un dolor de muelas) o intermitente (como un calambre o un dolor nocturno). El dolor de fondo está relacionado con la causa subyacente de la herida, los factores locales de la herida (por ejemplo, isquemia, infección y maceración) y otras patologías relevantes (por ejemplo, neuropatía diabética, enfermedad vascular periférica, artritis reumatoide o alteraciones dermatológicas). Asimismo, el paciente puede experimentar dolor que no esté relacionado con la herida, lo que puede repercutir sobre el dolor de fondo experimentado (por ejemplo, herpes zoster (culebrilla), osteoartritis y cáncer).

El **dolor ocasional** (irruptivo) puede producirse durante las actividades cotidianas, como la movilización, al toser o tras el deslizamiento del apósito.

Causas del dolor de la herida | Para realizar una evaluación y un control eficaces, es esencial comprender que existan niveles de dolor. El dolor derivado de una intervención clínica se produce antes del dolor de fondo (es decir, dolor en reposo) y el dolor ocasional (es decir, el dolor irruptivo)



El **dolor producido durante las curas** se deriva de una cura rutinaria y básica, como la retirada de un apósito, la limpieza o la aplicación de un apósito. Quizás sea necesario aplicar tanto técnicas no farmacológicas como analgesia para controlar el dolor.

El **dolor operatorio** está relacionado con cualquier intervención que normalmente efectuaría un médico especialista o un profesional sanitario y que requeriría anestesia (local o general) para controlar el dolor.

Factores psicosociales/ambientales: factores como la edad, sexo, nivel educativo, entorno y el historial de dolor previo pueden influir en cómo sienten los pacientes el dolor así como en su capacidad para comunicar su dolor. Los médicos o los profesionales sanitarios deben validar la experiencia del dolor y verificar cuál cree el paciente que es la causa que le produce el dolor, así como los beneficios potenciales de diferentes métodos de control del dolor.

EVALUACIÓN DEL DOLOR

UTILIZACIÓN DE UN ENFOQUE POR NIVELES

Debido a la amplia gama de heridas y respuestas de los pacientes, resulta imposible garantizar que ningún paciente sentirá dolor y es importante establecer objetivos realistas para cada paciente. Los pacientes pueden prever que experimentarán sensibilidad durante las curas relacionadas con los apósitos, pero el objetivo debe ser limitar el dolor y las molestias al mínimo. Esto sólo puede lograrse con la participación del paciente y mediante la utilización de un método adecuado para él, para la evaluación del dolor que incorpore un método de medida para valorar y, en caso necesario, cambiar la selección de analgésicos o intervenciones, así como el momento en que deben administrarse o efectuarse.

Un médico o un profesional sanitario con experiencia debe llevar a cabo una **evaluación inicial**, lo que incluirá un historial completo del dolor, que le permitirá hacerse una idea del dolor de fondo, ocasional, producido durante las curas y operativo. Puede resultar útil trazar un diagrama del cuerpo para indicar la ubicación del dolor, en especial si existe más de un área dolorosa que necesita puntuarse por separado. Esta evaluación aporta conocimiento sobre la herida y el dolor que experimenta el paciente, y la sitúa en un enfoque centrado en el paciente.

Asimismo, la evaluación debe intentar explorar factores como los sentimientos, las percepciones, las expectativas, el significado del dolor y las repercusiones de éste en la vida diaria y familiar. El médico o el profesional sanitario deberá saber escuchar y hacerse una idea de qué cree el paciente sobre el dolor utilizando preguntas sencillas como “¿De dónde cree que procede el dolor?” o “¿Qué le ayuda a superar el dolor?” Es probable que los médicos y los profesionales sanitarios expertos tengan que utilizar herramientas como el Perfil de impacto de la enfermedad (SIP, por sus siglas en inglés)⁴ o la Escala de calidad de vida (QOLS, por sus siglas en inglés)⁵.

