

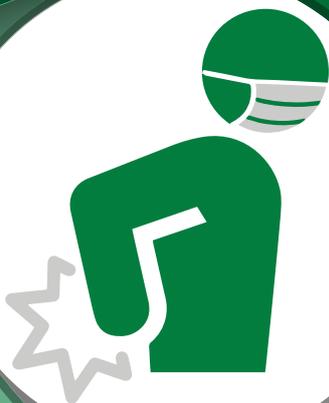
DOCUMENTO DE
REFLEXIÓN SOBRE

EL MANEJO DEL **DOLOR** **CRÓNICO**

EN TIEMPOS DE **COVID-19**



ASOCIACIONES
DE PACIENTES



ADMINISTRACIÓN
SANITARIA



PROFESIONALES
SANITARIOS

Impacto de la covid-19 en el manejo del dolor en el paciente crónico	5
Problemáticas detectadas en la atención sanitaria de los pacientes con dolor crónico	8
Problemáticas en el diagnóstico.....	9
Problemáticas en la atención y en el seguimiento de la enfermedad	9
Lecciones aprendidas en el manejo asistencial del dolor crónico en la pandemia	11
Lecciones para la atención sanitaria en el hogar	11
Lecciones sobre la necesidad de contar con la participación de otros agentes.....	12
Lecciones sobre el seguimiento farmacoterapéutico en la pandemia	12
Lecciones sobre la necesidad de empoderar a los pacientes con dolor crónico a través de la telemedicina	13
Recomendaciones de cara al futuro modelo asistencial de los pacientes con dolor crónico.....	15
Hacia la humanización en el manejo del dolor crónico.....	17
Hacia un modelo sanitario con pacientes activos	19
Conclusiones finales	23

EL MANEJO
DEL **DOLOR**
CRÓNICO EN TIEMPOS DE **COVID-19**

El presente informe ha contado con el patrocinio de Grünenthal y ha sido elaborado por Biolnova Consulting, firma de servicios profesionales de consultoría estratégica y de operaciones especializada en el ámbito de la salud, bajo la coordinación de Jorge Hinojosa, experto en *Public Affairs* y *Patients advocacy*.

Las recomendaciones y reflexiones que aparecen en el documento son fruto del trabajo interno entre Biolnova Consulting y Jorge Hinojosa, tras el webinar **“Más allá del COVID-19. Reflexiones para un nuevo abordaje en el manejo del dolor crónico”** celebrado el 9 de diciembre de 2020, en la cual se contó con la colaboración e involucración de representantes de asociaciones de pacientes (Foro Español de Pacientes, Asociación Española de Migraña y Cefalea, y Liga Reumatológica Española), expertos profesionales sanitarios en el manejo del dolor, y expertos y gestores sanitarios de la administración pública.

El objetivo de este documento es ponerlo a disposición de las administraciones sanitarias y otros agentes con el ánimo de contribuir a reflexionar cómo se está manejando el dolor crónico en tiempos de la COVID-19 y que sirva para adoptar decisiones que favorezcan y beneficien al paciente que padece una enfermedad crónica.

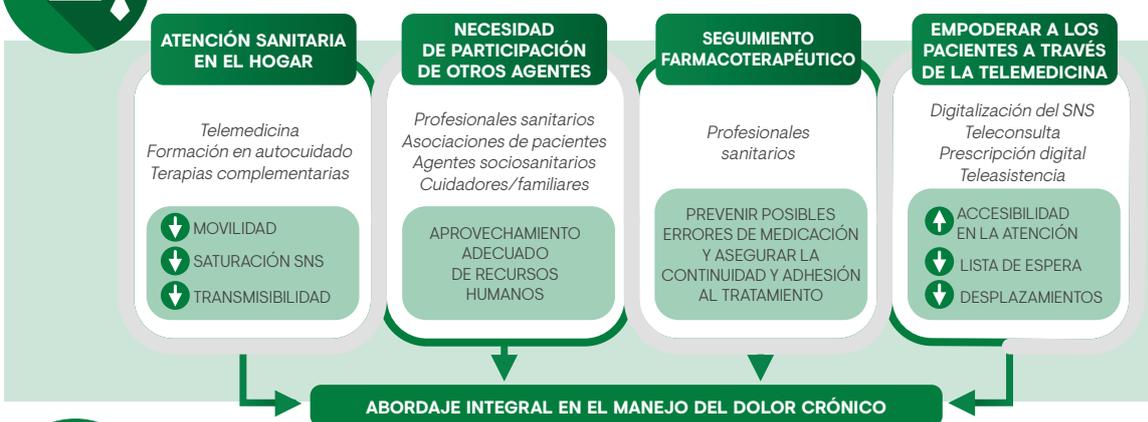
DOCUMENTO DE REFLEXIÓN SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO EN TIEMPOS DE COVID-19



IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL MANEJO DEL DOLOR



LECCIONES APRENDIDAS



CALL TO ACTION

HACIA UNA HUMANIZACIÓN EN EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO

- Mantener un alto grado de humanización en el abordaje de la enfermedad.
- Incluir la teleasistencia en el proceso de atención.
- Fomentar mecanismos más resolutivos y ágiles para diseñar planes estratégicos de abordaje del dolor.

HACIA UN MODELO SANITARIO CON PACIENTES ACTIVOS

- Impulsar la Historia Clínica electrónica como biografía personal de la salud.
- Aprovechar la digitalización para favorecer la comunicación bidireccional en el abordaje del dolor crónico.
- Favorecer el trabajo colaborativo para conseguir mejores resultados en salud.

Impacto de la COVID-19 en el manejo del dolor en el paciente crónico

La vida de los pacientes, especialmente de los pacientes con dolor crónico de edad avanzada, ha cambiado de forma muy significativa al tener que adaptarse a una nueva situación resultado de la pandemia y a las medidas de salud pública adoptadas, en las que la repercusión del confinamiento y las decisiones puestas en marcha en las fases posteriores han impactado en la atención y calidad de vida de los pacientes.

