VIVE. Revista de Investigación en Salud
https://revistavive.org
Volumen 8 No. 23, mayo-agosto 2025
ISSN: 2664-3243
ISSN-L: 2664-3243
pp. 790 - 805

Comparación del dolor con epicite hydro y cura convencional en quemaduras de segundo grado profundo

Comparison of pain with epicite hydro and conventional healing in deep second degree burns

Comparação da dor com epicite Hydro e cicatrização convencional em queimaduras profundas de segundo grau

ARTÍCULO ORIGINAL

Crhistian Alexander Chau Ramos[1]
investigaciondrchau@gmail.com

Enrique Antonio Chau Ramos[1]
eachaur@gmail.com

Jair Jaenpiere Torres Chau[1]
jair_torreschau@hotmail.com

Guillermo Martin Wiegering Cecchi[2]
investigaciondrchau@gmail.com

Gustavo René Salcedo Molina[3]
dr.gustavosalcedo@gmail.com

[1]Clínica Skin Medical. Lima, Perú
[2]Clinica Javier Prado. Lima, Perú
[3]Essalud. Puno, Perú

Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:
https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i23.412

Artículo recibido 17 de marzo 2025 / **Aceptado** 21 de abril 2025 / **Publicado** 1 de mayo 2025

RESUMEN

Objetivo: Evaluación del dolor utilizando sustituto de nanocelulosa (EPICITE HYDRO) versus cura convencional en quemaduras de segundo grado profundo en pacientes adultos. **Materiales y métodos**: El estudio es de tipo intervención, analítico, retrospectivo a través del historial clínico, comparativo. Participaron 142 pacientes de ambos sexos, con edades entre 30 a 75 años, atendidos en consultorio externo entre enero de 2022 a julio 2024, realizado en la Clínica Skin Medical. Todos presentaban quemaduras de segundo grado intermedio profundo, afectando menos del 20% de la dermis expuesta. Se utilizó como medición del dolor la escala de (EVA) para ambos grupos y se hicieron las mediciones a las 24 horas, 72 horas, una semana, tres semanas. **Resultados**: Indicándose en promedios con la escala de dolor y comparándose entre ambos grupos, la nanocelulosa (Epicite Hydro) versus cura convencional. Reflejando menores promedios de dolor en el grupo de la nanocelulosa en el periodo de seguimiento respecto al tratamiento convencional. Dando especial atención a una mejoría del dolor en las primeras 24 horas y de manera sostenida en las tomas realizadas a las 72 horas, una semana y tres semanas, corroborándose con los resultados estadísticamente significativos (p<0.05). **Conclusiones**: Se evidenció la mejoría del dolor con la escala de (EVA), con el uso del sustituto de nanocelulosa. Se destaca la existencia del dolor leve para el grupo que usó la nanocelulosa en contraste con el dolor moderado que fue característico en los casos con tratamiento de cura convencional.

Palabras clave: Dolor; EPICITE hydro; Cura convencional; Quemaduras de segundo grado; Pacientes adultos

ABSTRACT

Objective: Pain assessment using a nanocellulose substitute (EPICITE HYDRO) versus conventional treatment for deep second-degree burns in adult patients. **Materials and methods**: This is an interventional, analytical, retrospective, comparative study using clinical records. The study involved 142 patients of both sexes, aged 30 to 75 years, seen in an outpatient clinic between January 2022 and July 2024, conducted at the Skin Medical Clinic. All had deep intermediate second-degree burns affecting less than 20% of the exposed dermis. The pain score (VAS) was used for both groups, and measurements were taken at 24 hours, 72 hours, one week, and three weeks. **Results**: Averages were obtained using the pain scale and a comparison was made between the two groups, comparing nanocellulose (Epicite Hydro) versus conventional dressing. Lower average pain was observed in the nanocellulose group during the follow-up period compared to the conventional treatment. Special attention was paid to pain improvement in the first 24 hours and sustained improvement in the measurements taken at 72 hours, one week, and three weeks, corroborated by statistically significant results (p < 0.05). **Conclusions**: Pain improvement was evident using the VAS scale with the use of the nanocellulose substitute. Mild pain was noted in the nanocellulose group, in contrast to the moderate pain characteristic of cases treated with conventional dressing.

Key words: Pain; EPICITE Hydro; Conventional dressing; Second-degree burns; Adult patients

RESUMO

Objetivo: Avaliação da dor utilizando substituto de nanocelulose (EPICITE HYDRO) versus cicatrização convencional em queimaduras profundas de segundo grau em pacientes adultos. **Materiais e métodos**: O estudo é intervencionista, analítico, retrospectivo por meio de anamnese, comparativo. O estudo envolveu 142 pacientes de ambos os sexos, com idades entre 30 e 75 anos, atendidos em ambulatório entre janeiro de 2022 e julho de 2024, na Clínica Médica da Pele. Todos tinham queimaduras profundas de segundo grau intermediário, afetando menos de 20% da derme exposta. A escala de dor (VAS) foi usada para medir a dor em ambos os grupos e as medições foram feitas em 24 horas, 72 horas, uma semana e três semanas. **Resultados**: Indicados em médias com a escala de dor e comparados entre os dois grupos, nanocelulose (Epicite Hydro) versus cura convencional. Refletindo níveis médios mais baixos de dor no grupo nanocelulose durante o período de acompanhamento em comparação ao tratamento convencional. Destacando-se a melhora da dor nas primeiras 24 horas e de forma sustentada nas medidas realizadas em 72 horas, uma semana e três semanas, corroborada por resultados estatisticamente significativos (p<0,05). **Conclusões**: A melhora da dor foi evidente com a escala (EVA), com o uso do substituto de nanocelulose. Destaca-se a presença de dor leve no grupo que utilizou nanocelulose em contraste com a dor moderada característica dos casos com tratamento convencional.