Se realiza una **evaluación continua** cada vez que se lleva a cabo una cura relacionada con el apósito. Deben evaluarse tanto el dolor de fondo de la herida y el tejido perilesional como cualquier dolor regional nuevo que pueda desarrollarse, y debe darse una puntuación a la intensidad **antes** de realizar la cura relacionada con el apósito. Asimismo, debe puntuarse la intensidad del dolor **durante** la intervención, según se considere oportuno, y **después** de ésta. Estas notas documentadas en cada paciente permitirán que una evaluación posterior determine si el dolor incrementa o desciende con el tiempo. Asimismo, deben documentarse los acontecimientos relacionados con el incremento o la disminución del dolor.

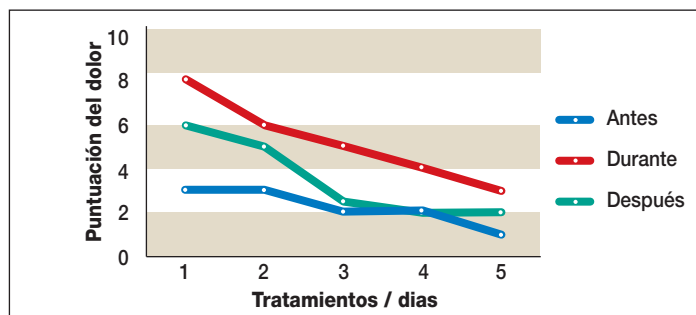


Asegúrese de que las evaluaciones del dolor son individualizadas y pertinentes y que no suponen un factor de estrés adicional

Un médico o un profesional sanitario con experiencia debe llevar a cabo una **supervisión** como parte de una supervisión más amplia de varios casos, así como una evaluación continua para evaluar las estrategias y los avances de los tratamientos. Deben identificarse y documentarse cuáles son los desencadenantes y los mitigadores del dolor. Se pueden representar gráficamente datos, como las puntuaciones documentadas del dolor, lo que permite obtener tendencias temporales y evaluar cambios en las prácticas durante las curas, como la analgesia preventiva. Asimismo, una auditoría de la supervisión puede revelar relaciones desconocidas, como la aparición de diferentes niveles de dolor tras tratamientos llevados a cabo por cuidadores diferentes.

La puntuación del dolor puede permitir revelar tendencias

En este gráfico hipotético, se registran puntuaciones para el dolor antes de la cura relacionada con el apósito, durante ésta y después. Se constata que el dolor es peor durante la cura y que con una combinación de una medicación adecuada, “descansos” y ajustes en la selección de las técnicas utilizadas y en los apósitos utilizados se consigue reducir el dolor. Esto también afecta al dolor que se produce tras la cura.



ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

EL DOLOR ES LO QUE EL PACIENTE IDENTIFICA COMO DOLOR, PERO A VECES EL PACIENTE NO DICE NADA

El paciente siempre debe participar en la evaluación. En circunstancias especiales, como cuando se trata con niños pequeños no comunicativos, ancianos debilitados o personas con discapacidad cognitiva, se necesita mucha más paciencia y comprensión. En estas situaciones, deben emprenderse medidas para garantizar que se realiza una evaluación exhaustiva de qué es lo que se necesita para controlar el dolor de los pacientes. Puede resultar difícil aislar el dolor de la ansiedad general, la agitación, la tristeza o la angustia, pero se pueden conseguir grandes avances en el alivio del sufrimiento con una aproximación humanitaria.

La edad, la cultura y las diferentes interpretaciones del dolor o las palabras utilizadas para describirlos puede dificultar el establecimiento de lazos de empatía con los pacientes, en especial si el dolor que nos transmiten es totalmente desproporcionado en relación con el estímulo percibido. Como mínimo, hay que creer y respetar las sensaciones del paciente.

Evaluación del carácter del dolor mediante preguntas

Los médicos y los profesionales sanitarios deben comenzar por escuchar a los pacientes y observar sus respuestas (véase la página 10). Para evaluar el dolor pueden utilizarse preguntas básicas, por ejemplo, se puede preguntar al paciente cómo se siente, a nivel general y específico, en relación con el dolor de fondo, ocasional y producido durante las curas. Los médicos o los profesionales sanitarios deben formular preguntas para recabar información sobre qué desencadena el dolor o cómo es ese dolor por ejemplo, así como escuchar al paciente y observar su comportamiento, ya que algunos de ellos pueden modificar sus respuestas para no parecer problemáticos ni pesados.

