



Desigualdades globales en el tratamiento del dolor: cómo las futuras investigaciones podrán abordarlas mejor

Las desigualdades en el tratamiento del dolor ocurren a nivel mundial [6]. Estas se dan entre ingresos altos y los países de ingresos medios y bajos, al igual que dentro de los países basándose en factores como la raza, el sexo, el género, la etnia, el estado socio-económico y la edad [5,20,25,32]. Las desigualdades en el tratamiento del dolor son más notorias en los países de ingresos bajos debido a la falta de acceso y uso desproporcionado de los tratamientos establecidos para el dolor, así como a la educación inadecuada sobre el dolor [7,11]. Estas barreras hacia el tratamiento del dolor se vuelven más complejas considerando como los factores socioeconómicos y el contexto sociocultural afectan a la experiencia del dolor [2,18,30,32,35,36] y como contribuyen a las diferencias individuales dentro de poblaciones que están altamente afectadas por la carga del dolor.

Hasta la fecha, la mayor parte de la investigación clínica básica y preclínica sobre el dolor ha investigado el dolor y sus tratamientos en hombres y animales, pero ahora se conoce que hay diferencias importantes respecto al dolor relativas al sexo y género de la persona. Esto ha llevado a retos importantes al intentar pasar de la investigación a la práctica, particularmente en poblaciones históricamente excluidas y subrepresentadas. Así como a retos al intentar traspasar la investigación llevada a cabo en países de renta alta a la práctica en países de renta media-baja.

Ejemplos de desigualdades:

- Diferencias en el sexo y/o género en la experiencia y el tratamiento del dolor y diferencias en la respuesta al tratamiento, como en los medicamentos, donde las mujeres están en desventaja[5].
- Disparidad en la percepción, experiencia, evaluación y tratamiento del dolor basados en la raza, etnia o edad del paciente [1,2,21].
- El tratamiento inadecuado del dolor es más común en personas racializadas y en minorías que en personas blancas no hispanas [1,29].
- Desigualdades en el acceso, atención y respuesta en los servicios de atención terciaria al dolor crónico [22,31].
- Falta de acceso a analgésicos esenciales, especialmente opioides, en países de renta baja y media, que representan el 85% de la población mundial. Esto afecta a pacientes con dolor por cáncer, por enfermedades no oncológicas, analgesia post-cesarea y atención/cuidados al final de la vida [19,23,25].
- El exceso de opioides disponibles en algunos países de renta alta ha influido de forma negativa el acceso a estos en países de renta media/baja, sobre todo en aquellos donde los opioides no están ampliamente disponibles [23].



- La carga de enfermedad es mayor y la probabilidad de tratamiento eficaz es menor en aquellos países de ingresos medios y bajos (hasta el 34 % en la población general y el 62 % en las mujeres) [14].

¿Qué contribuye a la desigualdad en el dolor?

- La discriminación y el racismo influyen negativamente en el acceso y calidad del tratamiento y cuidados dedicados al dolor, así como en su respuesta a estos [26].
- Falsas creencias dentro de los propios estudiantes de medicina, como la de que la gente negra tiene la piel más dura con menos terminaciones nerviosas, y por tanto, sienten menos dolor, lo que lleva a narrativas como las usadas en la historia de los EEUU para justificar el abuso que tuvo lugar durante y tras la esclavitud [13].
- Falta de atención al dolor culturalmente apropiado que respete las diversas necesidades del paciente [9].
- Estigma. Los pacientes son frecuentemente estigmatizados (por profesionales de la salud, el público general, sus familia) [33] cuando hay una falta de hallazgos objetivos o cuando su dolor persiste a pesar del tratamiento.
- Las políticas del Gobierno (o falta de ellas) y el Sistema de Salud influyen en la capacidad y acceso a los tratamientos dedicados al dolor [33].
- La educación y entrenamiento insuficiente que reciben los médicos y otros profesionales de la salud, esto es incluso más insuficiente en países de renta baja y media y contribuye a un mal servicio respecto al dolor y su tratamiento en todos los niveles.
- Como resultado del entrenamiento insuficiente y de los limitados recursos y medios de los países de renta baja-media , se realiza menos investigación. Por ejemplo, en la base de datos de Clinicaltrials.gov, de los 22461 estudios de “dolor” registrados como “completes” solo 39 se registraron en Colombia, 73 en Mexico y 619 en Brasil.