Palavras-chave: Dor; EPICITE hydro; Cicatrização convencional; Queimaduras de segundo grau; Pacientes adultos

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por quemaduras de segundo grado representan el cuarto tipo de lesión más frecuente a nivel mundial. Aunque las quemaduras profundas requieren intervención quirúrgica, en la última década se han desarrollado diversos apósitos para el tratamiento de quemaduras. El apósito para heridas debe proteger la zona afectada de infecciones, ser biocompatible, mantener un ambiente húmedo en la herida y acelerar su proceso de cicatrización (1,2)

Es muy importante destacar que el dolor es un signo de alarma que muchas veces no es considerado con la importancia necesaria. Este es el reflejo del daño producido a las terminaciones nerviosas que se encuentran en la dermis superficial y profunda. Siempre recordando que estas terminaciones nerviosas del dolor se encuentran a predominio de la dermis superficial o dermis papilar. Al ser estimuladas en primer lugar por la exposición de la dermis superficial; cuando se ha desprendido la epidermis y/o por algún motivo es retirada esta; queda la capa dérmica superficial expuesta, provocando el primer estímulo agresor a las terminaciones nerviosas que serán el primer mecanismo productor del dolor. Luego, como consecuencia a la activación de la cascada inflamatoria debido a la quemadura; se origina la producción de un conjunto de mediadores inflamatorios a nivel dérmico y epidérmico, que serán el segundo mecanismo de estimulación de las terminaciones nerviosas y por consecuencia un aumento de dolor haciéndolo persistente (3,4).

La disminución del dolor durante la cicatrización y la reducción de la formación de cicatrices son factores clave al elegir el apósito ideal para heridas. Una de las alternativas con propiedades comparables es EPICITE-Hydro, compuesto por nanocelulosa sintetizada y un 95% de solución isotónica. Esta hidratación que la nanocelulosa brinda reduce la temperatura intradérmica, reduce la progresión de la quemadura entendida en el mecanismo fisiopatológico de Jackson y disminuye el dolor mediante un efecto de enfriamiento (5,6).

Mecanismo fisiopatológico de Jackson-zonas de las quemaduras

Es importante destacar que comprender las tres zonas de este mecanismo fisiopatológico; nos permitirá analizar las virtudes y ventajas que brinda la terapia de enfriamiento, al tratar de no expandir la zona de necrosis, mediante la disminución de la temperatura en los lechos comprometidos.

Volumen 8 No. 23 / mayo-agosto 2025, https://revistavive.org, ISSN: 2664-3243, ISSN-L: 2664-3243

Zona I: zona de necrosis o coagulación. También llamada zona de necrosis coagulativa.

Zona II: Zona de estasis. Es periférica a la zona de necrosis y se destaca por la vasoconstricción dérmica y su gran riesgo de muerte, al no realizar la terapia de enfriamiento necesaria y oportuna.

Zona III: Zona de hiperemia. Se destaca por la vasodilatación debido a los mediadores inflamatorios recién producidos como consecuencia del mecanismo dérmico agresor.

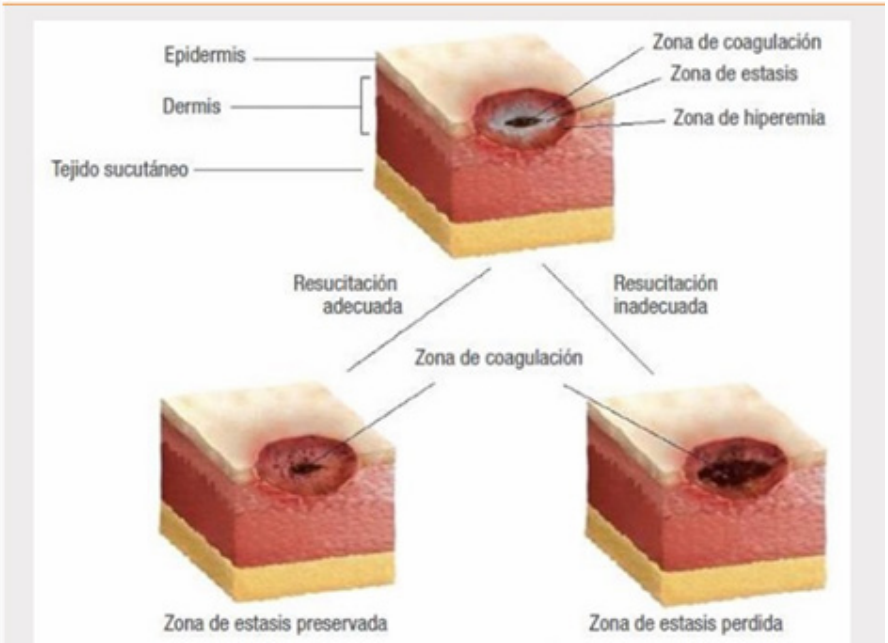

***Figura* 1.** Mecanismo fisiopatológico de Jackson.

En el caso de quemaduras de segundo grado es un tipo de lesión frecuente en urgencias, por ello; se utilizaron para este tratamiento los sustitutos dérmicos como cura convencional y sustituto sintético de nanocelulosa que ayudan a la epitelización, ya que por sus características cumplen la función de barrera en el tratamiento de prevención de la infección, función metabólica y brinda confort al paciente por su maleabilidad y protección dérmica (7).

