

# **EL DOLOR DURANTE LOS CAMBIOS DE APÓSITO<sup>1</sup>**

(Doc.VI- GNEAUPP)

Documento de Posicionamiento EWMA 2002

## **ELEMENTOS CLAVE**

1. Los métodos de tratamiento del dolor durante los cambios de apósito están infrutilizados por los profesionales.
2. El dolor causado por las heridas es de naturaleza multidimensional y los profesionales deberían adoptar un enfoque amplio e integral respecto a su tratamiento.
3. Es fundamental que los pacientes reciban una combinación de técnicas que les ayuden a superar el dolor durante las curas incluida una buena preparación, una adecuada elección del apósito, así como una analgesia adecuada.

## **INTRODUCCIÓN**

El dolor es un fenómeno complejo, subjetivo y perceptivo influenciado por factores sociales, emocionales, psicológicos y fisiológicos. El tratamiento eficaz del dolor es esencial en la calidad de la atención sanitaria y suele depender de la capacidad de los profesionales sanitarios para comprender el impacto que dichos factores tiene sobre el paciente. Es bien conocido el hecho de que el dolor es un componente importante en las vidas de personas que padecen heridas crónicas y afecta negativamente a la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores<sup>1</sup>. Es preciso investigar a fin de comprender mejor las estrategias de tratamiento para reconocer, evaluar y controlar el dolor relacionado con las heridas crónicas. Este artículo presta especial atención a la experiencia clínica de los autores y los fundamentos básicos de la fisiología del dolor para ofrecer recomendaciones de buenas prácticas cuando se trata el dolor durante los cambios de apósito. Debido a la complejidad y dimensiones del tema en cuestión, nos hemos centrado concretamente en el tratamiento del dolor al retirar apósitos en pacientes adultos con heridas crónicas que no sean quemaduras.

## **MAGNITUD DEL PROBLEMA**

Diversos estudios han demostrado que los pacientes que presentan heridas crónicas suelen estar sujetos a cambios de apósito los cuales pueden exacerbar su dolor<sup>2,3,4</sup>. En un reciente estudio multinacional, los profesionales sanitarios identificaron el momento de la retirada del apósito como la etapa más dolorosa relacionada con el cambio de apósito<sup>5</sup>; esto resulta, particularmente, problemático cuando el apósito se adhiere a la herida o cuando, al retirarlo se lleva parte de la piel<sup>3,6</sup>. El dolor durante los cambios de apósito también pueden darse durante el desbridamiento de esfácels y placas necróticas, al aplicar antisépticos y al usar ciertos procedimientos de limpieza de heridas<sup>7</sup>. Estas cuestiones son complejas y tratarlas no es el objetivo del presente artículo.

## **Aspectos Profesionales**

Mientras que la mayoría de los profesionales sanitarios son conscientes del dolor relacionado con las heridas, con mucha frecuencia los profesionales de enfermería no

---

<sup>1</sup> Adoptado como Documento GNEAUPP previa autorización del European Wound Management Association. Autores : M. Briggs (Investigador de la Universidad de Leeds y Ayudante de Dirección, Centro de Análisis de Enfermería y Prácticas Profesionales, Leeds, Reino Unido) y Joan Enric Torra i Bou ( Coordinador Unidad Interdisciplinaria de Heridas Crónicas. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona. Subdirector GNEAUPP). Título original : El dolor durante los cambios de apósito: guía de tratamiento.

abordan de una manera eficaz el dolor que se causa al paciente durante los cambios de apósito<sup>8</sup>. Choniere *et al* <sup>9</sup> detectó que estos profesionales sanitarios no administraban, en algunas ocasiones, la medicación prescrita a pacientes con quemaduras antes de proceder a las curas, incluso cuando se trataba de dolores puntuados como moderados o severos. Un importante estudio realizado por Kitson<sup>10</sup> determinó que la falta de conocimiento por parte de profesionales de enfermería era un obstáculo para que estos profesionales intervinieran adecuadamente en el tratamiento de dolores postoperatorios; por ello, es necesario investigar para comprender por qué los métodos de control del dolor no se emplean, en su totalidad, sobre todo cuando se trata de los cambios de apósito.

