

El Uso de Apósitos de Plata de Membrana Polimérica en Quemaduras

Jacky Edwards, enfermera especialista Clinical Nurse Specialist y Sally Ann Mason, supervisora de la unidad de quemados
Unidad de Quemados de Manchester, Hospital Universitario de South Manchester

jacky.edwards@uhsm.nhs.uk
sally.mason@uhsm.nhs.uk

Introducción

El dolor provocado por quemaduras se describe como insoportable, y algunos autores incluso lo consideran "un infierno vivo"¹. Seguramente, la mayoría estarán de acuerdo en que **el dolor de las quemaduras es uno de los más intensos**².

El dolor de las quemaduras tiene una naturaleza única y muchos pacientes, al principio, puede que apenas sientan dolor durante las primeras horas, debido a la reacción e impresión inicial. Sin embargo, una vez se siente dolor, comienza una serie interminable de procedimientos, curas y apósitos que contribuye a sentir más dolor.

Tradicionalmente, en el tratamiento de quemaduras y en gran parte debido al tamaño, se ha dado prioridad a los apósitos tipo gasa impregnada en vaselina. Desafortunadamente, estos causan mucho dolor o traumatismos al retirarlos, y se desprenden fibras que caen en la herida. A su vez, esto lleva a un dolor más intenso en cada cambio de apósito, lo que provoca ansiedad ante los futuros cambios y, en consecuencia, un mayor dolor.

Por ese motivo, los facultativos están a la búsqueda del "**apósito ideal**", que favorezca la cicatrización, pero que a la vez reduzca el dolor y la duración del tratamiento.

El Sr. H era un varón de 22 años que se escaldó con una cazuela de agua caliente que cayó sobre el dorso de su pie derecho. Causó **quemaduras en un 1 % del ASTC**, que fueron de naturaleza dérmica. Fue ingresado en la unidad de quemados y se le dio el alta tres días más tarde para que acudiera al ambulatorio. Se le aplicaron apósitos de plata de membrana polimérica.



Fotografía inicial de la quemadura en la primera consulta, de gran profundidad en algunas partes.



La herida en el **6º día**, con un aspecto ligeramente más profundo y un poco inflamada, algo habitual en quemaduras en los pies.



La herida en el **10º día**. La inflamación ha remitido y hay indicios sólidos de cicatrización.



La herida en el **17º día**, progresa bien y se ha cambiado el apósito a una versión adhesiva ovalada. La herida se cerró por completo 3 días más tarde.

El Sr. R era un varón de 40 años que se durmió con una freidora encendida. Se despertó y encontró la casa en llamas; **sufrió quemaduras en el rostro y ambos brazos, en un 9 % del ASCT**. Se le empezó a tratar en Edimburgo y se trasladó a nuestro servicio 5 días después de haberse producido la quemadura. Las zonas afectadas estaban en carne viva y eran muy dolorosas. El paciente había recibido un tratamiento de gasas con vaselina y crema sulfadiazina argéntica. Al ser tan doloroso y tener tan poca amplitud de movimiento, se decidió tratar el **brazo izquierdo** y el primer espacio interdigital de la mano derecha con apósitos de plata de membrana polimérica.



Brazo izquierdo, **cinco días** tras la quemadura. Era **muy dolorosa**, y hubo que volverle a ingresar en el departamento de gestión del dolor y vendajes.



El **brazo izquierdo se curó tras 15 días de tratamiento**. El Sr. R quedó muy contento con los apósitos y con el alivio de dolor que sintió, y pudo recuperar la funcionalidad total.



El **1º espacio interdigital** del Sr. R a los cinco días de producirse la herida. Tenía mucho dolor en el pulgar.



La **herida tras 7 días** de tratamiento con apósitos de plata de membrana polimérica. Sin dolor.



La herida **tras 14 días de tratamiento**, la zona está casi curada. Colocar el apósito en esta área resultó un poco más difícil.

Objetivo

Esta fue una **evaluación de prueba de concepto sobre el uso potencial de apósitos de plata de membrana polimérica** en una variedad de quemaduras para decidir si se requería una evaluación adicional.

Método

Se trató con apósitos de plata de membrana polimérica a 3 pacientes con heridas por quemaduras. Estos apósitos contienen elementos que atraen y concentran sustancias cicatrizantes del cuerpo en el lecho de la herida, lo que favorece una cicatrización rápida y facilita el desbridamiento autolítico al suavizar la unión entre los restos y el lecho de la herida. El agente tensioactivo, el glicerol y el copolímero de almidón, actúan sinérgicamente para favorecer la limpieza y cicatrización de la herida. Las partículas de plata nanocristalinas están incluidas en la matriz de espuma, y no se liberan a la superficie de la herida³.

