

¿DUELEN LAS ÚLCERAS CUTÁNEAS, O REALMENTE DUELE COMO LAS TRATAMOS?

DO PAIN SKIN ULCERS OR REALLY PAIN AS TREAT?

Autores: Federico Palomar Llatas^(1,2), Paula Diez Fornes⁽²⁾, Concepción Sierra Talamates^(1,2), Begoña Fornes Pujalte^(1,2), Laura Debon Vicent⁽²⁾.

(1) Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Área de la Piel.

(2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la piel. Universidad Católica de Valencia "San Vicent e Màrtir".

Contacto: federicop43@gmail.com

Fecha de recepción: 01/05/2015

Fecha de aprobación: 15/06/2015

RESUMEN

Evitar el dolor, como experiencia sensitiva negativa que puede sufrir el paciente, supone un reto que debemos tratar de identificar lo antes posible. Este trabajo tiene como objetivo determinar cómo afecta el dolor en el paciente con heridas y proponer medidas específicas que posibiliten tanto su detección, como su abordaje adecuado, en función de las múltiples situaciones clínicas que se pueden derivar. Es de suma importancia "preguntar" y observar al paciente (lenguaje no verbal) sobre la cantidad y calidad de ese posible dolor, sin dar jamás por supuesto que lo tiene, o que no lo tiene. Una vez determinadas las causas y características de ese dolor, deben implementarse las medidas específicas (locales y sistémicas) para evitarlo, o al menos, paliarlo lo más posible.

Palabras clave: Dolor, úlcera cutánea, dermatología.

ABSTRACT

Avoid pain, as sensitive experience negative that may suffer the patient, represents a challenge that we must seek to identify as soon as possible. This study has as objective to determine how it affects the pain in the patient with wounds and to propose specific measures conducive to both its detection, as its suitable approach, depending on the multiple clinical situations that may arise. It is of the utmost importance "ask" and observes the patient (non-verbal language) on the quantity and quality of such possible pain, without giving never

of course it has, or who do not have it. Once you have determined the causes and characteristics of that pain must be implemented specific measures (local and systemic) to avoid it or at least alleviate as much as possible.

Key words: pain, skin ulcer, dermatology.

INTRODUCCIÓN

El dolor es una percepción compleja que difiere enormemente entre los pacientes, incluso entre los que parecen tener lesiones o enfermedades idénticas. El Dr. Albert Schweitzer decía que: "El dolor es un señor de la humanidad, pero más terrible que la muerte misma".⁽¹⁾

El dolor, habitualmente suele definirse y categorizarse en función de su etiología (nociceptivo, neuropático, psicogénico), evolución (agudo o crónico) o intensidad (leve, moderado o intenso); no obstante hemos de ser conscientes de que no estamos observando realmente el dolor, sino que subjetivamente lo analizamos en función de lo que refiere cada paciente y de esa misma forma, tratamos de objetivarlo, con el fin de poder registrarlo para monitorizar su evolución y establecer la eficacia de los posibles tratamientos; una de las formas tradicionales utilizadas para su registro, es procurándole un valor de referencia numérico, así se le asigna "0" si el paciente lo refiere como nulo y "10" si lo refiere como máximo nivel en su umbral del dolor (Escala EVA numérica).

Si bien, determinados grupos de pacientes pueden tener dificultades para expresar o transmitir el nivel de dolor que padecen (pacientes con bajo nivel de conciencia, niños, pacientes con determinados problemas neurológicos...), muchos otros pueden no ser capaces de diferenciar claramente entre incomodidad, malestar o dolor. También hemos de tener en cuenta que aún con causas o procesos etiológicos similares, el dolor puede tener una distinta percepción y forma de manifestación en los diversos pacientes, lo que puede llevarnos al riesgo de minimizar esta sensación del dolor que el paciente refiere y que nosotros, junto con ellos, debemos de comprender... el nivel de dolor será siempre el que el paciente nos indique y existe siempre que él lo refiere^(Imagen 1), aunque nuestra impresión personal y profesional difiera de ello.

Esta es ya una reivindicación de muchas organizaciones entre las que se encuentra la Organización Mundial de la Salud (OMS), que consideran el alivio del dolor como un derecho fundamental que debe ser atendido y aliviado, por lo que deberíamos asegurar una identificación inmediata en todos los pacientes, convirtiéndolo en la quinta constante vital, pero a su vez proporcionándole una respuesta terapéutica también inmediata⁽²⁾.

