



Establecimiento de los servicios para el manejo del dolor en entornos con ingreso bajo-mediano.

Autores

- Mary Suma Cardosa, MD, Hospital Canselor Tuanku Muhriz UKM, Malasia
- Fiona Blyth, MD, University of Sydney, Australia.
- Mulugeta Bayisa Chala, PhD, Lawson Research Institute, St. Joseph's Health Care London, Canadá.
- Quyen Van Than, MD, Pain Clinic, Hospital 199, Department of Anesthesiology, Vietnam.

ANTECEDENTES

La necesidad de los servicios para el manejo del dolor en entornos con ingreso bajo-mediano:

Todos los tipos de dolor, sea agudo, crónico o dolor oncológico, están subtratados a nivel mundial (9), a pesar del reporte de Carga Global de Enfermedades que muestra la alta carga de enfermedades no fatales derivadas del dolor de espalda baja y otras patologías asociadas al dolor (12). En los países de ingresos bajos y medianos, esta carga es similar a la observada en países de ingresos altos; en algunos contextos, se espera que la carga del dolor aumente a medida que la población envejezca. Además, algunos entornos de ingresos bajos y medianos enfrentan dificultades de un sobrediagnóstico del dolor y al manejo mediante cuidados de bajo valor, lo que perjudica aún más la vida de las personas que viven con dolor y genera ineficiencias en los sistemas de salud (13,15). Dado que los servicios para el manejo del dolor son menos accesibles en estos entornos, existe una necesidad urgente de implementar servicios costo-efectivos y accesibles en estos contextos.

Tipos de servicios para el manejo del dolor:

1. **Servicio de dolor agudo:** Este servicio suele estar atendido por anestesiólogos para el manejo del dolor postoperatorio agudo. Sin embargo, este servicio puede ser liderado por personal de enfermería bajo la supervisión de anestesiólogos.
2. **Manejo del dolor oncológico:** Generalmente forma parte de un servicio de cuidados paliativos, el cual puede estar a cargo de un algólogo, un anestesiólogo, un oncólogo, un médico general o un cirujano.

3. **Clínica del dolor:** Generalmente atiende principalmente a personas con dolor crónico no oncológico, aunque también puede incluir a pacientes ambulatorios con dolor oncológico; está a cargo de un algólogo o de cualquier profesional de la salud con interés en el manejo y control del dolor y un entrenamiento adecuado.

De manera ideal, todos los servicios de manejo del dolor deberían ser interdisciplinarios, o lo que llamamos; “tratamiento multimodal proporcionado por un equipo multidisciplinario que colabora en la evaluación y el tratamiento utilizando un modelo biopsicosocial compartido y con objetivos comunes.” (véase la terminología de la IASP para las definiciones de “multimodal” y “multidisciplinario”).

El equipo interdisciplinario debería incluir médicos de diferentes especialidades (por ejemplo; anestesiología, algología, neurología, neurocirugía, reumatología, medicina de rehabilitación, ortopedia, etc.), psicólogos clínicos o psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales de la salud (10). Sin embargo, en la práctica, muchos de los profesionales de la salud mencionados anteriormente pueden no estar disponibles y algunos trabajan de manera individual. Esta situación se presenta en numerosos países de ingresos bajos y medianos, así como en algunos entornos de países de ingresos altos, tales como poblaciones rurales e indígenas en zonas remotas.

DESAFÍOS

Sistema de salud y políticas públicas:

El manejo del dolor no se considera prioritario en la mayoría de los gobiernos, por lo que hay pocos o nulos recursos asignados para apoyar los servicios de atención al dolor (2). Además, el acceso a medicamentos, incluidos opioides, puede estar limitado o nulo, y este acceso se agrava por el miedo a los opioides y a sus efectos adversos, así como por las creencias culturales y actitudes hacia el dolor y su tratamiento (6).