Holliworth subrayó la falta de comprensión por parte de los profesionales de las causas fisiológicas del dolor, de tal manera que a veces no se daban ni cuenta de que un simple roce en la zona de la piel alrededor de la herida podría ser tremendamente doloroso para el paciente<sup>11</sup>. Además, se ha sugerido que los profesionales suelen definir y comprender el dolor de la herida de un paciente en base a hipótesis clínicas. Por ejemplo, se suele aceptar el hecho de que las úlceras arteriales son más dolorosas que las venosas, y que las úlceras pequeñas son menos dolorosas que las grandes<sup>12</sup>. No obstante, la relación entre la intensidad del dolor que experimenta un paciente y el tipo o tamaño de la lesión es altamente variable y nunca resulta ser una predicción exacta del dolor<sup>13</sup>.

## **MODELOS DE DOLORES**

Se ha constatado que los profesionales de enfermería podrían usar como defensas sociales el “distanciamiento” y el “rechazo” para no sentirse abrumados por ocasionar dolor al paciente<sup>14</sup>; estas estrategias podrían resultar en prácticas pobres si se usan en exceso.

En 1995<sup>15</sup> Krasner presentó una de las primeras iniciativas en aplicar un modelo para el dolor en heridas crónicas. Es un modelo útil tal y como lo demuestra la diferencia entre el tipo de dolor base asociado a la etiología subyacente de la herida y el dolor causado a la herida causada por el tratamiento (dolor iatrogénico), como en el caso de cambios de apósito.

Es importante para los profesionales sanitarios comprender que el dolor procedente de las heridas es multidimensional por naturaleza. Los intentos realizados para proporcionar una estructura de la compleja experiencia del dolor han generado varios modelos, como el de las tres dimensiones diferentes del dolor (la sensorial, la afectiva y la cognitiva) propuesta por Melzack y Casey en 1968<sup>16</sup>.

### **Dimensiones del dolor**

#### *Dimensión sensorial*

Esta dimensión facilitará información sobre cuánto duele una herida y a lo que se parece este dolor (p.e, las sensaciones físicas de tener una herida). Tras el deterioro tisular inicial, la respuesta inflamatoria sensibiliza los receptores del dolor en la piel. Esto ayuda a la persona a localizar la extensión y lugar de la herida para poder protegerla. En el caso de una herida aguda, este dolor disminuye al curarla; sin embargo, en las heridas crónicas el impacto de una respuesta inflamatoria prolongada puede hacer que el paciente presente sensibilidad aumentada en la herida (hiperalgesia primaria) y la piel adyacente (hiperalgesia secundaria). Si como resultado de una manipulación repetida, hay más dolor o estímulos nocivos, como cuando se realizan cambios de apósito, el paciente pudiera quedar encerrado en un círculo en donde cualquier estímulo sensorial se percibiera como dolor (alodinia).

Esto se complica aún más porque las heridas suponen, invariablemente, una lesión a los nervios y algunos pacientes pueden experimentar sensaciones modificadas como

resultado de la respuesta de cómo responden los nervios (dolor neuropático). Incluso la más leve sensación, como un cambio de temperatura o hinchazón de la herida, puede producir una respuesta exagerada procedente del sistema nervioso central, haciendo que el paciente sienta un dolor atroz (alodinia). Los nervios lesionados también pueden producir “liberaciones ectópicas” produciendo, por ejemplo, dolor repentino y aguda en una pierna sin motivo aparente. Este tipo de dolor no suele responder a los analgésicos y precisa antidepresivos y antiepilépticos para modificar la actividad nerviosa<sup>17</sup>.

Las complicaciones en la cicatrización de las heridas, como la infección y la isquemia, podrían causar más dolor aún; no obstante, se precisan estudios más detallados para comprender, por completo, el impacto de estas y otras complicaciones, como la maceración, dentro de la sensación general de dolor.

