



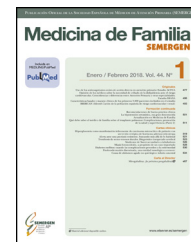
Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EDITORIAL

COVID-19 y dolor crónico: muchos interrogantes y pocas certezas



COVID-19 and chronic pain: Many questions and few certainties

En diciembre del 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó de una serie de casos de neumonía de etiología desconocida, con una exposición común en un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan. El 7 de enero del 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, denominado SARS-CoV-2, que produce la enfermedad COVID-19 (acrónimo del inglés *coronavirus disease 2019*). Desde entonces se han notificado miles de casos con una diseminación global¹.

La comunidad científica ha sido capaz en apenas unos meses de situar el término «COVID-19» con más de 30.000 entradas en PubMed, siendo difícil recordar antecedentes similares. Sin embargo, el protagonismo del dolor crónico en estas publicaciones ha sido más bien escaso, aunque hay que decir que todos y cada uno de los temas publicados pueden ser también aplicados a estos pacientes, a sus cuidadores y a los sanitarios.

La pandemia producida por la COVID-19 ha conducido a los ciudadanos al aislamiento, o «distanciamiento social», con el fin de impedir su propagación. Varios de ellos probablemente son pacientes con dolor crónico y de seguro muchos tienen una edad avanzada, un factor de riesgo añadido, como estamos viendo trágicamente cada día².

El 91,4% de las personas con dolor crónico afirma que el confinamiento ha afectado a su estado emocional y un 63% apunta que su sueño es peor que antes de la pandemia. Así lo señala una encuesta realizada por Sociedad Española del Dolor (SED) a 340 participantes, que refleja, además, que solo el 49% ha mantenido el ejercicio físico diario recomendado por los profesionales sanitarios. Igualmente, el 59,4% de las personas con dolor percibe que el confinamiento ha incrementado su problema de salud, según la encuesta de la SED, que apunta que la mayoría de los participantes en el estudio percibe un empeoramiento de su dolor debido al sedentarismo provocado por la pandemia de la COVID-19³.

Diversos estudios, tanto clínicos como experimentales y sociales, han centrado su interés desde hace tiempo en estas situaciones a las que están sometidos los pacientes con dolor crónico, señalando que la soledad, el distanciamiento social y la incertidumbre en la prestación de cuidados de salud no son buenos para el pronóstico y el curso de un proceso doloroso. El dolor como un factor estresante y sus dimensiones sensorial y emocional se relacionan muy estrechamente, y hay varios factores tanto psicológicos como sociales y neurobiológicos que condicionan este círculo tan difícil a veces de romper, a no ser que se haga mediante una aproximación terapéutica biopsicosocial^{4,5}. Cabe preguntarse cuáles serían los factores que hacen que una situación emocional anómala, como es el aislamiento o el distanciamiento social de larga duración, agrave un cuadro doloroso. También nos preguntamos si el estrés que ocasiona esta situación, la ansiedad e incluso la depresión que se genera contribuyen negativamente a cerrar este círculo vicioso, lo que sin duda ocurre⁶. De hecho, los pacientes con dolor crónico que tengan que estar, como cualquier ciudadano, en aislamiento/distanciamiento social debido a la pandemia por la COVID-19 pueden empeorar su cuadro físico y emocional².

En otra dimensión se formulan otras cuestiones, tales como si los medicamentos analgésicos o coadyuvantes que estén tomando los pacientes COVID-19 positivos pueden afectar su inmunidad o cualquier otro proceso fisiológico y, por ende, ser perjudiciales en estas condiciones de aislamiento y en el propio proceso patológico que presenta. También es necesario conocer las posibles interacciones de estos fármacos analgésicos y coadyuvantes con la terapéutica farmacológica específica aplicada a los pacientes con COVID-19 positivo y afectados por la enfermedad. En este último aspecto, mientras estos dilemas clínicos y terapéuticos se dirimen, se puede acudir a información específica sobre estas interacciones medicamentosas en direcciones de garantía, tales como <https://www.hep-druginteractions.org/checker>².

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.08.002>

1138-3593/© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

No disponemos de ensayos clínicos que nos puedan aconsejar con certeza sobre la seguridad o la preferencia de un fármaco analgésico u otro en este contexto. La mayoría de la literatura se basa en inferencias asumidas como razonablemente válidas por estudios hechos en el contexto de otras enfermedades víricas. A efectos prácticos, diferenciaremos entre los pacientes con enfermedad activa y aquellos sin enfermedad o que la han pasado pero que no han desarrollado inmunidad aún⁷.

