

# ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL DEL MANEJO DEL DOLOR IRRUPTIVO ASOCIADO A LOS TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON ÚLCERAS CUTÁNEAS.

A CROSS-SECTIONAL OBSERVATIONAL STUDY OF THE MANAGEMENT OF BREAKTHROUGH PAIN ASSOCIATED WITH THE TREATMENTS IN PATIENTS WITH CUTANEOUS ULCERS

**Autores:** Federico Palomar Llatas<sup>(1,2)</sup>, Begoña Fornes Pujalte<sup>(1,2)</sup>, Concepción Sierra Talamantes<sup>(1,2)</sup>, Irene Millá Tamarit<sup>(2)</sup>, Laura Debon Vicent<sup>(2)</sup>

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

(2) Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto: [federicop43@gmail.com](mailto:federicop43@gmail.com)

Fecha de recepción: 12/01/2016  
Fecha de aprobación: 20/02/2016

## RESUMEN

**Objetivos:** Conocer el tratamiento base del dolor irruptivo en el tratamiento de úlceras crónicas y valorar el dolor irruptivo producido durante la cura tópica

**Método:** Estudio observacional transversal. Medición y valoración del dolor mediante el uso de la escala EVA y McGill. Valoración de la ansiedad por la Escala de Ansiedad de Hamilton. Estadística descriptiva.

**Resultados:** Fueron evaluados 20 pacientes que acudieron a la Unidad de Enfermería Dermatológica, Úlceras y Heridas del Hospital General Universitario de Valencia. Los pacientes tratados con Fentanilo disminuyen notablemente su sensación de dolor frente a otros que son tratados de base con Paracetamol y/o Metamizol.

**Conclusiones:** Los pacientes tratados con opioides como es el Fentanilo, son más proclives a sentir menos dolor irruptivo durante las curas tópicas. La mayoría de pacientes observados describen el dolor cualitativamente como: aprieta, acalambra, destelleo, pincha.

**Palabras clave:** Dolor, dolor irruptivo, úlceras cutáneas.

## ABSTRACT

**Objective:** Know the treatment basis of breakthrough pain in the treatment of chronic ulcers and assess the breakthrough pain occurred during the topical cure

**Method:** Observational and cross-sectional study. Measurement and assessment of pain using the scale EVA and McGill. Valuation of anxiety about the scale of Anxiety of Hamilton. Descriptive statistics.

**Results:** Were evaluated 20 patients who attended the Dermatology Nursing Unit, sores and wounds of the University General Hospital of Valencia. Patients treated with fentanyl significantly decrease your feeling of pain compared to others that are basic treaties with acetaminophen and/or metamizole.

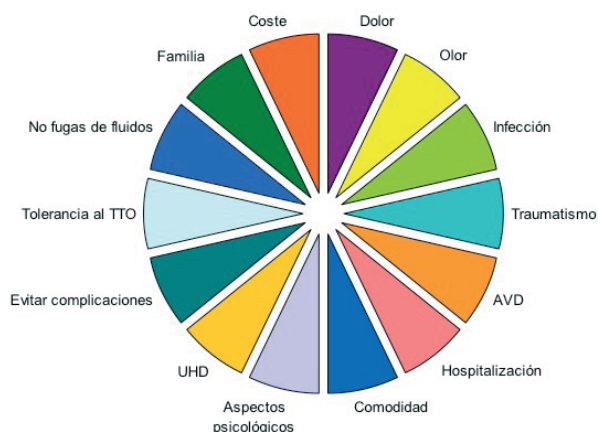
**Conclusions:** Patients treated with opioids as is the fentanyl, are more likely to feel less breakthrough pain during the topical cures. The majority of patients observed describe the pain qualitatively as: Press, cramp, flashing, prick.

**Keywords:** pain, breakthrough pain, cutaneous ulcers.

## INTRODUCCIÓN

Las úlceras cutáneas son una pérdida de sustancia que afecta a la epidermis, la dermis y, en ocasiones a planos más profundos y son definidas como úlcera crónica cuando su evolución es mayor a 6 semanas. Estas lesiones son una gran carga sociosanitaria ya que conllevan un alto coste económico para la administración y un coste socio/familiar ya que supone unos sobrecarga de cuidados y un deterioro en la calidad de vida de los pacientes.