Por todo lo expuesto, tenemos que tener asumido dentro de nuestro trabajo, que siempre debemos de preguntar a los pacientes, ¿qué es lo que sienten? y jamás suponer (nunca darlo por supuesto); hay que observar incluso los gestos (nunca debemos ignorarlos) ya que el vocabulario gestual y el lenguaje no verbal son muy importantes y nos



Imagen 1. Expresión de dolor.

van a aportar mucha información. Como profesionales debemos escuchar y ser asertivos, sin olvidar que frente a nosotros tenemos a alguien que requiere de nuestros cuidados y que confía en nuestro trabajo. Aunque nos cueste, tendremos que respetar la opinión del paciente respecto a su dolor y no insistir en que le duele menos, o diferente de lo que diga.

Respecto a los factores que influyen en el dolor, en el campo de las heridas, hay que tener presente las características propias de los pacientes, en muchos casos con un estado cognitivo muy deficitario⁽³⁾. Sus características y los factores que lo modulan, como anteriormente hemos comentado, van desde la localización, que nos ayuda incluso a su diagnóstico; a las propias características, si es punzante, lacerante, quemazón, irritante, qué duración tiene, cuando y cuántas veces irrumpe en la vida del paciente, si coexiste con otro tipo de síntomas como sudoración, ansiedad, angustia y cómo se atenúa (con farmacología, reposo o posicionamiento anatómico); importante será también valorar el ambiente familiar o social y su repercusión.

La International Association for the Study of Pain (Asociación Internacional sobre el estudio del dolor)⁽⁴⁾, define el dolor como una “experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos; de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave”. Distingue el dolor agudo, cuando es menor de 6 meses y con un final anticipado o previsible; por el contrario, define el dolor crónico como de duración mayor a 6 meses, pero constante o recurrente, sin un final anticipado o previsible.

Haciendo un pequeño repaso a la fisiopatología del dolor, nos encontramos tres tipos principales de dolor:

- Dolor nociceptivo, ocasionado por la estimulación de los nociceptores (receptores del dolor) y transmitido por vía ascendente hacia los centros supraespinales percibiendo la sensación del dolor, por lo general por un traumatismo con o sin inflamación, limitado en el tiempo. En heridas crónicas donde puede persistir la inflamación puede ser más largo en el tiempo (por ejemplo, en heridas con alta carga bacteriana y un aumento del exudado, que conlleva irritabilidad o erosiones en la piel circundante).

- Dolor neuropático es el producido por una lesión directamente sobre el sistema nervioso, por medio de pequeños estímulos o sin ellos. Es el caso de cambios bruscos de temperatura, roces, etc. El paciente debe de ser derivado al especialista para un tratamiento específico. Suele ser un dolor continuo⁽⁵⁾.
- Dolor irruptivo se produce durante las actividades cotidianas, como la movilización y en la propia cura tópica de las úlceras (retirada de apósitos, lavado, etc.); el paciente debe de ser reevaluado, valorando incluso pautas de tratamiento sistémico.

Una vez definidos los tres tipos de dolor, tendremos en cuenta que los principales desencadenantes del dolor durante las curas de heridas, son: la retirada del apósito, la limpieza y fricción sobre la herida, la duración de la cura, la aplicación de apósitos inadecuados y la colocación de vendajes, por lo que en algunos casos, podremos asegurar que se trata de un “dolor iatrogénico” ⁽⁶⁾.

Siempre debemos tener presentes otros factores como el entorno familiar, el entorno social y el estado de ánimo de los pacientes (estado mental, ansiedad, depresión, miedo, tristeza profunda). Tampoco debemos olvidar el dolor que puede deberse a la etiología de la lesión (isquemia e infección).

Se recomienda realizar la valoración y medición del dolor y su intensidad a través de instrumentos validados; una de las escalas más utilizadas por su facilidad de uso y su comodidad para el paciente y el profesional, es la escala visual analógica (EVA), aunque según la capacidad de comunicación con el paciente, puede precisar recurrir a otros instrumentos.