El Uso de Apósitos de Plata de Membrana Polimérica con Quemaduras

Resultados

Todos los pacientes dijeron que el apósito era cómodo, fácil de aplicar y retirar; y que lo preferían a otros productos que ya habían probado. El personal sanitario confirmó que el apósito era fácil de usar y que favorecía eficazmente la cicatrización en estas heridas tan dolorosas.

Los únicos comentarios negativos apuntaba a que el personal habría preferido apósitos más "pegajosos", porque a veces resultaron un poco difíciles de aplicar.

Conclusión

Estos estudios de caso han confirmado que los apósitos de plata de membrana polimérica pueden ser un elemento complementario útil en tratamientos de este tipo de heridas. Se han llevado a cabo otras evaluaciones formales tanto en quemaduras recientes como en heridas relacionadas con quemaduras sin cicatrizar durante un largo periodo. Gracias a los resultados positivos de estas evaluaciones, estos apósitos de plata de membrana polimérica se han convertido en un elemento clave disponible en los almacenes de los centros de quemados.

Discusión

Los apósitos de plata de membrana polimérica ofrecen muy buenas ventajas clínicas si se usan en quemaduras y heridas relacionadas con ellas. En general, el dolor se redujo con el uso de estos apósitos, y, dado que este es uno de los tipos de herida más doloroso, podría haber tenido un efecto positivo en la cicatrización de la herida y la recuperación de la funcionalidad habitual del miembro afectado.

Este podría ser un descubrimiento de gran importancia en términos de gestión de heridas, ya que antes se asumía el dolor como una consecuencia de las quemaduras, y los pacientes esperaban sentirlo en los cambios de apósitos. Watkins *et al.* sugieren que la ansiedad aparece con anticipación, en el sentido de que el factor estresante no es la quemadura, sino el dolor intenso y repetitivo que se sufre, y para el que no se ha pautado un analgésico adecuado. Exponen que, una vez que el paciente ha aprendido a asociar el tratamiento de la quemadura con el dolor, ni siquiera una dosis elevada de analgesia será suficiente. Este apósito ofrece a los profesionales sanitarios la oportunidad de evitar que los pacientes aprendan sobre el dolor y, de este modo, evitar el dolor anticipado y previsto.

La Srta. M era una mujer de 29 años, que se vio envuelta en un fuego en su vivienda provocado por una vela que dejó encendida y prendió un cojín. Cuando se despertó, pisó el cojín y se ocasionó quemaduras en el pie derecho. Eran muy profundas y dolorosas, y ocupaban un 0,2 % del ASTC. Fue trasladada tarde, 7 días después del accidente y comenzó el tratamiento con diferentes tipos de apósitos, incluyendo crema sulfadiazina, apósitos de plata primarios, apósitos de plata con silicona, y apósitos de plata absorbentes de alginato. Sin embargo, todos estos apósitos resultaron muy dolorosos y se decidió utilizar apósitos de plata de membrana polimérica. Se utilizó uno de los apósitos en la versión para cavidades (sin una capa de película), que se adaptó muy bien alrededor de los dedos de la paciente.



Fotografía inicial de las heridas cuando la paciente llegó al centro 7 días tras la quemadura.



31º día, 3 días tras la primera aplicación. La Srta. M dijo que los apósitos eran muy cómodos y aliviaban el dolor. Había sólidos indicios de cicatrización.



En el 28º día, cuando se comenzó a usar apósitos de plata de membrana polimérica. Sufrió mucho dolor en el espacio interdigital.



Casi cerrada en el 36º día, se dejaron de usar apósitos.

Referencias

- 1 - Robertson K.E., Cross P.J. & Terry J.C. (1985) Continuing education in burn care. American Journal of Nursing, 85, 29-50
- 2 - Patterson D.R. (1992) Practical Applications of Psychological Techniques in Controlling Burn Pain. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 13, 1, 13-18.
- 3 - Burd A, Kwok CH, Hung SC, Chan HS, Gu H, Lam WK, Huang L. A comparative study of the cytotoxicity of silver based dressings in monolayer cell, tissue explant, and animal models. Wound Repair and Regeneration 2007;15:97-104.
- 4 - Watkins P.N., Cook E.R., May S.R. & Still J.M. (1992) The Role of the Psychiatrist in the Team Treatment of the Adult Patient with Burns. Journal of Burn Care and Rehabilitation, 13, 1, 19-27.

Más información en www.polymem.es, escribiendo a info@polymem.es o contactando con el 91 7330267.