



FEDELAT

Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor

RECOMENDACIONES SOBRE LA PRACTICA DE LA MEDICINA DEL DOLOR CRONICO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID 19

Estas recomendaciones no pretenden sustituir el correcto juicio clínico sino ser un complemento para asistir nuestra actuación.

1. INTRODUCCION

El Dolor Crónico es una condición clínica de alta prevalencia en el mundo que produce sufrimiento, limitaciones variables en las actividades diarias y deterioro de la calidad de vida. Con mucha frecuencia el dolor crónico ocurre en pacientes de edad avanzada, siendo el dolor espinal y osteoarticular las causas más frecuentes. El Dolor Crónico en sí mismo y su inadecuado tratamiento, provoca complejas alteraciones en el sistema inmunitario. El adecuado tratamiento del dolor crónico y el sufrimiento es un deber ético, así como también un acto dirigido a reducir complicaciones físicas y psicológicas de los pacientes.

La infección por el nuevo coronavirus, COVID-19 es una pandemia que vivimos en la actualidad que en su forma más grave produce un síndrome de distress respiratorio agudo que puede ser mortal, especialmente en pacientes mayores de 65 años con co-morbilidades como diabetes, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y eventualmente cáncer u otras enfermedades que comprometan la inmunidad. Como otras enfermedades virales no tiene tratamiento específico ni actualmente una vacuna, por lo que la medida más importante para mitigar la diseminación de la enfermedad y evitar el colapso de los sistemas de salud, es el aislamiento social. Esto ha determinado en el mundo entero la cancelación de las consultas médicas ambulatorias y la suspensión de los procedimientos y cirugías electivas, todo lo que repercute en el normal funcionamiento de las Unidades de Tratamiento del Dolor Crónico.

2. CONSULTA MEDICA AMBULATORIA:

En consonancia con las medidas epidemiológicas tomadas en los sistemas de salud, se recomienda evitar la concurrencia de los pacientes a los centros de salud, promoviendo el desarrollo de consultas no presenciales, como video llamadas o simplemente por llamada telefónica común, lo que se conoce como TELEMEDICINA, así como métodos no presenciales de entrega y repetición de recetas médicas. En algunos centros, se realiza la repetición de recetas de sustancias controladas (opioides menores y mayores, psicofármacos) por períodos más prolongados, como 60 o 90 días, o a través de sistemas de envío a domicilio, de manera de reducir al máximo posible el desplazamiento de los pacientes al centro de salud.

A través de Telemedicina es posible el control clínico de procedimientos intervencionistas, el mantenimiento de los tratamientos farmacológicos indicados, en particular mantener la disponibilidad del tratamiento con opioides de modo de evitar síndromes de abstinencia y seleccionar en que pacientes puede ser necesario realizar una segunda consulta presencial. En este último caso es necesario realizar un Triage de síntomas de Covid-19: pérdida de gusto u olfato, tos, fiebre o dificultad respiratoria. En caso de síntomas puede ser necesario posponer esta consulta para cuando los mismos hayan remitido, salvo en aquellos casos que se trate de una urgencia, en los cuales será necesario confirmar la enfermedad por un test diagnóstico previo.

Es también importante considerar que un alto porcentaje de los pacientes Covid-19 positivos cursan la enfermedad en domicilio. Tener en cuenta que aquellos pacientes en tratamiento con fármacos con efecto depresor respiratorio y/o sedante, como opioides mayores, benzodiazepinas, relajantes musculares, algunos antidepresivos y anticonvulsivantes, pueden afectar la reserva respiratoria del paciente y comprometer de algún modo la evolución de la infección. Es importante alertar a los pacientes y familiares sobre estos problemas y eventualmente ajustar las dosis de éstos fármacos.

Las consultas presenciales pueden ser necesarias en caso de situaciones urgentes, tratamiento de inicio con opioides mayores o sospecha de complicaciones de dicho tratamiento, o indicación de procedimientos intervencionistas.

