

Protocolo terapéutico multidisciplinar del tratamiento del dolor en pacientes con úlceras cutáneas dolorosas

Autores:

Minguez Martí A; Lopez Alarcón MD; Palomar F; De Andrés J,
 Unidad Multidisciplinar de tto del Dolor Servicio Anestesia Reanimación y tto del Dolor. Unidad de Úlceras.
 Servicio de Dermatología Hospital General Universitario de Valencia

1. Introducción

Una úlcera cutánea es una pérdida de sustancia que afecta a la epidermis, la dermis y, en ocasiones a planos más profundos, con extensión, forma y profundidad variable. Hablamos de Úlcera cutánea crónica cuando existe una evolución en la cicatrización mayor de 6 semanas.

La cicatrización o curación de las heridas es un proceso fisiológico de gran complejidad que tiene la finalidad de restaurar la integridad de la piel y evitar así, cualquier anomalía en su función barrera, lo cual resulta fundamental para mantener la homeostasis y el bienestar general de cualquier individuo". (1,2,3)

Las úlceras cutáneas, se consideran una patología de gran importancia por su prevalencia en constante aumento, la necesidad de cuidados que genera y la carga económica que conlleva ya que incide especialmente sobre grupos de población con enfermedades crónicas de riesgo como son los pacientes encamados, con alteraciones arteriales o venosas periféricas, los diabéticos, e individuos pertenecientes al grupo de la tercera edad.

Existen distintos tipos de úlceras cutáneas, por lo que diferenciar un tipo de úlcera de otro es importante a la hora de elaborar un diagnóstico, un tratamiento y un plan de cuidados (4) Se clasifican en:

1.1. Úlceras vasculares: se originan por un trastorno circulatorio que origina una disminución del aporte sanguíneo del sistema arterial o un déficit del retorno sanguíneo venoso. Suelen ser crónicas y recidivantes además, la causa que la originó suele mantenerse después de la cicatrización. Existen varios tipos:

- **Úlceras vasculares arteriales o isquémicas:** se deben a procesos isquémicos crónicos (interrupción permanente o transitoria del riego sanguíneo a una parte del cuerpo)
- **Úlceras venosas o de éxtasis:** las más frecuentes producidas por la pérdida de la capacidad del sistema valvular venoso para realizar el retorno sanguíneo

venoso o a la existencia de algún elemento que oblitere el conducto venoso. Existen úlceras varicosas (superficiales, redondeadas, únicas) y úlceras post-flebíticas (profundas, irregulares, múltiples, de peor pronóstico)

- **Úlceras mixtas:** en estas coinciden tanto la patología venosa como la arterial.

1.2. Úlceras por presión (UPP): debido al aplastamiento de los tejidos entre dos planos duros, las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa, sometidos a una presión o fricción durante un periodo de tiempo prolongado. Existe una clasificación en estadios según su evolución:

- **Estadio I:** el eritema o irritación bien delimitada y de color rojo que se mantiene a pesar de retirar la presión, debido a la isquemia por compresión que puede ser más o menos reversible.
- **Estadio II:** aparece una flictena o ampolla que afecta a la parte superficial de la piel (dermis) que puede desaparecer con el roce o fricción dejándonos ver la subdermis produciendo un dolor importante.
- **Estadio III:** aparece una escara gruesa y negruzca existiendo debajo una ulceración que puede infectarse. Se encuentra afectada la dermis y el tejido subcutáneo pudiendo incluso llegar al músculo. Es una lesión más profunda e importante, aunque el dolor es mínimo.
- **Estadio IV:** llega a afectar al músculo, huesos y estructuras de alrededor ya que puede tener un recorrido cavernoso. Aunque no existe dolor, son graves, producen gran cantidad de exudado, puede tener olor desagradable y producirse hemorragias. Tienen un elevado riesgo de infección.