Este tipo de pacientes suman a su cuadro de dolencias, una combinación de emociones y sentimientos (miedo al contagio de la COVID-19, incertidumbre socioeconómica, angustia, entre otros) que han generado un impacto psicológico en forma de cuadros de estrés y/o depresión, afectando de forma negativa al abordaje del dolor en estos pacientes crónicos. Dicho de otra manera, el coronavirus ha golpeado fuertemente el manejo del dolor en el paciente crónico.

Adicionalmente, también ha podido afectar a la humanización de la atención a los pacientes con dolor, sobre todo en la etapa del confinamiento domiciliario:

- La falta de relaciones sociales (generando en ocasiones situaciones de soledad);
- Las dificultades en el cumplimiento o limitación de las medidas no farmacológicas (tratamientos de fisioterapia, el ejercicio físico o la calidad del sueño);
- Y/o las dificultades en la atención de los pacientes en el control y seguimiento de la enfermedad.

En definitiva, esta nueva realidad ha generado un empeoramiento de la situación clínica de los pacientes con dolor crónico.

Una vez superado el primer estado de alarma, se fueron retomando las actividades asistenciales no COVID-19 de forma progresiva. Acomodarse a esta nueva realidad ha sido difícil, no solo para los pacientes, sino también para las organizaciones sanitarias y los profesionales sanitarios, quienes, por ejemplo, han tenido que elaborar, difundir e implantar, de forma continua y acelerada, nuevos protocolos y circuitos específicos. Además, con una revisión constante de su contenido para adaptarlos a las nuevas situaciones clínicas y los conocimientos que se incorporan día a día. Todo ello ha llevado en algunos casos a generar cierta desconfianza del paciente sobre la seguridad del entorno sanitario.

Con la finalidad de evitar el riesgo de contagio y reducir la propagación de la COVID-19 se cambiaron los procesos de atención individualizada por procesos de atención remota,

EL MANEJO
DEL **DOLOR**
CRÓNICO EN TIEMPOS DE **COVID-19**

principalmente a través de llamadas telefónicas, aunque también se han implementado iniciativas más innovadoras como el uso de videollamadas y soluciones de Tecnologías de Información y Comunicación (TIC). Esto ha supuesto el cambio de un modelo de atención paciente-profesional a un modelo paciente-sistema, donde la demanda de atención sanitaria fue resuelta, en principio, por un profesional sanitario. Se señala por parte de representantes de pacientes que este nuevo modelo puede afectar a la confianza y el conocimiento integral de la persona, tan necesario para una atención de calidad, tanto de los pacientes como de sus familiares y cuidadores. Sin embargo, algunos estudios señalan que el grado de satisfacción con esta modalidad de consulta ha sido muy elevado.¹

Por otro lado, y partiendo de un sistema de salud ya sobrecargado, ha sido necesario hacer grandes cambios en la gestión de los recursos. En primer lugar, porque muchas consultas e intervenciones quirúrgicas se aplazaron y tuvieron que ser reprogramadas en los posteriores meses del confinamiento domiciliario. En segundo lugar, por la falta de recursos humanos. Tras el periodo de la desescalada, la Atención Primaria (AP) soporta gran parte de la carga asistencial de los pacientes con COVID-19, y no existe suficiente personal para atender el resto de patologías de manera adecuada.

Todo ello ha llevado a reestructurar tanto las organizaciones (por ejemplo, creando unidades de cuidados respiratorios intermedios a nivel hospitalario) como las funciones desarrolladas por los profesionales sanitarios. Todos tuvieron que adaptarse a las necesidades asistenciales, incrementadas por las bajas laborales en determinados momentos críticos de la pandemia.

Por último, la vuelta a la “nueva normalidad” está siendo desigual en cada territorio, dependiendo de la situación clínica y su repercusión en los centros. Además, la aparición de nuevos casos está ralentizando las actuaciones previstas. En este sentido, el cambio producido por el descenso de la presencialidad ha provocado una repercusión en la atención, y aunque se están recuperando, por ejemplo, consultas o intervenciones quirúrgicas, existen demoras, con la posibilidad de encontrarnos, además, con pacientes más evolucionados en sus patologías y por tanto con mayor complejidad en su atención. En el caso del dolor, todo esto posiblemente se acentúe por la situación general de incertidumbre y miedo, que puede afectar no solo en lo físico, sino en la parte psicoemocional, social y de sentido de vida del enfermo.

En este contexto, no es sencillo recortar la lista de consultas e intervenciones quirúrgicas. A nivel hospitalario, los pacientes se sienten poco seguros, y rechazan indicaciones de asistencia en este nivel. Por otro lado, el entorno de AP se encuentra colapsado por la asistencia a

Todo esto posiblemente se acentúe por la situación general de incertidumbre y miedo, que **puede afectar a la parte psicoemocional del enfermo**

1 “I Congreso Virtual Multidisciplinar COVID-19. Ponencia de M. J. Sánchez del Águila: Impacto psicológico y dolor”

EL MANEJO
DEL **DOLOR**
CRÓNICO EN TIEMPOS DE **COVID-19**

la COVID-19 y se vuelve por ello de difícil acceso. Además, se requiere recuperar el vínculo paciente-profesional con la profesionalización de los cuidados y la ayuda de las nuevas tecnologías, siendo necesario volver a personalizar y humanizar la asistencia sanitaria, tan mencionada en los últimos años, y posiblemente descuidada en los peores momentos de la pandemia, salvo por muchos profesionales de la sanidad pública y privada, y tantos otros agentes, que hicieron el esfuerzo de estar atentos y ser comprensivos con las necesidades y sufrimientos de los pacientes. Quizás, tras los pacientes de COVID-19, el paciente con dolor crónico sea uno de los más afectados.