También podría darse un dolor asociado a patologías subyacentes, las cuales podrían o no estar relacionadas con la propia herida e incluir enfermedad vascular periférica, neuropatía diabética, artritis (por ejemplo, reumatoidea), problemas dermatológicos (por ej.: eczema) y tumores malignos.

### *Dimensión afectiva*

Esta dimensión hace referencia al impacto emocional del dolor, por ejemplo, cómo es sentido o percibido por el paciente. Miedo, ira, ansiedad, pena, depresión, irritabilidad y fatiga son típicas sensaciones típicas que pueden exacerbar, o ser exacerbadas, por la respuesta al dolor del paciente.

### **Dimensión cognitiva**

Este aspecto del dolor está relacionado con las actitudes y creencias de los pacientes sobre su dolor, lo que ellos creen que es la causa del mismo y las estrategias que emplean para superar su experiencia de dolor. Aquellos pacientes que han estado expuestos previamente al dolor durante los cambios de apósito pueden recordar este dolor y estar preocupados ante la perspectiva de volver a sentir un dolor no aliviado<sup>18</sup>.

### **Dimensión socio-cultural**

Dobson considera que hay una dimensión más, la “sociocultural” que describe el impacto que tiene, sobre las redes familiar y social <sup>19</sup>, una herida que duele durante mucho tiempo. Esto podría recibir influencias de factores culturales, morales y sociales.

## **VALORACIÓN DEL DOLOR**

No existe una “receta mágica” para la práctica profesional en estas complejas circunstancias, y las dimensiones descritas anteriormente no deberían considerarse como una “check list” desde donde se clasifique al paciente. El efecto relativo de estas dimensiones puede variar de un paciente a otro e incluso un mismo paciente puede oscilar entre una dimensión y otra dependiendo del tiempo y las circunstancias. Además, incumbe a todo profesional de la salud ser consciente de las complejidades del entorno en el que trabajan a fin de poder ofertar un cuidado personalizado basado en la comprensión y confianza con sus pacientes.

Por consiguiente, resulta importante para los profesionales adoptar un enfoque amplio e integral respecto a cómo tratar el dolor. La valoración debería empezar por hablar con el paciente sobre su dolor y observar las respuestas del mismo. Además, existen escalas validadas para puntuar la intensidad del dolor, las cuales deberían usarse para determinar la severidad del mismo. La escala de puntuación verbal (EPV) dispone de buenos índices de cumplimiento y, sobre todo, resulta útil para pacientes ancianos puesto que se considera menos complicada a la hora de explicar, que otros instrumentos existentes<sup>20</sup>. Incluso para aquellos pacientes que presentan cierta demencia o confusión se podría emplear con éxito, al menos, una de las escalas disponibles<sup>21</sup>. No obstante, independientemente de la escala

utilizada es importante emplear siempre la misma al objeto de facilitar una correcta comparación de resultados. Estos podrían servir como documentación a la hora de informar sobre la elección de un potente analgésico o del ajuste de la dosis en futuros cambios de apósito. Como parte del enfoque sistemático del tratamiento del dolor, se recomienda agregar las dimensiones que se identifican a continuación en la valoración del dolor.

#### **1. Identificación del dolor Neuropático**

1. ¿La piel o la herida están más sensibles al tacto de lo habitual?
2. ¿Se perciben sensaciones desagradables a un simple roce de la piel?
3. ¿El dolor se asemeja a un escozor, cosquilleo u hormigueo?
4. ¿Se produce el dolor de repente sin motivo aparente, por ej.: descargas eléctricas, dolores repentinos, dolores persistentes?
5. ¿Ha cambiado la temperatura de la zona donde hay dolor? ¿Podría describirse esta sensación como ardiente y palpitante?

*Adaptado de Bennett 2001*

### **Dolor existente relacionado con la herida**

En la literatura sobre quemaduras, el objetivo es llegar al dolor cero antes de los cambios de apósito<sup>22</sup>. No obstante, es necesario seguir investigando para establecer lo que se puede conseguir en el caso de del dolor en heridas crónicas, dolores crónicos de heridas, en donde muchos pacientes viven constantemente con algún nivel o grado de dolor. Si el paciente se queja de dolor antes de retirar el apósito, se debería valorar el porqué e identificar la causa subyacente de manera que se pudiesen llevar a cabo las medidas adecuadas para minimizar dicho dolor.

