



Recomendaciones sobre la práctica del dolor crónico durante la pandemia COVID-19

Una declaración conjunta de la Sociedad Americana de Anestesia Regional y Medicina del Dolor (ASRA) y la Sociedad Europea de Anestesia Regional y Terapia del Dolor (ESRA)

Autores: Harsha Shanthanna, MBBS, MD, MSc, FRCPC; Steven P. Cohen, MD; Natalie Strand, MD; Clara Lobo, MD; Sam Eldabe, MBBS, FRCA; Anuj Bhatia, MBBS, MD, FRCA, FRCPC; Samer Narouze, MD, PhD

Nota: A medida que la situación continúa evolucionando rápidamente, lo siguiente representa la orientación actual basada en la mejor evidencia disponible y la opinión de expertos. Este documento se actualizó por última vez el 27 de marzo de 2020.

Antecedentes generales

El nuevo coronavirus-2019 (inicialmente denominado 2019-nCoV) es un b-coronavirus humano que ha sido renombrado como coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2). A partir de la observación de los 1099 pacientes iniciales con infección confirmada por COVID-19, el 6,1% de los pacientes tenían infección grave (ingreso en la UCI, ventilación mecánica invasiva o muerte). Los síntomas comunes fueron fiebre (43.8% al ingreso y 88.7% durante la hospitalización) y tos (67.8%). La mediana del período de incubación fue de 4 días (rango intercuartil, 2 a 7) (1) Debido a la naturaleza altamente infecciosa de la enfermedad, el riesgo de transmisión es alto. La tasa de mortalidad parece ser más alta que las estimaciones anteriores observadas en China; las tasas de mortalidad serían 5.6% (IC 95% 5.4–5.8) para China y 15.2% (IC 95% 12.5–17.9) fuera de China.(2) Es probable que estos números cambien con el tiempo a medida que aumenta la prueba COVID-19, especialmente en pacientes asintomáticos pacientes, lo que lleva a casos más positivos y una caída en las tasas de mortalidad. La mortalidad y la morbilidad pueden ser causadas por el síndrome de dificultad respiratoria aguda, arritmia, shock, lesión renal aguda, lesión cardíaca aguda, disfunción hepática e infección secundaria (1,3).

Consideraciones generales en pacientes con dolor crónico

- La susceptibilidad de los pacientes con dolor crónico podría ser mayor, ya que muchos son ancianos con múltiples comorbilidades y supresión inmunológica potencial (4,5).

- En un paciente con enfermedad por COVID-19 se producen cambios inmunes significativos (3,6). El dolor crónico ejerce efectos complejos sobre el sistema inmunitario, incluida la inmunosupresión en algunas personas.(7)
- La terapia crónica con opioides puede causar supresión inmune en algunos pacientes, y los opioides individuales difieren en su potencial.(8,9)
- El uso de esteroides en los procedimientos de dolor intervencionista puede inducir la supresión inmune. Las inyecciones intraarticulares de corticosteroides se han asociado con un mayor riesgo de influenza.(10)

Recomendaciones generales

1. Las visitas o reuniones electivas de pacientes en persona deben suspenderse.

- Siempre que sea posible, se debe considerar la telemedicina. Aunque la mayoría de las jurisdicciones han relajado las restricciones administrativas en torno al uso de la telemedicina, los profesionales deben asegurarse de que la interfaz utilizada satisfaga las normas y reglamentos de su lugar de práctica.

2. No se deben realizar procedimientos opcionales de dolor, excepto procedimientos semi-urgentes específicos.

- En la mayor parte del mundo, todas las cirugías y procedimientos electivos han sido pospuestos o cancelados. Las razones incluyen la disminución de la exposición de los pacientes y los proveedores de atención médica y la conservación de los recursos ya tensos por la disminución de la capacidad de producción y las restricciones de viaje y envío durante esta crisis de salud pública.(11)
- Categorizar los procedimientos de dolor como electivos, urgentes y emergentes es, en muchos casos, subjetivo. Por ejemplo, no realizar o posponer un procedimiento puede conducir a una morbilidad significativa y otras secuelas adversas. En pacientes con dolor crónico, la retención de los servicios de manejo del dolor podría conducir a la incapacidad para trabajar, ansiedad y depresión, y la dependencia de la terapia con opioides. El Colegio Estadounidense de Cirujanos (American College of Surgeons) proporciona alguna orientación al respecto, señalando que tanto los contextos médicos como logísticos deben considerarse caso por caso.(12)
- Aunque la mayoría de las intervenciones para el dolor crónico caen dentro de la categoría electiva, hay algunas situaciones que entran en las categorías urgentes o emergentes. A continuación se presentan ejemplos de dichos procedimientos junto con recomendaciones sobre gestión.