El objetivo del estudio es “evaluar el dolor” utilizando el sustituto artificial temporal de nanocelulosa EPICITE HYDRO versus cura convencional en quemaduras de segundo grado profundo en pacientes adultos. El tipo de apósito debe seleccionarse de manera individualizada, tomando en cuenta las características y evaluación de cada lesión, como su profundidad, extensión, localización, riesgo de infección, fase evolutiva, cantidad de exudado, sensibilidad, dolor, signos

de infección y las características del paciente. Los apósitos ayudan a reducir el dolor, funcionan como una barrera contra infecciones, absorben el exudado y favorecen la cicatrización. El apósito ideal debe mantener un nivel adecuado de humedad en el lecho de la quemadura, ser capaz de absorber el exceso de exudado sin resecar la herida, y su remoción no debe causar trauma (8, 9).

EPICITE HYDRO es un biomaterial hecho de celulosa biosintética generada biotecnológicamente. Con un contenido de solución salina de al menos 95% y un valor de pH de 7, proporciona a la zona comprometida, hidratación adecuada y permite condiciones a largo plazo sin deshidratación. Debido a sus propiedades únicas, que tiene las ventajas de proporcionar un ambiente húmedo que promueve la curación del equilibrio hídrico y la permeabilidad al vapor de agua, fácil de manejar, no adhesivo, resistente a roturas, flexible y suave, semitransparente, la superficie lisa e hidratada asegura una eliminación sin dolor y no se adhiere a la herida, proporciona protección contra la invasión de patógenos; excelente biocompatibilidad (10).

La agresión física más severa que puede experimentar un ser humano son las quemaduras, siendo las quemaduras graves el tipo de trauma más intenso y doloroso que un paciente puede soportar, debido a la complejidad de los factores implicados en el dolor. Durante su hospitalización, las necesidades de analgésicos varían considerablemente, debido tanto a los numerosos procedimientos a los que son sometidos según su condición. Esto hace que sea difícil prever la cantidad exacta de analgésicos que se deberá administrar en un momento determinado según la técnica utilizada (11).

El dolor que aparece tras una quemadura es causado por la estimulación directa y el daño en la epidermis y la dermis. Esto provoca la transmisión de impulsos nerviosos, cuya intensidad de estos impulsos está modulada tanto por los estímulos periféricos como por las influencias descendentes procedentes del encéfalo (12).

El dolor se describe como una experiencia sensorial o emocional desagradable, vinculada a un daño tisular real o potencial. Es un fenómeno subjetivo, ya que su presencia se confirma siempre que un paciente manifiesta sentirlo. Es una condición prevalente en la población general, y cobra especial relevancia entre los trabajadores por sus consecuencias socioeconómicas (13).

Por ello cabe destacar que brindar la importancia y cuidado paralelo del dolor es piedra angular para evitar consecuencias más que desagradables. La liberación de adrenalina como mecanismo de defensa a este estímulo negativo y la consecuente vasoconstricción dérmica además serian otro factor negativo a la superficie dérmica ya afectada (14,15).

Volumen 8 No. 23 / mayo-agosto 2025, https://revistavive.org, ISSN: 2664-3243, ISSN-L: 2664-3243

Instrumento de medición (POSAS) Patient and Observer Scar Assessment Scale

Consta de dos escalas; una para el observador y otra para el paciente. Aquí los detalles:

Escala del Observador: Evalúa seis parámetros relacionados con la cicatrización en una escala ordinal de 1 a 10. Los parámetros incluyen aspectos como color, rigidez, grosor y superficie de la cicatriz. La suma de las puntuaciones de todos los parámetros da un puntaje final en el rango de 6 a 60 puntos. Además, los cuadros de categoría aportan una evaluación cualitativa más completa, pero no se incluyen en el cálculo del puntaje.

Escala del paciente: Contiene siete preguntas: Dos exploran síntomas (dolor y prurito), cuatro exploran parámetros (color, rigidez, grosor, superficie) y una pregunta se refiere a la opinión global del paciente sobre la cicatriz. Todas las respuestas se evalúan en escala ordinal de 1 a 10. La suma de las puntuaciones de todas las preguntas da un puntaje final en el rango de 7 a 70 puntos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

La investigación es de estudio comparativo de tipo analítico, retrospectivo a través del historial clínico. Se evaluó a todo el universo correspondiente a 142 historias clínicas de pacientes de ambos sexos, con edades entre 18 a 75 años, cumpliendo criterios de exclusión e inclusión, que fueron atendidos en consultorio externo entre enero del 2022 a julio 2024, realizado en la Clínica Skin Medical en el área de consulta ambulatoria. Todos presentaban quemaduras de segundo grado, afectando menos del 20% de la dermis expuesta, cinco de los pacientes presentaron complicaciones durante el estudio.

Criterios de inclusión: Pacientes adultos sin comorbilidades, predominio de quemaduras de segundo grado, no infectados, quemaduras térmicas, que recibieron tratamiento en las primeras 24 horas.

Criterios de exclusión: Menores de edad, alteraciones mentales, gestantes, mayores de 75 años, quemaduras de tercer grado y alérgicos a paracetamol.

Los sustitutos dérmicos fueron utilizados en pacientes con quemaduras térmicas de segundo grado dentro de las primeras horas de ocurrido el accidente.

Tabla 1. Técnicas utilizadas.

Técnica utilizada	Pacientes
EPICITE HYDRO (sustituto de nanocelulosa)	70
Cura convencional	72

Variables y mediciones

El manejo del paciente quemado se enfoca habitualmente en la cobertura y la protección temprana de las zonas comprometidas, tratándose de evitar contaminación y / o infección. No se enfatiza que el tratamiento antes descrito debe ir estrictamente de la mano con el manejo del dolor. Hoy en día, debe ser impartido con la misma importancia que le damos a la terapia de resucitación hídrica y la cobertura de las zonas comprometidas.