Las políticas o estrategias nacionales para el manejo del dolor son prácticamente inexistentes en los países de ingresos bajos y medianos. Los servicios de atención al dolor en entornos con recursos limitados suelen estar restringidos a tipos específicos de dolor o intervenciones, y realizados por un solo profesional clínico, por ejemplo, alivio del dolor postoperatorio agudo, tratamiento del dolor oncológico a través de cuidados paliativos, bloqueos nerviosos y otras intervenciones (4).

Recursos limitados:

Existe una escasez generalizada de recursos, financieros, infraestructurales y de personal, en los entornos de ingresos bajos y medianos, y muchos profesionales de la salud desempeñan múltiples funciones. Por lo tanto, el establecimiento de un servicio para el tratamiento del dolor tendría que realizarse encima de sus funciones “principales”. Además, algunos miembros específicos del equipo interdisciplinario, por ejemplo los psicólogos

clínicos, y especialmente aquellos con la formación y experiencia adecuadas en el manejo del dolor, pueden ser escasos o incluso inexistentes en muchos de los entornos (5).

Uso continuo del modelo biomédico para el manejo del dolor:

Esto es debido a la falta de conocimiento sobre el enfoque biopsicosocial del dolor y a la necesidad de tener competencias interdisciplinarias más amplias, especialmente en casos de dolor crónico no oncológico. Además, los profesionales de la salud pueden carecer de las competencias necesarias para implementar este modelo de atención, menos familiar, en los entornos clínicos habituales. Así los enfoques terapéuticos tienden a centrarse en fisioterapia pasiva, medicamentos e intervenciones (por ejemplo, bloqueos nerviosos, esteroides epidurales, etc.) orientadas al alivio del dolor. Si bien estas opciones pueden ser apropiadas para el dolor agudo y algunos tipos de dolor oncológico, éstas resultan ineficaces, e incluso perjudiciales, en el caso del dolor crónico no oncológico; además, desvían recursos valiosos hacia tratamientos fútiles para muchas personas con dolor (1). Por otro lado, numerosos estudios han demostrado la eficacia del enfoque biopsicosocial llevado a cabo por un equipo interdisciplinario (7).

SOLUCIONES

1. Cabildeo y defensa:

El cabildeo para la asignación de recursos destinados a los servicios de atención al dolor puede sustentarse mediante la presentación de datos sobre el alto impacto de enfermedades no mortales asociadas al dolor, utilizando información proveniente del Estudio sobre la carga Global de Enfermedades. Además, resulta fundamental demostrar el impacto positivo de una atención eficaz del dolor a nivel local (por ejemplo, reducción de complicaciones postoperatorias mediante un adecuado control del dolor agudo, retorno temprano al trabajo en pacientes con dolor crónico), así como incluir los testimonios de pacientes (personas con experiencias personales vividas), puede tener un peso persuasivo significativo. También resulta pertinente realizar acciones de cabildeo ante las autoridades gubernamentales para promover cambios en las políticas de salud, por ejemplo, abogando por el establecimiento de una Política Nacional sobre el manejo del dolor, utilizando como referencia ejemplos de políticas implementadas en otros países (3,11), adaptadas a los contextos de ingresos bajos y medianos. Asimismo, es necesario sensibilizar a los responsables de la administración sanitaria para asegurar que los recursos disponibles se asignen a intervenciones eficaces (atención de alto valor) y no se desperdicien en intervenciones con beneficios limitados (atención de bajo valor) (13).

2. Capacitación y educación:

Los profesionales clínicos pioneros que han logrado establecer servicios de atención del dolor en entornos de ingresos bajos y medianos han sido personas apasionadas, persistentes e innovadoras, verdaderos “líderes” (5), dispuestos a compartir sus

experiencias; obteniendo el respaldo de colegas y profesionales de la salud de otras especialidades también resulta beneficioso. Cuando los recursos son limitados y el manejo del dolor constituye un componente fundamental de la atención, es crucial generar oportunidades pertinentes de formación y educación para los prestadores de servicios de salud que trabajan en entornos clínicos donde el abordaje del dolor representa una parte esencial de su labor. Esto incluye adquirir conocimiento y la comprensión del modelo biopsicosocial del dolor, así como desarrollar competencias para aplicar tratamientos basados en evidencia para los distintos tipos de dolor. El tratamiento con medicamentos, terapias dirigidas al movimiento y la funcionalidad, así como los enfoques activos de autocuidado del dolor, son componentes fundamentales en la formación del personal que trabaja en estos contextos. Esto incluye la capacitación multifuncional de todos los profesionales de la salud involucrados en las clínicas del dolor (por ejemplo, profesionales no psicólogos que brindan educación a pacientes sobre enfoques psicológicos para el manejo del dolor crónico) (4).