Escenarios de procedimientos de pacientes con dolor "urgentes" durante la pandemia de COVID-19

Recargas y mal funcionamiento de la bomba intratecal (ITP)

- Las recargas de ITP requieren una reunión y evaluación en persona. Consulte a continuación para obtener información sobre la realización de procedimientos y precauciones.
- Use la telemedicina tanto como sea posible para resolver u ordenar problemas.
- La batería ITP al final de su vida requiere un reemplazo urgente para evitar los síntomas de abstinencia.
- Evite la inserción de nuevos ITP, excepto en casos de dolor por cáncer altamente seleccionados en los que se considera que el beneficio supera el riesgo.
- Luego de una cuidadosa discusión con el paciente, considere el riesgo / beneficio de usar concentraciones más altas de medicamentos durante el período de la pandemia para reducir las visitas de recarga de ITP.

Infección y mal funcionamiento del neuroestimulador

- Si se sospecha una infección del implante, puede ser necesaria una evaluación en persona. Dependiendo de si la infección es superficial o profunda, el explante del dispositivo puede estar justificado y debe realizarse lo antes posible.(13)
- Use la telemedicina tanto como sea posible para resolver y resolver problemas.
- Evite cualquier nueva prueba o implante.

Escenarios de procedimientos para pacientes con dolor "semi-urgente" durante la pandemia de COVID-19

- Otros casos deben evaluarse de forma individual, con una toma de decisiones compartida. El objetivo es evitar el deterioro de la función, la dependencia de los opioides o las visitas a la sala de emergencias (ER) que aumentan el riesgo de exposición.
- Use la telemedicina para evaluar al paciente, clasificar la urgencia y hacer los arreglos adecuados para el tratamiento. Esto minimizará el retraso y evitará visitas innecesarias.
- Tales escenarios de procedimiento pueden incluir, entre otros, los siguientes:
 1. Dolor de cáncer intratable
 2. Herpes zoster agudo o neuralgia postherpética intratable subaguda
 3. Hernia de disco aguda y / o empeoramiento de la radiculopatía lumbar
 4. neuralgia del trigémino intratable
 5. Síndrome de dolor regional complejo temprano

6. Dolores de cabeza en racimo agudos y otras condiciones de dolor de cabeza intratables

7. Otros síndromes de dolor intratables con resistencia médica (deben revisarse caso por caso)

Opioides y COVID-19

Se producen cambios inmunes significativos en pacientes con enfermedad de COVID-19 (3,6). La mayoría de los pacientes tienen recuentos de glóbulos blancos y linfocitopenia normales o disminuidos. El potencial de trombocitopenia existe en casos severos.(1,14) Se reconoce que los opioides causan supresión inmune, y los opioides individuales difieren en su potencial (8,9). Aunque algunos han observado que la buprenorfina tiene menos efecto en el sistema inmunológico de los animales, (9,15) no está claro si esto se observa consistentemente en humanos.(8) Algunos sugieren que también pueden haber efectos inmunes beneficiosos por los opioides.(16) Los pacientes con COVID-19 que reciben opioides pueden ser más susceptibles a la depresión respiratoria y a la absorción de fentanilo durante su proceso. La administración transdérmica (parche de fentanilo) puede aumentar con la fiebre.

- No recomendamos ningún cambio en los regímenes de tratamiento con opioides en curso en ausencia de cambios documentados en el dolor y / o la función.
- Recomendamos un control cuidadoso de los pacientes con opioides transdérmicos, ya que la tasa de absorción con fiebre alta puede ser impredecible.

Recetas de opioides y telemedicina.

