

Año Global Contra el Dolor Agudo

PAIN

OCTUBRE 2010 – OCTUBRE 2011

¿Por qué existen brechas entre la evidencia y la práctica?

La abundante evidencia resumida en las hojas informativas adjuntas demuestra que un óptimo tratamiento del dolor agudo:

- Mejora la calidad de vida y la satisfacción con la atención de los pacientes;
- Reduce el riesgo de muchas complicaciones (por ej. trombosis venosa);
- Permite un alta más temprana;
- Facilita la recuperación a través de múltiples mecanismos (por ej. reducción de la respuesta al estrés);
- Puede mejorar el manejo de los recursos clínicos (por ej. minimizar las alteraciones del flujo normal de la atención del paciente) y reducir los gastos de atención a corto y a largo plazo.

Existe evidencia considerable de alta calidad que deja constancia de la eficacia de múltiples clases de medicamentos y modos de administración (incluida la anestesia regional) y técnicas no farmacológicas para pacientes con dolor agudo debido a cirugías, lesiones o enfermedades médicas. También hay evidencia que señala la importancia de la atención individualizada y la consideración del contexto clínico (por ej. los recursos disponibles).

Sin embargo, también hay mucha evidencia que indica que están generalizados la subevaluación y el subtratamiento del dolor agudo, la falta de planes proactivos para el dolor [8]. Las brechas entre la evidencia y la práctica son de diversos tipos. Algunas reflejan obstáculos generales para la implementación de una práctica basada en la evidencia y guiada por resultados [3,9]. Otro tipo de diferencia entre la evidencia y la práctica es la aplicación uniforme y rígida de la evidencia basada en la población, como la de grandes ensayos controlados aleatorizados (ECA) a pacientes individuales sin tener en cuenta su variabilidad, sus preferencias o los detalles específicos del contexto clínico [4]. Otros obstáculos de particular importancia para el óptimo manejo del dolor agudo reflejan el hecho de que no se han abordado los antiguos mitos prevalentes sobre el dolor agudo y la importancia de su control [8,12].

Las brechas en la calidad de la atención del dolor proporcionada reflejan:

- Problemas relacionados con los profesionales de la salud;
- Problemas relacionados con los pacientes;
- Problemas relacionados con el sistema de atención médica.

Los problemas relacionados con los profesionales de la salud incluyen:

- Actitudes y conocimientos anticuados o inadecuados, p. ej. ideas erróneas como las siguientes:
 - El control del dolor postoperatorio interfiere con el rápido reconocimiento de complicaciones quirúrgicas;
 - La cirugía debe asociarse con dolor;
 - Los pacientes que manifiestan su dolor son quisquillosos.
- Diferencias nacionales con respecto a las diferencias de las sociedades profesionales para interpretar la evidencia;
- “Inercia clínica” [10], es decir, lentitud para actualizar la práctica individual en función de la evidencia cambiante [1];
- Personal inadecuado en el servicio para el dolor agudo, lo que genera esfuerzos ad hoc para tratar el dolor, en lugar de evitarlo de forma sistemática [9,11];
- Evaluaciones del dolor incompletas, esporádicas o no estandarizadas;
- Opiofobia;
- Preocupaciones exageradas sobre los efectos secundarios del tratamiento del dolor;
- Limitada transferibilidad de los resultados derivados de ECA a la práctica clínica.

Los problemas relacionados con los pacientes incluyen:

- Ideas anticuadas o erróneas similares a las mencionadas anteriormente para los profesionales de la salud;
- La creencia de que los “buenos” pacientes no se quejan del dolor o no demuestran su sufrimiento (incluidos los factores culturales);
- Una tendencia a estar satisfecho con un control inadecuado del dolor, especialmente cuando se percibe a los proveedores de atención médica como cálidos y atentos [5];
- Reticencia a tomar medicamentos para el dolor debido a los efectos secundarios (por ej. náuseas, vómitos) y otras consecuencias (por ej. adicción, tolerancia);
- Falta de concienciación sobre la importancia del control del dolor para optimizar los resultados a corto y a largo plazo (por ej. dolor crónico);
- Falta de redes organizadas como las que surgen entre los pacientes (y sus familias) afectados por enfermedades crónicas, incluido el cáncer.

Los problemas relacionados con el sistema de atención médica incluyen:

- Concesión de una baja prioridad a la educación para el control del dolor para los profesionales de la salud;
- Baja valoración según las preferencias de los pacientes;
- Impedimentos normativos para el uso de sustancias controladas;
- Con frecuencia los ingresos derivados del tratamiento del dolor son insuficientes para mantener una empresa viable (a menudo debido al seguimiento fragmentado de la relación entre los gastos y la efectividad);
- Transferencia de los gastos a los pacientes (por ej. por parte de las aseguradoras);
- Infraestructura inadecuada, incluidos el personal capacitado para administrar medicamentos y otras intervenciones (por ej. analgesia controlada por el paciente, técnicas cognitivo conductuales);
- Restricciones a la práctica, como normativas que permiten que las enfermeras administren inyecciones únicamente por vía intramuscular o subcutánea, y no intravenosa;
- Incapacidad para captar resultados de calidad a corto y a largo plazo que puedan estar correlacionados con la idoneidad del control del dolor agudo [6,13];
- En relación con la carga del dolor agudo, los gastos para financiar investigaciones básicas, traslacionales y clínicas son desproporcionadamente bajos [2,7].

Referencias

- [1] Bernhardt GA, Kornprat P, Cerwenka H, El-Shabrawi A, Mischinger HJ. Do we follow evidence-based medicine recommendations during inguinal hernia surgery? Results of a survey covering 2441 hernia repairs in 2007. *World J Surg* 2009;33:2050–5.
- [2] Bradshaw DH, Empey C, Davis P, Lipschitz D, Dalton P, Nakamura Y, Chapman CR. Trends in funding for research on pain: a report on the National Institutes of Health grant awards over the years 2003 to 2007. *J Pain* 2008;9:1077–87.
- [3] Braun BI, et al. Understanding factors that affect organizational improvement. In: Braun BI, et al., editors. *Improving the quality of pain management through measurement and action*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2003. p 59–65.
- [4] Carr DB. When bad evidence happens to good treatments. *Reg Anesth Pain Med* 2008;33:229–40.
- [5] Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:211–20.
- [6] Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, Bookbinder M. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcomes measures. *Pain Manage Nurs* 2002;3:116–30.
- [7] Lynch ME, Schopflocher D, Taenzer P, Sinclair C. Research funding for pain in Canada. *Pain Res Manage* 2009;14:113–11.
- [8] Macintyre PE, Scott DA. Reasons for undertreatment. In: Chapter 43. *Acute pain management and acute pain services*. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*, 4th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 1037–8.
- [9] Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. *Pain* 1999;80:23–9.
- [10] Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825–34.
- [11] Stamer UM, Mpsios N, Stüber F, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27:125–131.
- [12] Uppington J. Implementation of guidelines. In: Chapter 3. *Guidelines, recommendations, protocols and practice*. In: Shorten G, Carr DB, Harmon D, Puig MM, Browne J, editors. *Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p 18–20.
- [13] Wu CL, Fleisher LA. Outcomes research in regional anesthesia and analgesia. *Anesth Analg* 2000;91:1232–42.