### **Dolor neuropático**

El tratamiento eficaz del dolor neuropático suele implicar recurrir a un especialista en dolor. En el cuadro 1 se identifican algunos signos y síntomas que pueden emplearse para reconocer si existe algún elemento neuropático a la experiencia de dolor<sup>23</sup>.

### **Elementos socio-culturales /ansiedad**

Es importante determinar si el paciente puede sentirse afectado por cuestiones socioculturales que pudieran influir en los cambios de apósito. Por ejemplo, un mismo paciente puede reaccionar de distinta manera según se le trate en una clínica o en casa delante de sus familiares o de sus cuidadores. En el caso de pacientes que padecen demencia o confusión puede que ellos no vean la necesidad de los cambios de apósito. Por tanto, se necesitaría más tiempo para explicar una y otra vez lo mismo, así como se puede necesitar soporte adicional durante el procedimiento.

El paciente puede tener una historia previa de dolor durante los cambios de apósito en varias ocasiones y pueda tener miedo de sentir aún más dolor. Se debería determinar aquello que el paciente cree que le produce dolor y lo que le ha aliviado en el pasado. Con frecuencia, los pacientes no se muestran ansiosos, pero el uso de una simple escala como la Escala de Ansiedad Hospitalaria y de Depresión podría ser útil a la hora de identificar aquellos pacientes con riesgo. Este cuestionario se puede rellenar por los pacientes en cinco minutos y se emplea normalmente en clínicas de tratamiento del dolor al objeto de identificar en qué grado contribuye al dolor<sup>24</sup> la ansiedad.

## **TRATAMIENTO DEL DOLOR**

Los analgésicos podrán reducir la intensidad o duración del dolor, pero únicamente

un analgésico local que bloquee la región podría eliminar, por completo, esa sensación de dolor. Resulta, por tanto, fundamental que los pacientes reciban apoyo mediante una combinación de técnicas las que les ayuden a superar el dolor durante los cambios de apósito.

## **Farmacológicos**

### **Analgesia**

Antes del cambio de apósito hay que valorar cuidadosamente los requisitos del paciente en relación con la analgesia. En el caso de que existiera un dolor subyacente por la herida o que el dolor debido a otras patologías fuera escasamente controlado, se debería revisar la pauta de analgésicos que recibe el paciente en esos momentos y, dado el caso, derivar al paciente al especialista. No obstante, no podemos esperar que el paciente se quede sin tratamiento mientras espera la revisión clínica por parte de un especialista en dolor crónico, por lo que mientras tanto se deberían aplicar los principios básicos relativos a un óptimo tratamiento del dolor. La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado una escalera de analgésicos como una guía útil para ajustar la dosis y la intensidad del nivel de dolor<sup>25</sup>. Senecal ha aplicado este instrumento al dolor debido a heridas, recomendando los pasos a seguir para conseguir una correcta analgesia que se describen en la recuadro 226.

Se recomienda que el tipo de analgésico empleado tarde poco en alcanzar el efecto máximo, que se ajuste fácilmente a los requisitos del cambio y produzca los mínimos efectos secundarios posibles, a pesar de que la elección final del fármaco vendrá estará condicionada por los antecedentes del paciente, la intensidad del dolor y el entorno asistencial<sup>27</sup>.

Un tema importante en la recomendación de una analgesia específica es la falta de evaluación clínica sobre el impacto de los analgésicos en el dolor causado por heridas y en la cicatrización; aunque esto no debería justificar un escaso uso de medicación puesto que la necesidad de aliviar el sufrimiento del paciente es más que evidente cuando el paciente califica los procedimientos como dolorosos.