Problemáticas detectadas en la atención sanitaria de los pacientes con dolor crónico

Lidiar con la gestión de la pandemia ha resultado ser una tarea enormemente complicada, lo que ha llevado en ciertos momentos de la crisis sanitaria a paralizar la totalidad de la actividad asistencial, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria, perjudicando principalmente las intervenciones quirúrgicas, las pruebas diagnósticas y las consultas.

La vuelta a la normalidad sanitaria está siendo difícil y lenta. Poco a poco la sociedad está aprendiendo a convivir con las medidas de prevención y control de la COVID-19, y paulatinamente los profesionales sanitarios están intentando recuperar la actividad aplazada en los primeros meses de la pandemia. Todo esto a pesar de las dificultades que existen por la imposibilidad de controlar la propagación del virus entre la población sin restricciones a la actividad económica y social. Así, por ejemplo, en el actual contexto, las Unidades de Dolor son incapaces de recuperar la actividad de trabajo normal previo a la COVID-19, lo que está originando un continuo incremento de las listas de espera, algo insostenible en el tiempo ante el compromiso de la humanización que existe por parte de muchas de las instituciones y administraciones sanitarias en España.

La urgencia de resolver esta situación ha llevado a buscar nuevas maneras de hacer las cosas. En la pandemia se han visto respuestas extraordinarias por parte de los profesionales sanitarios, incluso con la falta de tiempo y energía debido a la alta carga asistencial de pacientes con COVID-19. Estas respuestas han servido para revertir o mitigar parte de los problemas de los pacientes en el cuidado y manejo de su enfermedad. Adicionalmente es destacable cómo las asociaciones de pacientes y la farmacia comunitaria han favorecido una comunicación bidireccional permitiendo resolver dudas e incertidumbres de los pacientes ante determinadas situaciones.

Por otro lado, la lista de consultas se ha podido aligerar gracias a la gestión telemática de las citas, aunque no todos los casos se han podido resolver por esta vía. Es importante resaltar que algunos pacientes deben de ser atendidos en consulta presencial, sobre todo aquellos pacientes con dolor crónico que no cuenten con diagnóstico o aquellos que lo precisen de una manera imperativa, ya sea de forma presencial en AP o en el domicilio.

La lista de consultas se ha podido aligerar gracias a la **gestión telemática** de las citas, aunque **no todos los casos se han podido resolver por esta vía**

Por tanto, cabe diferenciar la problemática identificada en el ámbito del diagnóstico de aquella vinculada con la atención y el seguimiento de la enfermedad.

■ Problemáticas en el diagnóstico

Debido a que en un primer momento prácticamente toda la atención sanitaria estuvo centrada en pacientes con COVID-19, hubo un aplazamiento de las pruebas diagnósticas y complementarias para pacientes con dolor. Esto ocurrió en general para todos los pacientes, tanto en el hospital como en el centro de salud. Se mantuvieron solo las pruebas muy necesarias que pasaban, en la mayoría de los casos, por la urgencia. Aunque se va retomando la actividad, esta situación ha afectado a la realización de este tipo de pruebas y, por lo tanto, hay un retraso en las valoraciones, las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

Se señalan dos circunstancias que están propiciando este fenómeno:

- La detracción de recursos humanos y técnicos en la lucha contra la pandemia
- La reticencia del paciente a acudir a los centros sanitarios por temor a un posible contagio.

Desde finales de septiembre parece que las consultas estaban volviendo a funcionar, pero la llegada de la segunda ola de la pandemia ha vuelto a ampliar los tiempos de espera, con el problema que supone la no valoración presencial en el retraso del diagnóstico para determinados grupos de pacientes.

■ Problemáticas en la atención y en el seguimiento de la enfermedad

Al igual que en el diagnóstico, la atención y el seguimiento de los pacientes con dolor crónico también se ha visto afectado, dado que ha sido necesario dedicar la mayoría de los recursos a los pacientes con COVID-19, por lo que el resto de actividad asistencial en este grupo de pacientes ha sido ralentizado (retrasos en el control de pruebas analíticas y reprogramación de la actividad asistencial).

Asimismo, a esta situación se suma la necesidad de adaptación de la atención y los procedimientos a una situación diferente, en la que han primado medidas de seguridad tanto para pacientes como para profesionales sanitarios, medidas que también enlentecen la actividad asistencial considerablemente. De nuevo, se ha compensado parcialmente con el incremento de las consultas telemáticas - la mayoría telefónicas -, y también con actuaciones “no presenciales” como la renovación automática de la receta electrónica.

La consulta telemática ha permitido ofrecer una solución aceptable para realizar un seguimiento a muchos pacientes con dolor crónico. Sin embargo, la atención por vía telefónica

EL MANEJO DEL **DOLOR** **CRÓNICO** EN TIEMPOS DE **COVID-19**

no es suficiente en algunos casos para una adecuada relación paciente-profesional. Para algunos, existe cierta preferencia por la videollamada, ya que permite una interacción más presencial y se mantiene mejor la atención por ambas partes, pero necesita unos recursos tecnológicos no siempre existentes. También es importante señalar que el uso o acceso a la tecnología no es igual para todos los pacientes, sobre todo en aquellos que presentan un deterioro cognitivo que les impide o dificulta el uso adecuado de algunas herramientas telemáticas.

Igualmente, con el fin de minimizar los desplazamientos de pacientes a centros y establecimientos sanitarios, se han ido ampliando automáticamente todas las recetas electrónicas de todos los pacientes con tratamientos crónicos, lo que ha facilitado la disponibilidad de los fármacos prescritos por los médicos desde la farmacia o la posibilidad de la dispensación de fármacos en los domicilios en algunos pacientes crónicos vulnerables a la COVID-19.