Entre los signos que entorpecen la calidad de vida de los pacientes y la correcta cicatrización de estas úlceras tenemos principalmente: alto nivel de exudado, tejido desvitalizado, la infección local o altos niveles de carga bacteriana, olor y el dolor<sup>(Imagen 1)</sup>, todos ellos, aspectos que interfieren en la calidad de vida y cicatrización en los pacientes portadores de úlceras.



**Imagen 1.** Aspectos que interfieren en la calidad de vida en los pacientes con úlceras.

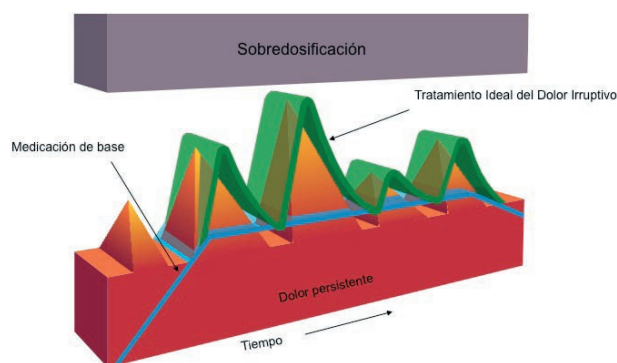
De los signos mencionados, nos parece importante prestar atención al dolor irruptivo que, aparece de forma brusca, intensa y transitoria sobre un dolor crónico persistente y estable; o presentarse de forma incidental relacionado con un factor desencadenante concreto tras la práctica de algún procedimiento como la cura de una úlcera<sup>(1,2)</sup> o de manera espontánea (cuando aparece de forma inesperada). El tratamiento del dolor irruptivo se basa en su prevención, ya sea evitando los eventos precipitantes “por la realización de curas” o administrando fármacos analgésicos antes de los mismos.

Como se ha comentado las úlceras cutáneas repercuten en la calidad de vida del paciente tanto a nivel físico como psicológico por tanto ¿Hasta qué punto debe un paciente soportar el dolor?, y su alivio no es considerado como un aspecto rutinario del tratamiento<sup>(3)</sup>. Las úlceras de etiología venosa son las más frecuentes, entre un 75-80%. En cuanto a las úlceras de etiología arterial presentan una prevalencia entre 0,2 - 2% y una incidencia de 220 casos nuevos por cada millón de habitantes año<sup>(4)</sup>. 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, 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<sup>(3,4)</sup>.

El principal objetivo que se persigue en el manejo del dolor irruptivo será garantizar un tratamiento efectivo del dolor persistente y en segundo lugar disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de dolor irruptivo<sup>(5,6,7)</sup>, por tanto el manejo del dolor irruptivo se basará en tres aspectos: prevención, anticipación y uso de la medicación adecuada. El dolor tiene un componente físico, pero también tiene un componente subjetivo que está influenciado por la forma en la que cada persona percibe su dolor, con las experiencias personales, con el nivel de umbral del dolor, etc. (Figura 1).

### Tratamiento ideal de los dos componentes del dolor



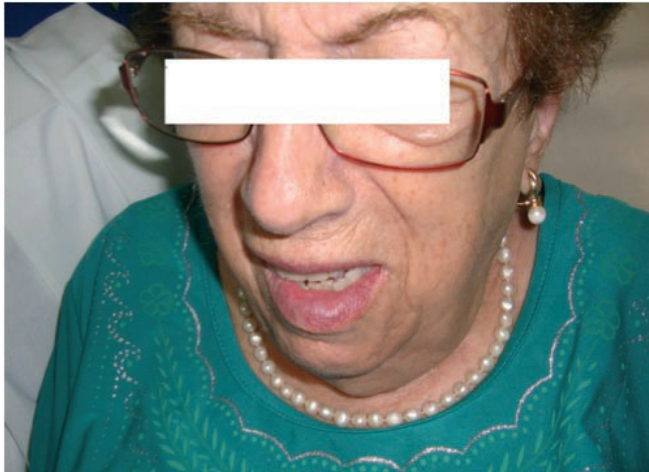
**Figura 1.** Tratamiento dolor irruptivo y dolor crónico.

La medicación ideal para el tratamiento del dolor irruptivo debe cumplir unos requerimientos básicos, la escalera analgésica de la OMS ha sido aplicada universalmente. Con su uso se puede conseguir un porcentaje de alivio del dolor del 45%- 100%(Figura 2).