Hay estudios y ensayos clínicos que avalan la automedicación del paciente para tratar el dolor mediante el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), aunque esta medida se asocia al 1% de riesgo de sangrados (riesgo del 3 al 4% en pacientes mayores de 60 años).

El tratamiento farmacológico debe de ser prescrito por el médico especialista; es frecuente que requiera que se traten desde las Unidades del Dolor, partiendo de nuestras observaciones y valoración del paciente y herida.

Actualmente se denominada a la escalera de analgesia propuesta por la OMS, como “Ascensor de Analgesia”, ya que se le ha añadido un escalafón más:

ASCENSOR DE ANALGESIA	
NIVEL	TRATAMIENTO
1. LEVE	Paracetamol, metamizol, ibuprofeno
2. MODERADO	Tramadol o codeína asociado a AINE o paracetamol
3. SEVERO	Opioides potentes
4. INSOPORTABLE	Bloqueos nerviosos u opioides por vía espinal

EL DOLOR EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ÚLCERAS

Respecto al tratamiento local de las úlceras, tendremos en cuenta los siguientes aspectos para mitigar o aliviar el dolor, además de para no provocarlo.

Es frecuente el uso de anestésicos locales para el desbridamiento y limpieza de algunas lesiones; el fármaco tradicionalmente más utilizado es una crema a base de lidocaína y prilocaína (Emla®), aunque en 2012 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha informado en 2012 del riesgo de metahemoglobinemia tras su uso en extensas superficies corporales, por lo que ésta no debe de ser superior a un área corporal de 600cm² (20x30 cm), no aplicando más de 60 gramos de producto⁽⁹⁾. Esta crema puede mitigar el dolor en pequeños actos, pero no debe de utilizarse como único medio de analgesia ya que en grandes zonas necróticas húmedas (esfacelos) o en necrosis secas incluso de 1mm de espesor resulta ineficaz.

El abordaje estará encaminado en primer lugar al paciente como persona y según la taxonomía diagnóstica de la NANDA-I⁽¹⁰⁾, dentro de los diagnósticos enfermeros podemos identificar en este tipo de pacientes:

- 00078 - Gestión ineficaz de la propia salud
- 00132 - Dolor agudo
- 00133 - Dolor crónico
- 00046 - Deterioro de la integridad cutánea
- 00047 - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 00044 - Deterioro de la integridad tisular
- 00035 - Riesgo de lesión
- 00087 - Riesgo de lesión postural perioperatoria
- 00118 - Trastorno de la imagen corporal
- 00004 - Riesgo de infección
- 00066 - Sufrimiento espiritual

RECOMENDACIONES PARA LA ANALGESIA EN HERIDAS

Con respecto a la lesión y preparación de la herida, piel perilesional y todo lo que la rodea^(11,12,13), debe actuarse desde el punto de vista preventivo, no solo curativo, tratando de intentar evitar el dolor irruptivo en el paciente.

Los tratamientos tópicos deben estar enfocados según las características de las heridas, pero no sin antes preparar al paciente, informándole de los procedimientos a realizar.

En primer lugar, hay que proporcionar al paciente, la mayor comodidad posible, siendo cuidadosos en la retirada de vendajes y apósitos, en los que se debe comprobar cuidadosamente la posibilidad de adhesión al lecho de la herida o a la piel perilesional; en el caso de vendajes hay que valorar que no produzcan estrangulamiento y a la hora de retirarlos, procurar no dañar con las tijeras.

Por supuesto, se debe priorizar la utilización de cura en ambiente húmedo y descartar la cura seca, ya que ésta provocaría dolor iatrogénico, incluso aunque se humedeciesen las gasas en el lecho de la lesión ^(Imagen 2).

La limpieza o lavado de la herida debe realizarse con suero fisiológico o con agua y jabón, a temperatura corporal, sin frotar y sin realizar ninguna fuerza de fricción; el lavado será por arrastre. No

debemos dejar expuesta la herida al medio ambiente, siempre debe de estar cubierta con una gasa humedecida y a temperatura corporal.

Recordar que si en el momento del desbridamiento fuese necesaria analgesia local con lidocaína, sólo será efectiva en un lecho con fibrina desnaturalizada (tejido fibrinoso, duro); en necrosis secas de 1mm de espesor no es eficaz.