Lecciones aprendidas en el manejo asistencial del dolor crónico en la pandemia

La flexibilidad en la atención sanitaria ha sido, en tiempos de la COVID-19, una necesidad más que una elección. Ante la saturación del sistema sanitario y las medidas de las autoridades para controlar la expansión del virus, se han tenido que explorar otras fórmulas para atender a la población, de tal manera que se han articulado diferentes iniciativas muy positivas. Destaca, por ejemplo, la incorporación de la consulta telemática en el proceso asistencial, el alargamiento de los tratamientos por la receta electrónica, el consejo farmacéutico domiciliario o la supresión de visados, entre otras.

Estas acciones servirán para replantearse la asistencia sanitaria del futuro. No obstante, una vez pasada la pandemia, se deberá reevaluar la situación y aprovechar la experiencia para establecer regulaciones apropiadas a las nuevas formas de atención y trabajo que se han desarrollado como consecuencia de esta crisis.

A continuación, se presentan las cinco principales lecciones extraídas en el manejo asistencial del dolor crónico durante los primeros meses de la pandemia.

■ Lecciones para la atención sanitaria en el hogar

La atención domiciliaria es una de las posibilidades asistenciales existentes en AP para los pacientes vulnerables, de edad avanzada o que tienen una funcionalidad reducida. También desde la farmacia se colaboró con estos pacientes a la hora de facilitarles el acceso a su medicación, por ejemplo, en determinadas zonas los farmacéuticos comunitarios llevaron la medicación a los pacientes más vulnerables a su casa. Esto ha permitido reducir la movilidad de la población, manteniendo los centros sanitarios con una menor afluencia de gente, lo que ha favorecido que haya menor transmisibilidad. Sin embargo, su aplicación en estos tiempos ha estado muy restringida debido a la falta de recursos, lo que ha llevado a los profesionales sanitarios a hacer un esfuerzo adicional por el bien de los pacientes, apoyándose muchas veces en el seguimiento telefónico.

La pandemia, por tanto, ha fortalecido la atención domiciliaria, y ha servido para plantear el concepto de la atención de la salud en el hogar como algo deseable, siempre que se haga en su justa medida, de manera protocolizada, y con el apoyo de nuevas opciones, como la telemedicina, la cual puede suponer para los pacientes crónicos, un cambio significativo a la hora de convivir con su enfermedad, de manera que ésta afecte lo menor posible a su vida y a su entorno familiar.

Otras acciones complementarias a potenciar en relación a la atención domiciliaria pueden ser la educación para el autocuidado a los pacientes realizado por enfermeras o el apoyo de intervenciones fundamentales como la fisioterapia, entre otras.

■ **Lecciones sobre la necesidad de contar con la participación de otros agentes**

La pandemia de la COVID-19 ha puesto en jaque a los sistemas sanitarios, y otra de las lecciones aprendidas en la gestión de la crisis se encuentra en la necesidad de aprovechar adecuadamente la capacidad de los profesionales sanitarios para obtener un mayor beneficio para los ciudadanos y a su vez, asegurar la sostenibilidad del Sistema Nacional de salud (SNS).

La escasez de profesionales en medicina y enfermería, durante la pandemia, ha empujado a buscar otros agentes sanitarios en la órbita del paciente, encontrando en los profesionales farmacéuticos un perfil a explorar para desarrollar nuevas actividades en beneficio del paciente, debido a su formación, conocimiento y su capilaridad dentro de la sociedad, que podrían contribuir a un óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles. Otros perfiles sanitarios a impulsar e imprescindibles en el abordaje integral del dolor son los fisioterapeutas y los psicólogos.

Más opciones a considerar, y en cuyo diseño deberían coparticipar los profesionales sanitarios, sería la incorporación de otros perfiles (asociaciones de pacientes, agentes socio-sanitarios, cuidadores/familiares) como apoyo a los pacientes, siempre y cuando reciban la formación adecuada, queden delimitadas de forma clara sus competencias y cuenten siempre con una ayuda y soporte por parte de los profesionales sanitarios, como ya demuestran muchas iniciativas de escuelas de pacientes.

■ **Lecciones sobre el seguimiento farmacoterapéutico en la pandemia**

La pandemia ha tenido muchos efectos colaterales en las prestaciones sanitarias de los distintos niveles asistenciales, principalmente en AP, pero también a nivel hospitalario, obligando a muchos médicos a ejercer fuera de su ámbito de experiencia, o en el caso de los servicios de farmacia, a adaptar su cartera de servicios a los retos de la pandemia.

Más que nunca, la validación, la conciliación de los tratamientos y el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, especialmente de los crónicos, ha cobrado mayor relevancia, con el objetivo de prevenir posibles errores de medicación y asegurar una atención farmacéutica eficiente, equitativa y de calidad. De ahí, la importancia de que el seguimiento farmacoterapéutico se vigile por todos los actores que intervienen en el proceso asistencial:

- En primer lugar, el prescriptor, que debe analizar y realizar la prescripción digital, teniendo en cuenta al paciente, realizando una valoración holística e individualizada de su situación.
- En segundo lugar, la enfermera, que lleva a cabo un acercamiento más personal y directo con el paciente, sea en consulta presencial, telemática o visita domiciliaria, entrenando al paciente para que realice un adecuado manejo de la medicación prescrita, dentro de su autocuidado.
- Y, finalmente, el farmacéutico, como especialista del medicamento, a través de los servicios profesionales de dispensación y seguimiento farmacoterapéutico. Ayudará a garantizar una mayor seguridad y efectividad, colaborando en la mejora de la adherencia de los tratamientos, de forma presencial, telemática o domiciliaria.