**Figura 2.** Escalera analgésica del dolor OMS.

En la actualidad no existe ningún procedimiento absolutamente objetivo para medir la intensidad del dolor sin embargo, existen algunas reglas (EVA, Escala visual analógica) muy sencillas para que el personal sanitario y el paciente pueda valorar la intensidad del dolor, estas reglas cuantifican la intensidad del dolor desde el 0 (ausencia total de dolor) al 10 (un dolor absolutamente insoportable)<sup>(Imagen 2)</sup>.



**Imagen 2.** Dolor subjetivo.

El objetivo de este estudio fue conocer el tratamiento base del dolor irruptivo y valorar el dolor producido durante la cura tópica en pacientes con úlceras graves. Conocer qué factores influyen más en los pacientes que presentan mayor dolor.

### MATERIAL Y METODO

Estudio observacional transversal en el que se valoró la presencia o ausencia del dolor irruptivo durante las curas, valorando también si presentan dolor de base o si toman algún tipo de medicación anterior al proceso. El estudio se realizó en la Unidad de Enfermería de Úlceras y Heridas (UEUH) en colaboración con la Unidad del dolor del Hospital General Universitario de Valencia.

La población diana la constituyen los pacientes que acuden para ser atendidos en la citada unidad (UEUH) de úlceras cutáneas graves y que refieren dolor basal y dolor irruptivo durante la cura tópica.

*Los criterios de inclusión fueron:*

- Paciente con edad  $\geq 18$  años.
- Paciente que vaya a ser sometido a cura en la unidad de úlceras y cuya manipulación se

prevea le pueda causar dolor.

- Paciente o representante legal que firma el consentimiento informado por escrito.

*Los criterios de exclusión fueron:*

- Paciente que a juicio del investigador no tenga la capacidad cognitiva suficiente para la comprensión del estudio.
- Paciente o representante legal que no firma el consentimiento informado por escrito.

*Las variables a estudio fueron:*

- Sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios.
- Clínicas: peso, talla, IMC, patologías concomitantes y enfermedades subyacentes.
- Características de la úlcera (etiología), localización, signos de infección, tratamiento analgésico basal.

El procedimiento consistió en valorar el dolor producido al paciente durante la cura tópica mediante la Escala Visual Analógica de Intensidad del Dolor (EVA) y la cumplimentación por del cuestionario de dolor de McGill, por el paciente. El procedimiento se realizó en dos ocasiones; una primera en la que se localiza el dolor, y una segunda en la que se describe el dolor con 20 subclases de descriptores verbales que miden las dimensiones sensoriales, afectivas y evaluativas del paciente frente al dolor.

En el mismo momento de la cura, se registró el tipo de tratamiento para la profilaxis del dolor durante la técnica tópica, y se valoró la ansiedad afrontamiento al dolor del paciente mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton. Por último, realizaron mediciones del dolor con la EVA.

El análisis estadístico de los resultados consistió en medidas de tendencia central y representación gráfica descriptiva. El software utilizado fue el Excel 2010 de Microsoft.

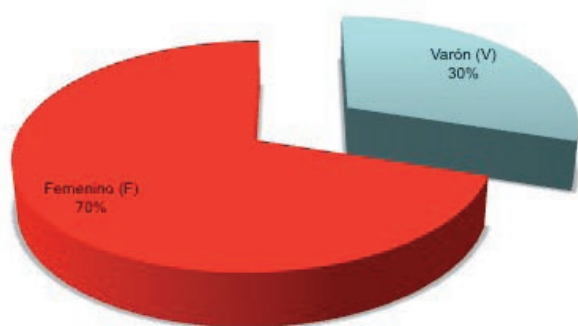
El estudio tuvo en cuenta la normativa ético-legal vigente. Fue aprobado por el CEIC del Hospital General Universitario de Valencia y se realizó de acuerdo con los Principios Básicos para toda Investigación Médica, Declaración de Helsinki, respetando los principios legales aplicables (generales y autonómicos) sobre protección de datos

personales, así como los referentes a los derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria.

## RESULTADOS

El estudio realizó en una muestra de 20 pacientes, de ellos, 6 eran hombres y 14 mujeres; con edades comprendidas entre los 47 y 91 años, siendo la edad media de estos pacientes de 66 años<sup>(Gráfico 1)</sup>.