Por supuesto, ante una úlcera hipertensiva (Úlcera de Martorell) y simplemente para evitar el dolor que se puede producir por el cambio de apósito, el paciente debe de estar ya pre-medicado; por lo general se recomienda administrar Fentanilo, unos diez minutos antes del cambio de apósito, para evitar la aparición de dolor irruptivo ⁽¹⁴⁾.

La utilización de apósitos en malla (silicona, hidrocoloide) siempre ha de ser una opción a tener en cuenta según las características de la lesión.

Debe controlarse la piel perilesional, tanto por posible maceración, como por erosiones o irritaciones derivadas de la utilización de productos que puedan dar origen a una dermatitis perilesional, por ser un potente alérgeno (Bálsamo del Perú, Centella asiática, neomicina, etc.)⁽¹⁵⁾.

Ante la presencia de dolor, nuestra obligación es proporcionar a los pacientes los tratamientos tópicos con productos que ayuden a mitigar ese dolor, como pueden ser:

- Utilizar apósitos de baja adherencia en el lecho de la lesión y piel perilesional.
- Primar el desbridamiento autolítico (con hidrogeles).
- Utilizar alginato cálcico o hidrofibra de hidrocoloide ya que tienen la capacidad de gelificar y mantener una correcta humedad en el lecho de la herida, protegiendo las fibras nerviosas expuestas.

Una de las causas más frecuentes de dolor en las heridas, viene condicionada por la excesiva carga bacteriana en el lecho de la lesión, lo que conlleva inflamación y extravasación de fluidos, que son causantes de un aumento del dolor, maceración y erosiones en la piel perilesional; este dolor secundario a la colonización crítica de la herida puede ser contrarrestado con apósitos de componente argéntico⁽¹⁶⁾.

La utilización de apósitos con una excelente gestión de exudados, hace más confortable la vida al paciente y mejora las condiciones de la piel perilesional. El cuidado de la piel perilesional evita la progresión de la lesión, por lo que es interesante añadir a los cuidados, el uso de pastas con óxido de zinc, películas barrera siliconadas o ácidos grasos hiperoxigenados.

Para las heridas propiamente dolorosas como pueden ser vasculitis, úlceras hipertensivas, etc., disponemos de apósitos con evidencia de su efectividad para el dolor crónico nociceptivo, como son los compuestos con moléculas de ibuprofeno^(17,18), a la par que pueden utilizarse además en estos casos, mallas siliconadas o de hidrocoloide.

Para las úlceras de etiología venosa existe evidencia^(19,20) de la efectividad de la terapia compresiva (con una o más vendas); la no utilización de terapia compresiva, deriva generalmente en un retraso de la cicatrización, recidivas y aumento del dolor, pesadez y edemas en el paciente.

CONCLUSIONES

El dolor es una experiencia desagradable que debemos tratar de evitar y que existe y es tanto más importante, cuanto más importante lo refiere el paciente; su inclusión como quinta constante, supone la posibilidad de un abordaje y tratamiento precoz, que debemos garantizar.

A nivel local, en el tratamiento de heridas, debemos primar técnicas que utilicen apósitos de cura en ambiente húmedo, teniendo especial cuidado en la gestión del exudado, en el control de la carga bacteriana, en la protección de las terminaciones nerviosas del lecho de la lesión y en evitar cualquier posibilidad de frote, fricción o traumatismo a nivel local, procurado también la utilización de terapia compresiva, si hubiese riesgo evidente de que se produzcan edemas.