Otros indicadores

Las curas relacionadas con los apósitos proporcionan la oportunidad de observar la herida para detectar factores que pueden repercutir sobre el dolor, como indicios de inflamación o infección. Esos factores pueden ocasionar un retraso en la cicatrización, deterioro de la herida, eritema, purulencia, calor, edema y olor. Asimismo, se puede obtener información útil observando la situación de la piel perilesional y si existen evidencias de adherencia del apósito (demasiado seco) o exceso de exudado (demasiado húmedo) así como necrosis o maceración.

MEDIDA DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

Los principios básicos para la evaluación del dolor deben ser los mismos para todos los tipos de heridas: el objetivo es minimizar el dolor y crear unas condiciones óptimas para la cicatrización de la herida. Puntuar el dolor es un dato esencial para el tratamiento de la herida: si el dolor empeora, puede indicar que existen problemas en la cicatrización, como una infección, o que se está utilizando un tratamiento inadecuado, por ejemplo, que el apósito seleccionado no sea el más adecuado.

Los médicos y los profesionales sanitarios, en lugar de hacer preguntas de respuesta cerrada como “¿Siente dolor? ¿Sí o no?”, deben formular preguntas del tipo “¿Cómo calificaría el dolor que siente?” Salvo en casos extremos, no es tan importante la cifra absoluta registrada en la escala de dolor como la dirección en la que se mueve. Si el control del dolor se realiza de modo correcto, la cifra debe desplazarse a la baja, es decir, irá a menos.

Si se da un nivel insoportable de dolor de fondo o un dolor incontrolado durante los cambios de apósito o después de éste, es posible que sea necesario modificar el tratamiento. Pueden establecerse objetivos personalizados individuales para cada paciente, pero, como regla general, ante un dolor clasificado como “moderado” o con puntuaciones por encima de 4 (en una escala del 1 al 10) o de 40% en cualquier otra escala de puntuación se deben aplicar periodos de descanso, utilizar más analgésicos o mejorar el mantenimiento de la analgesia, y revisar el apósito o la técnica de cura utilizada actualmente. Se puede considerar que las puntuaciones que persisten por encima de 4 indican dolor incontrolado⁶. Las puntuaciones inferiores a 4 (o a un 40% de la escala) pueden indicar un nivel de molestia aceptable, sin dolor persistente. No obstante, es esencial mantener bajo supervisión estos casos.

6. Raising the Standard: A compendium of audit recipes. Royal College of Anaesthetists, 2000. Available from www.rcoa.ac.uk

¿QUÉ ESCALA DE DOLOR DEBE UTILIZARSE?

La utilización rutinaria y sistemática de una escala de dolor proporciona un método para evaluar el grado de éxito logrado con los analgésicos y el tratamiento de la herida seleccionados. No existe ninguna herramienta adecuada para todos los pacientes y es importante que tanto el médico o profesional sanitario como el paciente conozcan el sistema de puntuación que se utilizará y cómo interpretarlo. La selección de la escala dependerá de las necesidades o circunstancias específicas del paciente, pero, una vez seleccionada, se utilizará siempre la misma escala para garantizar la coherencia de la documentación (véase la página 10).

- Entre las **escalas visuales** se encuentra la Escala de caras, que utiliza caras animadas que van desde una cara sonriente para expresar “sin dolor” a una cara que llora para expresar “dolor insoportable”. La escala análoga visual (VAS, por sus siglas en inglés) suele representarse con una línea de 10cm que indica un continuo entre dos extremos, por ejemplo, “sin dolor” y “dolor insoportable”. Se pide a los pacientes que señalen la posición de la línea que defina mejor su nivel de dolor. A continuación, se mide esa puntuación y se registra.
- **Escalas numéricas y verbales:** la escala de puntuación numérica (NRS, por sus siglas en inglés) presenta al paciente una escala de números (por ejemplo, del 1 al 10) que va desde “sin dolor” hasta “dolor insoportable”. Se pide al paciente que elija el número de la escala que mejor representa su dolor actual en dicha escala. La escala de puntuación verbal (VRS, por sus siglas en inglés) es la más sencilla de utilizar y, normalmente, sólo contiene cuatro o cinco palabras, por ejemplo “ninguno”, “suave”, “moderado” y “fuerte”.