Cuál es el siguiente paso para alcanzar la igualdad en la investigación y cuidados del dolor

Cosas a considerar en el futuro

Para enfrentarnos al problema global de la desigualdad existente en torno al dolor e incrementar la igualdad en el cuidado del mismo, debemos reflexionar sobre el efecto que el poder, creencias racistas y la opresión ejercen sobre algunas minorías o grupos racializados tienen en la experiencia y tratamiento del dolor en el mundo. Las futuras investigaciones deberían considerar o examinar como el Sistema de castas, el clasismo, racismo, discriminación por color y edad, sexismo, estigmas o cualquier discriminación o sesgo basado en la religion, sueldo, region geográfica, etnia, color, edad, sexo, género, identidad sexual o discapacidad contribuye a la desigualdad en la investigación y tratamiento del dolor. También es importante superar sesgos y desigualdades en investigación en países de renta media-baja [12].



Acciones que podemos tomar

- Reconocer que las desigualdades existen. Cuando se identifique una desigualdad étnica o racial en el tratamiento al dolor debe ser abordada para alcanzar la igualdad.
- Hacer la investigación sobre el dolor más inclusiva llevando a cabo estudios que incluyan poblaciones diversas para ayudar a generalizar los hallazgos [9].
- Unirse y apoyarse en personas que viven con dolor para la investigación, educación y tratamiento del mismo. Incluir a las parejas de los pacientes en poblaciones que han sido excluidas históricamente, socialmente o económicamente, como comunidades minoritarias o racializadas [4, 16].
- Desarrollar evaluaciones culturales sensibles y tratamientos en colaboración con los pacientes y practicantes, que contribuyan a una implementación adecuada de las últimas prácticas basadas en evidencias [9, 15, 37].
- Desarrollar o usar la tecnología actual cuando sea apropiado para mejorar el acceso al tratamiento del dolor, especialmente en áreas remotas. Incluir a los líderes de las comunidades, a los expertos en salud y expertos en tecnología para su desarrollo e implementación [9].
- Colaborar con las comunidades locales para identificar y priorizar la investigación, educación, tratamiento y soporte que más necesiten [9].
- Usar para la investigación sobre el dolor, un marco de referencia anti racista, interseccional y orientado a la igualdad [3].
- Construir en los países de renta media y baja infraestructuras para la investigación.
- Promover y apoyar la colaboración global entre grupos de investigación entre los distintos países.
- Promover y apoyar el intercambio de visitas académicas de profesores entre países de renta alta y baja/media.
- Facilitar rotaciones clínicas de estudiantes de medicina de países de ingresos bajos y medios media a centros académicos en países de ingresos altos.
- Facilitar el contacto y colaboración entre grupos de pacientes de países de renta alta y grupos similares en países de renta baja y media, podría ser a través de IASPs (Global Alliance of Partners for Pain Advocacy (GAPPA))
- Reconocer y estudiar el impacto de la colonización y la medicina colonial que aún están presentes en algunas creencias, actitudes, políticas y prácticas de medicina e investigación.
- Finalmente, es una prioridad que los países de renta alta apoyen a los países de renta baja y media a lograr estos pasos, incluyendo el acceso a recursos, educación y financiación.

Bibliografía

References

- [1] Anderson KO, Green CR, Payne R. Racial and Ethnic Disparities in Pain: Causes and Consequences of Unequal Care. *Journal of Pain* 2009;10:1187–1204.