Imagen 2. Las gasas se adhieren a la herida y provocan dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dagnino Sepúlveda J. El dolor es un Señor de la Humanidad aún más terrible que la muerte misma. [editorial] [internet]. Boletín Esc. Med. 1994; 23 (3): 147. [acceso 11/04/2015]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/dolor/EIDolor.html>
2. Cano JM, De Juan S. Valoración del dolor como quinta constante. [carta al director]. Med Clin (Barc). 2007; 128 (4): 159
3. Covarrubias-Gómez A. Manejo del dolor en el paciente anciano. Rev Mex Anest. 2006; 29(Sup 1):S207-S209.
4. Passik SD, Kirsh KL. Dolor actualizaciones clínicas. [online]. Asociación Internacional para el estudio del dolor. 2009 [Acceso 11/04/2015]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/PAIN.aspx>
5. Sierra-Talamantes C, Zaragoza-ninet V, Fornes-Pujalte B, Palomar-Llatas F. Dermatitis alérgica de contacto en pacientes con úlceras de pierna: Sensibilizaciones emergentes. Enferm Dermatol. 2014; (8)21:20-30.
6. Palomar-Llatas F, Fornes-Pujalte B. Úlceras y heridas como consecuencia de una iatrogenia. Enferm Dermatol 2013; 7(20): 8-13.
7. Prieto-Yerro C, Vargas-Castrillón E. Problemas de uso de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en pacientes con patología crónica asociada. [online]. Inf Ter Sist Nac Salud. 2000; 24(4): 85-91. [Acceso 11/04/2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200004-1.pdf>
8. Duarte-De-Prato AA. Reacciones de hipersensibilidad a los antiinflamatorios no esteroideos. [Tesis doctoral] [online]. Murcia: Facultad de Medicina de la universidad de Murcia; 2010. [Acceso 11/04/2015]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10742/DuartedePrato.pdf;jsessionid=44EC99329AE0FDD7741BD4E00635BEE0.tdx1?sequence=1>
9. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Utilización de Emla® crema (lidocaína y prilocaína) sobre superficies extensas de piel: riesgo de metahemoglobinemia. [informe online]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [Acceso 11/04/2015]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2012/docs/NI-MUH_FV_08-2012.pdf
10. NANDA International. Diagnósticos enfermeros 2012-2014. Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier España SL; 2013.
11. European Wound Management Association (EWMA). El dolor durante los cambios de apósito. Documento posicionamiento. [monografía online]. Londres: EWMA; 2002. [Acceso 11/04/2015]. Disponible en: http://www.aeev.net/guias/position_doc2002_SPANISH.pdf.
12. Palomar Llatas F, coordinador. Gestión de los cuidados enfermeros en úlceras y heridas. Madrid: Ediciones DAE; 2009.
13. Palomar Llatas F, Fornes Pujalte B, Díez Fornes P, Muñoz Mañez V, Lucha Fernández V, Arantón Areosa L. Guía de actuación en lesiones Oncológicas. Enferm Dermatol. 2008; 2(4): 8-15.
14. Domingo-Triadó V, López Alarcón MD, Villegas Estévez F, Alba Moratillas C, Massa Domínguez B, Palomar Llatas F, Mínguez Martí A, Debón Vicent L. Tratamiento del dolor irruptivo con fentanilo sublingual en pacientes con úlceras cutáneas crónicas. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2014; 61(8): 429-33. doi:10.1016/j.redar.2014.01.005
15. Sierra Talamantes C, Alamar Martínez R, Lucha Fernández V, De la Cuadra Oyanguren J, Palomar Llatas F, Fornés Pujalte B, Muñoz Mañez V, Díez Fornés P. Pruebas Epicutáneas de alergia en el tratamiento de úlceras de miembros inferiores. Enferm Dermatol. 2009; 3(8): 14-7.
16. Moreno-Guerin Baños A, Noguera Flores I, Palomar Llatas F, Arancha Martínez JM, Beaskoetxea P. Evaluación clínica de un apósito liberador de plata en el tratamiento de heridas colonizadas e infectadas. Rev Rol Enferm. 2008; 31(3): 202-10.
17. Briggs M, Nelson EA, Martyn-St James M. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 11:CD001177. doi: 10.1002/14651858.CD001177.pub3.
18. Vigil Escalera Quintanal L, Martínez Cuervo F., Castro Marco MV, Moreno-Guerin Baños A, Palomar Llatas F, Noguera Flores I, Romo Sanz MI, Rueda Resina E, Soto Martínez MA, Torres de Castro OG, Arancha Martínez JM, Galindo Carlos A, Ledo García MJ. Evaluación clínica de un nuevo apósito liberador de Ibuprofeno en el tratamiento de pacientes con lesiones dolorosas heridas. Rev Rol Enferm. 2007; 30(7-8): 494-5.
19. European Wound Management Association. Comprendiendo la terapia compresiva. Documento de posicionamiento. London: EWMA-MEP; 2003.
20. World Union of Wound Healing Societies. Compresión en las úlceras venosas de las extremidades inferiores. Documento de consenso. WUWHS-MEP; 2008.