Los cambios en las recetas de opioides deben realizarse solo después de una evaluación cuidadosa del tratamiento en curso, que idealmente incluye un historial físico en persona y un examen físico. Sin embargo, considerando la naturaleza de la emergencia de salud actual de COVID-19, es apropiado hacer cambios y / o continuar las recetas usando la telemedicina.

- Use la telemedicina para evaluar y continuar con las recetas de opioides.
- Asegure el cumplimiento de las necesidades suscritas de telemedicina requeridas por su estado o país de práctica.
- Asegúrese de que todos los pacientes reciban la prescripción adecuada de opioides para evitar la abstinencia.
- Proporcionar educación y prescripción de naloxona para pacientes de alto riesgo.

En los Estados Unidos, el Secretario de Salud y Servicios Humanos declaró una emergencia de salud pública el 31 de enero de 2020, bajo 42 U.S.C. 247d (sección 319

de la Ley del Servicio de Salud Pública), tal como se establece en 21 U.S.C. 802(54) (D) .(17) Con base en este edicto, cualquier asignación de telemedicina bajo la sección 802(54) (D) se aplica a todas las sustancias controladas de la lista II-V en todas las áreas de los Estados Unidos. En consecuencia, la Administración de Control de Drogas estadounidense (DEA) señala que los profesionales registrados por la DEA pueden emitir recetas de sustancias controladas a pacientes para los que no han realizado una evaluación médica en persona, siempre que se cumplan las siguientes condiciones: (18)

- La receta es emitida para un propósito médico legítimo por un profesional que actúa en el curso habitual de su práctica profesional.
- La comunicación por telemedicina se lleva a cabo utilizando un sistema de comunicación audiovisual, en tiempo real, bidireccional e interactivo.
- El profesional está actuando de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables.

Uso de antiinflamatorios para el dolor crónico

Aunque un solo informe sugirió que el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos puede aumentar la gravedad de la enfermedad COVID-19 (19), la mayoría de las autoridades de salud señalan que la evidencia no es definitiva.(20-22) Sin embargo, los medicamentos antiinflamatorios pueden enmascarar los síntomas tempranos de la enfermedad como fiebre y mialgias.

- Recomendamos que todos los pacientes a quienes se les haya recetado o usen medicamentos antiinflamatorios no esteroideos de manera regular, continúen usándolos.
- Recomendamos educar a los pacientes que toman medicamentos antiinflamatorios para que informen de inmediato fiebre leve o nueva mialgia.

Esteroides en Dolor Crónico y COVID-19

- Los pacientes con dolor crónico pueden estar tomando esteroides orales o haber recibido una intervención reciente con esteroides.
- Los pacientes con esteroides tienen un potencial de insuficiencia suprarrenal secundaria y respuesta inmune alterada.
- Es apropiado discutir cualquier terapia nueva que pueda influir en el curso de la enfermedad de COVID-19 con el médico tratante de enfermedades infecciosas, ya que no se recomienda el uso de esteroides para todos los pacientes como complemento del tratamiento en COVID-19
- Se demostró que las inyecciones de corticosteroides en las articulaciones están asociadas con un mayor riesgo de influenza.(10)
- La duración de la supresión inmune podría ser menor con el uso de dexametasona y betametasona. (24)

- Considere evaluar los riesgos y beneficios de las inyecciones de esteroides, y use una dosis reducida, especialmente en poblaciones de pacientes de alto riesgo. Hay muchos procedimientos en los que los esteroides se usan de forma rutinaria, en los que la evidencia no respalda la práctica.

Precauciones de procedimiento y realización del procedimiento

Cualquier paciente que se haya determinado que necesita un procedimiento o una reunión en persona debe ser examinado por la posibilidad de COVID-19. Un historial de viajes a áreas o países de alto riesgo y la presencia de síntomas aumentan la probabilidad de infección, pero los pacientes que se someten a cuarentena pueden infectarse y también es posible la transmisión asintomática. Una vez que la propagación comunitaria de COVID-19 se vuelve significativa, se puede suponer que todos los casos son positivos para COVID-19. Se deben seguir las pautas locales al tomar decisiones. Se proporciona información detallada para la protección de pacientes y proveedores de atención médica en varios sitios web, incluidos los Centros para el Control de Enfermedades (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html>) and the European Centre for Disease Prevention and Control (<https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/coronavirus/threats-and-outbreaks/covid-19/preparedness-and-response-covid-19>).