Por este motivo se ha tomado especial enfoque en la evaluación del dolor luego de la curación temprana en dos grupos de tratamiento. Se ha elegido, luego de una cuidadosa evaluación, medidas por la Escala EVA (Escala Visual Análoga) es un instrumento empleado para evaluar de forma subjetiva la intensidad del dolor. Se presenta como una línea recta, por lo general de 10 cm, donde un extremo indica "sin dolor" (0) y el otro "el peor dolor imaginable" (10). El paciente señala un punto en la línea que refleja el nivel de dolor que experimenta, facilitando así una evaluación rápida y sencilla para ajustar el tratamiento según sea necesario.

Siendo parte del protocolo internacional y protocolo del centro, el uso de la Escala EVA para ser documentado en las historias clínicas en cada atención. Indicándose como tratamiento de primera línea del dolor paracetamol de 1 gramo cada 8 horas, durante las primeras 72 horas, para ambos grupos estudiados.

Las curaciones se realizaron en el 100% de los pacientes con la misma técnica inicial: solución fisiológica, clorhexidina al 0.5 % y uso de nanocelulosa en un grupo, versus uso de sulfadiazina de plata en el otro grupo para continuar con apósitos y vendajes, suficientes en cada tipo de curación para evitar contaminación con la cama del paciente, remarcándose que cada grupo estudiado utilizó uno u otro producto debido a las características médicas aseguradas.

***Figura* 2.** Escala de dolor EVA.

Volumen 8 No. 23 / mayo-agosto 2025, https://revistavive.org, ISSN: 2664-3243, ISSN-L: 2664-3243

En los diversos casos, se presentaron pacientes con quemaduras de segundo grado, en los cuales se aplicó los sustitutos dérmicos dentro de las primeras 24 horas, 72 horas, 1 semana y tres semanas. Se procedió a aplicar en diferentes zonas anatómicas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El dolor asociado al tratamiento de quemaduras de segundo grado profundo representa uno de los principales desafíos clínicos, tanto por su impacto en la calidad de vida del paciente como por su influencia en la adherencia al tratamiento y la evolución de la herida. En este contexto, la búsqueda de apósitos que proporcionen un entorno húmedo óptimo, reduzcan la manipulación de la herida y minimicen el dolor ha llevado al desarrollo de productos innovadores como Epicite hydro. Este apósito biosintético, compuesto principalmente de celulosa bacteriana hidratada, ha mostrado en estudios preliminares propiedades analgésicas indirectas al requerir menos cambios y al adaptarse a la herida, reduciendo el trauma mecánico.

En contraste, los tratamientos convencionales, que incluyen gasas con antisépticos o cremas tópicas como sulfadiazina de plata, implican una mayor frecuencia de curaciones y una retirada mecánica del apósito que suele acompañarse de dolor significativo. Por lo tanto, comparar la intensidad del dolor reportado por los pacientes bajo ambas modalidades de tratamiento resulta esencial para valorar no solo la eficacia terapéutica, sino también la experiencia del paciente durante la recuperación.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la evaluación del dolor, medido mediante escalas validadas, durante el periodo agudo del tratamiento con Epicite hydro en comparación con la cura convencional.

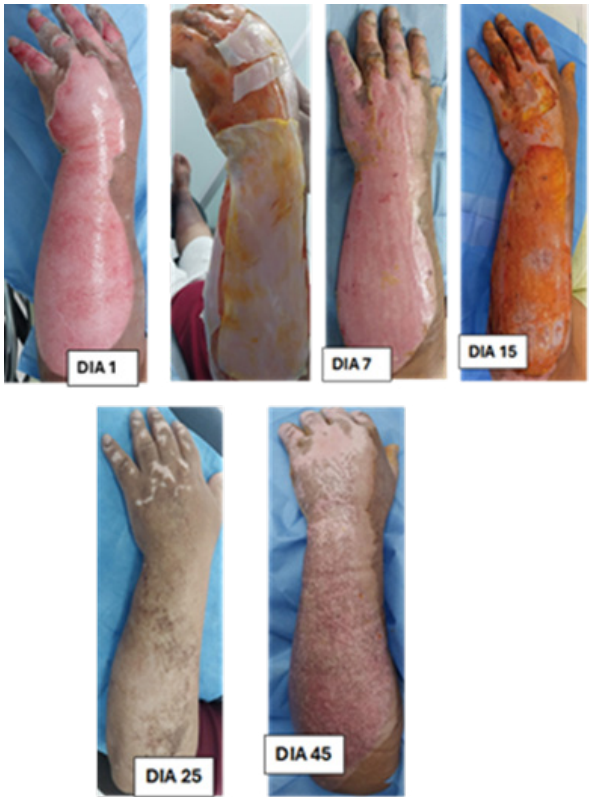

***Figura* 1.** Caso clínico 1, paciente varón de 66 años.

Diagnóstico de quemadura de segundo grado intermedio profundo por fuego directo en miembro superior izquierdo.

***Figura* 2.** Caso clínico 2, paciente varón de 60 años.

Diagnóstico de quemadura de segundo grado intermedio profundo en miembro inferior izquierdo.

Tabla 2. Datos comparativos de dolor según periodo de seguimiento.