Se debe tener en cuenta que en muchos países del mundo la Telemedicina no está legalmente regulada. Debe consignarse siempre en la historia clínica del paciente, los datos obtenidos de la consulta a distancia y los motivos por los cuales se decidió utilizar éste método (en este caso, la pandemia) así como consignar los motivos por lo que se decide citar al paciente a una consulta presencial.

Las situaciones urgentes o emergentes más evidentes que obligan a una consulta presencial son la necesidad de recarga de bombas de infusión implantadas o ajuste de parámetros de estimulación en pacientes con electrodos de neuro-estimulación periférica o central.

Con respecto a los tratamientos farmacológicos, hay que tener en cuenta que los opioides mayores como morfina o fentanilo pueden tener efecto inmunosupresor, efecto que es dosis y duración de administración dependiente. La inmunosupresión producida puede, en caso de infección con Covid-19, favorecer una forma más grave de la enfermedad. La Buprenorfina es el opioide con menor efecto inmunosupresor. En caso de fiebre alta recordar que con el uso de parches de fentanilo puede producirse un aumento de su absorción con el consiguiente riesgo de depresión respiratoria. Similares consideraciones deben tenerse con los parches de otros fármacos, como la Buprenorfina, aunque los efectos depresores respiratorios son menores que con el fentanilo. El uso de opioides por primera vez puede eventualmente requerir una consulta médica presencial para detectar elementos clínicos de posible mala utilización de los mismos (adicciones, perfil psicológico, etc.).

El uso de antiinflamatorios no esteroideos no tiene interacción con la infección producida por Covid-19, salvo un posible enmascaramiento de la fiebre. No hay datos que avalen el no uso de ibuprofeno. Es posible también contemplar otros aspectos del tratamiento a través de la telemedicina, como la fisioterapia a través de videos tutoriales o la realización de apoyo psicológico, como terapia cognitivo conductual y mindfulness por video-llamada.

En la medida que las condiciones epidemiológicas de cada país lo permitan, y las consultas presenciales se regularicen, es importante tomar medidas de protección para personal administrativo y sanitario médico y no médico, así como para nuestros pacientes.

Se recomienda en éstos casos:

- Restringir al máximo la circulación y estancia de visitantes en las áreas asistenciales
- Distanciar físicamente todo lo posible, las áreas destinadas a la actividad ambulatoria programada, de las áreas de hospitalización.
- No hacer coincidir pacientes en las salas de espera, respetar las distancias de más de 2 metros entre pacientes, personal administrativo y médicos. Puede valorarse el uso de pantallas transparentes de protección entre los administrativos y los pacientes.
- Asegurar el cumplimiento de los horarios de citación asignado al conjunto de pacientes ambulatorios, evitando citar grupos de pacientes en horarios coincidentes, para que en las salas de espera se puede mantener la distancia de seguridad de al menos 2 metros.
- Cuando esto sea físicamente imposible, citar al paciente por teléfono el tiempo suficiente antes de que tenga que entrar en la consulta, para que pueda estar en un sitio no concurrido.

- Cuando sea posible, presencia en la consulta del paciente sin acompañante, usando siempre una mascarilla quirúrgica.
- Utilizar protección adecuada para la exploración del paciente: Bata, Mascarilla FFP2/FFP3, N-95 o mascarilla quirúrgica (dependiendo de cada caso y disponibilidad del centro de salud), protección ocular (dependiendo del caso).
- Frecuente limpieza del área física destinada a las consultas.

2. PRACTICA DE LA MEDICINA INTERVENCIONISTA DEL DOLOR

En este escenario es deseable evitar en la medida de lo posible, la realización de procedimientos intervencionistas que sean electivos, quedando a juicio del especialista el balance del riesgo-beneficio de la intervención, a través de la valoración de la intensidad del dolor, su repercusión funcional, la respuesta a planes farmacológicos adecuados, la patología de base (Ej: hernia de disco, canal estrecho lumbar), el eventual objetivo del procedimiento propuesto de evitar procedimientos quirúrgicos (Ej: cirugía de columna) así como el balance del riesgo de desarrollar infecciones graves de Covid 19: edad mayor a 65 años con comorbilidades como Hipertensión, Diabetes, Cardiopatías o enfermedades inmunodepresoras.