■ **Lecciones sobre la necesidad de empoderar a los pacientes con dolor crónico a través de la telemedicina**

También debe ser motivo de reflexión cómo se quiere dirigir la transformación del SNS hacia el conocido modelo de las 5p - sistema preventivo, predictivo, personalizado, participativo y poblacional. Avanzar hacia este modelo requiere de una digitalización de los sistemas sanitarios que sirva, entre otras cosas, como palanca para conseguir una participación más activa de los pacientes. Será por tanto necesario desarrollar herramientas de comunicación para potenciar la educación en salud y el autocuidado de los pacientes, con el apoyo de todos los agentes del sector, donde también tienen cabida las asociaciones o escuelas de pacientes, ya que pueden aportar toda su experiencia y conocimiento relativo a la enfermedad y vida de sus integrantes.

La crisis sanitaria ha precipitado la incorporación de la telemedicina o también conocida como eSalud, y actualmente parece poco discutible la necesidad que existe de potenciar el empleo de este tipo de herramientas para aumentar la accesibilidad en la atención a los pacientes, aligerar las listas de espera o evitar desplazamientos innecesarios, entre otros. Todo ello, se espera que redunde en una mayor satisfacción y una adecuada atención de los pacientes.

Dentro del campo de la telemedicina, quizás sea la teleconsulta (e-consulta, llamada telefónica o videollamada) la que tenga un papel esencial en el seguimiento y control de los pacientes con dolor, aunque la llegada de aplicaciones en los móviles nos va a permitir en el futuro monitorizar la adherencia al tratamiento o detectar un inadecuado uso de los medicamentos. No obstante, se debe adecuar la utilización de este tipo de herramientas a la situación y capacidades del paciente, para asegurar que recibe la atención adecuada para el manejo de su dolor, con la seguridad y confidencialidad de los datos de la persona.

EL MANEJO
DEL **DOLOR**
CRÓNICO EN TIEMPOS DE **COVID-19**

En relación a la prescripción digital, ésta ha supuesto una mayor flexibilidad y comodidad al paciente crónico para la retirada de medicamentos en farmacias comunitarias —especialmente las renovaciones de tratamiento—, pero también ha servido para incrementar su seguridad, ya que los médicos, tanto de AP como de atención hospitalaria, tendrán potencialmente un mejor control de la adherencia a la medicación al poder conocer en tiempo real las dispensaciones realizadas en las farmacias. Adicionalmente, también se han agilizado los procesos para el visado de algunos tratamientos.

Recomendaciones de cara al futuro modelo asistencial de los pacientes con dolor crónico

La crisis sanitaria y económica a partir de la pandemia del coronavirus ha dejado en evidencia algunas debilidades del actual modelo asistencial en España, algunas de ellas ya eran conocidas desde hace tiempo, pero la crisis de la COVID-19 las ha terminado de evidenciar. En relación al paciente con dolor crónico, la pandemia ha provocado un cambio en la forma de proceder, y los nuevos protocolos han marcado directrices que pueden enlentecer la atención de las personas con enfermedades crónicas debido a aplazamientos de las consultas e intervenciones, retrasos en el diagnóstico o dificultades en la adherencia al tratamiento, entre otros.

Aterrizar en el futuro modelo asistencial que necesita el Sistema Nacional de Salud en España no es tarea fácil. Primero, porque las perspectivas de erradicación a corto plazo del virus son inciertas, debido a la falta de tratamientos y vacunas para prevenirla. Y segundo, porque España se encuentra en un escenario de incertidumbre económica elevado que puede complicar disponer en el futuro de los recursos necesarios para acometer las reformas necesarias, a pesar de que existe consenso y voluntad política para llevar a cabo esta transformación tan demandada.²

No obstante, la Unión Europea (UE) ha puesto en marcha un Plan de Recuperación de Europa con medidas destinadas a movilizar el presupuesto de la UE para afrontar la crisis. Entre sus principales prioridades se encuentra la digitalización de los servicios en salud y el alcanzar una mayor calidad de los datos sanitarios generados.

La articulación de estos fondos debe de servir para hacer los cambios necesarios tanto tecnológicos y/o de infraestructuras, como no tecnológicos (regulatorio, legislativo, atracción de talento) que permitan desarrollar nuevos servicios sanitarios con la ayuda de las nuevas tecnologías. Por ejemplo, poner a disposición de los profesionales sanitarios una historia clínica compartida, desde la que se puedan organizar videollamadas, o desde la que se facilite una mayor coordinación entre los estamentos involucrados. O disponer de herramientas digitales para proveer a los pacientes de información sanitaria adecuada y personalizada.

En definitiva, España está inmersa en un periodo, más o menos largo, de cambio e implementación de un modelo asistencial adaptado a la pandemia de la COVID-19 y sus conse-

² El pasado 22 de julio se aprobó en la cámara baja el dictamen sobre la reconstrucción social y económica del país, un documento que recoge un acuerdo político sobre principales líneas de actuación en materia de sanidad y salud pública, aunque de momento adolecen de concreción presupuestaria

EL MANEJO
DEL **DOLOR**
CRÓNICO EN TIEMPOS DE **COVID-19**

cuencias, lo que tiene que servir como experiencia catalizadora para establecer dinámicas y cambios organizativos profundos del modelo asistencial con el apoyo de la digitalización. Los próximos meses demandan por parte de todos los agentes del ecosistema, incluido los pacientes, flexibilidad y proactividad en la búsqueda de soluciones particulares a los retos del futuro modelo asistencial adaptado a la pandemia. Este modelo será diferente debido a la singularidad de cada región y al grado de afectación de la pandemia; y se requerirá de paciencia, ya que se precisará tiempo para compensar esta situación.