Medición	Grupos	n	Media	DS	Z	p
Basal	EPICITE HYDRO	70	7.63	0.837	-1.28	0.20
	CONVENCIONAL	72	7.79	0.639		
24 horas	EPICITE HYDRO	70	3.27	1.203	-5.20	<0.001
	CONVENCIONAL	72	4.50	1.278		

Volumen 8 No. 23 / mayo-agosto 2025, https://revistavive.org, ISSN: 2664-3243, ISSN-L: 2664-3243

Medición	Grupos	n	Media	DS	Z	p
72 horas	EPICITE HYDRO	70	1.99	0.843		
					-9.09	<0.001
	CONVENCIONAL	72	4.07	0.983		
1 semana	EPICITE HYDRO	70	0.67	0.675		
					-9.78	<0.001
	CONVENCIONAL	72	2.96	0.926		
3 semanas	EPICITE HYDRO	70	1.07	0.729		
					-9.71	<0.001
	CONVENCIONAL	72	3.14	0.810		

Aplicando U de Mann Whitney

Indicándose en promedios con la escala de dolor y comparándose entre ambos grupos, la nanocelulosa (Epicite Hydro) versus cura convencional. Reflejando menores promedios de dolor, en el grupo de la nanocelulosa en el periodo de seguimiento respecto al tratamiento convencional. Dando especial atención a una mejoría del dolor en las primeras 24 horas y de manera sostenida en las tomas realizadas a las 72 horas, una semana y tres semanas, corroborándose con los resultados estadísticamente significativos ($p<0.05$).

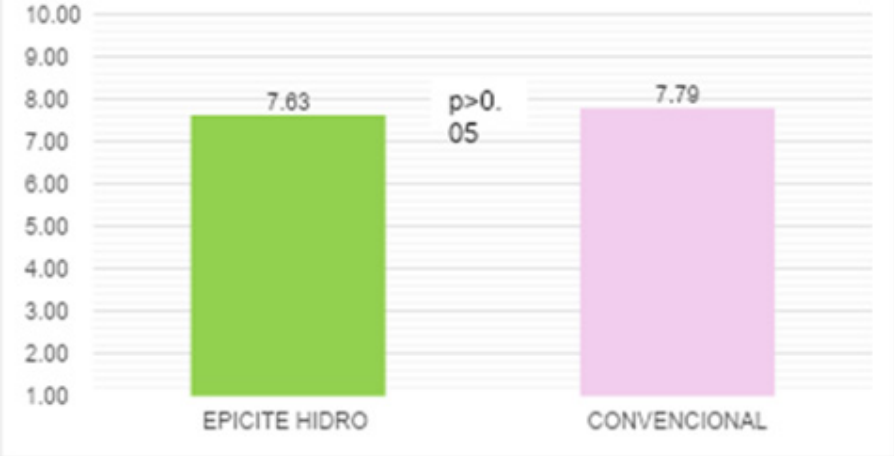

***Figura* 1.** Comparación de promedio de dolor en el basal entre grupos de estudio.

Observamos en la Figura 1, que los promedios de dolor en periodo basal fueron homogéneos entre los grupos Epicite Hydro y Convencional ($p>0.05$).

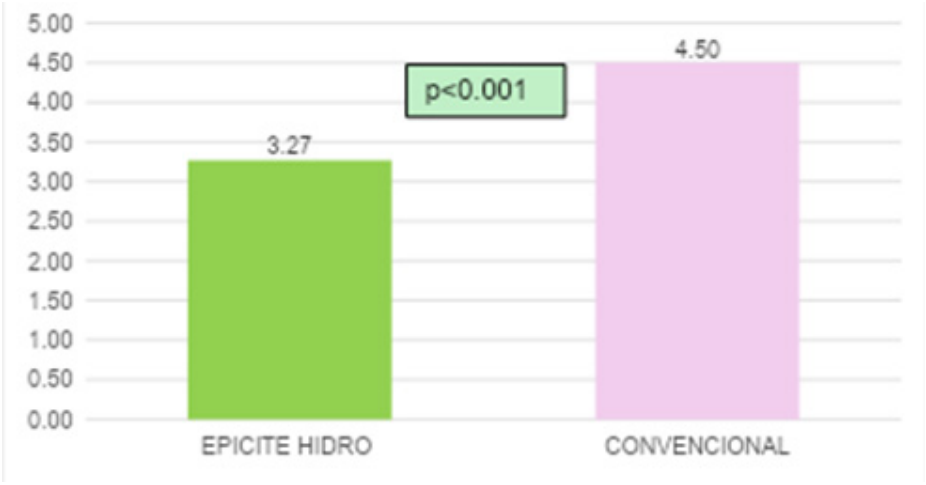

***Figura* 2.** Comparación de promedio de dolor en el día 1 entre grupos de estudio.

Apreciamos en la Figura 2, que hay diferencias significativas en los promedios de dolor en el periodo de seguimiento día 1 (p<0.001), siendo menor el promedio en el grupo Epicite Hydro (3.27) que el grupo Convencional (4.50).

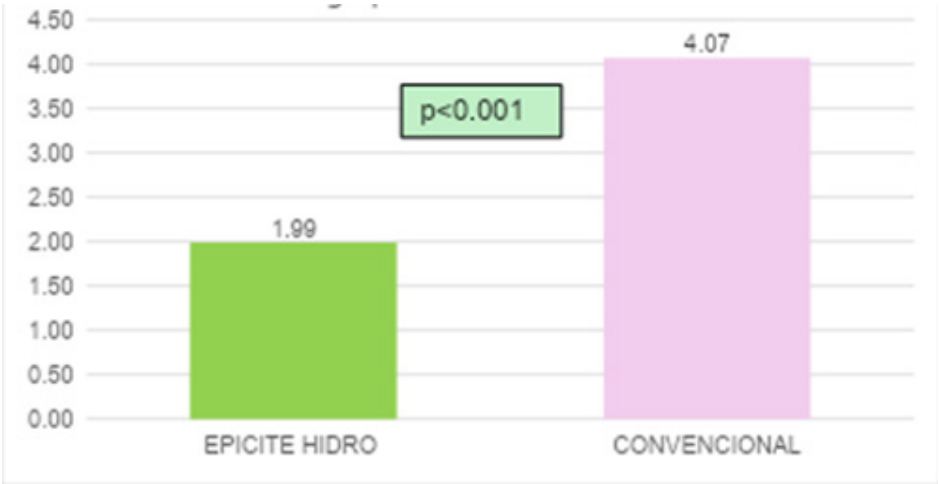

***Figura* 3.** Comparación de promedio de dolor a las 72 horas entre grupos de estudio.

Se observa en la Figura 3, que hay diferencias significativas en los promedios de dolor en el periodo de seguimiento 72 horas (p<0.001), siendo menor el promedio en el grupo Epicite Hydro (1.99) que el grupo Convencional (4.07).