En el caso que las condiciones clínicas del paciente arriba referidas ameriten la indicación de un procedimiento intervencionista para tratar la agudización de un cuadro de dolor crónico, se recomienda la realización del mismo en forma ambulatoria, evitando el traslado del paciente a la sala de urgencias o su hospitalización. Debe reservarse el intervencionismo para aquellos casos que podemos considerar como urgencias diferibles o emergencias. Dentro de las situaciones clínicas que pueden considerarse como urgencias diferibles pueden destacarse: Dolor por cáncer refractario, Neuralgia post herpética y Neuralgia del Trigémino de difícil manejo, Hernia de disco o Síndrome Radicular Cervical o Lumbosacro agudo o subagudo, otros síndromes de dolor que no responden al tratamiento médico. Otras presentaciones de dolor intenso pueden considerarse, en dicho caso debe revisarse caso por caso la indicación de intervencionismo.

Así, es posible considerar como procedimientos intervencionistas urgentes los siguientes:

- Inyecciones neurolíticas para dolor oncológico refractario,
- Inyecciones epidurales de esteroides para dolor radicular agudo por hernia de disco o agudizaciones de dolor radicular crónico

- Bloqueos o radiofrecuencia del eje simpático en pacientes con Síndrome Doloroso Regional Complejo Refractario o Dolor por Isquemia de miembros inferiores no pasible de tratamiento quirúrgico
- Dolor espinal crónico refractario o agudizado con alta chance de repercusiones físicas o psicológicas del mismo, como en el caso, inyecciones sacroilíacas o facetarias, neurólisis de ramos medios por radiofrecuencia
- Cefaleas que responden a tratamientos intervencionistas, como Bloqueo de Nervio Occipital, etc.
- El mal funcionamiento de Sistemas de Neuromodulación Central o Periféricos y el llenado de Bombas de Infusión implantadas pueden ser consideradas **emergencias**.

La inyección de dosis habituales de esteroides epidurales o en otras regiones puede producir grados variables de inmunosupresión. Una dosis epidural habitual de Triamcinolona o Metilprednisolona puede inhibir el eje hipotálamo-hipofisario de 2 a 4 semanas. Dentro de los esteroides de uso epidural se recomienda el uso de Betametasona y Dexametasona por tener menor efecto inmunosupresor. Esta inmunosupresión podría interferir con un desarrollo más benigno de una infección eventual por Covid-19. Deben utilizarse la menor dosis posible de esteroides, prefiriendo la utilización de inyecciones epidurales de soluciones con mayor volumen (anestésicos locales, solución salina), o en pacientes con alto riesgo de infección con Covid-19 o con tests positivos, eventualmente optar por inyecciones epidurales de soluciones sin esteroides (anestésicos locales y solución salina).

En la realización de técnicas intervencionistas se recomienda:

- **Realizar triage** de síntomas respiratorios a todos los pacientes en los cuales se solicite nuestra valoración para aplicar técnicas intervencionistas para el tratamiento de la agudización de dolor crónico.
- De acuerdo a la situación sanitaria de cada país puede recomendarse la realización previa de un Test de Covid-19 (hisopado), teniendo en cuenta el período ventana de 7 días para el diagnóstico.
- Los procedimientos deben ser realizados por una persona con experiencia.
- Asegurarse de que los medicamentos necesarios y el equipo estén listos y manipulados en una zona limpia.
- Debe tomarse precauciones de contacto y gotas, utilizar mascarilla FFP3 o N95 o mascarillas quirúrgicas comunes (según cada caso), protección para los ojos (en los sospechosos), bata quirúrgica y guantes dobles para el personal involucrado.

- Contar con un área accesible para lavarse las manos y contar con desinfectantes adecuados en cada sala.
- El paciente debe usar una mascarilla quirúrgica para reducir la posibilidad de propagación de aerosoles.
- Los equipos de uso corriente (equipo de programación de dispositivos implantados, radiofrecuencia, ecógrafos), en particular las partes que entran en contacto con el paciente como transductores del ecógrafo deben protegerse de la contaminación con cubiertas de plástico recambiables en cada paciente y evitar trasladar medicación y equipos entre distintas zonas.
- Minimizar la cantidad de personal presente durante la realización del procedimiento, pero la ayuda debe estar fácilmente disponible.

