



EL DOLOR EN LAS HERIDAS CRÓNICAS Y TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Carmen Blasco
Estrella Perdomo
Fernando Martínez
Miembros del comité director del GNEAUPP
Asun Sancho
Miembros del comité consultor del GNEAUPP



EL DOLOR.....

El dolor supone una respuesta fisiológica defensiva y positiva que alerta sobre la existencia de agresiones potencialmente lesivas para la salud.

Cuando el dolor fisiológico se cronifica (>7 semanas) se convierte en enfermedad, pierde su función defensiva, produce sufrimiento y reacciones negativas.



Otras definiciones:

“El dolor en su sentido más amplio incluye sufrimiento y se refiere a cualquier sentimiento experimentado como desagradable o indeseable, y como consecuencia se desea evitar.” **(J. Drain 1999)**

“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”.

Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)



"Dentro de los millones de europeos sufren de dolor crónico, hay un grupo sorprendentemente elevado de personas que han pasado por alto durante años: las personas que sufren del dolor de heridas crónicas. Este problema común que afecta a uno de forma inesperada, no sólo los ancianos y los inmovilizados, sino muchos otros. Todos hablan del dolor como la parte más debilitantes de vivir con las heridas crónicas. A pesar de ser el principal problema que tienen que hacer frente, este dolor devastador ha sido descuidado y pasado por alto".

Leighton Mandy-Bellichach

Presidente de la Red de Dolor Europeo y Presidente de la Sociedad de Lucha contra el Dolor, Israel.



Estudios :

- 2% de la población sufre úlceras vasculares
- Aprox. 70% de estas úlceras transcurren con dolor
- 59% de upps
- 48% úlceras en pie diabético

El dolor asociado a las heridas crónicas es un problema importante, pero para muchos profesionales sanitario no resulta una prioridad

El dolor en las heridas Crónicas no recibe posiblemente la atención que se merece.

Una gran parte de las personas que sufren lesiones crónicas, aguanta frecuentemente un dolor persistente que es difícil llegar en ocasiones a diagnosticar.

Sabemos que un dolor mantenido produce un estado de excitación y nerviosismo, que bien valorado y controlado es un aspecto básico en el tratamiento de las heridas crónicas y que afecta directamente en el bienestar del paciente.



Sistemática de actuación:

Identificar- el dolor como un problema:

Observar- comunicación no verbal :gestos de dolor, expresión facial, postura...

Preguntar- si siente dolor, cuanto dolor, como lo calificaría, ..

Las personas mayores
no lo manifiestan
a veces de forma verbal
por “no molestar”
y porque “hay que aguantar”.