Volumen 8 No. 23 / mayo-agosto 2025, https://revistavive.org, ISSN: 2664-3243, ISSN-L: 2664-3243

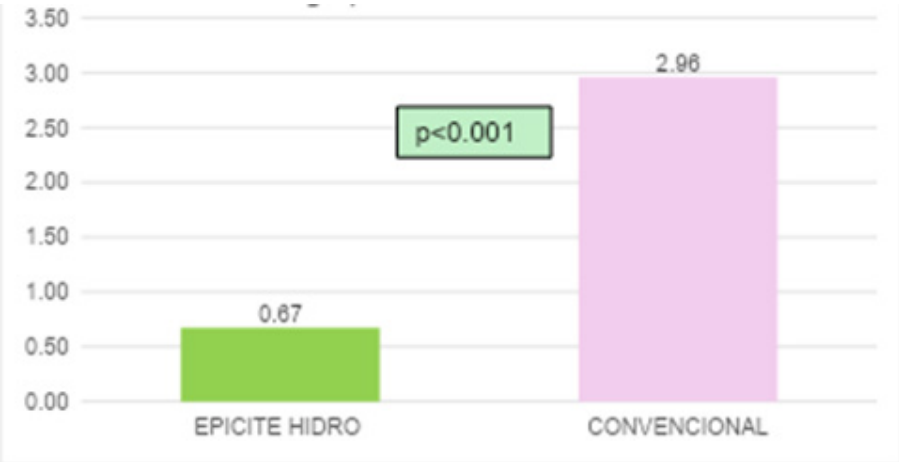

***Figura* 4.** Comparación de promedio de dolor en la semana 1 entre grupos de estudio.

Se aprecia en la Figura 4, que hay diferencias significativas en los promedios de dolor en el periodo de seguimiento semana 1 (p<0.001), siendo menor el promedio en el grupo Epicite Hydro (0.67) que el grupo Convencional (2.96).

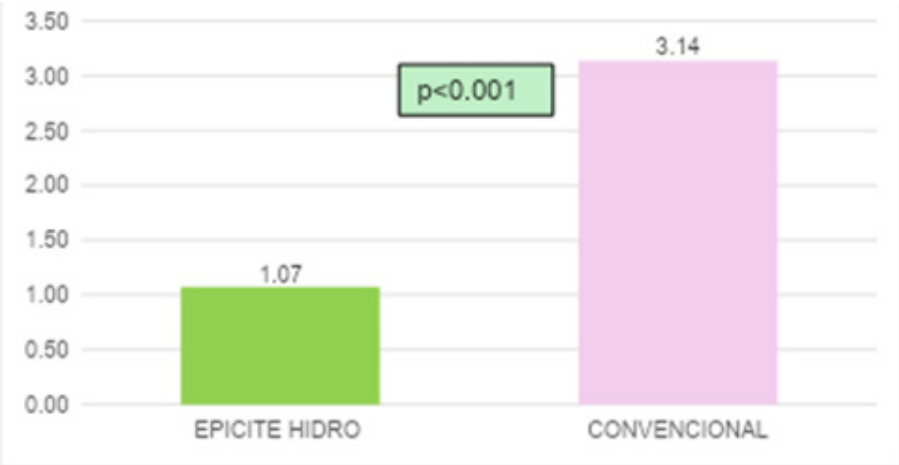

***Figura* 5.** Comparación de promedio de dolor en la semana 3 entre grupos de estudio.

Observamos en la Figura 5, hay diferencias significativas en los promedios de dolor en el periodo de seguimiento semana 3 (p<0.001), siendo menor el promedio en el grupo Epicite Hydro (1.07) que el grupo Convencional (3.14).

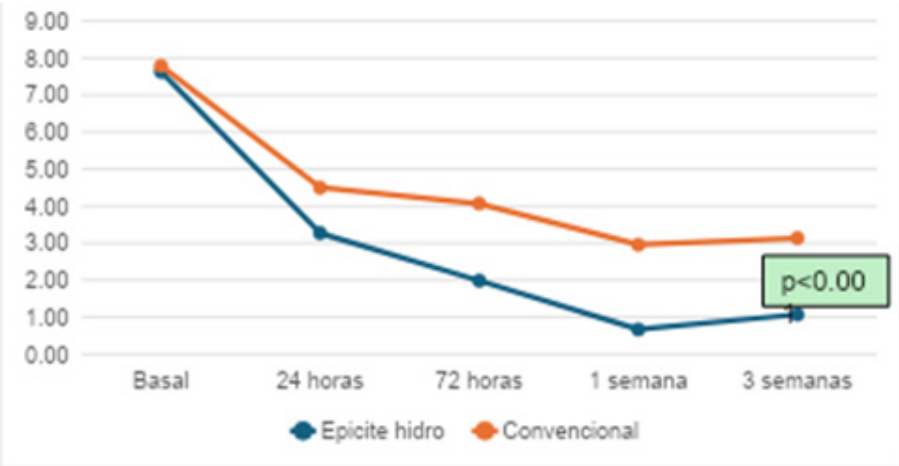

***Figura* 6.** Comparación de promedio de dolor en el periodo de seguimiento por grupos de estudio.

Se observa en la Figura 6, que los promedios de dolor del grupo de Epicite son menores comparado con el grupo Convencional a lo largo del periodo de seguimiento, siendo estadísticamente significativo las diferencias (p<0.001).