Diarios de dolor: puntuación continua del dolor

Los diarios representan un registro detallado y personalizado del dolor que experimenta el paciente durante las curas relacionadas con los apósitos y también durante sus rutinas cotidianas. Un diario del dolor puede combinar unos comentarios breves con una herramienta de autoevaluación para que los pacientes puntúen el dolor que sienten en diferentes momentos del día. El diario permite obtener una imagen general de los problemas del dolor de fondo y evaluar el dolor que aparece durante las curas con apósitos.



Todos los pacientes pueden utilizar una escala de puntuación del dolor, mientras no se demuestre lo contrario. La puntuación rutinaria del dolor que se experimenta durante las curas con los apósitos puede repercutir de modo significativo en el tratamiento

ASPECTOS PROFESIONALES

Un elemento esencial para difundir las mejores prácticas es el concepto de responsabilidad profesional. El paciente tiene derecho a recibir un nivel mínimo de profesionalidad por parte de los médicos, los profesionales sanitarios y los cuidadores, y el organismo regulador pertinente puede imputar responsabilidades a los médicos y profesionales sanitarios. Asimismo, esto se traduce en que los médicos y los profesionales sanitarios son los responsables de la calidad del cuidado que ofrecen los que trabajan a sus órdenes. No puede argumentar la ignorancia de técnicas y conocimientos modernos.

Si un paciente sufre un fuerte dolor durante una cura relacionada con los apósitos, se considerará negligencia repetir la cura sin haber aliviado el dolor del modo adecuado. Las evaluaciones sistemáticas y documentadas del dolor centradas en el paciente, que pueden conllevar modificaciones en la práctica o una derivación adecuada cuando se considere necesario, son un testimonio de una buena calidad de los cuidados.



Las experiencias negativas anteriores del paciente con el dolor pueden suponer mayores expectativas de padecer dolor

CONTROL DEL DOLOR

Es conveniente la elaboración de un plan de control individualizado para cada persona y cada herida: el dolor incontrolado debe redundar en un ajuste inmediato del plan. Las heridas presentan diferencias en cómo se han producido y en cuáles son las perspectivas de cicatrización, lo que puede repercutir en las posibilidades de experimentar dolor y la gravedad de éste, y conviene establecer una pauta para la selección de las opciones y las estrategias de tratamiento utilizadas en las curas con apósitos. El objetivo es tratar todas las causas de dolor y el médico o el profesional sanitario deberá considerar el nivel de dolor de fondo u ocasional del paciente antes de proceder a realizar intervenciones clínicas.

DOLOR DE FONDO Y OCASIONAL

Tratamiento de la causa subyacente

El factor más importante para reducir el dolor de fondo es tratar, en la medida de lo posible, la etiología subyacente a la herida o a las patologías asociadas. La corrección de la causa subyacente de la herida puede favorecer la cicatrización y puede coincidir con una reducción del dolor de fondo.

Tratamiento de factores locales que provocan dolor en la herida

Los médicos y los profesionales sanitarios deben considerar el mejor modo de tratar y controlar los factores que pueden alterar la intensidad o el carácter del dolor de la herida. Existen numerosos y variados enfoques para controlar los factores locales de la herida. Los médicos y los profesionales sanitarios deberían respetar los protocolos de control local de la herida y considerar, en el marco de la atención sanitaria que ofrece, qué opciones de tratamiento se encuentran disponibles y son adecuadas, asequibles y prácticas.