- [2] Arthur L, Rolan P. A systematic review of western medicine’s understanding of pain experience, expression, assessment, and management for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. *Pain Reports* 2019;4.
- [3] Befus DR, Irby MB, Coeytaux RR, Penzien DB. A Critical Exploration of Migraine as a Health Disparity: the Imperative of an Equity-Oriented, Intersectional Approach. *Current Pain and Headache Reports* 2018;22.
- [4] Belton J, Hoens A, Scott A, Ardern CL. Patients as partners in research: It’s the right thing to do. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 2019;49:623–626.
- [5] Bimpong K, Thomson K, Mcnamara CL, Balaj M, Akhter N, Bambra C, Todd A. The Gender Pain Gap: gender inequalities in pain across 19 European countries. *Scandinavian Journal of Public Health* 2021.
- [6] Blyth FM, Schneider CH. Global burden of pain and global pain policy-creating a purposeful body of evidence. *Pain* 2018;159:S43–S48.
- [7] Bond M, Fracs D, Frce F, Kb F. Pain education issues in developing countries and responses to them by the International Association for the Study of Pain PROBLEMS ASSOCIATED WITH THE TREATMENT OF PAIN IN DEVELOPING COUNTRIES. n.d. Available: <http://palliumindia.org>.
- [8] Clark J, Gnanapragasam S, Greenley S, Pearce J, Johnson M. Perceptions and experiences of laws and regulations governing access to opioids in South, Southeast, East and Central Asia: A systematic review, critical interpretative synthesis and development of a conceptual framework. *Palliative Medicine* 2021;35:59–75.
- [9] Devan H, Perry MA, Yaghoubi M, Hale L. “A coalition of the willing”: experiences of co-designing an online pain management programme (iSelf-help) for people with persistent pain. *Research Involvement and Engagement* 2021;7.
- [10] Gilson AM, Maurer MA, LeBaron VT, Ryan KM, Cleary JF. Multivariate analysis of countries’ government and health-care system influences on opioid availability for cancer pain relief and palliative care: More than a function of human development. *Palliative Medicine* 2013;27:105–114.
- [11] Goucke CR, Chaudakshetrin P. Pain: A neglected problem in the low-resource setting. *Anesthesia and Analgesia* 2018;126:1283–1286.
- [12] Harris M, Macinko J, Jimenez G, Mullachery P. Measuring the bias against low-income country research: An Implicit Association Test. *Globalization and Health* 2017;13.
- [13] Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2016;113:4296–4301.
- [14] Jackson T, Thomas S, Stabile V, Shotwell M, Han X, McQueen K. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal for New Assessment Methods. *Anesthesia and Analgesia*. Lippincott Williams and Wilkins, 2016, Vol. 123. pp. 739–748.
- [15] Janevic MR, Mathur VA, Booker SQ, Morais C, Meints SM, Yeager KA, Meghani SH. Making Pain Research More Inclusive: Why and How. *Journal of Pain* 2021.



