

El dolor en el paciente quemado: intervenciones del psiquiatra de enlace

Adriana Milena Vargas Rueda¹
Lina del Carmen Ortiz Pérez²

Las quemaduras representan una de las patologías más frecuentes, graves e incapacitantes. Son diversos los factores que se tienen en cuenta a la hora de realizar una evaluación clínica de estos pacientes y por ello esta evaluación es prioritaria para los casos de grandes quemados, que requieren atención multidisciplinaria, rápida y coordinada desde su ingreso, con el objetivo de estabilizar el paciente y disminuir las posibilidades de morbilidad (1-3).

El dolor por quemaduras es el más intenso de todos; de ahí que su control sea uno de los objetivos principales, ya que su pobre control genera complicaciones en la esfera mental, como delirium, trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático e ideación suicida (1-4).

En los pacientes quemados, el adecuado manejo del dolor y su control efectivo son extremadamente importantes, ya que además de evitar el sufrimiento, disminuyen la tasa de complicaciones, atenúan la respuesta al estrés y facilitan la movilización y la manipulación (4). Son escasos los estudios y resultados sobre el dolor en el paciente quemado (4). Numerosos autores recogen una amplia subestimación y un tratamiento deficiente de este tipo de dolor (4). Entre un 35% y un 50% de los pacientes refieren que hubo un tratamiento inadecuado de su dolor, y la mayoría describe el dolor durante las curaciones como de gran intensidad (4-6).

En las quemaduras existen diferentes componentes del dolor, incluidos el agudo y el crónico. En el estado agudo, el dolor más intenso lo presenta el paciente en el momento de la curación y el cambio de vendajes. Permanece también un dolor continuo de fondo cuando está en reposo y que puede perdurar semanas o meses (4-5). El dolor relacionado con las quemaduras puede empeorar con el tiempo, debido al aumento de la ansiedad y la depresión, a alteraciones del sueño y a dificultades de adaptación. También está asociado a causas orgánicas como la regeneración de las terminaciones nerviosas (6,7).

¹ Médica psiquiatra, Universidad Militar Nueva Granada. Psiquiatra de Enlace, Pontificia Universidad Javeriana. Psiquiatra de Enlace en las Unidades de Cuidados Intensivos, Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia.

² Médica psiquiatra, Universidad Juan N. Corpas. Psiquiatra de Enlace, Pontificia Universidad Javeriana. Psiquiatra de Enlace, Instituto Nacional de Cancerología y Clínica Fray Bartolomé, Bogotá, Colombia.

PAUTA

El dolor crónico puede ser el resultado de contracturas, dolor neuropático o dolor consecuente al daño nervioso y tisular que sigue a los procedimientos quirúrgicos. Los pacientes sufren cambios nociceptivos continuamente, desde la molestia de fondo ligera o moderada hasta el dolor inaguantable en el momento de las curaciones, los desbridamientos y la fisioterapia (4,5). Además, hay frecuentes procedimientos quirúrgicos, escisión de escaras y obtención de áreas sanas para injertos cutáneos. Las áreas en las que se extrae piel para el injerto son a veces muy dolorosas. El tratamiento del dolor en el paciente quemado engloba el dolor de la lesión primaria y el de las medidas terapéuticas posteriores (6-8).

El tratamiento del dolor debe acomodarse no sólo al dolor de fondo, sino a los episodios repetidos de dolor intenso que tienen lugar durante las medidas terapéuticas. Por lo tanto, debido a esta variación en la intensidad del dolor de hora a hora, incluso de minuto a minuto, el tratamiento requiere la administración repetida y ajustes continuos de analgésicos, aun el uso de dosis de rescate (5,6).

El pobre control del dolor puede retrasar el proceso de cicatrización de las heridas, crear trastornos metabólicos y bioquímicos por la liberación de sustancias tóxicas, debilitar el sistema cardiovascular y disminuir el aporte de oxígeno a los tejidos, además de efectos patológicos en la adaptación al trauma (6-8). Los pacientes de la unidad de cuidados intensivos suponen una población especial, ya que en muchos casos son incapaces de comunicar el dolor, ya sea por la gravedad de su estado o por estar ventilados o sedados. Aunque no puedan comunicarse, es importante tratarles el dolor para disminuir la ansiedad y atenuar las respuestas al estrés (5-8).

Los opioides son la terapia fundamental para el dolor agudo y se han descrito y probado varias vías de administración en pacientes quemados:

- **Morfina:** es el fármaco más usado en los centros de quemados; tiene la ventaja de que se puede utilizar por varias rutas y en diferentes preparados.
- **Hidromorfona:** es un opiáceo similar a la morfina y se utiliza para el paciente que encuentra los efectos secundarios de la morfina muy molestos o que presenta hipersensibilidad a esta.

- **Meperidina:** no tiene ventajas sobre la morfina. Cuando se ha administrado a los pacientes quemados, se presenta una acumulación de metabolitos tóxicos que pueden producir un cuadro de irritación nerviosa con disforia, agitación e incluso convulsiones; por lo tanto, se recomienda para el tratamiento agudo, breve y pre-hospitalario.
- **Fentanilo:** su administración continua conduce a un desarrollo rápido de tolerancia y a unas dosis excesivamente altas para controlar el dolor (6,8-10).