Además, será necesaria una reflexión serena cuando termine la pandemia para identificar el problema coyuntural frente al estructural. Es cierto que la pandemia ha visibilizado algunos problemas estructurales, como es la falta de una estructura y recursos en materia de Salud Pública a nivel nacional liderado en cogobernanza con las Comunidades Autónomas. Por ejemplo, la necesidad de reforzar la AP, deberá ser analizada en detalle, manteniendo los recursos necesarios para asegurar la recuperación de la calidad asistencial, reforzando su actividad con inversión en el campo de la digitalización, y asentando y perfeccionando algunas de las lecciones aprendidas de la crisis de la pandemia mencionadas en el anterior capítulo, que sin duda servirán para la elaboración de planes de contingencia o elasticidad para adaptarse a los escenarios futuros y nuevas realidades.

Las recomendaciones que presentamos recogen las principales conclusiones y reflexiones tratadas en un taller interno en el que se ha estudiado la complejidad del problema desde diferentes puntos de vista, gracias a la participación de representantes de asociaciones de pacientes, profesionales sanitarios en el manejo del dolor y expertos sanitarios y gestores de la administración pública. Del debate se destilan dos recomendaciones generales que deberían de guiar o tomarse en consideración de cara a la nueva sanidad que demanda la sociedad en su conjunto. Cada una de las recomendaciones se asocia a tres bloques de ideas o *Call To Action* que representan los principales aspectos debatidos en el webinar “**Más allá del COVID-19. Reflexiones para un nuevo abordaje en el manejo del dolor crónico**” celebrada el 9 de diciembre de 2020, de cara a replantear el futuro del Sistema Nacional de Salud para el manejo adecuado del dolor en el paciente crónico.

Será necesaria una reflexión serena cuando termine la pandemia para **identificar el problema coyuntural frente al estructural**

EL MANEJO DEL **DOLOR CRÓNICO** EN TIEMPOS DE **COVID-19**

Hacia la **humanización** en el **manejo del dolor crónico**

- Mantener un alto grado de humanización en el abordaje de la enfermedad.
- Incluir la teleasistencia en el proceso de atención.
- Fomentar mecanismos más resolutivos y ágiles para diseñar planes estratégicos de abordaje del dolor.

Hacia un **modelo sanitario** con **pacientes activos**

- Impulsar la Historia Clínica electrónica como biografía personal de la salud.
- Aprovechar la digitalización para favorecer la comunicación bidireccional en el abordaje del dolor crónico.
- Favorecer el trabajo colaborativo para conseguir mejores resultados en salud.

■ **Hacia la humanización en el manejo del dolor crónico**

A lo largo de la pandemia se han vivido situaciones críticas en la gestión asistencial que han dificultado de algún modo una atención humanizada del manejo del dolor crónico. Han sido situaciones excepcionales que analizadas con perspectiva ayudan a considerar la importancia de la asistencia integral de los pacientes con dolor crónico y de sus familiares, dirigida al cuidado y la atención de todas las dimensiones que conforman a la persona, porque todas ellas pueden quedar afectadas en la enfermedad. Darse cuenta de esta realidad debe llevar a no descuidar la atención psico-emocional así como social, pues todas ellas son importantes y afectan de algún modo a la dimensión humana.

Mantener un alto grado de humanización en el abordaje de la enfermedad

El paciente con dolor es un paciente complejo, que puede tener más de una fuente de dolor, y necesita un abordaje y un diagnóstico diferencial en muchas de sus visitas. Adicionalmente, la mayoría de este grupo de pacientes soportan otra enfermedad crónica, en ocasiones degenerativa, que requiere muchas veces de un seguimiento adecuado para el control de la enfermedad.

En otras palabras, estamos ante un paciente en el que el gold standard sería la visita presencial, sobre todo cuando el paciente no tiene diagnosticado el origen o el tipo de dolor. En estos casos, el profesional sanitario necesita hacer una anamnesis y exploración para

establecer un primer diagnóstico, o la realización de pruebas complementarias de diagnóstico, para poder abordar el tratamiento con la mayor probabilidad de eficacia y adaptado al máximo posible a la situación concreta del paciente. No obstante, la pandemia nos ha enseñado que es posible hacer las cosas de manera distinta, con mejor o iguales resultados en salud, con la incorporación de nuevas herramientas tecnológicas a la actividad asistencial. Queda pendiente, por tanto, el explorar en el futuro, qué parte de las visitas no tienen que ser presenciales y pueden ser resueltas a través de la teleasistencia.

Incluir la teleasistencia en el proceso de atención

Nadie duda que después de la pandemia cohabitarán las visitas presenciales con las consultas telemáticas. Este abordaje mixto tiene grandes beneficios tanto para los pacientes, que pueden ahorrarse desplazamientos innecesarios, como para los profesionales, que pueden aligerar la lista de la consulta de una forma más ágil. Sin embargo, también existen algunos inconvenientes que deben resolverse con el debido tiempo, como pueden ser aquellos relacionados con la confidencialidad, la seguridad o el acceso a las nuevas tecnologías, temas que guardan relación con proteger la asistencia integral del paciente.

Durante la pandemia se ha demostrado que la tecnología puede ayudar a humanizar la asistencia y sirvió por ejemplo para que muchos pacientes pudiesen morir acompañados de manera virtual, con la posibilidad de despedirse de familiares y amigos o de incluso recibir asistencia espiritual.

Un enfoque humanizado de la telemedicina llevará a un uso adecuado de la consulta telemática para el manejo del dolor crónico del paciente, que deberá ser llamado a una consulta presencial en caso de primeras visitas de diagnóstico como se ha indicado previamente o ante una situación anómala o descontrol de la enfermedad para asegurar una adecuada atención, individualizando las necesidades de cada persona. Opciones intermedias como la videollamada deberían ser exploradas y adaptadas para cada tipología de paciente y situación de la enfermedad. No todos los pacientes – ni los profesionales – se manejan igual con la tecnología, factores como la edad, los recursos económicos o el deterioro cognitivo de ciertos pacientes pueden dificultar el uso de algunas herramientas.