En un paciente COVID-19 negativo o de bajo riesgo

- Asegúrese de que haya un movimiento mínimo del paciente alrededor del hospital.
- Conozca al paciente en una sala limpia sin exposición previa a pacientes con COVID-19 positivo.
- Los procedimientos deben ser realizados por una persona con experiencia.
- Asegúrese de que los medicamentos necesarios (para la recarga de ITP) y el equipo estén listos y transportados en una bolsa de plástico completamente cubierta. Abra la bolsa con guantes desechables y saque los medicamentos en un área limpia.
- Estos procedimientos no conducen a la generación de aerosoles; por lo tanto, se deben tomar precauciones de contacto y gotas. Asegúrese de contar con un área accesible para lavarse las manos y desinfectante para manos.
- Utilice mascarilla quirúrgica, protección para los ojos, bata quirúrgica y guantes dobles para el personal involucrado en la realización del procedimiento. No es necesario el uso de un respirador purificador de aire con motor N95 o similar (PAPR).
- El paciente debe usar una máscara quirúrgica para reducir la posibilidad de propagación de gotas.
- El equipo de programación del dispositivo, en particular las partes que entran en contacto con el paciente, como el equipo de ultrasonido y el transductor, deben protegerse de la contaminación con cubiertas de plástico. No se recomienda llevar carros o carritos con drogas y equipo a la sala de procedimientos.

- Minimice la cantidad de personal presente durante la realización del procedimiento, pero la ayuda debe estar fácilmente disponible.
- Se debe seguir una técnica aséptica de rutina. Un estudio in vitro sugiere que las partículas del virus COVID-19 son viables por más tiempo en plástico que en cartón. Se debería considerar un cambio en la práctica para usar cortinas de papel estériles en lugar de estas transparentes de plástico, si están disponibles.

En un paciente COVID-19 positivo o de alto riesgo

- Limite estrictamente a estos pacientes a procedimientos urgentes.
- El procedimiento o la reunión deben realizarse en un área o sala de procedimientos designada para su uso con pacientes con COVID-19. Esto asegura que el equipo de protección esté disponible y se sigan las precauciones.
- Se debe evitar el uso de áreas comunes, como una sala de bloques o un área de espera, ya que pueden provocar contaminación.
- Estos procedimientos no conducen a la generación de aerosoles; por lo tanto, se deben tomar precauciones de contacto y gotas. Sin embargo, la consideración del uso de la máscara N95 puede hacerse caso por caso, dependiendo de la disponibilidad local. Esto depende del riesgo de toser o estornudar por parte del paciente.
- Otras precauciones son similares a las de un paciente de bajo riesgo.
- Después del procedimiento o después de la evaluación, el paciente debe ser monitoreado en la habitación hasta que pueda ser trasladado a una sala de aislamiento (en el hospital) o dado de alta con instrucciones.
- Se ha demostrado que el riesgo de transmisión es mayor durante la extracción del equipo de protección; por lo tanto, se deben tomar las precauciones adecuadas para quitarse y descartar guantes y máscaras. Es esencial que se laven bien las manos después del procedimiento y que los médicos eviten tocarse la cara u otras superficies de antemano.
- Se recomienda encarecidamente la presencia de un observador durante el procedimiento de colocación y retirada. Se deben realizar sesiones de simulación para ponerse y quitarse el EPP para capacitar al personal.

References

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020 Feb 28. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. [Epub ahead of print].

