

Gestión ambulatoria de opioides para sobrevivientes de quemaduras adultos — Actualización para proveedores comunitarios

Marzo de 2021

www.msktc.org/burn/factsheets

Hoja informativa sobre quemaduras – para médicos

INTRODUCCIÓN

Las personas hospitalizadas por una lesión por quemaduras suelen describir las lesiones como una de las más dolorosas que uno puede experimentar. Es frecuente que se receten opioides para ayudar a aliviar este dolor.

Aunque no existe un enfoque estándar para el manejo del dolor por quemaduras agudas, un objetivo es que el paciente hospitalizado esté despierto, alerta y cómodo.¹ Aunque tampoco es realista esperar sentir "ningún dolor" después de una lesión por quemaduras, se ha demostrado que el dolor significativo y duradero en el hospital es un predictor de un ajuste deficiente, bienestar y menor calidad de vida relacionada con la salud después del alta.^{2,3}

Sin embargo, la crisis de los opioides en Estados Unidos no va a desaparecer. El sobre uso de medicamentos opioides prescritos está aumentando y el mal uso va en aumento.⁴ Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) informan que en 2017, 47,600 personas murieron por uso excesivo de opioides en Estados Unidos y que los opioides estuvieron involucrados en el 67,8% de todas las muertes por sobredosis de drogas.⁵

Manejo del dolor después del alta

Entre el 86%⁶ y el 90%⁷ de los pacientes hospitalizados adultos con quemaduras reciben recetas de opioides al momento del alta. Dos semanas después del alta, el 90% de los pacientes ya no usan opioides,⁶ y la mayoría de los pacientes ya no usan opioides 30 días después del alta.⁷

Para los que son dados de alta del hospital con receta de opioides, considere las siguientes prácticas de prescripción de opioides:

- Disminuya la cantidad diaria de los opioides prescritos;⁶
- Prescriba sólo opioides de acción corta;⁶
- Eduque a los pacientes sobre el uso de opioides;⁶
- Pida a los pacientes que completen una evaluación de riesgos;⁸
- Consulte el Programa de Monitoreo de Recetas para identificar otros medicamentos o fármacos de inquietud.⁸

Objetivo: Proporcionar información sobre la gestión de opioides en adultos después de haber sido dados de alta del hospital para el tratamiento de su lesión aguda por quemaduras. Esta información ayudará a los proveedores comunitarios de atención médica en su prestación de atención integral en el contexto de una crisis nacional de opioides.

El Sistema Modelo de Quemados está patrocinado por el Instituto Nacional de Investigación de Discapacidad, Vida Independiente y Rehabilitación, Administración para la Vida Comunitaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (Consulte <http://www.msktc.org/burn/model-system-centers> para obtener más información).



Otras opciones y factores a tener en cuenta:

El uso programado de agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y el paracetamol son una opción de analgésicos no opioides. Los AINE ayudan con el alivio del dolor e inhiben la síntesis de ciclooxigenasa y prostaglandina.^a Cuando se añaden a los opioides, los AINE producen un alivio del dolor superior y un efecto que ahorra opioides (dosis reducidas de opioides sin pérdida de eficacia analgésica) que se asocia con una disminución en algunos efectos secundarios adversos relacionados con los opioides. En entornos ambulatorios, el uso programado de AINE y paracetamol juntos puede ayudar a reducir el uso de opioides.⁹

Gabapentina se puede prescribir para tratar el dolor neuropático y la picazón en pacientes quemados. La gabapentina (gabapentina y pregabalina) fueron diseñados originalmente como anticonvulsivos, pero se han utilizado para tratar el dolor neuropático crónico.^b La gabapentina se utiliza cada vez más en el cuidado de quemaduras. Sin embargo, los datos no apoyan un efecto que ahorra opioides con el uso de gabapentina.^{10,11} La gabapentina permanece en el cuerpo durante 1 o 2 días después de dejar de usarse, y los síntomas de abstinencia pueden ocurrir unos días más tarde. Por lo general, la disminución gradual no es necesaria para pacientes que toman dosis más bajas, es decir, 300 mg/día o menos.



Cuando se añaden a los opioides, los AINE producen un alivio del dolor superior y un efecto que ahorra opioides que se asocia con una disminución en algunos efectos secundarios adversos relacionados con los opioides.⁹

Si es necesaria una reducción gradual, las dosis diarias deben reducirse a una tasa máxima de 300 mg en total cada dos o tres días y en función de la retroalimentación del paciente.