FACTORES LOCALES DE LA HERIDA

Incluyen isquemia, infección, sequedad o exudado excesivos, edema, problemas dermatológicos y maceración de la piel perilesional

LA ESCALERA DE LA OMS SOBRE EL DOLOR Y LOS ANALGÉSICOS

PASO 1: No opiáceo ± adyuvante

PASO 2: Opiáceo para dolor de suave a moderado (± no opiáceo/adyuvante)

PASO 3: Opiáceo para dolor de moderado a fuerte (± no opiáceo/adyuvante)

NOTA: En función de la evaluación del dolor, puede que sea adecuado comenzar por un peldaño superior

Consideración de las opciones de analgésicos

Es necesario que los médicos y los profesionales sanitarios trabajen rápidamente para controlar el dolor de fondo e ocasional utilizando una combinación de fármacos analgésicos de diferentes tipos, según se considere oportuno. La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una escalera de tres peldaños para controlar el dolor producido por el cáncer (www.who.int/cancer/palliative/painladder/en), que también es adecuada para controlar el dolor de fondo, ya que los analgésicos habituales y simples (por ejemplo, los no opiáceos) son el primer peldaño de la escalera. A continuación, si el dolor no se ha controlado, deben agregarse opiáceos suaves, como la codeína o el tramadol, o utilizarse solos. En el tercer peldaño, tras una evaluación completa de las estrategias utilizadas anteriormente, se incluye un opiáceo más fuerte, por ejemplo, la morfina.

Fármacos coadyuvantes

Algunos tipos de fármacos no analgésicos, como los antidepresivos tricíclicos o los anticonvulsivos, pueden administrarse como terapia adicional, ya que incrementan el control del dolor neuropático. Sólo deben prescribirse tras una evaluación completa y tras haber tenido en cuenta los otros fármacos recetados y las comorbidades.



APLICACION EN LA PRÁCTICA

Conseguir un control óptimo del dolor de fondo y el ocasional para minimizar la intensidad del dolor de un modo eficaz durante las curas con apósitos en las heridas

El médico o el profesional sanitario debe actuar de la forma más rápida para aliviar el dolor y no ocasionar ningún dolor

Si una intervención, por ejemplo, la retirada de un apósito o la limpieza de una herida, provocan un incremento del dolor para el que se necesita una analgesia más agresiva, el médico o el profesional sanitario debería reconsiderar las posibilidades de tratamiento

Disminución del riesgo de efectos adversos

Los principales tipos de analgésicos habituales están indicados tanto en niños como en ancianos, pero es probable que haya que ajustar la posología.

Dado que todos los analgésicos producen efectos adversos, es importante anticipar los posibles problemas y evitar los analgésicos de alto riesgo. Los ancianos son un caso especial, ya que pueden estar tomando otra medicación, como por ejemplo anticoagulantes, por lo que los analgésicos deben administrarse con precaución para evitar interacciones. Las insuficiencias renal y hepática pueden retrasar el metabolismo de los analgésicos, lo que debe tenerse en cuenta con el fin de controlar los efectos secundarios de los opiáceos, que pueden agravar el estreñimiento en los ancianos e incrementar las náuseas en los jóvenes.

DOLOR DURANTE LA CURA

La mayoría de los analgésicos pueden administrarse antes de un acontecimiento doloroso (“preventivos”), pero los médicos y los profesionales sanitarios deben asegurarse de que disponen de otros fármacos para tratar el dolor que se vuelve insoportable (“de emergencia”). Si es necesario aplicar analgésicos “de emergencia”, la próxima vez que se realice la intervención de tratamiento debe planificarse mejor. Se puede continuar con el tratamiento con analgésicos después de la cura. No obstante, si persiste el dolor y no se controla bien, debe revisarse la medicación para el dolor de fondo.



Es esencial la elaboración de políticas y protocolos locales para garantizar que se administra un nivel seguro y eficaz de medicación. Se revisarán y mejorarán constantemente con los datos que provengan de la evaluación continua



TIPOS DE ANALGÉSICOS

Opiáceos

Los opiáceos, desde los suaves hasta los fuertes, son eficaces contra el dolor de moderado a fuerte. Existen formulaciones de acción prolongada y liberación lenta disponibles para el dolor de fondo. Sin embargo, los opiáceos orales, bucales o sublinguales también son útiles como analgésicos de acción rápida y máxima para controlar el dolor en curas más invasivas o sensibles. Se optará por la utilización de opiáceos fuertes, cuando resulta difícil controlar el dolor y éste impide que la cura se complete con comodidad o que el paciente lo tolere.