### SEXO

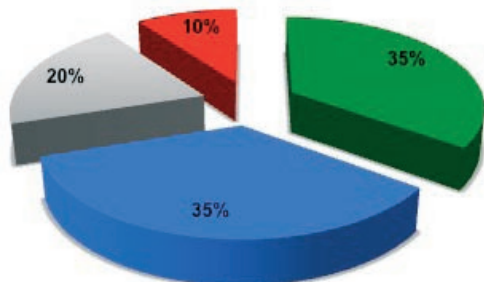


**Gráfico 1.** Porcentaje del sexo de la muestra.

Un 65% de la muestra estudiada presentaba un IMC elevado, dos pacientes obtuvieron una puntuación de obesidad extrema<sup>(Gráfico 2)</sup>.

### IMC

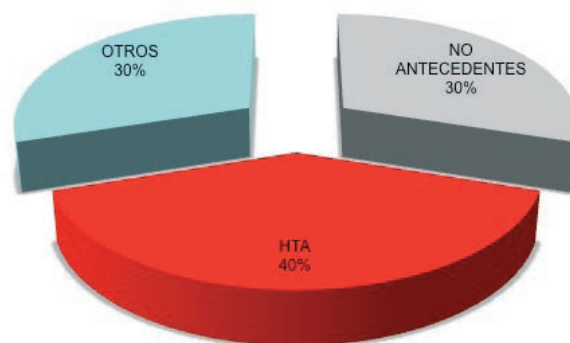
■ NORMAL ■ SOBREPESO ■ OBESIDAD ■ OBEISIDAD EXTREMA ■ Total ■



**Gráfico 2.** Porcentaje de pacientes según su IMC.

Entre los antecedentes patológicos más representativos destacó la Hipertensión Arterial (HTA) en 6 pacientes, y el resto presentó otros como: artrosis, asma, insuficiencia cardíaca o lupus<sup>(Gráfico 3)</sup>.

### ANTECEDENTES MEDICOS

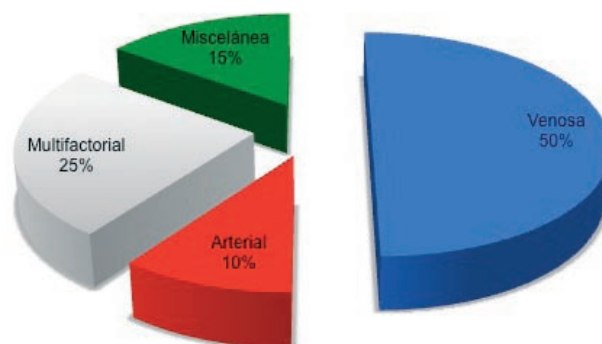


**Gráfico 3.** Porcentajes según los antecedentes médicos.

De los 20 pacientes observados, 8 pacientes no tenían ningún tipo de antecedentes y 4 de estos presentan un IMC normal.

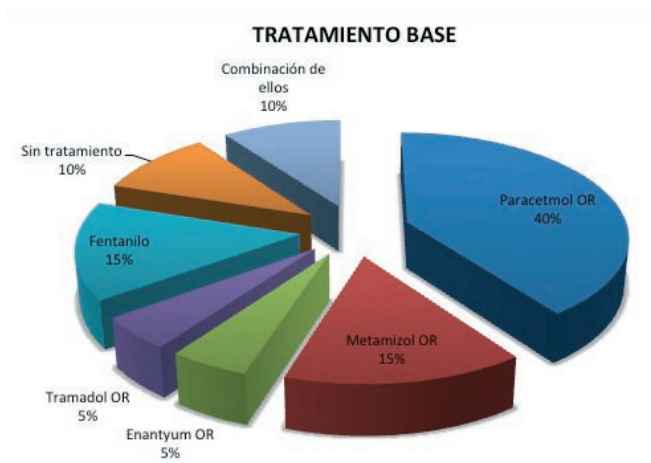
En relación a la causa que originó es úlcera cutánea grave, la mitad de los pacientes incluidos presentaron úlceras de carácter venoso por una insuficiencia vascular<sup>(Gráfico 4)</sup>.