Las estrategias de tratamiento no farmacológico o adjunto pueden ayudar a aliviar el dolor y la picazón. Aunque la mayoría de los estudios citados a continuación se realizaron con pacientes hospitalizados, los hallazgos pueden ser útiles durante la recuperación ambulatoria y ayudar a que los opioides se reduzcan gradualmente.

- **Masaje de cicatrices** (con cicatrización hipertrófica):^c La evidencia preliminar sugiere que el masaje de cicatrices puede ser eficaz en el tratamiento del dolor y la picazón en personas con cicatrices hipertróficas¹² y promueve la desensibilización de heridas. Sin embargo, debido a que la evidencia es de mala calidad, se necesitan más ensayos clínicos controlados.¹³
- **Terapia cognitivo-conductual** como reestructuración cognitiva, atención, meditación, relajación, hipnosis y la realidad virtual se han utilizado para reducir el dolor agudo y crónico.¹⁴
- **Humectantes para injertos curados y heridas de quemaduras:** La piel seca y quemada y los injertos se asocian con una mayor intensidad de la picazón y la incomodidad. Las heridas curadas deben mantenerse hidratadas con ungüentos sin fragancia.¹⁵
- **Juegos interactivos:** Se ha demostrado que los juegos interactivos reducen el dolor durante las sesiones de rehabilitación de lesiones por quemaduras menores.¹⁶

a Los AINE tienen un techo analgésico y pueden estar asociados con disfunción plaquetaria, irritación del tracto gastrointestinal o sangrado, y disfunción renal. Al igual que los AINE, el paracetamol debe administrarse de forma programada. Cuando se añade a los opioides, el paracetamol produce una mejor analgesia y un efecto que ahorra opioides asociado con una disminución en algunos eventos relacionados con opioides, como náuseas/vómitos y sedación. La dosis máxima de paracetamol para un adulto de tamaño normal se cita comúnmente en 4 g/d, pero el fabricante de Tylenol en los Estados Unidos ha bajado la dosis diaria máxima a 3 g/d (<https://www.tylenol.com/safety-dosing/usage/dosage-for-adults>). El paracetamol se elimina hepáticamente y no debe ser utilizado por pacientes con insuficiencia hepática.

b Los gabapentanos se asocian con varios efectos adversos, entre los que figuran la sedación, los mareos y el edema periférico. En pacientes de edad avanzada, estos agentes deben utilizarse con precaución o debe reducirse la dosis. Los gabapentanos se excretan renalmente; por lo tanto, la dosis debe reducirse en pacientes con disfunción renal.

c Una cicatriz hipertrófica es una cicatriz engrosada, elevada y roja que se desarrolla donde la piel se ha lesionado, como con una quemadura.

- **Otras opciones a considerar:** Acupuntura, acupresión, terapia con láser.
- **Evaluación para otras preocupaciones:** Se recomiendan las evaluaciones y tratamientos de los problemas coexistentes que afectan el dolor. Estos pueden incluir prurito, insomnio, estrés postraumático, depresión y ansiedad.

Los factores de riesgo de adicción son complejos

La genética, los antecedentes personales de uso de sustancias adictivas y los trastornos de salud mental pueden ser los predictores más sólidos del desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias. Probablemente otras razones obedecen a múltiples factores e implican interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y ambientales. A pesar de las complejidades, la adicción es una enfermedad médica crónica tratable.

Las herramientas de detección se pueden utilizar para identificar a las personas que están en riesgo de usar opioides erróneamente y para monitorear a quiénes pueden estar haciendo mal uso de los opioides.¹⁷

- **Opioid Risk Tool (ORT)** es una breve herramienta de autodetección está diseñada para usarse con pacientes adultos en entornos de atención primaria para evaluar el riesgo de abuso de opioides en las personas a las que se les recetan opioides como tratamiento del dolor crónico. Toma menos de 1 minuto administrarla y calificarla.¹⁸
- **La escala de medición del uso indebido actual de opioides (Current Opioid Misuse Measure to Monitor, COMM)** es una autoevaluación breve de 17 preguntas destinada a identificar a los pacientes que pudieran hacer uso incorrecto de los opioides. La COMM es una de las herramientas más usadas para evaluar a los pacientes que reciben terapia con opioides a largo plazo. Una puntuación de 9 o más sugiere comportamientos problemáticos relacionados con drogas.