A día de hoy, la consulta telemática en el paciente con dolor debe quedar relegada para situaciones en las que la visita presencial se vea limitada, como la vivida en el confinamiento domiciliario a principios de este año, o para hacer un seguimiento de la evolución de un paciente controlado con un tratamiento pautado ya sea intervencionista o farmacológico, así como las referidas a actividades de autocuidado.

Un enfoque humanizado de la telemedicina llevará a un uso adecuado de la consulta telemática para el manejo del dolor crónico

Fomentar mecanismos más resolutivos y ágiles para diseñar planes estratégicos de abordaje del dolor

Con independencia de la urgente necesidad que existe en España de profesionales que lideren y desarrollen una estrategia nacional que permita reconstruir el modelo sanitario, así como los cambios estructurales que se precisen para adaptarse al nuevo entorno, es importante tener en cuenta que este cambio también precisa del esfuerzo de todos, entre los que destacan: autoridades sanitarias, gestores, profesionales sanitarios, y asociaciones de pacientes.

Poniendo la lupa en el manejo del dolor crónico en España, y el severo impacto que está ocasionando la COVID-19 en el país, parece que la sociedad española va a experimentar próximamente un deterioro importante de la calidad de vida de todos aquellos pacientes con dolor crónico que podrían ver incrementado su dolor a causa de episodios de ansiedad, depresión y miedo.

Luego es urgente fomentar mecanismos resolutivos y ágiles que permitan a la administración sanitaria (Ministerio y CCAA), en colaboración con sociedades científicas y asociaciones de pacientes, diseñar e implementar planes estratégicos de abordaje del dolor a nivel nacional y regional, con metas claras, identificando responsabilidades y facilitando recursos finalistas, que permitan afrontar las problemáticas de actividad asistencial en el manejo del dolor crónico.

■ Hacia un modelo sanitario con pacientes activos

De la digitalización de los servicios sanitarios se esperan muchas cosas, entre ellas que posibilite un modelo sanitario centrado en el paciente, un modelo que lleva años demandándose por diferentes agentes del ecosistema, pero que por el momento no ha terminado de hacerse realidad.

Ya no existen dudas de que el futuro ha de centrarse en un paciente activo, comprometido con su salud, y basarse en los datos que éste pueda generar. Actualmente los datos de los pacientes se consideran infrautilizados, por ello es necesario hacer una coordinación de todos los actores (tanto públicos como privados, y tecnológicos) para el aprovechamiento y uso de todos los datos que genera un paciente, para su propio beneficio y del sistema, ya que toda esa información, explotada adecuadamente puede generar conocimiento y ser un elemento a considerar en la toma de decisiones.

Adicionalmente, gracias a las tecnologías digitales, será posible plantear un modelo centrado en el paciente que permita establecer una comunicación más fluida y bidireccional con los clínicos.

Impulsar la Historia Clínica Electrónica como biografía personal de la salud

Una de las principales fuentes de información para los profesionales sanitarios es la Historia Clínica Electrónica (HCE), una herramienta de elevada implantación en España, aunque todavía no se encuentra interoperable en todo el territorio. No obstante, actualmente se encuentra en marcha un proyecto pionero en Compra Pública Innovadora, para hacer de la HCE un sistema totalmente interoperable y que sirva para cualquier entorno sanitario, lo que permitirá, entre otras cosas, compartir y visualizar datos sanitarios de forma electrónica entre las diferentes CC.AA.

Otras líneas de trabajo futuras en la HCE apuntan a mejoras en el ámbito de la seguridad de los datos del paciente, o la incorporación y generalización de aspectos como, por ejemplo, el registro de la HCE a través de la voz o la aplicación de la inteligencia artificial para avanzar hacia una Historia Clínica Inteligente, con nuevas funcionalidades de soporte para la toma de decisiones clínicas.

En definitiva, la HCE debe de ser una herramienta que empodere más al paciente. Es cuestión de tiempo que la tecnología y la administración encuentren el modo seguro de hacerlo. Tecnologías como el *Blockchain* permitirán que el paciente sea el verdadero propietario de su información clínica, empoderándole para decidir quién puede tener acceso a sus datos clínicos y no clínicos.

Aprovechar la digitalización para favorecer la comunicación bidireccional en el abordaje del dolor crónico

Hasta hace bien poco, la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente ha seguido un modelo unidireccional. Sin embargo, en los últimos años, gracias al impulso de otros sectores, como puede ser el *retail*, se ha empezado a hablar de la necesidad de la comunicación bidireccional en el sector sanitario para articular canales de comunicación con los que el paciente pueda contactar con el profesional sanitario, principalmente para resolver dudas. Posiblemente fue el gran empleo del buscador de Google para consultas sobre salud lo que puso de manifiesto esta necesidad.

Avances en este sentido existen, como es el caso de una iniciativa liderada por el Plan Andaluz de Atención de Personas con Dolor por la que se está desarrollando una nueva herramienta digital para hacer la derivación bidireccional de pacientes entre Atención Primaria y las Unidades de Dolor a través de una serie de criterios. En una segunda fase de esta aplicación, los pacientes tendrán la posibilidad de ponerse en contacto tanto con AP como con las Unidades de Dolor; incluso tendrán la opción de escribir su diario del dolor para su posterior revisión tanto por su profesional sanitario de AP como por su referente en la unidad del dolor.

Existen también diferentes iniciativas por parte de las asociaciones de pacientes, como la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE) y la Liga Reumatológica Española (LIRE), que han facilitado la comunicación bidireccional en los momentos más críticos de la pandemia, aportando fórmulas imaginativas para resolver dudas de los pacientes en relación a la adherencia de determinados fármacos que no podían resolver en consulta porque se les había cancelado la cita.