### ETIOLOGIA



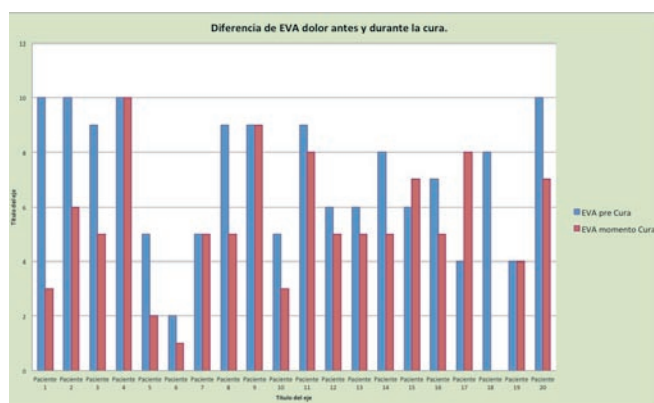
**Gráfico 4.** Porcentaje de pacientes según la etiología de la úlcera cutánea.

Respecto al tratamiento basal del dolor observamos en los datos recogidos a los pacientes, un 40% tomaba Paracetamol como tratamiento basal, seguido por un 15% de los pacientes que toma Metamizol y otro 15% Fentanilo sublingual<sup>(Gráfico 5)</sup>.



**Gráfico 5.** Porcentaje de pacientes según el tratamiento de base.

El análisis de diferencia de la EVA en el momento previo a la cura y durante la cura, se observó que 14 pacientes disminuyen su dolor durante la cura, 4 no variaron su sensación del dolor durante la cura, y 2 pacientes refirieron que aumentó su dolor durante el procedimiento<sup>(Gráfico 6)</sup>.



**Gráfico 6.** Diferencia del dolor evaluado mediante EVA antes y durante la cura.

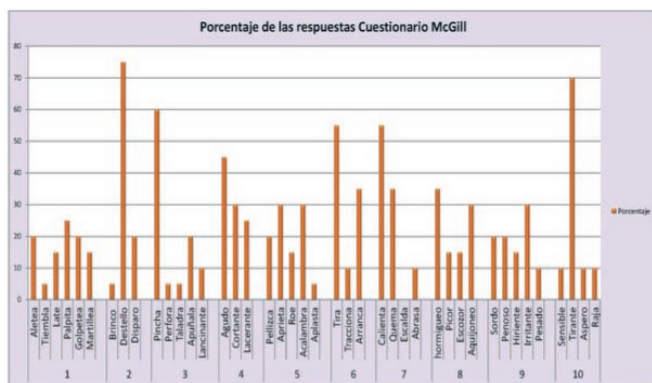
Analizando los resultados de la EVA, junto con el tratamiento de base que llevan los pacientes y el administrado en el momento de la cura o previamente al procedimiento, obtuvimos que en 3 de los pacientes se produce una significativa bajada de entre 4 a 7 puntos de la sensación del dolor ambos. De ellos, 2 pacientes tomaban Fentanilo vía oral en el momento previo a la cura, aunque su tratamiento basal era Paracetamol y Gabapadina. El otro paciente, disminuyó en 8 puntos su sensación del dolor, con un tratamiento de base con Enantyum, y en el momento de la cura toma AINES junto con Tramadol.

El resto de pacientes en los que disminuye el dolor en el momento de la realización de la cura, un total de 11, disminuyen su sensación de dolor entre 1 y 4 puntos. 5 de los pacientes que presentan menor disminución del dolor estaban a tratamiento con Paracetamol, y lo habían tomado en el momento de la cura y sin ningún tipo de tratamiento previo. Otros 4 pacientes llevaban como tratamiento basal o previo a la cura Metamizol. El resto de estos 11 pacientes, que eran 2, no tenían ningún tipo de tratamiento basal ni previo a la cura.

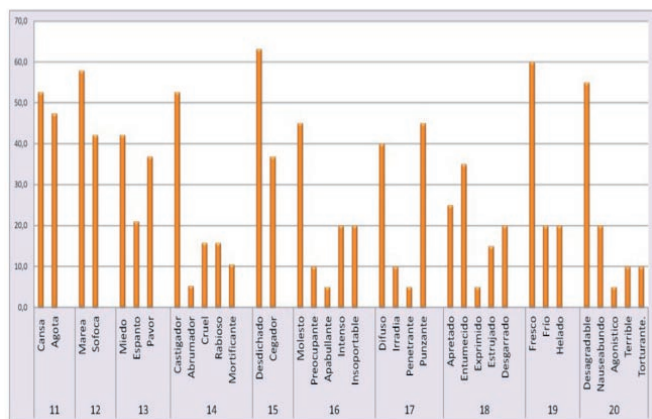
También se observó que en 4 pacientes en los que no hubo ningún tipo de variación en su sensación del dolor previo, con el dolor que aparece en el momento de la cura. Dos toman Paracetamol en el momento previo a la cura. Los otros dos, uno de ellos junto con el Paracetamol como tratamiento de base llevaba un parche de Fentanilo; y el otro toma Tramadol oral previamente a la cura.