La causa más frecuente de dolor agudo no controlado es la dosis baja de opioides, ya que frecuentemente se prescribe menos de la mitad de la dosis efectiva y se extiende a un horario mayor a su vida media biológica (tres a cuatro horas) (8,9,11).

El paciente con dolor intenso presenta unos problemas especiales que, a menudo, hacen difícil su diagnóstico y tratamiento. El clínico tiene pocas medidas fiables y objetivas del dolor: este no es susceptible de comprobarse y, como resultado, su manejo basado en los opiáceos está a menudo cargado de problemas especiales, dado el riesgo potencial de abuso y efectos secundarios (7-9,11).

La dependencia física significa una exposición continua necesaria al fármaco para evitar el síndrome de abstinencia; pero los intentos por evitar la dependencia pueden llevar a la utilización de dosis de opiáceos inadecuadas y a un mal tratamiento del dolor. La abstinencia comienza aproximadamente entre seis a doce horas después de suspender el tratamiento con morfina con síntomas como: ansiedad, insomnio, bostezos, sudoración, midriasis, piloerección, temblores, escalofríos, anorexia, calambres musculares, incapacidad para relajarse, agitación, fiebre, taquicardia y otros síntomas de actividad simpática (5-9).

La interrupción brusca del tratamiento con opiáceos de acción corta, como la morfina o la hidromorfona, produce síntomas de abstinencia con mayor probabilidad que los de acción prolongada, como la metadona y el fentanilo. Se puede evitar el desarrollo de los síntomas de abstinencia con la disminución lenta y sistemática de las dosis de opiáceos a un ritmo diario del 15% al 20% (7-8). La abstinencia se puede revertir generalmente reintroduciendo el fármaco a dosis del 25% al 40% de las dosis previas diarias. Para evitar los trastornos del sueño, las dosis nocturnas deben ser las últimas en reducirse (5-9).

El desarrollo de dependencia y las conductas de adicción, como ansiedad, búsqueda de la droga y otras conductas no adaptativas, representan motivos de preocupación para los pacientes y los médicos, y están relacionados con la administración frecuente, permanente y crónica de opioides (7-8). Estos problemas son agravados por el gran impacto del abuso de fármacos en la sociedad moderna, pero también pueden interferir con el suministro de un tratamiento efectivo y apropiado para el dolor, por temor a la dependencia (9-10). El riesgo real de dependencia en sujetos adictos a los fármacos puede ser mayor del 10% y en poblaciones sin antecedentes de adicciones el riesgo de dependencia es menor al 1% (5-6).

Los pacientes quemados requieren apoyo emocional continuo tanto en la fase aguda como en la fase crónica del tratamiento; por ello las intervenciones del psiquiatra de enlace deben ser parte fundamental durante su tratamiento. Usualmente estos pacientes refieren la presencia de miedo, síntomas depresivos, pesadillas y alteraciones en la sensopercepción (5-6). Además del uso de psicofármacos, el apoyo psicosocial es absolutamente necesario, ya que las quemaduras no sólo suponen cambios a corto plazo y dolor intenso en un momento dado, sino cambios prolongados en la salud, dolor crónico y cambios en la imagen corporal (6).

Referencias

1. Stoudemire A, Fogel B, Greenberg D. Psychiatric care of the medical patient. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
2. Wise M, Rundell J. The American Psychiatric Publishing textbook of consultation-liaison psychiatry. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005.
3. Sadock K, Sadock V. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
4. Ilechukwu ST. Psychiatry of the medically ill in the burn unit. Psychiatr Clin North Am. 2002;25(1):129-47.
5. Adbi S, Zhou, Y. Manejo del dolor en pacientes quemados. Curr Opin Anaesthesiol. 2002;15:563-7.
6. Borsook D, LeBel A, McPeck B. Massachusetts General Hospital Handbook of pain management. New York: Marban; 1999.
7. Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica gran quemado. 55. Santiago: MINSAL; 2007.
8. Seguro Social de Costa Rica-Departamento de Farmacoepidemiología. Criterios técnicos y recomendaciones basadas en evidencia para la construcción de guías de práctica clínica: tratamiento del dolor agudo [en línea]. San José; 2005 [fecha de acceso 1-dic-2008]. URL disponible en http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/34_Tratamiento-del-Dolor-Agudo.pdf.
9. Martelli M, Zasler N, Bender M, Nicholson K. Psychological, neuropsychological and medical considerations in assessment and management of pain. J Head Trauma Rehabil. 2004;19:10-26.
10. Holland, JC. Psychooncology. Oxford: Oxford University Press; 1998.
11. Schiffer R, Rao S, Fogel B. Neuropsychiatry. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins; 2003.

Correspondencia
Adriana Milena Vargas Rueda
Hospital Simón Bolívar
Carrera 7 No. 165-00
Bogotá, Colombia