En definitiva, la mejora de la comunicación profesional-paciente generará mejores resultados en la adherencia de los pacientes a los tratamientos, y ayudará a resolver problemas relacionados con los efectos adversos o dudas relacionadas con el tratamiento, entre otros.

Favorecer el trabajo colaborativo para conseguir mejores resultados en salud en los pacientes con dolor crónico

La resolución de los problemas complejos - y así ha quedado de manera patente en la crisis sanitaria de la COVID-19 - requiere una respuesta global y la alineación de medios e intereses de todos los agentes a todos los niveles, tanto públicos como privados. Del mismo modo, la complejidad del manejo del dolor del paciente crónico necesita de una respuesta multidisciplinar (a nivel asistencial) y una estrategia de abordaje interdisciplinar, con la participación de todos los profesionales sanitarios y de otros agentes clave como pueden ser las asociaciones de pacientes, familiares y cuidadores, para lograr el manejo efectivo del dolor.

Es necesaria esta coparticipación en el diseño de documentos (recomendaciones, protocolos, procesos, etc.) y estrategias en el marco de la gestión y atención del abordaje del dolor, no solo de los profesionales sanitarios, sino también de otros profesionales y agentes relacionados, como son las asociaciones de pacientes.

De tal manera que, por ejemplo, la articulación de propuestas telemáticas para los pacientes con dolor debe ser impulsada por la administración sanitaria con la colaboración tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes, ya que ambos deben aportar sus puntos de vista y necesidades. Seguramente, un alto porcentaje de los pacientes con dolor, y también profesionales sanitarios, necesite de un proceso de educación en las nuevas tecnologías o no disponga de los recursos materiales necesarios. Conocer por tanto su punto de vista es clave para acertar entre todos en las estrategias más adecuadas.

Existen ejemplos conocidos en la gestión de la pandemia que confirman que con el trabajo colaborativo se obtienen mejores resultados. Determinados grupos de pacientes vulnerables con dolor crónico tuvieron problemas de adherencia por la falta de acceso a los tratamientos ya que algunos fármacos hospitalarios no se podían recoger en el

La resolución de los problemas complejos requiere una respuesta global y la alineación de medios e intereses de todos los agentes a todos los niveles

EL MANEJO DEL **DOLOR** **CRÓNICO** EN TIEMPOS DE **COVID-19**

lugar habitual para evitar los desplazamientos de las personas. Gracias a la coordinación con la farmacia comunitaria se consiguió la no interrupción de los tratamientos, como también dar alternativas y soluciones seguras a los pacientes, farmacovigilancia, o derivación al profesional sanitario adecuado.

Es indudable que hace falta una mejor y mayor conexión entre la farmacia comunitaria y el resto de profesionales sanitarios, siendo necesario articular nuevas vías de comunicación y de sinergias. Entre las opciones a explorar está el acceso a la Historia Clínica Electrónica o el desarrollo de actividades de información y consejo profesional conjuntas, en las que la farmacia comience institucionalmente a formar parte del equipo interdisciplinar en salud.

Conclusiones finales

Entre las muchas consecuencias, no solo sanitarias, que la pandemia de COVID-19 ha traído a España se encuentran varios retos asistenciales, entre los que destaca de manera urgente la necesidad de adecuar una respuesta clara a la actual problemática que está empezando a florecer, que es la de atender la lista de pacientes con dolor crónico que no han podido atender y que se incrementa con el paso del tiempo. Adicionalmente, es necesario también anticiparse al síndrome de dolor postCOVID-19 que se irá definiendo en aquellos pacientes que hayan sufrido la enfermedad de forma grave.

Hemos vivido tiempos difíciles, donde los cambios se han precipitado en algunas ocasiones de forma acelerada y condicionada por la dimensión de la crisis sanitaria. Y aunque motivado por ello, algunos de los cambios han de contemplarse como cambios estructurales de cara a futuro. La reforma proyectada del Sistema Nacional de Salud así debe contemplarlo.

Tal y como se ha ido reflejando a lo largo del documento, la atención del dolor requiere de una clara reflexión en cuanto a las necesidades estructurales que requiere para su correcto abordaje, y en este sentido, sería interesante plantear la posibilidad de desarrollar una estrategia o plan a nivel nacional del dolor, tal y como ya se está desarrollando en algunas regiones.

Y en este proceso asistencial de futuro se impone la acción coordinada de todos los profesionales, en cada centro asistencial (atención primaria y hospitalaria) y atención coordinada entre todas las disciplinas, con un papel destacado de la enfermería y un apoyo importante al paciente desde la farmacia comunitaria.

Las nuevas tecnologías han de ser pues un proceso de modernización, no excluyente de otras formas necesarias, sobre todo teniendo en cuenta la brecha tecnológica apreciable con claridad según las áreas geográficas de los pacientes.

Y hay que recuperar la centralidad del paciente, de todos los pacientes, no sólo los afectados por la COVID-19. La humanización del sistema pasa por recuperar a todos. Y a todos de forma colectiva e individualizada, adaptando el abordaje y el uso de las herramientas en cada momento para cada paciente, y siempre valorando la importancia de los distintos agentes que juegan un rol y son fundamentales para el abordaje multidisciplinar del dolor.

Todo esto, podrá contribuir a fomentar la humanización de la atención del dolor y de esta forma, a contar con pacientes que puedan participar de forma activa en el proceso asistencial para fomentar una mejora del abordaje del dolor y conseguir una mejora en la calidad de vida del paciente.



DOCUMENTO DE
REFLEXIÓN SOBRE

EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO

EN TIEMPOS DE **COVID-19**

Elaborado por:

bio
innova
CONSULTING

Patrocinado por:

GRÜNENTHAL