Los resultados de la Escala de McGill en la que se les preguntó a los pacientes por 88 descriptors del dolor clasificados en 20 subgrupos fueron:

Un 25% de los pacientes describió que la característica que más se ajusta a su dolor es que “palpita”; y la segunda característica mas relevante con un 20% es que “aletea” y “golpea”. Un 75% lo definió como “destello”, un 60% que “pincha”, un 45% como “Agudo”; un 30% destacaron que “aprieta” y “acalambra”, el 55% lo describió como “tira” y “caliente”; en este subgrupo aparece con un 35% el descriptor “hormigueo”, seguido con un 30% “agujoneo”. Un 30% refiere su dolor com “irritante”, un 20% como “sordo” y “penoso”. Un 70% nos describe su dolor como “tirante”. 52,6% describe el dolor como “cansa” frente a un 47,4% que lo define como “agota”. En este subgrupo obtuvimos con un 57,9% “marea”, y con un 42,1% “sofoca”. En el 42,1% los pacientes sintieron “miedo” del dolor presentado. Para un 52,6% fue “castigador”, el 63,2 escogió el descriptor “desdichado”, un 45% lo define como “molesto”, otro 45% “punzante”, y un 40% “difuso”. Un 35% lo describió como “entumecido”, frente a un 25% seguido de un 20% que escogen respectivamente “apretado” y “desgarrado”. Un 60% elige “fresco” y un 55% lo definió como “desagradable”<sup>(Gráficos 7 y 8)</sup>.



**Grafico 7.** Resultados de los descriptores del dolor del Cuestionario de McGill.



**Grafico 8.** Resultados de los descriptores del dolor del Cuestionario de McGill.

## DISCUSION

Según los resultados obtenidos, se observa que los pacientes presentan factores de riesgo elevados para la aparición de úlceras cutáneas que coinciden en la mayoría de estudios, como Hipertensión (30%) y un IMC elevado (65%); Es de señalar que un grupo importante de autores plantean que los pacientes con antecedentes familiares de enfermedad venosa tienen una mayor predisposición a padecerla. Existe una relación directa entre el sedentarismo y la obesidad, ya que ambas permiten que aumente la sobrecarga de peso a nivel de las extremidades inferiores, lo que facilita la existencia de patologías venosas a ese nivel tal y como observamos en nuestro estudio.

El estudio Detect-IVC del año 2006 en España, que se realizó en centros de salud por médicos de Atención Primaria, permitió constatar que “el 2,5% de los pacientes que acuden al médico de atención primaria padecen úlceras por hipertensión venosa (Imagen 3) que son las úlceras más dolorosas y con el tipo de dolor irruptivo. Son más

frecuentes en mujeres, con una relación varón-mujer de 1:3. La incidencia es mucho mayor a partir de los 65 años con un porcentaje del 5,6% de la población. En definitiva entre 250.000 y 300.000 personas están afectadas por úlceras venos<sup>(8)</sup>.



**Imagen 3.** Úlcera hipertensiva.

Con los resultados obtenidos en este trabajo en relación con la frecuencia de la patología venosa y la edad de los pacientes estudiados se demuestra una vez más que la IVC aumenta consecuentemente con la edad.

Como observamos el 50% de nuestros pacientes sufren úlceras cutáneas a causa de una insuficiencia venosa, en otros estudios aparece como “La insuficiencia venosa crónica (IVC) es una enfermedad progresiva, y resulta uno de los padecimientos de mayor morbilidad en el mundo, con una prevalencia aproximada de 20 a 50 % de la población adulta femenina, y de 10 a 20 % de la masculina<sup>(9)</sup>. Poniéndose en evidencia que la insuficiencia venosa sigue siendo una de las principales causas de padecer úlceras cutáneas.