2. Baud D, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Pomar L, Favre G. Real estimates of mortality following COVID-19 infection. *Lancet Infect Dis*. 2020 Mar 12. pii: S1473-3099(20)30195-X. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30195-X. [Epub ahead of print].
3. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res*. 2020 Mar 13;7(1):11. doi: 10.1186/s40779-020-00240-0.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2. Epub 2012 May 10.
5. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019;123(2):e273-e83. doi: 10.1016/j.bja.2019.03.023. Epub 2019 May 10.
6. Mehta P, McAuley DF, Brown M, et al. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet*. 2020 Mar 16. pii: S0140-6736(20)30628-0. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30628-0. [Epub ahead of print].
7. Ren K, Dubner R. Interactions between the immune and nervous systems in pain. *Nat Med*. 2010;16(11):1267-76. doi: 10.1038/nm.2234. Epub 2010 Oct 14.
8. Franchi S, Moschetti G, Amodeo G, Sacerdote P. Do all opioid drugs share the same immunomodulatory properties? a review from animal and human studies. *Front Immunol*. 2019;10:2914. doi: 10.3389/fimmu.2019.02914.
9. Sacerdote P. Opioids and the immune system. *Palliat Med*. 2006;20 Suppl 1:s9-15.
10. Sytsma TT, Greenlund LK, Greenlund LS. Joint corticosteroid injection associated with increased influenza risk. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2018;2(2):194-8. doi: 10.1016/j.mayocpiqo.2018.01.005.
11. Luthi S. Surgeon general advises hospitals to cancel elective surgeries. *Politico*. 2020. March 14. Available at <https://www.politico.com/news/2020/03/14/surgeon-general-elective-surgeries-coronavirus-129405>. Accessed March 14, 2020.
12. American College of Surgeons. COVID-19: guidance for triage of non-emergent surgical procedures. Available at <https://www.facs.org/about-acsc/covid-19/information-for-surgeons/triage>. Accessed March 17, 2020.
13. Deer TR, Provenzano DA, Hanes M, et al. The Neurostimulation Appropriateness Consensus Committee (NACC) recommendations for infection prevention and management. *Neuromodulation*. 2017;20(1):31-50. doi: 10.1111/ner.12565.
14. Lippi G, Plebani M, Michael Henry B. Thrombocytopenia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infections: a meta-analysis. *Clin Chim Acta*. 2020 Mar 13. pii: S0009-8981(20)30124-8. doi: 10.1016/j.cca.2020.03.022. [Epub ahead of print].
15. Gomez-Flores R, Weber RJ. Differential effects of buprenorphine and morphine on immune and neuroendocrine functions following acute administration in the rat mesencephalon periaqueductal gray. *Immunopharmacology*. 2000;48(2):145-56.
16. Plein LM, Rittner HL. Opioids and the immune system - friend or foe. *Br J Pharmacol*. 2018;175(14):2717-25.
17. U.S. Department of Health and Human Services. Secretary Azar declares public health emergency for United States for 2019 novel coronavirus. 2020 Jan 31.

Available at <https://www.hhs.gov/about/news/2020/01/31/secretary-azar-declares-public-health-emergency-us-2019-novel-coronavirus.html>. Accessed February 1, 2020.

18. Diversion Control Division, Drug Enforcement Administration. COVID-19 information page. Available at www.deadiversion.usdoj.gov/coronavirus.html. Accessed February 17, 2020.
19. Day M. COVID-19: ibuprofen should not be used for managing symptoms, say doctors and scientists. *BMJ* 2020;368:m1086. doi: 10.1136/bmj.m1086.
20. BMJ Best Practice. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Available at <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168/treatment-algorithm#referencePop126>. Accessed March 17, 2020.
21. U.S. Food and Drug Administration. FDA advises patients on use of non-steroidal anti-inflammatory 19. 2020 March 19, 2020. Available at <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-advises-patients-use-non-steroidal-anti-inflammatory-drugs-nsaids-covid-19>. Accessed March 19, 2020.
22. European Medicines Agency. EMA gives advice on the use of non-steroidal anti-inflammatories for COVID-19. 2020 March 13. Available at <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatories-covid-19>. Accessed March 18, 2020.
23. Liu MM, Reidy AB, Saatee S, Collard CD. Perioperative steroid management: approaches based on current evidence. *Anesthesiology*. 2017;127(1):166-72. doi: 10.1097/ALN.0000000000001659.
24. Friedly JL, Comstock BA, Heagerty PJ, et al. Systemic effects of epidural steroid injections for spinal stenosis. *Pain*. 2018;159(5):876-83. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001158.
25. Van Boxem K, Rijdsdijk M, Hans G, et al. Safe use of epidural corticosteroid injections: recommendations of the WIP Benelux Work Group. *Pain Pract*. 2019;19(1):61-92. doi: 10.1111/papr.12709.
26. van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020 Mar 17. doi: 10.1056/NEJMc2004973. [Epub ahead of print].