

EDITORIAL

Las clínicas del dolor durante la epidemia del SARS-CoV-2

ELENA CATALÀ PUIGBÒ

Actualmente definimos el dolor como una experiencia desagradable, subjetiva y propia de cada persona. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como «una sensación sensorial desagradable y estresante a nivel emocional asociada a un daño físico existente o potencial». El dolor es un síntoma que acompaña a algunas patologías y, al ser una experiencia sensorial y estresante, afecta directamente a la calidad de vida de los que lo sufren, sobre todo si se perpetúa en el tiempo. En estos términos estamos hablando del dolor crónico, dolor que desde hace pocos años tenemos ya catalogado como una enfermedad.

No obstante, cuando se habla del término de mortalidad ligado a una enfermedad o acontecimiento, en el dolor estaremos hablando en términos de morbilidad y calidad de vida.

Las unidades del dolor (UD) o las clínicas del dolor tienen la gran función de poder ofrecer a los pacientes que padecen dolor de intensidad elevada y con fracaso de los tratamientos convencionales un modelo asistencial en el cual diferentes especialistas intentan evaluar y tratar el dolor y al paciente desde una amplia perspectiva. Ofrecen, por tanto, una visión diagnóstica y un tratamiento propio para cada paciente y circunstancia. Debemos decir que la mayoría de UD están dirigidas por médicos anestesiólogos, aunque no exclusivamente.

Pero, ¿qué ha pasado en estos dos últimos meses?, ¿cómo ha afectado a los pacientes que padecen dolor crónico la pandemia del coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) y qué ha pasado con las UD?

Como he mencionado antes, y dado que la mortalidad no va ligada a dolor crónico y, sobre todo, ante la avalancha de acontecimientos adversos ocasionados por este desconocido virus, las prioridades se han centrado en los pacientes afectados por la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Más aún, cuando a mediados de marzo han empezado a aparecer de forma torrencial gran cantidad de pacientes COVID-19+, que requerían como mínimo ingreso hospitalario y que a los pocos días llenaron también de forma rápida y alarmante las unidades de cuidados intensivos de nuestro entorno.

Así pues, tanto estructuralmente como profesionalmente las UD fueron utilizadas en parte o en su totalidad para otras funciones más necesarias en aquel momento. Esto representó desde el punto de vista funcional de una UD una parada no buscada, lógicamente, pero totalmente necesaria.

Podríamos decir que de un día para otro se paró toda la actividad asistencial que veníamos impartiendo en nuestra UD. Los profesionales médicos anestesiólogos y el personal de enfermería dedicaron gran parte de su actuación profesional al paciente COVID-19+ ingresado en el hospital, pues el hospital pasó a estar en un 80% dedicado a esta enfermedad, como los otros hospitales de nuestro entorno.

Los pacientes con dolor crónico y candidatos a ser visitados en nuestra UD de un hospital de especialidades o de nivel III son aquellos pacientes con un dolor diagnosticado previamente, con una intensidad de dolor elevada y que no ha respondido a los tratamientos más habituales, lo que limita enormemente su calidad de vida. Muchos de ellos serían candidatos a técnicas o procedimientos mínimamente invasivos en la zona o región de su alteración que produce el dolor.

Nos hemos encontrado pues con dos escenarios bien diferenciados y no todo es atribuible al parón obligado del que antes se ha hablado:

- Pacientes que no han podido ser visitados ni tratados por no estar la unidad funcionando presencialmente y en los que, aunque se ha mantenido la llamada telefónica, esto no ha sido suficiente para tratar su dolor y por tanto se han visto perjudicados.
- Pacientes que por su morbilidad o por su edad avanzada se consideran pacientes de riesgo en esta época de pandemia de COVID-19. Son pues mucho más vulnerables si son infectados por el virus descrito. Esto representa que tanto salir del confinamiento como acudir a un centro sanitario es exponerlos a un riesgo importante. Si a esto le sumamos el riesgo que puede suponer para su sistema inmunitario someterlos al estrés producido por los procesos o tratamientos invasivos, nos encontramos en una situación en la cual la relación entre riesgo y beneficio ha hecho que se pospongan dichos tratamientos.

De todas formas, a todos los pacientes que estaban programados para ser visitados, tanto por primera vez como para realizar el seguimiento de los tratamientos efectuados, se les ha realizado un contacto telefónico por el médico que les atendía habitualmente. Si era preciso realizar cambios de medicación, se podía hacer mediante la receta electrónica. Y es cierto que un porcentaje nada despreciable de estos pacientes se ha podido beneficiar de esta visita no presencial.

Podemos deducir de lo expresado hasta ahora que en esta fase tan grave de la pandemia pacientes no afectados por el SARS-CoV-2 se han visto también afectados en mayor o menor proporción al no poder ser atendidos como hubiera sido habitual y aquellos con dolor crónico visitados en las UD han sido uno de ellos. Por ello nos vamos a encontrar con un aumento no deseado de las ya largas listas de espera.