Pacientes sin inmunidad adquirida con o sin enfermedad activa: aunque se están realizando estudios sobre la influencia de los fármacos analgésicos sobre la predisposición a contraer la enfermedad y un hipotético pronóstico diferencial en los que los toman o han sido tratados mediante técnicas analgésicas farmacológicas, por el momento desconocemos con seguridad su influencia. Lamentablemente, las recomendaciones siguientes están solo fundamentadas en la interacción de los analgésicos con otras enfermedades víricas, como la gripe por *Influenza*, de la que tenemos más y mejor evidencia. Los más conflictivos son⁷:

- **Corticoides:** la SED, y hasta que no se disponga de mayor evidencia, aconseja valorar al paciente individualmente y optar por otras opciones siempre que sea posible, o posponer las inyecciones de esteroides intraarticulares, en tejidos blandos y perineurales hasta que se reduzca el riesgo asociado con esta pandemia. Si hay una indicación que no se pueda demorar y sin alternativa razonable posible, se debería considerar el uso de betametasona o dexametasona a las dosis más bajas posibles y en las indicaciones aprobadas⁷.
- **Antinflamatorios no esteroideos, paracetamol y metamizol:** tras la alerta del ministerio francés de salud sobre el ibuprofeno⁸, tanto la SED como la European Pain Federation (EFIC) y la agencia europea EMA se posicionaron en contra de esa afirmación⁹, pero acabaron recomendando el uso de paracetamol. Los autores de estas recomendaciones no han encontrado ningún estudio con evidencia suficiente que pueda ayudar a dar una recomendación específica, pero muestran su preocupación sobre el uso de cualquier fármaco que bloquee la respuesta antitérmica como mecanismo de defensa y alerta⁷.
- **Antidepresivos:** en el caso de que el paciente esté en tratamiento con fármacos para la COVID-19 que alarguen el intervalo QTc, habitualmente bajo ensayo clínico, debemos comprobar que no interaccionen con los antidepresivos. Por ejemplo, la amitriptilina y la venlafaxina pueden causar la prolongación del intervalo QTc, pero actualmente se carece de evidencia de un riesgo de *torsades de pointes* cuando se toman según la pauta recomendada. Recomendación: monitorizar el ECG en caso de asociación o valorar otra alternativa como duloxetina⁷.
- **Opioides:**
 1. **Metadona:** en el caso de que el paciente esté en tratamiento con fármacos para la COVID-19 que alarguen el QTc, habitualmente bajo ensayo clínico, debemos optar por otro opioide que no alargue QTc⁷.
 2. **La buprenorfina y el tramadol** pueden causar la prolongación del intervalo QT, pero actualmente se carece de evidencia de un riesgo de *torsades de pointes* cuando se toman según lo recomendado. Recomendación:

- monitorizar ECG en caso de asociación a tratamiento para la COVID-19 que alargue el QTc o valorar otra alternativa⁷.
- 3. En cuanto a la potencial inmunosupresión que pueden causar los opioides, una reciente revisión sistemática solo encontró una débil asociación, concluyendo: «Esta revisión sistemática encontró indicios de que el tratamiento con opioides a largo plazo altera el sistema inmunitario en pacientes con dolor crónico no oncológico. Estas alteraciones involucraron las células NK y la producción de IL-1 β . Sin embargo, el nivel de evidencia es débil»¹⁰. Recomendación: no suspender el tratamiento opioide⁷.
- **Antiepilépticos:** no hemos encontrado referencias aconsejando o desaconsejando su uso como tratamiento analgésico en la situación actual. Por lo tanto, no observamos, con la evidencia actual, ninguna contraindicación a su uso en las indicaciones aprobadas. Recomendación: seguir práctica habitual⁷.
- **Anestésicos locales:** monitorizar el ECG (intervalo PR y QTc, además de trastornos del ritmo). Hay que recordar que aún no está caracterizada con precisión la cardiopatía post-COVID-19⁷.
- **Tratamientos tópicos:** desinfección previa de la zona de aplicación con lavado seguido de solución hidroalcohólica de clorhexidina. Recomendación: mantener las precauciones para contacto directo con el paciente y extremarlas en el caso de que la aplicación sea cercana a la vía aérea⁷.

Pacientes con inmunidad adquirida y sin tratamiento activo antivírico: en principio, no tienen un riesgo sobreañadido y deberían tratarse sin limitaciones siempre que la enfermedad no le haya dejado insuficiencias residuales (respiratorias, hepáticas, renales, neurológicas y cardiológicas), por lo que se recomienda una evaluación completa antes de indicar cualquier nuevo tratamiento o modificar uno previo⁷.