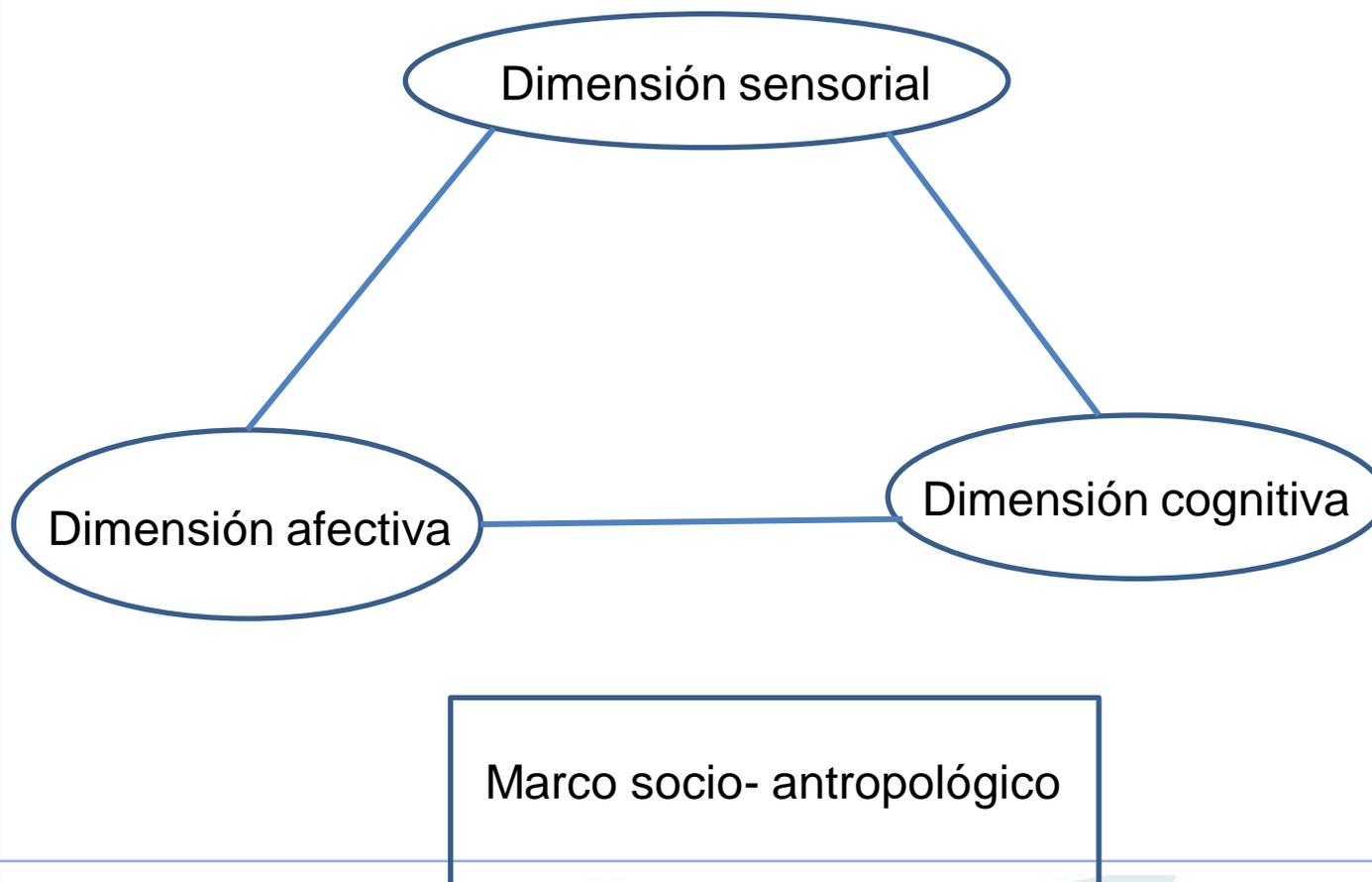
- No valorar el dolor en este tipo de lesiones de forma prioritaria puede ser debido a no ser conscientes de la gravedad que ello supone y las consecuencias a las que conlleva.
- Existe una falta de sensibilización en profesionales constituyendo una barrera para el tratamiento efectivo de las heridas y de la persona que lo padece en su integridad personal.

**“ El dolor es siempre que el paciente dice que es
y
existe siempre que él lo refiere”**

(Mc Caffery, 1972)



Teoría del dolor Melzack y casey 1968



soledad

inseguridad

Irritabilidad

Dolor

Trastornos
de la movilidad

Trastornos
de sueño

tristeza

↓ De
autoconfianza

Trastornos
del apetito

Aliviar el dolor es prioritario

Frustración

Perdida del
control
de sus vidas

aflicción

Relaciones
con sus
amigos y familiares

ansiedad

Baja Autoestima

Vergüenza



Dolor

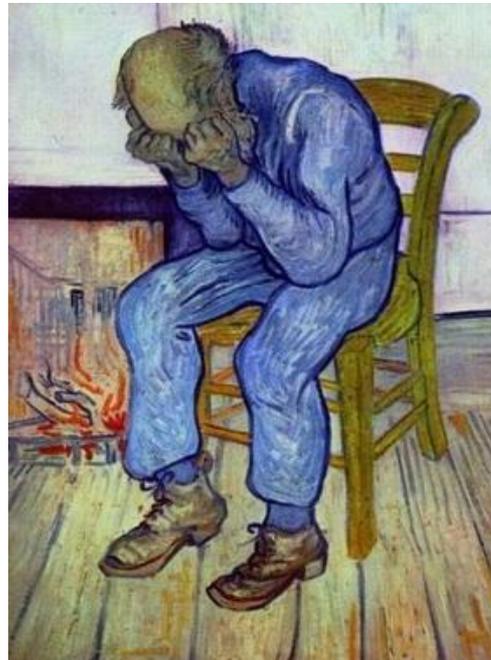
Rechazo de la pareja

Soledad

Aislamiento

Dependencia
Física
Social
Económica

Perdida del empleo





“ Soy una carga y ahora esto.....”

“ Siempre me está doliendo, pero durante las curas me duele más.....es como si me rasparan dentro.”