3. Manejo del dolor basado en la comunidad:

El manejo del dolor basado en la comunidad es parte fundamental dentro de un plan integral para enfrentar las crecientes injusticias en el acceso a servicios de dolor en entornos de ingresos bajos y medianos. Los servicios institucionales para el manejo del dolor suelen ser costosos y, con frecuencia, inaccesibles para muchas personas con dolor en contextos con recursos limitados (4,14). El manejo del dolor basado en la comunidad resulta costo-efectivo, promueve la intervención temprana, brinda oportunidades para mejorar la atención y fortalece a las personas viviendo con dolor y a sus comunidades al brindarles opciones de tratamiento accesibles en su propio entorno. Por tanto, se debe priorizar la descentralización de los servicios para el manejo del dolor e integrarlos en los servicios de salud comunitarios y de atención primaria, especialmente en sistemas sanitarios con recursos insuficientes. Este enfoque permite aprovechar los recursos locales existentes y las estructuras sanitarias ya disponibles para incrementar la atención a poblaciones desatendidas (por ejemplo, comunidades rurales y remotas). En este sentido, los sistemas de salud en países de ingresos bajos y medianos deben desarrollar estrategias innovadoras para aprovechar el personal local disponible, como los trabajadores comunitarios de salud en el manejo esencial del dolor, incluyendo el chequeo médico y los referimientos. La inversión en enfoques comunitarios para el manejo del dolor ofrece soluciones alternativas para hacer frente a la creciente carga de las afecciones dolorosas en estos entornos de bajo y mediano ingreso. Además, el enfoque comunitario para el manejo del dolor se alinea con los esfuerzos a nivel mundial para promover la cobertura sanitaria universal y el acceso equitativo a los servicios de salud (8).

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA EL ÉXITO

Ejemplos de servicios multidisciplinarios exitosos para el manejo del dolor en entornos de ingresos bajos y medianos pueden consultarse en el capítulo 5 del manual del centro multidisciplinario de dolor de la IASP (10).

Algunas recomendaciones para quienes deseen establecer servicios de manejo del dolor en entornos de ingresos bajos y medianos:

1. **La capacitación es esencial:** Quienes deseen implementar servicios para el manejo del dolor deben recibir una formación básica en el modelo biopsicosocial que les permita valorar el papel de cada especialidad dentro del equipo y enfatizar el enfoque integral del manejo del dolor.
2. **La persistencia y la determinación son clave:** En muchos entornos de ingresos bajos y medianos, el manejo del dolor ha dependido tradicionalmente de tratamientos de una sola modalidad. Transicionar a un enfoque multidisciplinario puede implicar un cambio cultural, y requiere tiempo y esfuerzo para obtener resultados significativos exitosos.
3. **Formar un equipo es fundamental:** Dada la naturaleza multifacética del dolor crónico, su manejo requiere la colaboración de diferentes especialidades. Además, establecer un servicio de manejo del dolor multidisciplinario exige tiempo y esfuerzo, que no puede ser hecho por una sola persona. Comienza a crear el equipo compartiendo lo que haces con colegas y permite que se acerquen con una idea clara de lo que se espera de ellos y de cómo pueden colaborar.
4. **Se necesita mentoría y apoyo:** En muchos entornos de ingresos bajos y medianos, el manejo del dolor aún no se reconoce como un campo médico especializado, y mucho menos como un servicio interdisciplinario. Implementar un servicio de este tipo puede requerir cambios en políticas públicas. Por ello, es fundamental contactar a personas con influencia a nivel local e internacional que puedan abogar por la causa y amplificar tus esfuerzos.