Por otro lado, «consulta virtual, teleasistencia, telemedicina, etc.» son conceptos que ha traído la tecnología y que todavía están en desarrollo en el ámbito sanitario. Ahora bien, la pandemia por la COVID-19 lo ha acelerado todo, también la gestión de la teleasistencia, obligando al personal médico a utilizarlo más con sus pacientes con el fin de evitar desplazamientos a los centros sanitarios por posibles contagios. En el ámbito de los pacientes con dolor crónico, la asistencia telemática debe ser una primera opción, siempre que sea posible, sobre todo en pacientes de riesgo. Este tipo de asistencia idealmente debe incluir no solo la entrevista con el paciente, sino también la revisión de pruebas pedidas. Se deberían facilitar mecanismos para que la disponibilidad de las pruebas por medios telemáticos sea un hecho en los entornos donde aún no esté implementado⁷. El paciente debe autorizar este tipo de asistencia y se deben observar los aspectos médico-legales incluidos en la Ley de Autonomía del Paciente y la Ley de Protección de Datos. En esta etapa se aconseja limitar la consulta presencial a casos preferentes que no se puedan solucionar por vía telemática, por ejemplo: dolor oncológico no controlado, cualquier dolor severo con signos de alarma, neuralgia postherpética, neuralgias craneofaciales, otras neuralgias de alta intensidad, síndrome de dolor regional complejo, radiculalgia aguda de inicio brusco o empeoramiento de radiculalgia previa. Si se

ha hecho un trabajo previo telemático, esta consulta presencial requerirá menos tiempo y disminuirá el riesgo de contagio⁷.

En conclusión, parece bastante probable el hecho de que la infección por SARS-CoV-2 haya venido desgraciadamente para quedarse, por lo que, sin la posibilidad de disponer de una vacuna a corto plazo, tenemos que estar atentos y preparados para lo que pueda ocurrir en los próximos meses, y poner en marcha todos los mecanismos necesarios para que la atención de los pacientes con dolor crónico no sea menoscabada. Por ahora, es complicado responder a varias cuestiones planteadas en este editorial con suficiente respaldo científico y clínico, lo que abre, dentro de la problemática situación que estamos viviendo, un amplio abanico de posibilidades que deberán obligatoriamente ser exploradas rigurosamente. En definitiva, observamos que, durante la pandemia, y con la «nueva normalidad», los pacientes con dolor crónico presentan unas características que merecen y merecerán la atención de la salud pública española en todas sus vertientes.

Conflicto de intereses

Hemos tenido en cuenta las instrucciones, las responsabilidades éticas, cumplimos los requisitos de autoría y declaramos la no existencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

- Mojica-Crespo R, Morales-Crespo MM. Pandemia COVID-19, la nueva urgencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Semergen*. 2020;46 Suppl 1:56–77, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2020.05.010>.
- Micó Segura JA. Coronavirus COVID-19 y dolor crónico: incertidumbres. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;27:72–3.
- Resultado encuesta pacientes dolor crónico Covid-19 [consultado 14 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/download/resultado-encuesta-pacientes-dolor-cronico-covid-19/>.
- Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res*. 2016;9:457–67.
- Solé E, Racine M, Tomé-Pires C, Galán S, Jensen MP, Miró J. Social factors disability and depressive symptoms in adults with chronic pain. *Clin J Pain*. 2020;36:371–8.
- Blackburn-Munro G, Blackburn-Munro RE. Chronic pain, chronic stress and depression: Coincidence or consequence? *J Neuroendocrinol*. 2001;13:1009–23.
- Mayoral Rojals V, Pérez Hernández C, Pérez Cajaraville J, Canós Verdecho MA. Recomendaciones asistenciales para unidades de dolor ante la normalización progresiva de la actividad durante la pandemia por COVID-19. *Rev Soc Esp Dolor*. 2020;27:192–215.
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et complications infectieuses graves [Internet]. Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [consultado 14 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-dinformation/Anti-inflammatoires-non-steroidiens-AINS-et-complications-infectieuses-graves-Point-d-Information-actualise-le-20-05-2020>.
- EMA gives advice on the use of non-steroidal anti-inflammatory for COVID-19. European Medicines Agency Science Medicines Health [consultado 14 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatory-covid-19>.
- Diasso PDK, Birke H, Nielsen SD, Main KM, Højsted J, Sjøgren P, et al. The effects of long-term opioid treatment on the immune system in chronic non-cancer pain patients: A systematic review. *Eur J Pain*. 2020;24:481–96.

A. Alcántara Montero^{a,b,*} y S.R. Pacheco de Vasconcelos^c

^a Centro de Salud Manuel Encinas, Consultorio de Malpartida de Cáceres, Cáceres, España

^b Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN

^c Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Hospital Universitario, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.alcantara.montero@hotmail.com

(A. Alcántara Montero).