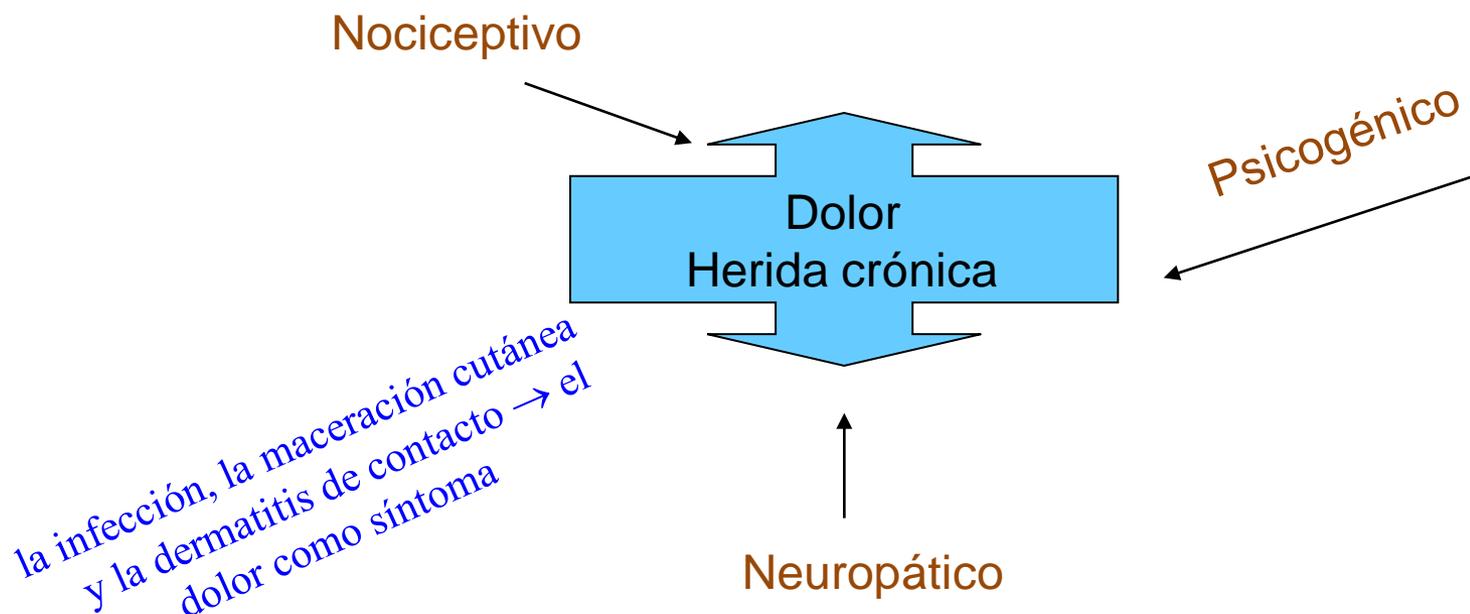
“ Es una tremenda sensación de miedo a despertar y encontrar que has perdido la mitad de tus nalga, de que parte de tu cuerpo, se ha ido”

“Conozco al detalle cada uno de los huequecitos de la pared de mi lesión...”



Clasificación del dolor en las heridas crónicas

Daño tisular ⇒ Dolor nociceptivo
Daño del tejido nervioso ⇒ Dolor neuropático
Temor y miedo ⇒ Dolor psicogénico





Dolor inflamatorio
El daño tisular y la inflamación sensibilizan las terminaciones nerviosas

Melzack y casey 1968

Hiperalgnesia
Un aumento en la sensibilidad de la herida y en la piel circundante puede producir que pequeños estímulos puedan resultar muy dolorosos

Dolor neuropático
Un daño en los nervios produce vías anormales de dolor

Alodinia
Se produce una respuesta exagerada del sistema nervioso, haciendo que el paciente lo perciba como "atroz"

Teoría del dolor



Tipos de dolor en heridas crónicas



Agudo

Crónico

Temporal
Limpieza
Desbridamiento
Cambio de apósito

Persistente
Reposo
Actividad

Es un síntoma
Por traumatismo o lesión
Proporcional al estímulo que lo produce
Bien localizado
Función de protección y advertencia
Responde bien al tratamiento

Es una enfermedad, más que un síntoma.
De intensidad no proporcional al estímulo que produce
Sin función de protección y advertencia.
Dolor inútil.
No responde bien al Tto.