Los antiinflamatorios no esteroides (AINE) actúan de modo periférico inhibiendo la enzima ciclo-oxigenasa (COX). Esta enzima es la que transforma el ácido araquidónico, liberado desde las paredes de las células dañadas, en prostaglandinas inflamatorias. Los AINE reducen considerablemente el dolor, pero pueden ser el origen de úlceras gástricas, disfunciones renales, así como de hemorragias prolongadas como consecuencia de una coagulación defectuosa. Aún está por evaluar el efecto de los AINE en la cicatrización de las heridas<sup>28</sup>. No obstante, el riesgo de una hemorragia prolongada y la reducción de las necesidades de la respuesta inflamatoria deberían tenerse en cuenta antes de comenzar el tratamiento con AINE.

Las enzimas específicas AINE COX-2, recientemente desarrolladas, no inhiben toda la síntesis de las prostaglandinas, pero sí actúan de manera selectiva sobre aquellas que son responsables de la transmisión del dolor. Incluso con estas mejoras, los AINE por sí solos, no podrían aliviar el dolor en casos agudos.

Los opiáceos suaves como la codeína, administrados hasta una hora antes de proceder a las curas, pueden aliviar el dolor e incluso mantener su efecto un tiempo después de las mismas. Podría ser necesario administrar opiáceos más fuertes, como la buprenorfina o la morfina, cuando la intensidad del dolor sea tal que afecte negativamente a la capacidad del paciente de soportar las curas.

Además de los analgésicos orales, la aplicación tópica de analgésicos locales puede ayudar aliviar la intensidad del dolor. Un reciente meta-análisis de estudios en los que se usaba la crema EMLA durante el desbridamiento ha mostrado una reducción significativa, desde el punto de vista estadístico, de la intensidad del dolor<sup>29</sup>. El uso tópico de la morfina en heridas, utilizando como vehículo transportador un hidrogel, también ha dado resultados

prometedores en lo que a cuidados paliativos se refiere<sup>30</sup>. No obstante, se necesita seguir investigando para determinar el uso más eficaz de estos productos.

Entonox, un gas analgésico administrado por el propio paciente, compuesto por oxígeno y óxido nitroso, debería tenerse en cuenta en las curas dolorosas. Se ha generalizado su uso en hospitales y es muy valorado por su rápida acción analgésica<sup>31</sup>. Sin embargo, únicamente debería emplearse Entonox mientras duren las curas y no se recomienda su uso prolongado para el alivio durante todo el tiempo de dolores de tipo general.

## **2. Pasos recomendados de analgésicos para dolores relacionados con las heridas**

**Paso 1:** Utilizar AINE ± anestesia local.

**Paso 2:** Añadir un opiáceo suave (vía oral a ser posible).

**Paso 3:** Sustituir el opiáceo suave por un analgésico opiáceo fuerte

*Adaptado de Senecal 1999*

## **No farmacológicos**

### **Reducción de la ansiedad**

El tiempo invertido con el paciente antes de proceder a la retirada de apósitos se considera un tiempo bien empleado. Hablar con el paciente respecto al nivel de dolor que se espera que experimente, junto a una explicación de las distintas medidas que se van a poner en marcha con la finalidad de reducir al mínimo el dolor, ayudará al paciente a experimentar menos sensaciones de miedo y ansiedad. Aquellos pacientes que experimentan mayor dolor del esperado durante las curas, puede que confíen menos en el enfermero o enfermera que les está curando<sup>[32]</sup> y, por tanto, demostrar una mayor ansiedad ante futuros cambios de apósito.

La ansiedad, como el dolor, está influenciada por factores fisiológicos y psicológicos. La ansiedad genera una respuesta autónoma (p.ej. : tensión muscular y latidos del corazón) mientras que la atención que se presta al dolor, las experiencias pasadas y el significado del dolor contribuyen, en conjunto, a la interpretación de los estímulos dolorosos<sup>32,33</sup>. El impacto de estos factores sobre el dolor que experimenta el paciente está muy lejos de ser algo claro y puede ser objeto de futuras investigaciones.

Smith *et al* han propuesto algunas medidas sencillas que podrían emplearse para reducir la sensación de ansiedad durante las curas dolorosas<sup>34</sup>. Estas medidas se han aplicado en el contexto del cambio de apósito (recuadro 3). Existen grandes posibilidades de creatividad en los enfoques presentados para tratar la ansiedad mediante la distracción como es, por ejemplo, el uso de la música<sup>35</sup>, debiendo siempre negociar con cada paciente, todos y cada uno de estos elementos.