AINE

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) reducen la sensibilidad periférica y son especialmente útiles para controlar las punzadas o el dolor fuerte que se siente después de haber finalizado una cura. Siempre y cuando no existan contraindicaciones, deben administrarse entre 1 y 2 horas antes de la cura, para que el efecto sea máximo cuando más se necesita. No obstante, deben extremarse las precauciones con el grupo de personas mayores de 65 años y en el caso de pacientes en los que estos fármacos están contraindicados (por ejemplo, con historial de úlcera duodenal, coágulos o insuficiencia renal).

Paracetamol (acetaminofeno)

El paracetamol (acetaminofeno) puede administrarse solo o combinado con otro analgésico (por ejemplo, codeína o morfina) entre 1 y 2 horas antes de llevar a cabo la cura relacionada con los apósitos.

Anestésicos locales tópicos

En pequeñas dosis, con la administración de anestésicos locales tópicos (como la lidocaína) se puede conseguir un cierto grado de entumecimiento durante un periodo corto de tiempo. Puede resultar útil durante una cura o un pequeño acto quirúrgico concretos, pero no debe utilizarse como único método para aliviar el dolor.

Gas: 50% óxido nitroso y 50% oxígeno

Esta combinación de gases puede utilizarse junto con otras técnicas de alivio del dolor, pero el uso frecuente puede estar relacionado con depresión de la médula ósea.

NOTA: si desea conocer la dosificación general para controlar el dolor, consulte www.epeconline.net/EPEC/Media/ph/module4.pdf

Preparación del entorno: Preparación, Planificación, Prevención

Con el fin de **prevenir** la aparición del dolor, las fases de **preparación** y **planificación** son esenciales para obtener un buen resultado:

- Seleccione un entorno adecuado que no sea estresante: cierre las ventanas, apague los teléfonos móviles, etc
- Explique al paciente con palabras sencillas qué se va a hacer y qué método se utilizará
- Evalúe si se necesita una asistencia experta o no experta, por ejemplo, si necesita ayuda para que alguien sujete la mano al paciente
- Posicione al paciente con mucho cuidado para reducir las molestias y evitar todo contacto o exposición innecesarios
- Evite que la herida quede expuesta durante periodos prolongados, por ejemplo, mientras espera el asesoramiento de un especialista
- Evite todos los estímulos innecesarios para la herida: maneje las heridas con cuidado, recuerde que el mínimo roce puede provocar dolor
- Implice al paciente: las comprobaciones orales frecuentes y la utilización de herramientas de evaluación del dolor ofrecen comentarios en tiempo real
- Considere como una posibilidad la analgesia preventiva.

En determinados casos, las curas con apósitos pueden ser cada vez más dolorosas y debe realizarse una nueva evaluación cada vez que se lleva a cabo la cura.

Los resultados más sencillos que se obtienen escuchando e involucrando al paciente es la petición de periodos de descanso para que el paciente pueda recuperar sus niveles de confort. En ese momento, se puede incrementar la analgesia y el médico o el profesional sanitario, comprende qué es lo que el paciente reconoce como desencadenante del dolor y qué le proporciona alivio, puede considerar cuáles son las mejores posibilidades para continuar. Se recomienda respirar lento y rítmicamente para distraer al paciente y reducir la ansiedad.



INTERVENCIONES DURANTE LAS CURAS

Existe una amplia gama de curas relacionadas con los apósitos. Para las intervenciones específicas se necesitará un control concreto, pero deberán tenerse en cuenta los principios generales que se enumeran a continuación:

- Conocer el estado actual de dolor
- Conocer y evitar, en la medida de lo posible, qué produce dolor
- Conocer y utilizar, en la medida de lo posible, mitigadores del dolor
- Evitar toda manipulación innecesaria de la herida
- Examinar las técnicas simples que controla el paciente, como contar hacia adelante y hacia atrás, concentrarse en la respiración llenando y vaciando los pulmones o escuchar música
- Reconsiderar posibilidades de tratamiento si el dolor se vuelve insoportable y se documenta como una cura negativa
- Observar la herida y la piel perilesional para detectar infecciones, necrosis, maceración, etc
- Tener en cuenta la temperatura del producto o la solución antes de aplicarlos a la herida
- Evitar que el apósito, el vendaje o la cinta adhesiva ejerzan demasiada presión
- Seguir las instrucciones del fabricante al utilizar un apósito o una tecnología
- Evaluar la comodidad de la intervención y los apósitos/vendajes aplicados tras la cura
- Realizar una evaluación continua y modificaciones en el plan y las intervenciones del tratamiento es esencial, ya que las heridas cambian con el tiempo
- Se puede tener en cuenta la aplicación de técnicas no farmacológicas más avanzadas que requieran una preparación especial o personal experto, como la hipnosis o el tacto terapéutico

Retirada del apósito

Es importante que el médico o el profesional sanitario reconozca la posible causa de dolor durante la retirada del apósito. Hablando con el paciente se puede negociar la técnica más adecuada para retirarlo, por ejemplo, es posible que el paciente desee ser él mismo quien retire el apósito. Debe ofrecerse la posibilidad de puntuar la intensidad del dolor durante la retirada del apósito para evaluar la práctica. La retirada del apósito puede producir daño, en especial en el delicado tejido cicatricial presente en la herida y en la piel perilesional. Por consiguiente, es importante considerar la posibilidad de utilizar apósitos que faciliten una cicatrización de la herida en un entorno húmedo (por ejemplo, los hidrogeles y las hidrofibras) y los que se conocen como de retirada atraumática⁷ (es decir, siliconas suaves).



Vuelva a considerar los diferentes apósitos disponibles en caso de que se necesite empapar la herida para la retirada del apósito o si la retirada provoca hemorragias/agresión en la herida o el tejido perilesional

Selección del apósito

El hecho de que las características del apósito se adecuen perfectamente al estado de la herida y el tejido perilesional contribuye a controlar el dolor. Entre los factores que repercuten en la selección del apósito deben incluirse la adecuación al tipo y a la condición de la herida. Deben tenerse en cuenta los siguientes parámetros en cuanto al apósito:

- Mantenimiento de un entorno húmedo para la cicatrización de la herida
- Atraumático para la herida y la piel perilesional
- Capacidad de absorción (capacidad de control/retención del exudado)
- Potencial alérgico.

Cuando se considere oportuno, los médicos o los profesionales sanitarios deben seleccionar apósitos que puedan mantenerse en la herida durante el periodo de tiempo más prolongado posible para no tener que efectuar retiradas frecuentes. Asimismo, es necesario evaluar el apósito utilizado, cuando cambian las condiciones de la herida, ya que parte del dolor que siente el paciente puede venir provocado por el apósito seleccionado: lo que pudo haber sido una buena elección el primer día, puede resultar mala el día 5, ya que las condiciones van cambiando.



MITOS CUESTIONABLES

Los médicos y los profesionales sanitarios deben cuestionarse las presuposiciones que alientan sus creencias y actitudes, puesto que existen algunas ideas falsas bastante extendidas sobre la minimización de las agresiones y el dolor. Por ejemplo:

- Mito 1** “Los apósitos absorbentes siguen siendo el patrón de oro para el cuidado de heridas”
La gasa adherente puede quebrar el delicado tejido cicatricial y provocar un fuerte dolor
- Mito 2** “Las películas transparentes son los mejores apósitos para tratar y reducir el dolor de desgarros cutáneos y otras heridas agudas menores”
El mal uso de películas transparentes es una causa habitual de desgarros cutáneos
- Mito 3** “Utilizar cinta adhesiva de papel es el modo menos doloroso para fijar un apósito”
La mayor sensibilidad nerviosa en un área más amplia alrededor de la herida puede hacer que la retirada de cualquier tipo de cinta adhesiva resulte dolorosa
- Mito 4** “Tirar del apósito con rapidez en lugar de lentamente reduce el dolor durante los cambios del apósito”
Este método puede infligir agresiones al tejido y dolor traumático
- Mito 5** “Utilizar un sellante cutáneo en la piel perilesional reduce el riesgo de dolor y agresión”
Los sellantes cutáneos únicamente crean una fina capa tópica y no protegen las capas dérmicas más profundas
- Mito 6** “Las personas con úlceras diabéticas no sienten dolor”
Puede producirse cierta pérdida de sensibilidad nerviosa periférica, pero siempre se incrementa la sensibilidad
- Mito 7** “El dolor procede de la herida. Los nervios del tejido de la piel perilesional desempeñan un papel menor”
Las respuestas de la médula espinal a señales de dolor entrantes pueden provocar una sensibilidad anómala en el área circundante (alodinia)
- Mito 8** “El único método para tratar el dolor de la herida es utilizar un analgésico oral entre 30 y 60 minutos antes de cambiar el apósito”
Los analgésicos orales pueden proporcionar cierto alivio, pero no deben considerarse como la única solución. Debe utilizarse una evaluación completa del dolor para estimar y ajustar cualquier terapia indicada