Referencias:

1. Anderson DB, Shaheed CA. Medications for Treating Low Back Pain in Adults. Evidence for the Use of Paracetamol, Opioids, Nonsteroidal Anti-inflammatories, Muscle Relaxants, Antibiotics, and Antidepressants: An Overview for Musculoskeletal Clinicians. *Orthop Sports Phys Ther* 2022;52(7):425-431. doi: 10.2519/jospt.2022.10788
2. Briggs AM, Jordan JE, Sharma S, Young JJ, Chua J, Foster HE, Haq SA, Huckel Schneider C, Jain A, Joshipura M, Kalla AA. Context and priorities for health systems strengthening for pain and disability in low-and middle-income countries: a secondary qualitative study and content analysis of health policies. *Health policy and planning*. 2023 Mar 1;38(2):129-49.
3. Canadian Pain Task Force: An Action Plan for Pain in Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-eng.pdf>. Accessed 30 Jan 2025.
4. Cardosa MS. Promoting multidisciplinary pain management in low- and middle-income countries-challenges and achievements. *Pain*. 2024 Nov 1;165(11S):S39-S49. doi: 10.1097/j.pain.0000000000003369. PMID: 39560414.
5. Chaudakshetrin P, Cardosa MS, Goh CR, Javier FO, Musba T, Prateepavanich P, Que JC, Tanra H, Vijayan R, Yeo SN. Establishment of multidisciplinary pain management clinics and training programs in the developing world: experiences from Southeast Asia. *PAIN* 2020;161:S87-94
6. International Association for the Study of Pain. Guide to pain management in a low resource setting, Nilesh BP, Andreas K, editors, 2009. Available at: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/guide-to-pain-management-in-low-resource-settings/>. Accessed 30 Jan 2025.
7. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJE, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350: h444. doi: 10.1136/bmj.h444
8. Knaul, F. M., Bhadelia, A., Ornelas, H. A., de Lima, L., & Madrigal, M. D. R. S. (2015). Closing the pain divide: the quest for effective universal health coverage. *The Lancet Global Health*, 3, S35. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70154-3
9. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. *BJA Educ*. 2018 Sep;18(9):265-270. doi: 10.1016/j.bjae.2018.05.006. Epub 2018 Jul 14. PMID: 33456843; PMCID: PMC7807826.
10. Multidisciplinary Pain Center Toolkit. Available at: <https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>. Accessed 30 Jan 2025.

11. Pain Australia National Strategic Action Plan for Pain Management <https://www.painaustralia.org.au/static/uploads/files/national-pain-strategy-2011-wfvjawttsanq.pdf>. Accessed 30 Jan2025.
12. Rice ASC, Smith BH, Blyth FM. Pain and the global burden of disease. *Pain*. 2016 Apr;157(4):791-796. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000454. PMID: 26670465.
13. Sharma S, Pathak A, Parker R, Costa LO, Ghai B, Igwesi-Chidobe C, Janwantanakul P, de Jesus-Moraleida FR, Chala MB, Pourahmadi M, Briggs AM. How Low Back Pain is Managed—A Mixed-Methods Study in 32 Countries. Part 2 of Low Back Pain in Low- and Middle-Income Countries Series. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2024 Aug;54(8):560-72. doi: 10.2519/jospt.2024.12406
14. Walters, JL, Jackson T, Byrne D, McQueen K. (2016). Postsurgical pain in low-and middle-income countries. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 116(2), 153-155. doi: 10.1093/bja/aev449
15. Albarqouni L, Arab-Zozani M, Abukmail E, et al. Overdiagnosis and overuse of diagnostic and screening tests in low-income and middleincome countries: a scoping review. *BMJ Global Health* 2022;7:e008696. doi:10.1136/ bmjgh-2022-008696

Revisores de las hojas informativas:

- Lester Jones, MScMed (PM), Singapore Institute of Technology, Singapur.
- Margarita Calvo, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile.
- Saurab Sharma, PhD, Royal North Shore Hospital, Australia.

Traducido del inglés por:

- Juan Miguel Jiménez Andrade, PhD, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.