1.3. Úlceras neuropáticas o neurotróficas: su origen reside en la falta de sensibilidad que el paciente tiene en sus tejidos. Existen ciertas afecciones que condicionan el que aparezcan con mayor frecuencia este tipo de afecciones como son: la diabetes, las lesiones nerviosas periféricas, la espina bífida.

1.4. Úlceras yatrogénicas: son las que aparecen debido al roce o presión derivados de la utilización de algún tipo de material, como pueden ser sondas vesicales, gafas de oxígeno, etc. Suelen ser pequeñas y de escasa gravedad

1.5. Úlceras tumorales o malignas: están asociadas a algún tipo de tumor. No suelen cicatrizar y además afectan al tejido circundante ya que suelen verse afectadas por la acción de la quimioterapia y radioterapia.

Normalmente su diagnóstico, abordaje y tratamiento así como la prevención de recurrencias recae sobre Asistencia Primaria, donde distintos programas e intervenciones tratan de prevenir la aparición de úlceras cutáneas, tratarlas adecuadamente según su etiología, evitar las recurrencias y, en el caso del pie diabético, evitar las amputaciones ⁽⁵⁾.

Pero pese a que las úlceras son fuente de dolor importante, en el abordaje integral del paciente la identificación de este problema y su alivio no es considerado como un aspecto rutinario del tratamiento ⁽⁶⁾.

Así, en las úlceras de los miembros inferiores de prevalencia estimada entre 0.3%-2% en ancianos mayores de 80 años, el problema del dolor severo y continuo aparece asociado frecuentemente hasta en el 65% de los pacientes

Pero además a este tipo de dolor basal, continuo y de larga evolución inherente en la mayoría de las úlceras cutáneas, se asocia **un tipo de dolor irruptivo, definido como una exacerbación transitoria del dolor basal y que aparece cuando el paciente es sometido a las curas locales de la úlcera, para favorecer su cicatrización y mantener la lesión en óptimas condiciones.**

Como se ha comentado anteriormente, en los planes de tratamiento de las úlceras cutáneas sólo se aplican mayoritariamente medidas locales, y preventivas efectuadas principalmente desde atención primaria y donde el dolor, es insuficiente tratado siendo **su mal control y tratamiento, criterio de derivación hospitalaria** y responsable del deterioro de la calidad de vida del paciente ⁽⁷⁾.

Por lo que entre los factores a controlar en el paciente con úlceras se requiere la identificación del dolor y el favorecer su tratamiento multidisciplinar estableciendo circuitos, definiendo criterios de derivación a las Unidades de Dolor e identificando qué profesionales deben intervenir, cómo y cuando deben hacerlo.

Por todo ello, el objetivo del presente trabajo es **Instaurar un circuito y protocolo mul-**

tidisciplinar de atención para mejorar la eficacia y calidad de la analgesia en el tratamiento de pacientes con úlceras cutáneas dolorosas.

2. Material y método

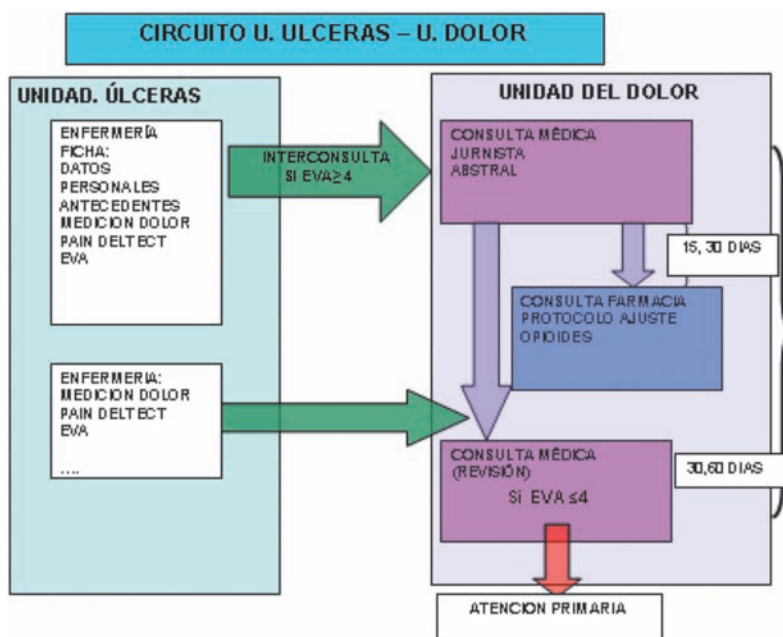
Tras definir los criterios de derivación de pacientes desde Asistencia Primaria a la Unidad de úlceras del Hospital (Anexo I) se procedió a partir de Marzo del 2010, a instaurar un circuito y protocolo multidisciplinar de tratamiento de dolor en pacientes con úlceras dolorosas cutáneas