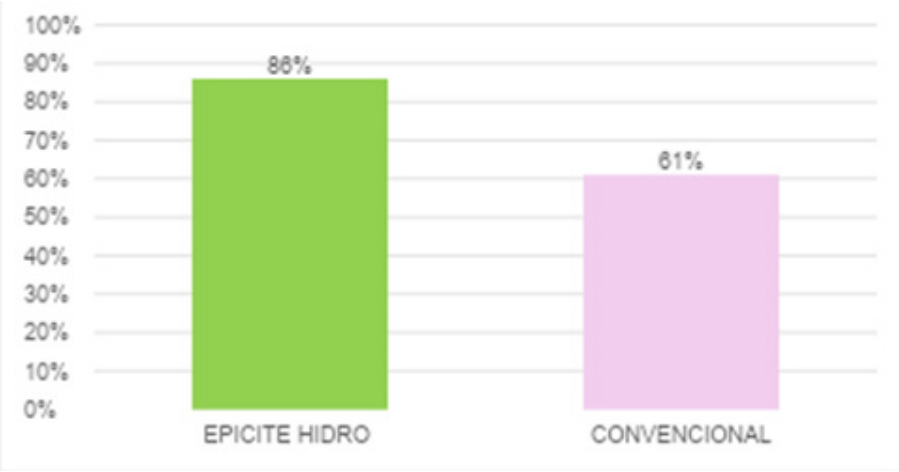

***Figura* 7.** Porcentaje de disminución del promedio de dolor desde basal hasta la semana 3.

En la Figura 7, apreciamos que el porcentaje de disminución del promedio de dolor entre el periodo basal y semana 3, ha sido significativo en el grupo Epicite Hydro llegando al 86%, comparado con el grupo Convencional que llega al 61%.

Volumen 8 No. 23 / mayo-agosto 2025, https://revistavive.org, ISSN: 2664-3243, ISSN-L: 2664-3243

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación cumplió con los principios éticos de beneficencia, respetando la confidencialidad de los pacientes a través del consentimiento informado, mediante el cual los participantes autorizaron su inclusión en la intervención. Los aspectos éticos se enfocaron en mantener la confidencialidad de los datos y fotografías obtenidos durante el estudio, así como en preservar el anonimato de los pacientes.

Discusión

Según las características evaluadas en ambos casos del dolor utilizando EPICITE Hydro versus cura convencional en quemaduras de segundo grado profundo en pacientes adultos, se aprecian mejores resultados de menos dolor con el sustituto dérmico de nanocelulosa (EPICITE HyDRO), por presentar una zona donante con mejores características que la zona con uso de cura convencional.

Los siguientes autores desarrollaron estudios evaluando dolor utilizando diversas técnicas y escalas de medición.

Rodríguez (1), Evaluó el dolor agudo en pacientes con quemaduras dérmicas tratados con plasma rico en plaquetas. Realizó un estudio experimental en pacientes con quemaduras dérmicas. El universo estuvo constituido por 200 pacientes; el grupo experimental de pacientes tratados con plasma rico en plaquetas y el grupo convencional, por pacientes con tratamiento de cura oclusiva con crema de sulfadiazina de plata al 1 %. Los resultados: a partir del quinto día, el valor de EVA (Escala Visual Análoga) en el grupo experimental fue de 3,80 y en el convencional de 4,97 con la prueba U de Mann-Whitney que rechaza la igualdad de los grupos (p=0,001). Se concluye que el plasma rico en plaquetas contribuye a la modulación del dolor agudo en los pacientes con quemaduras dérmicas y es susceptible de empleo junto a otros tratamientos analgésicos, formando terapias multimodales. Por lo tanto, se destaca como la escala de EVA es una escala universal usada como protocolo de medición y seguimiento del dolor del paciente quemado para el desarrollo consensuado de investigación y análisis crítico homogéneo.

Samper (5), describe el diseño de una herramienta denominada "Mapa del dolor", cuyo objetivo fue mejorar la visualización de la variable clínica del dolor y extraer datos estadísticos de los indicadores asociados para optimizar la gestión del dolor en un hospital universitario de tercer nivel. El estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario Germans Trias I Pujol en 2016, y se incluyeron todos los pacientes hospitalizados en los que se había registrado el dolor a través de la historia clínica informatizada. El análisis fue de carácter descriptivo, centrado en la eficacia de esta herramienta para gestionar el dolor de manera

más eficiente. Por lo tanto, se destaca como la documentación del dolor es fundamental en la valoración inicial y seguimiento.

El autor Schiefer (6), el objetivo de su estudio fue comparar EPICITE HYDRO con lamina de ácido polilactico en el tratamiento de quemaduras de espesor parcial, estudio clínico prospectivo, comparativo; se inscribieron veinte pacientes con quemaduras de espesor parcial que afectaban a más del 0,5% de su superficie corporal total. Después del desbridamiento, las heridas se dividieron en dos grupos: uno tratado con ácido prolilactico y la otra con nanocelulosa. Se evidencio la cicatrización, infección, sangrado, exudación, cambios de apósito y dolor; la calidad del tejido cicatricial fue evaluada subjetivamente mediante la Escala de cicatrices del paciente y del observador. La cicatrización de las heridas en pacientes con una TBSA =SCQC (superficie corporal quemada comprometida) media del 9,2 % tardó entre 15 y 16 días para ambos tratamientos sin cambios de apósito. Todas las heridas mostraron una exudación mínima y los pacientes informaron una disminución del dolor. Por lo tanto, se remarca los beneficios con el uso de tecnologías para la protección de las zonas de quemaduras y su beneficio en la regeneración de los tejidos.