Otros recursos

- Hojas informativas específicas sobre quemaduras relativas al dolor; [dolor \(https://msktc.org/burn/factsheets/Managing-Pain-After-Burn-Injury\)](https://msktc.org/burn/factsheets/Managing-Pain-After-Burn-Injury), la picazón (<https://msktc.org/burn/factsheets/Itchy-Skin-After-Burn-Injury>), y la exposición al sol (<https://msktc.org/burn/factsheets/sun-protection-after-burn-injury>).

Los pacientes pueden tener problemas para interrumpir el uso de opioides. Sugerencias (incluida la reducción gradual) que pueden ayudar a los proveedores comunitarios:¹⁹

- Nunca abandone a los pacientes con un trastorno por consumo de sustancias.
 - Para los pacientes que están haciendo uso incorrecto o abusando, o son adictos a los opioides recetados, ofrézcales o refiéralos a un especialista en adicciones o a un programa de tratamiento, un psiquiatra o un psicólogo.
 - Aliste el apoyo familiar y social siempre que sea posible.
- La reducción gradual debe centrarse en el paciente:
 - Los pacientes *sin* trastorno por uso de opioides o trastorno por consumo de sustancias por lo general pueden reducir lentamente el uso de opioides en un consultorio de un médico. La necesidad de servicios interdisciplinarios varía.
 - Los pacientes *con* trastorno por uso de opioides y dolor más o menos continuo pueden beneficiarse del uso de servicios interdisciplinarios, como terapia asistida por medicamentos (medication-assisted therapy, MAT), salud mental o servicios de gestión del dolor.
 - Los pacientes *con* adicción activa deben ser retirados del uso de opioides con más rapidez por razones de seguridad. En este caso, referir al paciente a un especialista en adicciones o el paciente puede necesitar admisión para la desintoxicación.
- Con la retirada gradual, considere:
 - Dosis, formulación y duración del uso de opioides;
 - No hay datos que apoyen más ya sea a los medicamentos de acción prolongada o bien a los de acción corta;
 - Comorbilidades psiquiátricas, médicas y de consumo de sustancias; y
 - Otros factores, como el apoyo social y los mecanismos de afrontamiento, la resiliencia, la autoeficacia y el acceso a los servicios de salud.