Respecto a los resultados obtenidos con los datos recogidos sobre el tratamiento basal para el dolor en los pacientes, en nuestro estudio observamos que un 40% toma Paracetamol como tratamiento, seguido por un 15% de los pacientes que toma Metamizol y otro 15% Fentanilo. Analizando estos datos junto con los obtenidos en la EVA del dolor basal nos damos cuenta de que los pacientes que disminuyen su dolor de leve a moderadamente toman la mayoría Paracetamol y/o Metamizol. Sin embargo de los 3 pacientes en total que disminuyen su dolor en el momento de la cura, de forma notable, dos toman como tratamiento previo a la cura, Fentanilo y el tercer

paciente toma Enantyum. Como observamos en otros estudios realizados como el de V. Domingo-Triadó que comenta sobre el Tratamiento del dolor irruptivo con fentanilo sublingual en pacientes con úlceras cutáneas crónicas, que: “Los resultados de nuestro estudio evidencian que el tratamiento con opioides en pacientes con úlceras cutáneas crónicas proporciona un alivio efectivo del dolor, tanto basalmente como durante la cura, con escasos efectos adversos”<sup>(6)</sup>.

Nosotros no podemos dar unos resultados concluyentes al respecto, puesto que nuestra muestra es pequeña (20 pacientes). Pero aún así si podríamos conforme a nuestros resultados corroborar que los pacientes tratados con Fentanilo, sea de forma basal o en el momento previo a la cura, disminuyen notablemente su dolor irruptivo.

También nos podríamos adentrar en el paciente que toma Enantyum como tratamiento basal y previo a la cura y disminuye de forma brusca su dolor, analizando junto con más pacientes si los AINES como en este caso el Enantyum también mejoran el dolor irruptivo por encima de otros fármacos como los comentados anteriormente, el Paracetamol o el Metamizol, o es solo un caso aislado.

## CONCLUSIONES

- Existe una relación directa de la aparición de úlceras cutáneas con los factores de riesgo que presentan los pacientes, como Hipertensión, Sobrepeso u Obesidad.
- La causa más común de las úlceras cutáneas graves en prácticamente la mayoría de los pacientes es la Insuficiencia Venosa.
- Los pacientes tratados con opioides como es el Fentanilo, disminuyen de forma notable su dolor irruptivo aparecido en las curas, siendo este más efectivo que otros tratamientos empleados para el dolor en úlceras cutáneas como el Paracetamol o el Metamizol.
- La mayoría de pacientes describen el dolor producido por las curas en úlceras cutáneas como: Aprieta y acalambra, destelleo, pincha, agudo, tira, caliente, hormigueo, irritante, tirante, cansa, marea, miedo, castigador, desdichado, molesto, punzante, entumecido, fresco, desagradable, palpita.

## BIBLIOGRAFIA:

---

1. Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME). Tratamiento del dolor irruptivo. Bol Ter ANDAL. 2011; 27(4): 13-6.
2. 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](http://www.aeev.net/guias/position_doc2002_SPANISH.pdf).
3. Palomar-Llatas F, Diez-Fornes P, Sierra-Talamantes C, Fornés-Pujalte B, Debon Vicent L. Duelen las úlceras cutáneas, o realmente duele como las tratamos. Enferm Dermatol. 2015; 10 (25): 11-6.
4. Contreras R, Ibañez P, Roldán A, Torres OG, coordinadores. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vasculare y Heridas (AEEVH). Guía de Práctica Clínica. 2ª ed. Sevilla: AEEVH; 2014.
5. Cánovas Martínez L, Rodríguez Rodríguez AB, Castro Bande M, Pérez Arviza L, López Soto C, Román R. Tratamiento del dolor irruptivo. Rev Soc Esp Dolor. 2012 Noviembre-Diciembre; 19(6): 318-24.
6. Domingo V, López MD, Villegas F, Alba C, Massa B, Palomares F, Míguez A, et al. Tratamiento del dolor irruptivo con fentanilo sublingual en pacientes con úlceras cutáneas crónicas. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2014; 61(8):429-33.
7. Aranda JM, Castro MV, Galindo A, Ledo MJ, Martínez F, Moreno A, et al. El dolor en las heridas crónicas ¿recibe la atención que se merece? Rev Rol Enferm. 2007; 30(5): 6-7.
8. Álvarez-Fernández LJ, Lozano F, Marinell-Io-Roura J, Masegosa-Medina JA. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: Estudio DETECT-IVC 2006. Angiología. 2008; 60(1):27-36.
9. Edouard DC, Quiñones M, Borrás M, Rodríguez L, Chirino L. Insuficiencia venosa crónica y calidad de vida. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculare. 2010; 1(27): 19-26.