### **Selección y retirada del apósito**

Es importante elegir apósitos que, al retirarlos, reduzcan el grado de estímulo sensorial de la zona ya sensibilizada por la herida. Aquellos apósitos, como las gasas, que se adhieren a la piel y luego se han de arrancar envían más información sensorial a los receptores de la piel que los apósitos que crean un ambiente húmedo, los cuales se desprenderán fácilmente<sup>[36]</sup>. Los productos con silicona suave han sido recomendados para reducir el dolor y las agresiones, durante la retirada del apósito<sup>[7,37]</sup>. Los hidrogeles, las hidrofibras, los alginatos y los productos con silicona blanda fueron todos ellos bien valorados por los profesionales que participaron en un reciente estudio internacional sobre el dolor y agresiones, siendo considerados como los menos susceptibles de producir dolor durante los cambios de apósito<sup>5</sup>. Un estudio llevado a cabo por Dykes *et al* ha constatado

que ciertos apósitos adhesivos arrancan la piel del paciente al ser retirados. El producto con silicona blanda empleado en dicho estudio presentó los mínimos efectos traumáticos presentados, a pesar de que dicho estudio se realizó en un entorno experimental sobre pieles sanas[38].

Cuando se procede a retirar el apósito en un paciente, se debería intentar, por todos los medios, evitar manipulaciones innecesarias de la herida y evitar lesionar más aún las delicadas estructuras implicadas en la cicatrización, tanto dentro de la herida, como en la piel adyacente a la misma. Puesto que un gran número de pacientes pueden ser curados en su domicilio, es importante que los cuidadores informales, principalmente familiares, que vayan a realizar las curas puedan retirar, con facilidad, los apósitos sin causar dolores innecesarios.

### **3. Métodos para reducir la ansiedad durante los cambios de apósito**

1. Determinar aquello que el paciente identifica como productor del dolor y lo que identifica como aliviador del mismo.
2. Invitar al paciente a participar tanto como desee, p.ej. : retirarse él mismo el apósito.
3. Animar al paciente a que respire lentamente manteniendo el ritmo mientras se le retira el vendaje.
4. Hacer que el paciente marque el ritmo según prefiera. Proponerle «tiempos muertos». Si al paciente le preocupa no poder decirle a usted que se detenga, convenga en alguna señal para indicar el «tiempo muerto» ya sea con las manos o levantando un dedo.

#### **Estrategias recomendadas para aliviar el dolor durante los cambios de apósito**

**Evitar todo estímulo innecesario sobre la herida como puedan ser las corrientes de aire o el hecho de pinchar la herida o darle un golpe**

**Manipular las heridas con suavidad, siendo consciente de que cualquier mero contacto puede producir Dolor**

##### **Elegir un apósito:**

- que sea apropiado para el tipo de herida
- que mantenga un medio ambiente húmedo a fin de poder reducir las fricciones en la superficie de la herida
- que minimice el dolor y las agresiones durante su retirada
- que pueda permanecer en su sitio durante largos períodos de tiempo para reducir la necesidad de cambios frecuentes de apósito

##### **Reconsiderar su elección en caso de que:**

- la retirada esté creando problemas de dolor, hemorragia ó agresiones en la herida o en la piel que hay alrededor de la misma
- la retirada del apósito se debe hacer mediante su humedecimiento

**Leer las instrucciones del fabricante respecto a la técnica a emplear para su retirada**

### **Selección del apósito y dolor continuo**

Es importante evaluar el impacto de la elección del apósito según el dolor experimentado entre los cambios de apósito, puesto que esto influirá en el dolor que se sienta al retirar el mismo. Sin embargo, se desconoce exactamente la relación exacta existente entre el apósito y el dolor experimentado sobre la superficie de la herida.