El circuito y protocolo fue consensuado y se realizó según las siguientes etapas:

- Se estableció un circuito de atención preferente con flujo de pacientes desde la Unidad de Úlceras a la Unidad de Dolor
- Se seleccionaron escalas para la evaluación de la presencia e intensidad del dolor en el paciente: Escala Analogo Visual y Escala Pain Delfect Anexo 2
- Se asignaron los criterios de derivación desde la Unidad de úlceras a la Unidad de Dolor según las puntuaciones de estas escalas
- Se asignó un protocolo de tratamiento que cubriera el dolor basal y dolor irruptivo provocado por las curas de la úlcera en el paciente
- Se evaluó el circuito, la mejora del dolor y los resultados de ambos en los pacientes.

3. Resultados y discusión

En la **Figura 1.** aparece reflejado un esquema del circuito seguido por le paciente con úlceras:



3.1. Unidad de úlceras:

Enfermería - médico:

- Instaura el Tratamiento específico de la úlcera según su etiología y grado
- Se asigna un Tratamiento BASAL y de curas según calendario
- Se Identifica la presencia e intensidad del dolor mediante la Escala Análogo Visual ⁽⁸⁾ y la Escala para presencia Dolor neuropático Pain Deltec ⁽⁹⁾(Anexo 2)
- Se Identifica la presencia e intensidad del dolor en el momento de la cura en el paciente utilizando la Escala Analogo Visual y Pain Deltec (Anexo 2)
- Si el paciente presenta Dolor medido mediante la escala Análogo visual ≥ 4 y presencia de dolor neuropático medido por Escala Pain Deltect se deriva mediante una interconsulta preferente a la Unidad de Dolor.

- Se efectúa un Seguimiento, Tratamiento, cura y evolución de las úlceras durante al menos 7,15,30,60,90 días.
- Se evalúa en cada seguimiento: su curación o no y su remisión si procede a control por UHD, Primaria, Unidad de Dolor u otros especialistas
- Evaluación Complicaciones.

3.2. Unidad De Dolor:

Médico/farmacéutico/Enfermería

- Visita médica Basal al paciente: petición de Interconsulta preferente por dolor al médico de la Unidad de Dolor desde Unidad de Úlceras t
- Realiza historia clínica del paciente con dolor y en función de sus antecedentes, enfermedades concomitantes e intensidad de su dolor (según puntuación Escala Analogo Visual y Pain Deltect para dolor neuropático), asigna un tratamiento analgésico basal con dosis inicial y pauta tratamiento para dolor irruptivo a ingerir media hora antes del momento de las curas, según el siguiente esquema:

Tratamiento de los dos componentes del dolor en pacientes afectados de úlceras Basado en la intensidad del dolor

- Tratamiento de dolor crónico basal:
EVA >4 : -opioides mayores de liberación mantenida:
hidromorfona: (® jurnista: 4 mg / 1c/24h) en ascenso lento
-EVA <4 : opioides menores: tramadol + paracetamol (jóvenes)
(®PONTALSIC 1c/12h)
- Tratamiento del dolor irruptivo: (CURAS)
Opioides mayores de liberación rápida
Fentanilo tm (®abstral 100 mcg: 1c/dolor severo)
- Cuidados especiales por la edad del paciente:
Pacientes acompañados
Efectos secundarios: estreñimiento +/- náuseas
Cumplimentación
Ascensos y descensos (según evolución de la enfermedad)
Remisión a u dolor (si no hay control sintomático o progresión enfermedad: técnicas invasivas)