PREGUNTAS PARA EVALUAR EL CARÁCTER DEL DOLOR

¿Siente el paciente dolor de fondo o ocasional?

Características:

Describe el dolor que siente en la herida cuando está en reposo. ¿Cómo es el dolor? ¿Es fuerte o punzante (posibilidades de que se trate de dolor nociceptivo) o es agudo, con comezón o con hormigueo (posibilidad de que se trate de dolor neuropático)?

Ubicación:

¿Dónde le duele? ¿Se limita el dolor al área inmediata a la herida o lo nota en el área de alrededor? Puede utilizarse un diagrama del cuerpo

Desencadenantes:

¿Qué hace empeorar el dolor? ¿Provocan dolor los roces, la presión, el movimiento, la posición o las intervenciones? ¿Hay diferencia entre el día y la noche en cuanto al dolor?

Mitigadores del dolor:

¿Qué alivia el dolor? ¿Alivian el dolor la analgesia, los baños, la elevación de la pierna, etc.?

¿Experimenta dolor el paciente durante las curas con apósitos o después de éstas?

Características:

Describe cómo fue el dolor la última vez que le retiraron el apósito

Ubicación:

¿Dónde le dolía? ¿Se limitaba el dolor al área inmediata a la herida o lo notaba en el área de alrededor?

Desencadenantes:

¿Qué parte de la cura fue más dolorosa? Por ejemplo, la retirada del apósito, la limpieza, la aplicación del apósito, tener la herida descubierta?

Mitigadores del dolor:

¿Qué le ayudó a mitigar el dolor? Por ejemplo, periodos de descanso, la retirada lenta del apósito, retirar el apósito usted mismo, etc?

Duración:


¿Cuánto tiempo tardó en aliviársele el dolor tras la cura?

MEDIDA DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

Las escalas de dolor pueden registrar tendencias en la intensidad del dolor antes de una cura, durante ésta o después y, si se utilizan junto a estrategias de evaluación adecuadas, aportan muchos datos sobre el dolor que siente el paciente.





El simple hecho de puntuar rutinariamente el dolor que se experimenta durante los cambios de apósito puede repercutir de modo significativo en el tratamiento





ESCALAS DE DOLOR


Pida al paciente que elija la cara que mejor describe cómo se siente



0
No duele


1
Duele un poco


2
Duele algo más


3
Duele más


4
Duele mucho más


5
Duele muchísimo

Escala de CARAS de Wong-Baker

De Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winklestein ML, Schwartz P. Wong's Essentials of Pediatric Nursing (ed 6), St Louis 2001, p 1301. Copyright de Mosby Inc. Reimpreso previa autorización.

Pida al paciente que marque un punto en la línea continua de modo que refleje lo mejor posible cómo se siente

0
SIN DOLOR

10
DOLOR INSOPORTABLE

Escala análoga visual

Pida al paciente que elija, en una escala del 1 al 10, donde 0=sin dolor y 10=dolor insoportable, el número que mejor se adecua a su nivel actual de dolor

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Escala de puntuación numérica

Pregunte al paciente qué palabra describe mejor su nivel de dolor actual

SIN DOLOR

DOLOR SUAVE

DOLOR MODERADO

DOLOR FUERTE

Escala de puntuación verbal