Los apósitos borran el recuerdo visual de la herida al cubrir ésta, permitiendo así que el paciente realice sus actividades diarias con normalidad y no preste tanta atención al dolor que le produce la herida. Los apósitos constituyen, asimismo, una barrera a los estímulos mecánicos causados por las fuerzas de fricción y cizalla. Además, puede que la oclusión o absorción altere la composición del exudado de la herida y el equilibrio de los mediadores inflamatorios como las prostaglandinas, presentes en la herida.

Durante décadas se ha sabido que los apósitos que mantienen la herida en condiciones de ambiente húmedo pueden mejorar la cicatrización, además de resultar menos dolorosos que los productos tradicionales como las gasas. Mientras que las evidencias favorecen el uso de productos modernos en detrimento del uso de gasas y tules

de parafina para aliviar el dolor<sup>39-41</sup>, aún no existen hoy por hoy, informaciones fiables que demuestren diferencias significativas entre los resultados obtenidos por productos modernos con propiedades comparables. Tal vez resulte más importante saber que es necesario disponer de información para conocer el impacto que causan los diferentes apósitos sobre los distintos tipos y características de heridas. Por ejemplo, un apósito concebido para absorber lo exudado, colocado sobre una herida ligeramente exudada puede producir dolor por “aspiración”<sup>11</sup>, o podría adherirse a la herida causando fricción y produciendo un efecto de roce constante sobre la superficie de la piel.

## **CONCLUSIONES**

Las heridas siempre dolerán en mayor o menor grado, pero disponemos de múltiples posibilidades para controlar el impacto del dolor en nuestros pacientes. Podemos mejorar su capacidad de enfrentarse a lo desagradable que resultan los necesarios cambios de apósito mediante el uso de una valoración precisa, una buena preparación, una adecuada analgesia y un elevado nivel de técnica clínica, así como empleando los materiales de limpieza y los apósitos más apropiados. Los beneficios directos del alivio del dolor en los índices de curación de heridas precisan un estudio más detallado, aunque simplemente mostrando respeto, empatía y cuidados a nuestros pacientes disponemos de la clave de lo que significa una buena práctica en atención de salud, haciendo que la curas sean procedimientos más agradables, tanto para los pacientes como para los profesionales.

Los profesionales asistenciales han de ser clínicamente competentes, tener ciertos conocimientos en la materia y estar motivados a fin de actuar de la mejor manera posible para atender al paciente. A pesar de que aún quedan muchos estudios por realizar sobre determinados tipos de heridas así como sobre los métodos más apropiados para su tratamiento, no es menos cierto que ya se disponen de ciertos conocimientos que deberían ser explotados y utilizados en la práctica diaria.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Franks PJ, Moffatt CJ. Quality of life issues in patients with wounds. *Wounds* 1998; 10 (Suppl E): 1E–9E.
2. Puntillo KA, White C, Morris AB et al. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from the Thunder Project II. *Am J Crit Care* 2000; 10(4) 238–51.
3. Noonan L, Burge SM. Venous leg ulcers: is pain a problem? *Phlebology* 1998; 13: 14–19.
4. Szor JK, Bourguignon C. Description of pressure ulcer pain at rest and at dressing change. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 1999; 26(3): 115–20.
5. Moffatt CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Understanding wound pain and trauma: an international perspective. *EWMA Position Document: Pain at wound dressing changes* 2002: 2–7.
6. Grocott P. Palliative management of fungating malignant wounds. *J Community Nurs* 2000; 14(3): 31–8.
7. Hollinworth H. Pain and wound care. Wound Care Society Educational Leaflet. Huntingdon, UK: Wound Care Society 2000; 7(2).
8. Hollinworth H, Collier M. Nurses' views about pain and trauma at dressing changes: results of a national survey. *J Wound Care* 2000; 9: 369–73.
9. Choniere M, Melzack R, Girard N et al. Comparisons between patients' and nurses assessment of pain and medication efficacy in severe burn injuries. *Pain* 1990; 40: 143–52.
10. Kitson A. Postoperative pain management: A literature review. *J Clin Nurs* 1994; 3: 7–18.
11. Hollinworth H. Nurses' assessment and management of pain at dressing changes. *J Wound Care* 1995; 4(2): 77–83.
12. Franks PJ, Moffatt CJ. Who suffers most from leg ulceration? *J Wound Care* 1998; 7: 383–5.
13. Turk DC. Assess the person, not just the pain. *Pain: Clinical Updates*. International Association for the Study of Pain (IASP) 1993; 1(3).
14. Nagy S. Strategies used by burns nurses to cope with the infliction of pain on patients. *J Adv Nurs*