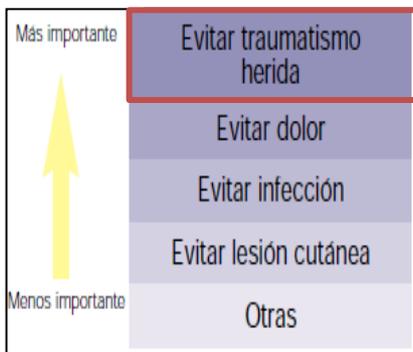


Los cambios de apósito producen un tipo de dolor de la herida en las heridas crónicas: **"dolor agudo cíclico en la herida"**

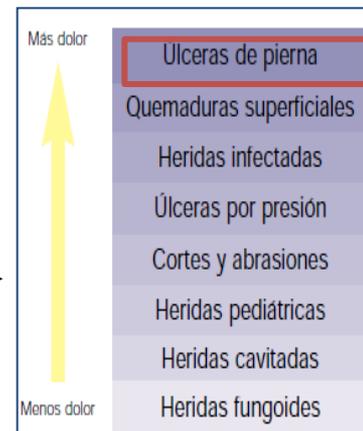
(acompaña a los procedimientos ordinarios.)

(Krasner 1995)

Dolor de Krasner



Consideraciones durante cambios de apósito



Experiencia de dolor al cambiar el apósito

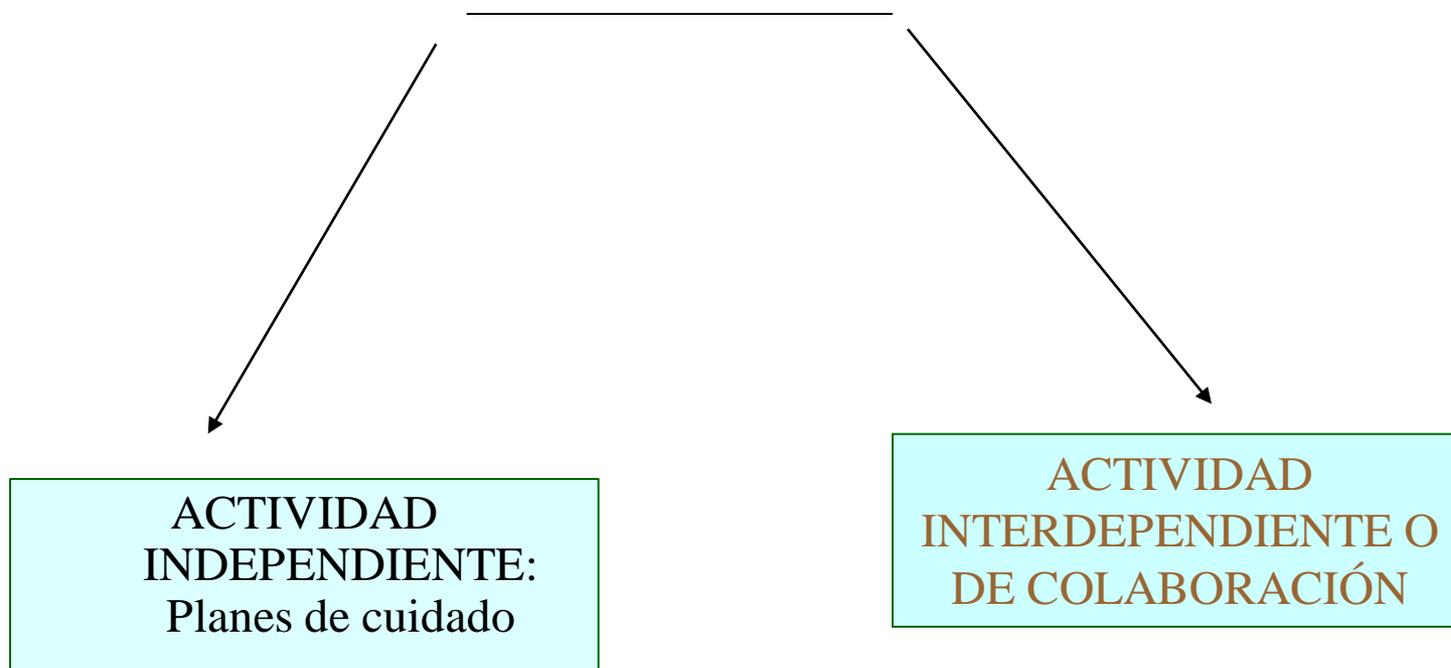


Factores que contribuyen al dolor durante los cambios de apósito



Actuación de enfermería:

Aplicación de técnicas específicas de tratamiento de dolor en Enfermería,
atendiendo aspectos: prevención, vigilancia y aplicación terapéutica





Sistemática de valoración del dolor en heridas crónicas

Valoración del dolor

Valoración de la herida
Cuidado local de la herida
Control del dolor

localización, intensidad (vas), adaptación del tto., asociaciones al dolor, ABVD, calidad de vida, reevaluación

Control eficaz del dolor

Escala Visual Analógica (EVA) (0-10cm)
(Aitken 1969, Wong – Baquer 1986)
Escala Numérica de la Intensidad del dolor
Escala Descriptiva Simple de intensidad dolor (Escala Verbal)

Local

Sistémico

Oral
Im
Iv
Sbc

Escalera analgésica de la OMS



LA ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

En 1982 la OMS organizó una reunión de expertos para diseñar unas pautas generales consensuadas sobre el tratamiento analgésico, y el primer documento se publicó en 1984, y quedó sistematizado como la escalera analgésica de la OMS.

Desde entonces ha sufrido múltiples modificaciones, considerándose hoy que consta de 5 escalones que integran el uso de vías alternativas y técnicas invasivas, teniendo además en cuenta fármacos coanalgésicos, intervención psicológica y de apoyo emocional.

- 1 peldaño: analgésicos no opioides (AINES, paracetamol, metamizol..)
- 2 peldaño: analgésicos opiáceos débiles o menores (codeína, tramadol)
- 3 peldaño :analgésicos opiáceos potentes (morfina, hidromorfina, fentanil transcutáneo, etc..)
- 4 peldaño: Vía espinal, vía subcutánea
- 5 peldaño: bloqueos nerviosos, medidas ambientales...



Reducción de la ansiedad



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.

Doc. Posicionamiento EWMA



La fitoterapia aplicada al dolor

Lavanda



(Lavandula angustifolia)



Amapola

(Papaver rhoeas)

Alcaloides: Rhoeadina

Aceite esencial:
Alcoholes terpénicos
(linalol, geraniol y borneol)

El limoneno y el ácido caféico

Tila

(Tilia Europaea)



Manzanilla

(Chamaemelum nobile Camomila)



Melisa

(Melissa officinalis, Citronela y Toronjil)



Citronelol y geraniol

ácido caféico y ácido salicílico



mentona,
limoneno



Menta- Poleo
(Mentha pulegium)

Hierba Luisa
(Aloysia triphylla)

Raíz: aceite
esencial(canfeno,
pineno, limoneno y
borneol)



Valeriana
(Valeriana officinalis)



Pasiflora

(Passiflora caerulea)



Limoneno
y
geraniol



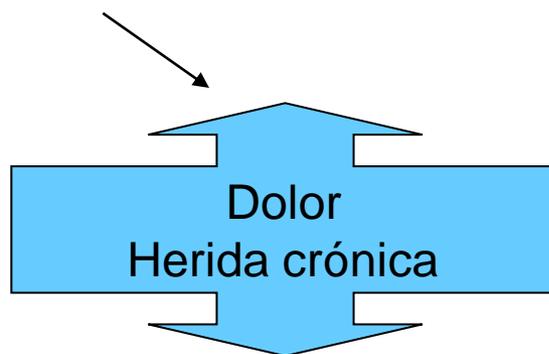
Alcaloides
y
flavonoides



Clasificación del dolor en las heridas crónicas

Nociceptivo Daño tisular

Curcuma, corteza de sauce



Psicogénico Temor y miedo

Hypericum-Calcynum (hierba de San Juan)

Neuropático Daño del tejido nervioso

Capsicum, ajo, ginkgo biloba



Curcumina



Cúrcuma azafrán de raíz
(Cúrcuma longa)

Salicina → ácido salicílico



Corteza de Sauce blanco
(Salix Alba)

Dolor Psicogénico

Hypericum Perforatum
(hierba de San Juan)



hipericina,
pseudohipericina
y
los flavonoides



Dolor neuropático



Pimientos enanos y ají

(Capsicum annum)

Capsaicina



Ajo
(Allium sativum)

Compuestos
azufrados,
selenio,
vit B y C

ácidos, flavonoides,
aminoácidos,
vitaminas y minerales



ginkgo biloba

(ginkgo biloba)