Miranda (12), el autor en su estudio indica un tratamiento eficaz de las heridas por quemaduras no solo asegura una curación en el tiempo adecuado, sino que también reduce el riesgo de estancia hospitalaria y de complicaciones como infecciones o sepsis. Es crucial realizar evaluaciones regulares de las heridas hasta que estén completamente curadas, así como gestionar adecuadamente el dolor. Si las heridas no cicatrizan. En general, los apósitos que requieren menos cambios suelen ser menos dolorosos, más fáciles de aplicar y retirar, y disminuyen la necesidad de analgesia. Por tanto, su uso debería priorizarse siempre que sea posible, especialmente en el ámbito ambulatorio. Por lo tanto, se remarca los beneficios del apósito para la protección de las zonas de quemaduras y su beneficio en estancia hospitalaria y de complicaciones como infecciones, reduciendo el dolor en el paciente.

Debe destacarse la relación que hay en los diferentes estudios de investigación con la mejoría regenerativa asociada al uso de las tecnologías que estimulen la regeneración dérmica y como consecuencia paralela la mejoría del dolor, debido a la estabilización de los mecanismos inflamatorios y no inflamatorios (16).

CONCLUSION

Se evidenció la mejoría del dolor con el uso del sustituto de nanocelulosa utilizando la escala de (EVA) en el momento de la llegada al centro hospitalario.

Volumen 8 No. 23 / mayo-agosto 2025, https://revistavive.org, ISSN: 2664-3243, ISSN-L: 2664-3243

Se destacó la mejoría significativa con respecto al dolor con el uso del sustituto de nanocelulosa en comparación con la cura convencional. actúa como una excelente barrera protectora, proporcionando un entorno húmedo que favorece el equilibrio hídrico. Esto garantiza que no se adhiera a la piel y permite su reemplazo sin dolor, conservando el tejido regenerado.

Se destacó la existencia del dolor leve para el grupo que uso la nanocelulosa en contraste con el dolor moderado que fue predominio con el tratamiento de cura convencional.

Hubo cinco reportes de complicaciones de contaminaciones asociadas a la curación convencional en contraste con ningún reporte de contaminación o de infección o en el caso de uso de nana celulosa.

CONFLICTO DE INTERESES. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

FINANCIAMIENTO. Los autores declaran no recibieron financiamiento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez O, Fuentes Z. Evaluación del dolor agudo en pacientes con quemaduras dérmicas tratados con plasma rico en plaquetas. Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2023; 22: https://n9.cl/9sms6

2. Castro G, Rojas K. Manejo del dolor en el paciente adulto con trauma por quemadura. Revista Médica Sinergia.2023;8 (5), https://n9.cl/or7vl

3. Esqueda-Dorantes Y. Manejo del dolor en el paciente quemado. anestesia en el paciente con quemaduras.2016;39; S139-S144. https://n9.cl/ryucc

4. Larrea B. Manejo del dolor en pacientes quemados. Rev Chil Anest. 2015; 44: 78-95 https://n9.cl/skt5q

5. Samper D, Barroso P, Roca G, Pérez M, Monerris M, García L, López R. Optimización de la gestión del dolor postoperatorio basado en una nueva herramienta tecnológica. Mapa del dolor. Rev Soc Esp Dolor. 2019;26(3):154-165. https://n9.cl/omd5m

6. Schiefer J, Aretz F, Fuchs P, Lefering R, Yary P, Opländer C, Schulz A, Daniels M. Comparison of Long-Term Skin Quality and Scar Formation in Partial-Thickness Burn Wounds Treated with Suprathel® and epicitehydro® Wound Dressings. Medicina. 2022; 58(11):1550. https://doi.org/10.3390/medicina58111550

7. Larrea B, Correa G. Prevalencia de dolor crónico neuropático en pacientes quemados utilización del instrumento DN4 para su diagnotico. Revista del dolor. 2007; 48. 14-19. https://n9.cl/og87le

8. Alencar de Castro R. Tratamiento del Dolor en Quemados. Rev Bras Anestesiol. 2013;63(1):149-153. https://n9.cl/brcpy

9. Cruz-Nocelo E, Zúñiga-Carmona V, Serratos-Vázquez M. Tratamiento del dolor en pacientes con quemaduras severas. Rev Mex Anest. 2021; 44 (1): 55-62. https://dx.doi.org/10.35366/97778

10. Pérez T. El significado del dolor en las quemaduras graves: visión de los profesionales y de los pacientes. 2015; Universidad de Malaga, Tesis Doctoral. https://n9.cl/9jdb2v

11. Vicente M, Delgado S, Bandrés F, Ramírez M, Capdevila L. Valoración del dolor. revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(4):228-236. https://n9.cl/y93ngh

12. Lynn J, Friederike G. et al. Comparación de la cicatrización de heridas y la comodidad del paciente en quemaduras de espesor parcial tratadas con apósitos para heridas SUPRATHEL y epitehidro. 2021; 1:1-9.

13. Miranda A. Uso de apósitos en quemaduras. Cirugía plástica ibero-latinoamericana. Cir. plást. iberolatinoam. 2020; 46(1): S31-S. http://dx.doi.org/10.4321/S0376-7892202000020

14. Vloemans A, Hermans M, van der Wal M, Liebregts J, Middelkoop E. Optimal treatment of partial thickness burns in children: a systematic review. Burns 2014; 40:177-190. https://n9.cl/74s4f

15. Jiménez R, García F. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos. 2018; 45-51. https://n9.cl/otwbu

16. García D. Manejo quirúrgico del servicio de cirugía plástica en las quemaduras de segundo grado con apósito hidrocoloide versus sulfadiazina de plata. Polo de conocimiento. 2023;8 (6): 1730-1749. https://n9.cl/u54fvp