- 1999; 29(6): 1427–33.
15. Krasner D. The chronic wound pain experience. *Ostomy Wound Manage* 1995; 41(3): 20–5.
  16. Melzack R, Casey KL. The Skin Senses. Springfield IL 1968; 423–43.
  17. McQuay HJ, Moore RA, Eccelston C et al. Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technol Assessment* 1997; 1(6): 75–84.
  18. Pasero CL. Procedural pain management. *Am J Nurs* 1998; 98(7):18–20.
  19. Dobson F. The art of pain management. *Prof Nurse* 2000; 15(12): 786–90.
  20. Jensen MP, Karoly P. Self report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk D, Melzack R (Eds). *Handbook of Pain Assessment*. New York: Guildford Press 1992; 135–52.
  21. Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera LA. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10(8): 591–8.
  22. Latarjet J. Pain management of dressing changes for patients with burns. *EWMA Journal* 2002; (In press).
  23. Bennett M. The LANSS pain scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain* 2001; 92(1-2): 147–57.
  24. Snaith PR, Zigmond A. *The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual*. Nfer-Nelson, Berkshire, 1994.
  25. World Health Organisation. *Cancer Pain Relief* (2nd ed). Geneva: WHO, 1996.
  26. Senecal SJ. Pain management of wound care. *Nurs Clin North Am* 1999; 34(4): 847–60.
  27. Heafield H. The management of procedural pain. *Prof Nurse* 1999; 15(2): 127–9.
  28. Choniere M. Burn pain: a unique challenge. *Pain: Clinical updates*. International Association for the Study of Pain (IASP) 2001; 9 (1).
  29. Briggs M, Nelson EA. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. Oxford: The Cochrane Library, 2001; Issue 1 (Update Software, online or CDROM, updated quarterly).
  30. Twillman RK, Long TD, Cathers TA et al. Treatment of painful skin ulcers with topical opioids. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17(4): 289–92.
  31. Day A. Using Entonox in the community. *J Wound Care* 2001;10(4): 108.
  32. Vingoe FJ. Anxiety and pain: terrible twins or supportive siblings? In: Gibson HB (Ed). *Psychology, Pain and Anaesthesia*. New York: Chapman and Hall 1994: 282–307.
  33. Arntz A, Dressen L, Merckelbach H. Attention, not anxiety, influences pain. *Behav Res Ther* 1991; 29: 141–50.
  34. Smith NK, Pasero CL, McCaffery M. Non-drug measures for painful procedures *Am J Nurs* 1997; 97(8): 18–20.
  35. Angus JE, Faux S. The effect of music on adult postoperative patients' pain during a nursing procedure. In: Funk SG et al (Eds.). *Key Aspects of Comfort: the management of pain, fatigue and nausea*. New York: Springer 1989; 166–72.
  36. Briggs M. Surgical wound pain: trial of two treatments. *J Wound Care* 1996; 5(10): 456–60.
  37. Naylor W. Assessment and management of pain in fungating wounds. *Br J Nurs* 2001 (Suppl); 10(22): S53–52.
  38. Dykes PJ, Heggie R, Hill SA. Effects of adhesive dressings on the stratum corneum of the skin. *J Wound Care* 2001; 10: 7–10.
  39. Thomas S. Alginate dressings in surgery and wound management – part 2. *J Wound Care* 2000; 9(3): 115–19.
  40. Dawson C, Armstrong MW, Fulford SC et al. Use of calcium alginate to pack abscess cavities: a controlled clinical trial. *J R Coll Surg Edinb* 1992; 37(3): 177–9.
  41. Foster L, Moore P. The application of cellulose fibre dressings in surgical