- [16] Janevic MR, Mathur VA, Booker SQ, Morais C, Meints SM, Yeager KA, Meghani SH. Making Pain Research More Inclusive: Why and How. *Journal of Pain* 2021.
- [17] Kalbarczyk A, Rodriguez DC, Mahendradhata Y, Sarker M, Seme A, Majumdar P, Akinyemi OO, Kayembe P, Alonge OO. Barriers and facilitators to knowledge translation activities within academic institutions in low- And middle-income countries. *Health Policy and Planning* 2021;36:728–739.
- [18] Kawi J, Reyes AT, Arenas RA. Exploring Pain Management Among Asian Immigrants with Chronic Pain: Self-Management and Resilience. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2019;21:1123–1136.
- [19] Kintu A, Abdulla S, Lubikire A, Nabukenya MT, Igaga E, Bulamba F, Semakula D, Olufolabi AJ. Postoperative pain after cesarean section: Assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. *BMC Health Services Research* 2019;19.
- [20] Lee P, le Saux M, Siegel R, Goyal M, Chen C, Ma Y, Meltzer AC. Racial and ethnic disparities in the management of acute pain in US emergency departments: Meta-analysis and systematic review. *American Journal of Emergency Medicine* 2019;37:1770–1777.
- [21] Lewis GN, Borotkanics R, Upsdell A. Inequity in outcomes from New Zealand chronic pain services. 2021;134:1533. Available: www.nzma.org.nz/journal.
- [22] Lewis GN, Upsdell A. Ethnic disparities in attendance at New Zealand’s chronic pain services. *NZMJ* 2018;131:1472. Available: www.nzma.org.nz/journal.
- [23] Marchetti Calônego MA, Sikandar S, Ferris FD, Moreira de Barros GA. Spread the Word: There Are Two Opioid Crises! *Drugs* 2020;80:1147–1154.
- [24] Mazure CM, Jones DP. Twenty years and still counting: Including women as participants and studying sex and gender in biomedical research. *BMC Women’s Health* 2015;15.
- [25] Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to Take Stock: A Meta-Analysis and Systematic Review of Analgesic Treatment Disparities for Pain in the United Statesp me_1310 150..174. n.d. Available: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/13/2/150/1935962>.
- [26] Meints SM, Cortes A, Morais CA, Edwards RR. Racial and ethnic differences in the experience and treatment of noncancer pain. *Pain management* 2019;9:317–334.
- [27] Mogil JS. Qualitative sex differences in pain processing: emerging evidence of a biased literature. *Nature Reviews Neuroscience* 2020;21:353–365.
- [28] Mogil JS, Chanda ML. The case for the inclusion of female subjects in basic science studies of pain. *Pain* 2005;117:1–5.
- [29] Morales ME, Yong RJ. Racial and Ethnic Disparities in the Treatment of Chronic Pain. *Pain medicine (Malden, Mass)* 2021;22:75–90.
- [30] Mustafa N, Einstein G, MacNeill M, Watt-Watson J. The lived experiences of chronic pain among immigrant Indian-Canadian women: A phenomenological analysis. *Canadian Journal of Pain* 2020;4:40–50.



- [31] Nguyen M, Ugarte C, Fuller I, Haas G, Portenoy RK. Access to care for chronic pain: Racial and ethnic differences. *Journal of Pain* 2005;6:301–314.
- [32] Quiton RL, Leibel DK, Boyd EL, Waldstein SR, Evans MK, Zonderman AB. Sociodemographic patterns of pain in an urban community sample: an examination of intersectional effects of sex, race, age, and poverty status. *Pain* 2020;161:1044–1051.
- [33] de Ruddere L, Craig KD. Understanding stigma and chronic pain: A-state-of-the-art review. *Pain* 2016;157:1607–1610.
- [34] Sharma S, Jensen MP, Pathak A, Sharma S, Pokharel M, Abbott JH. State of clinical pain research in Nepal: A systematic scoping review. *Pain Reports* 2019;4.
- [35] Thompson KA, Terry EL, Sibille KT, Gossett EW, Ross EN, Bartley EJ, Glover TL, Vaughn IA, Cardoso JS, Sotolongo A, Staud R, Hughes LB, Edberg JC, Redden DT, Bradley LA, Fillingim RB, Goodin BR. At the Intersection of Ethnicity/Race and Poverty: Knee Pain and Physical Function. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 2019;6:1131–1143.
- [36] Torres CA, Thorn BE, Kapoor S, DeMonte C. An examination of cultural values and pain management in foreign-born Spanish-speaking Hispanics seeking care at a federally qualified health center. *Pain Medicine (United States)* 2017;18:2058–2069.
- [37] Tuck NL, Khuvtsagaan B, Rashid U, Aamir T, Goucke R, Regjii B, Dorjbal EA, Lundeg G, Bean DJ. The Adaptation of Pain Assessment Tools from High-Income to Low- and Middle-Income Countries: Psychometric Properties of a Set of Chronic Pain Questionnaires in Mongolian and New Zealand Patient Samples. *Pain medicine (Malden, Mass)* 2021;22:948–960.

Traducción:

Cira Reina M.D., Alex Barroso PhD.

Hospital Regional Universitario de Málaga