REORGANIZACIÓN PROGRESIVA PARA LA NORMALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD

¿Cómo se reorganiza la actividad en la UD adaptada a dicha epidemia y sus consecuencias? Una vez más, la lógica y el sentido común tendrán que ayudar a reabrir diferentes áreas de los hospitales que habían quedado casi cerradas por necesidades de fuerza mayor. Y la UD es una de ellas.

Los objetivos generales a seguir serían los siguientes:

- Reducir la morbilidad de los pacientes, pero enfocado al proceso por el cual eran atendidos en nuestra UD.
- Minimizar la transmisión viral.
- Proteger al personal sanitario.
- Preservar el funcionamiento del sistema de salud.

No hay experiencias previas que nos ilustren respecto a cómo podemos llegar a una normalización asistencial, teniendo en cuenta que debe prevalecer la seguridad de los pacientes y del personal sanitario; y también con la incertidumbre de si se podrá llegar a la normalización en los meses venideros.

Será necesario un periodo más o menos largo de implementación de un modelo asistencial adaptado a la pandemia por SARS-CoV-2 y sus consecuencias, sabiendo que solo debemos mantener la actividad presencial indispensable.

Aquí también nos encontramos con dos escenarios altamente importantes a la hora de estructurar esta estrategia asistencial:

- La adaptación a las normas de seguridad de pacientes y personal sanitario.
- La reincorporación al proceso asistencial de toda la actividad no realizada durante los meses afectados. Estos pacientes han de ser incorporados al proceso asistencial con el menor perjuicio posible.

Pero como se ha mencionado anteriormente, la casi totalidad de la actividad presencial durante el tiempo crítico de la pandemia (las visitas que debían ser presenciales) se ha realizado de forma telefónica. Y, siempre buscando el lado positivo (si es que existe), esto nos ha llevado a una reflexión entre los mismos profesionales de la UD. Nos da la oportunidad de una nueva reorganización con el fin de adaptarnos mejor a las necesidades de los pacientes y los profesionales.

La reorganización de la actividad ambulatoria específica de la UD deberá tener en cuenta las siguientes premisas:

- En las consultas ambulatorias se deberá reducir el número de vistas presenciales, básicamente en función de los controles de los diferentes tratamientos efectuados. Las primeras visitas deberán ser en su gran mayoría presenciales. El flujo de pacientes, tanto en la sala de espera como en los consultorios, debe reducirse en lo posible para

poder seguir las normas de seguridad en cuanto a distanciamiento entre personas/pacientes.

- Se deben adecuar los espacios de las zonas de hospital de día y seguir las normas estrictas de protección en los procedimientos o técnicas mínimamente invasivas.
- Se debe priorizar tanto en la visita como en el tratamiento a los pacientes siguiendo el concepto de relación entre riesgo y beneficio. En este sentido, las personas jóvenes o de mediana edad con un dolor incapacitante serán los candidatos a ser visitados en la UD, aunque no los únicos. Por el contrario, las personas de la tercera o cuarta edad o con comorbilidades destacadas serán las que a ser posible haremos que su estancia en el hospital sea de la menor duración posible o se esperará a que mejore la pandemia. El concepto sería que estos pacientes vulnerables no tuvieran que estar expuestos a:
 - Procesos de estrés que puedan alterar su inmunidad.
 - Situaciones de riesgo de contagio como son los centros hospitalarios o de salud.

Nos encontramos en un nuevo escenario médico-paciente con importantes incógnitas que tener presentes y que nos afectan en muchos ámbitos:

- Desconocemos si la inmunidad adquirida es suficiente.
- Desconocemos si nuestros tratamientos, tanto por vía oral como las técnicas analgésicas invasivas, pueden influir en el pronóstico de la enfermedad vírica.
- Las pruebas diagnósticas (reacción en cadena de la polimerasa, identificación de anticuerpos IgM e IgG) no son concluyentes.

En conclusión, durante una pandemia mundial es lógico y necesario centrar los esfuerzos en la mitigación y el tratamiento de la infección viral; sin embargo, todos los problemas de salud habituales no relacionados con la COVID-19 continúan existiendo. Si bien limitar la propagación de la enfermedad y preservar los recursos de atención médica son motivo de gran preocupación, puede haber ocasiones en que otros tratamientos médicos deban también realizarse. El dolor intenso puede provocar *per se* diversas comorbilidades, tales como ansiedad y depresión y, por ende, disminución de la eficacia de la respuesta inmunitaria. Por tanto la relación entre riesgo y beneficio debe estar siempre presente a la hora de programar visitas presenciales y/o tratamientos intervencionistas.