Referencias

1. Faucher L, Furukawa K. "Practice guidelines for the management of pain" (prácticas para la gestión del dolor). *J Burn Care Res.* 2006;27(5):659-668.
2. Patterson DR, Tininenko J, Ptacek JT. "Pain during burn hospitalization predicts long-term outcome" (el dolor durante la hospitalización por quemaduras predice un resultado a largo plazo). *J Burn Care Res.* 2006; 27(5):719-726.
3. Spronk I, et al. "Predictors of health-related quality of life after burn injuries: a systematic review" (predictores de la calidad de vida relacionada con la salud después de las lesiones por quemaduras: una examen sistemático). *Crit Care.* 2018;22.
4. National Institute on Drug Abuse. Overdose death rates. (Tasas de mortalidad por sobredosis). <https://www.drug-abuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdos> _____. Último acceso: 08-28-2019, revisado en enero de 2019.
5. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/statedeaths.html>. Último acceso: 08-28-2019.
6. Wibbenmeyer L, et al. "An evaluation of discharge opioid prescribing practices in a burn population" (una evaluación de las prácticas de prescripción de opioides de alta en una población quemada). *J Burn Care Res.* 2015;36(2):329-335.
7. Yenikomshian HA, et al. "Outpatient opioid use of burn patients: a retrospective review" (uso ambulatorio de opioides en pacientes quemados: una revisión retrospectiva). *Burns* 2019;45(8):1737-1742.
8. WA State Department-of-Health. Prescription Opioids for Acute Pain. (Departamento de Salud del Estado de WA. Opioides recetados contra el dolor agudo). 2019. Documento # DOH Pub 631-077.
9. Richards D. "The Oxford Pain Group League table of analgesic efficacy" (tabla de la eficacia analgésica de la Oxford Pain Group League). *Evid Based Dent.* 2004;5(1):22-23.
10. Kneib CJ, Sibbett SH, Carrougher GJ, et al. "The effects of early neuropathic pain control with gabapentin on long-term chronic pain and itch in burn patients" (efectos del control temprano del dolor neuropático con gabapentina en pacientes quemados con dolor crónico a largo plazo y picazón). *J Burn Care Res.* 2019;40(4):457-463.
11. Wibbenmeyer L, Eid A, Liao J, et al. "Gabapentin is ineffective as an analgesic adjunct in the immediate postburn period". (la gabapentina es ineficaz como un analgésico adjunto en el período inmediatamente posterior a la quemadura). *J Burn Care Res.* 2014;35(2):136-142.
12. Cho YS, et al. "The effect of burn rehabilitation massage therapy on hypertrophic scar after burn: a randomized controlled Trail" (efecto de la terapia de masaje de rehabilitación de quemaduras en la cicatriz hipertrófica después de la quemadura: un ensayo aleatorio controlado). *Burns* 2014;40(8):1513-1520.
13. Ault P, Plaza A, Paratz J. "Scar massage for hypertrophic burns scarring—a systematic review" (masaje de cicatrices para cicatrices de quemaduras hipertróficas, un examen sistemático). *Burns* 2018;44(1):24-38.
14. Scheffler M, Koranyi S, Meissner W. "Efficacy of non-pharmacological interventions for procedural pain relief in adults undergoing burn wound care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials" (eficacia de intervenciones no farmacológicas para el alivio del dolor procedural en adultos sometidos a cuidado de heridas por quemaduras: una examen sistemático y metanálisis de ensayos controlados aleatorios). *Burns* 2018;44:1709-1720.
15. Carrougher GJ, Martinez EM, McMullen KS, et al. "Pruritus in adult burn survivors: postburn prevalence and risk factors associated with increased intensity" (prurito en adultos sobrevivientes de quemaduras: prevalencia post quemadura y factores de riesgo asociados con el aumento de la intensidad). *J Burn Care Res.* 2013;34(1):94-101.
16. Parker M, Delahunty B, Heberlein N. "Interactive gaming consoles reduced pain during acute minor burn rehabilitation: a randomized, pilot trial" (consolas de juegos interactivas redujeron el dolor durante la rehabilitación aguda de quemaduras menores: un ensayo piloto aleatorio). *Burns* 2016;42:91-96.
17. Lawrence R, Mogford D, Colvin L. "Systematic review to determine which validated measurement tools can be used to assess risk of problematic analgesic use in patients with chronic pain" (Examen sistemático para determinar qué herramientas de medición validadas se pueden utilizar para evaluar el riesgo de uso analgésico problemático en pacientes con dolor crónico). *H. J Anesth.* 2017;119(6):1092-1109.
18. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/files/OpioidRiskTool.pdf>. Último acceso: 12-16-2019.
19. "The Opioid Therapy for Chronic Pain Work Group. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Opioid Therapy for Chronic Pain" (Grupo de trabajo sobre la terapia con opioides para el dolor crónico, guía clínica práctica de la terapia con opioides para el control del dolor agudo de). (Versión 3.01, 2017). <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/cot/VADoDOTCPG022717.pdf>. Último acceso: 08-28-2019.

Autoría

Gestión ambulatoria del dolor para sobrevivientes de quemaduras: actualización para proveedores comunitarios (Outpatient Pain Management for Burn Survivors—Update for Community Providers) fue elaborada por Gretchen J. Carrougher, MN, RN (Northwest Regional Burn Model System); Samuel P. Mandell, MD, MPH, FACS (University of Washington Medicine Regional Burn Center, Seattle, WA); y Katherine D. Travnicsek, MD (Pain Institute of Nevada, Las Vegas, NV) en colaboración con el Centro de Traducción del Conocimiento de Sistemas Modelo.

Fuente: Nuestro contenido de información de salud se basa en evidencia de investigación y/o consenso profesional y ha sido revisado y aprobado por un equipo editorial de expertos del Sistema Modelo de Quemados.

Descargo de responsabilidad: El contenido de esta hoja informativa se desarrolló bajo una subvención del Instituto Nacional de Investigación de Discapacidad, Vida Independiente y Rehabilitación (número de subvención NIDILRR 90DP0082). NIDILRR es un Centro dentro de la Administración para la Vida Comunitaria (ACL), Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). El contenido de esta hoja informativa no representa necesariamente la política de NIDILRR, ACL, HHS. No se debe asumir endorso por parte del Gobierno Federal.

Copyright © 2021: Centro de Traducción del Conocimiento de Sistemas Modelo (MSKTC por sus siglas en inglés). Puede reproducirse y distribuirse libremente con la atribución adecuada. Se debe obtener un permiso previo para su inclusión en materiales que cobren cuotas.