Monitorización del paciente

2ª Visita a los 7 días: Vista de Consulta Atención Farmacéutica

A la semana de iniciado el tratamiento, se hace una visita de seguimiento para valorar la eficacia y la presencia de efectos secundarios del tratamiento analgésico instaurado, donde se valora

- La eficacia de la analgesia basal: mediante la disminución de la puntuación o no respecto a la basal en la Intensidad de Dolor medida mediante la Escala Analogo Visual tanto en reposo como en movimiento y mediante la escala de dolor neuropático Pain Deltect
- La eficacia de la pauta analgésica en el momento de las curas
- La mejora o no del descanso nocturno: Número de horas de descanso
- La presencia o no de efectos secundarios en el paciente, sobre todo náuseas y estreñimiento.

Si la analgesia es insuficiente y existe buena tolerabilidad: se ajusta al alza el tratamiento: Se aumenta 1/3 ó 1/2 o Duplica la analgesia basal

Si existen efectos secundarios intolerables, se realiza nueva evaluación médica para valoración y realización de técnicas específicas de tratamiento del dolor.

3. Se realizan las mismas valoraciones e intervenciones a los 15 días y a los 30 días

4. Valoración médica a los 60 y 90 días nueva hasta estabilización del paciente o cambio de estrategia del tratamiento analgésico por mal control

Si la analgesia es suficiente y existe buena tolerabilidad o la curación de la úlcera se procede a dar el alta y a su control por Equipo de Primaria ó por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria o por la Unidad de úlceras para su control evolutivo

Si existen efectos secundarios intolerables, se realiza nueva evaluación médica para valoración y realización de técnicas específicas en el tratamiento del dolor

4. Resultados

Se han incluido en el circuito 30 pacientes con úlceras dolorosas cutáneas que cumplían criterio de derivación a la unidad de Dolor. No ha existido demora en la atención por ser visitados el mismo día de la petición. La aplicación del tratamiento analgésico protocolizado ha permitido un buen control del dolor en el 80 % de los pacientes, tanto en la intensidad de su dolor basal como en la intensidad del dolor irruptivo provocado en las curas, sin presencia de efectos secundarios relevantes. Un 20 % pacientes no toleró el tratamiento, pero fueron rápidamente identificados en la fase posterior de seguimiento, siendo necesario el planteamiento de nuevas alternativas terapéuticas

más específicas de Unidades de Dolor. El resto de pacientes fueron dados de alta para su control y seguimiento desde primaria.

5. Conclusiones

El abordaje integral del paciente con úlceras cutáneas dolorosas debe ser multidisciplinar y contemplar entre el resto de factores, la identificación y tratamiento del dolor en el paciente. El establecimiento de circuitos de derivación desde la unidad de úlceras a las Unidades de Dolor permiten un mejor control del síntoma, lo que repercute en la mejora de la calidad de vida del paciente y la eficiencia del sistema

ANEXO 1

NOMBRE

APELLIDOS

CENTRO PROCEDENCIA

ETIOLOGÍA DE LA LESION

ENFERMERA REMITENTE

FECHA

CRITERIOS DERIVACION A LA UNIDAD POR ULCERAS Y HERIDAS

A 3 MESES DE EVOLUCIÓN

TERAPIA INEFECTIVA A LAS 4 SEMANAS

SIGNOS DE COLONIZACIÓN CRÍTICA O INFECCIÓN

CELULITIS EN PIERNAS

LINFEDEMA

NECROSIS

ITB > 0 < A LOS VALORES NORMALES

BORDES ESCLEROSADOS

DOLOR > 5 escala EVA

OTROS

TRATAMIENTO TOPICO DEL CENTRO DE PROCEDENCIA

PROPUESTA TRATAMIENTO TOPICO DESDE LA UNIDAD

CITA A LA UNIDAD DE ULCERAS: DE18, día:

Unidad de Enfermería Dermatológica, úlceras y heridas Telf 618 335 988 ó 46808

Correo electrónico: ulceras_hgv@gva.es

ANEXO 2

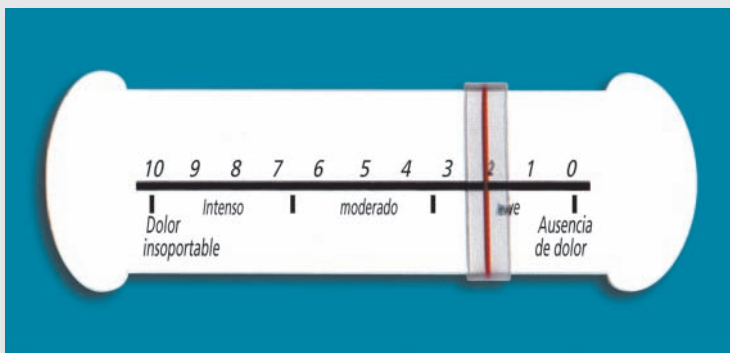
Escala de Valoración Visual Analógica EVA

Fig 1. Escalas de valoración (EVA / Escala Facial) Es un instrumento de medida clásico en el ámbito del dolor. Consiste en una línea de 10 cm limitada por dos extremos, representando el cero nada de dolor y el 10 "el peor dolor imaginable", que permite evaluar la intensidad de dolor.

Siguiendo el simil de la Escalera analgésica de la OMS, se establecen tres niveles de dolor en función del la intensidad de dolor percibida por el paciente:

- Dolor leve con puntuaciones que oscilan entre 0-3 puntos
- Dolor moderado: entre 4-7 puntos
- Dolor severo: entre 7-10 puntos

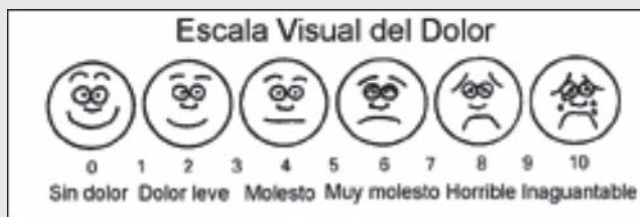
Se establece como criterio de mejora del dolor cuando el paciente pasa de un nivel a otro inferior.



ANEXO 3

Escala PAIN DETECT

- Detecta componente noniceptivo/neuropático del dolor
- Autocumplimentada



Bibliografía

1. Servicio Madrileño de Salud. Recomendaciones para el tratamiento local de las úlceras cutáneas crónicas de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad; 2010.
2. Lazaro P, Longo I. Tratamiento de las úlceras cutáneas crónicas. Piel (Ed Esp). 2001; 16(4): 213-20.
3. Bielsa I. Proceso de cicatrización de las heridas. Piel (Ed Esp). 2006; 21(4): 207-12.
4. Stewart M, Bernhard J, Cropley T, Fitzpatrick T. Estructura de las lesiones cutáneas y fundamentos del diagnóstico. En: Fitzpatrick T. Dermatología en Medicina General. Editorial Medica Panamericana; 2005. p.13-32.
5. Desbridamiento. Diccionario de Enfermería. Madrid: Editorial Complutense; 2001.
6. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Apositos esteriles. Alginato Calcico. En: Catalogo de Parafarmacia. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2008. p. 530-72.
7. Topical agents or dressings for pain in venous leg ulcers. Briggs M, Nelson EA. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue
8. Huskinson EC. Visual Analogue Scales. en R Melzaack (Ed): Pain Measurement and Assessment. Raven Press, New York, 1983 pp: 33-37
9. Freynhagen R., Baron R., Gockel U., Tölle T.R. Pain DETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. Curr Med Res Opin. 2006; 22:1911-20.