La aplicación de estas técnicas **NO está recomendada** en los casos de pacientes con confirmación de infección por COVID-19 a pesar de que no existe evidencia actual que contraindiquen éstas técnicas de modo absoluto.

3. ASISTENCIA DEL PACIENTE CON AGUDIZACION DE DOLOR CRONICO QUE REQUIERE DE HOSPITALIZACION:

En el contexto actual, aquellos pacientes que se encuentren hospitalizados por dolor agudo o agudización de dolor crónico pasible de ser tratado con técnicas intervencionistas se benefician particularmente de éstas técnicas, al evitar el uso prolongado de esteroides por vía sistémica y acortar los tiempos de internación de los pacientes. La realización de un procedimiento intervencionista neuroaxial en este contexto en un paciente con sospecha o confirmación de infección por COVID-19 dependerá de un cuidadoso análisis del balance de los riesgos y beneficios, así como de la participación activa del paciente en la toma de decisiones. En este caso, el paciente con sospecha o diagnóstico de infección por COVID-19 debe permanecer aislado durante su internación. En el traslado a la sala de operaciones o pabellón quirúrgico, se debe prever la ruta de acceso para evitar la contaminación durante el mismo. Se debe minimizar el personal que entre en contacto con el paciente. Es mandatorio la **utilización de EPP (Equipo de Protección Personal)** (gorro, mascarillas FFP3 o N95, gafas para protección ocular, sobretúnica o bata, zapatones y doble par de guantes). El paciente debe permanecer con mascarilla quirúrgica colocada durante todo el procedimiento. La **circulación del personal** que esté en contacto con el paciente debe ser restringida en un área cerrada, para evitar la necesidad de utilización de múltiples EPP así como la contaminación de otras áreas hospitalarias.

En el contexto del paciente hospitalizado, pueden considerarse como procedimientos emergentes, la colocación de catéteres epidurales, paravertebrales o en el plano del Músculo Erector de la Espina en pacientes con fracturas costales múltiples, o inyección de parche hemático en pacientes con cefalea post-punción dural refractaria a tratamiento farmacológico.

En el paciente hospitalizado por infección por Covid-19 que por algún motivo requiere administración de fármacos analgésicos aplican algunos de los conceptos vertidos anteriormente sobre el efecto inmunosupresor de los opioides mayores y los esteroides por vía sistémica. Deberá tenerse en cuenta la presencia del potencial efecto depresor respiratorio de los opioides mayores como morfina o fentanilo por vía intravenosa en pacientes con insuficiencia ventilo-respiratoria causada por la infección por Covid-19. El mismo concepto aplica para otros fármacos con efecto sedativo, como benzodiazepinas, relajantes musculares, algunos anti-depresivos y anticonvulsivantes (pregabalina).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Recommendations of the Spine Interventional Society (www.spineintervention.org).
2. The Faculty of Pain Medicine response to concern related to the safety of steroids injected as part of pain procedures during the current COVID-19 virus pandemic. Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists. March 2020.
3. Caring for patients with pain during the Covid-19 pandemic coronavirus recommendations from an international expert panel. Shanthanna H, Strand NH, Provenzano DA, Lobo CA, Eldabe S, Bathia A, Wegener J, Curtis K, Cohen SP, Narouze S.H. *Anaesthesia* 2020 Apr 7. doi: 10.1111/anae.15076. Online ahead of print
4. Cohen SP, Baber ZB, Buvanendran A, Chen Y, Hooten SR, Laker MW, Kennedy DJ, Sandbrick F, King S, Milan P, Stojanovic MP, Hayek SM, Phillips ChR. . Pain Management Best Practices from Multispecialty Organizations During the COVID-19 Pandemic and Public Health Crises. *Pain Medicine* 2020 7:127