



Adaptación de las guías clínicas mundiales de manejo del dolor crónico en contextos locales: Estrategias para países de ingresos bajos y medios

1. Robyna Irshad Khan MBBS, FCPS, MHSc, Profesor asociado de Anestesiología, Decano asociado de Salud Aliada, Universidad de Aga Khan Karachi, Pakistán.
2. Usman Bashir, MBBS, FRCA, FFPMRCA, Hospital de especialidades y Centro de investigación Rey Faisal, Reino de Arabia Saudita.
3. Gauhar Afshan, MBBS, FCPS, Profesor titular de Anestesiología y Medicina del dolor, Universidad de Aga Khan Karachi, Pakistán.

Introducción

Las guías clínicas de manejo del dolor crónico son herramientas cruciales utilizadas a nivel mundial, están diseñadas para mejorar el tratamiento, disminuir las disparidades y preservar la dignidad del paciente. Son desarrolladas habitualmente en países de altos ingresos, basadas en evidencia científica robusta y experiencia clínica. Sin embargo, en países de ingresos bajos y medios (PIBMs), donde los sistemas de salud pueden carecer de servicios especializados, medicamentos esenciales o profesionales capacitados, estas guías clínicas a menudo, requieren de una adaptación cuidadosa para que sean efectivas. (4). La adaptación de las guías clínicas globales permite a los PIBMs acortar la distancia entre los estándares basados en evidencia y la realidad local. Este enfoque respeta los valores locales, optimiza el uso limitado de recursos y promueve la atención ética, sin comprometer la integridad clínica. Al adaptar las recomendaciones existentes para que se ajusten a la disponibilidad de recursos, la capacidad del personal de salud, las prácticas culturales y prioridades epidemiológicas, la adaptación se vuelve factible y esencial. (2).

Porque la adaptación local importa

Muchas guías clínicas mundiales de manejo del dolor crónico asumen la disponibilidad de infraestructura diagnóstica, equipos multidisciplinarios y una amplia gama de medicamentos. Sin embargo, estas suposiciones no se cumplen en gran parte del mundo (3, 9). En muchos PIBMs, la atención de salud es descentralizada, los recursos son escasos y el acceso al alivio del dolor es muy limitado. Adicionalmente, la experiencia y expresión del dolor es modulada por los valores culturales y las creencias de la comunidad. Los conceptos erróneos sobre los medicamentos analgésicos, especialmente opioides, están generalizados,

habitualmente en relación con el miedo a la adicción o el estigma social (7). Por lo tanto, adaptar las guías clínicas, no es sólo una preocupación práctica sino también moral. Sin ésta adaptación, la atención estandarizada, no podrá llegar a quienes más lo necesitan.

Desafíos para la implementación de las guías clínicas mundiales en PIBMs

La implementación se ve frecuentemente obstaculizada por una combinación de barreras políticas, de infraestructura y sociales. El acceso a los medicamentos opioides sigue siendo restringido debido a marcos regulatorios estrictos y sistemas de distribución subdesarrollados (10). Incluso luego de contar con la aprobación para el uso de estos medicamentos, las cadenas de suministro a menudo fallan a nivel local, particularmente en áreas rurales y periurbanas. Además existe una grave escasez de profesionales capacitados en el manejo de las personas con dolor crónico (11). La mayoría de los servicios existentes están centralizados en hospitales de ciudades grandes, lo que los hace inaccesibles para la población general (12). El estigma cultural asociado tanto al dolor como al uso de medicamentos analgésicos desalienta aún más a las personas a buscar o continuar su tratamiento. En conjunto, estos factores generan un entorno en el cual el dolor no tratado se normaliza y el sufrimiento se vuelve invisible (7).

Estrategias para una adaptación efectiva

- La adaptación de las guías clínicas se inicia con la priorización de las necesidades epidemiológicas locales. Los países deben identificar qué condición dolorosa es más frecuente y discapacitante, como por ejemplo lesiones sin tratamiento, cánceres de inicio tardío o dolor músculo esquelético crónico y focalizarse en intervenciones que se adapten a estas realidades (4).
- A continuación se debe realizar un análisis detallado de los recursos disponibles. El conocer qué medicamentos, equipamiento y recursos humanos se encuentran disponibles, ayuda a garantizar que los protocolos que fueron adaptados sean alcanzables y no meramente aspiracionales.
- Los factores socioculturales, lingüísticos y políticos deben también ser considerados. Las guías clínicas deben traducirse a los idiomas locales y ajustarse para que sean aceptados culturalmente. La incorporación de prácticas tradicionales seguras, como el yoga, terapia con ventosas o tratamientos en base a hierbas, pueden mejorar la confianza y adherencia de los pacientes (2). El enfoque biopsicosocial debe incorporarse en lugar del modelo biomédico. Las guías clínicas adaptadas deben armonizar con los valores y creencias locales, siempre y cuando no se comprometa la seguridad ni la eficacia (2).
- El desarrollo de la fuerza de trabajo es otra área crucial. Como la mayoría de los PIBMs tienen un déficit de especialistas en dolor, el entrenamiento debe enfocarse en los médicos(as) generales, enfermeros (as) y trabajadores de salud

comunitarios (as) (5). Estos profesionales pueden entregar manejo del dolor en primera línea si se les entregan herramientas prácticas y para el apoyo en la toma de decisiones. Los protocolos simplificados, escalas validadas con imágenes para la evaluación del dolor y aplicaciones móviles diseñadas para usuarios con un bajo nivel de alfabetización, pueden ser un aporte para la descentralización de la atención de salud.

- Las recomendaciones farmacológicas deben ser basadas en evidencia y realistas. En lugar de basarse en medicamentos que no estén disponibles o no sean asequibles, las guías clínicas adaptadas deben basarse en medicamentos ampliamente accesibles como el paracetamol, ibuprofeno y opioides que estén aprobados localmente, según la indicación (4, 10). La asequibilidad y la estabilidad de la cadena de suministros son fundamentales para mantener la implementación a largo plazo.
- Cuando se requiere la prescripción de opioides, los países deben revisar y reformar las leyes, para que estén en línea con las recomendaciones de la OMS y los marcos de regulación internacional de los derechos humanos. Equilibrar la necesidad legítima de alivio del dolor con la preocupación por el uso indebido requiere políticas transparentes, desarrollo de capacidades y responsabilidad, no la prohibición.

Ejemplos de adaptaciones exitosas

1. En Pakistán, la Universidad de Aga Khan desarrolló una guía clínica de manejo del dolor agudo, que fue adaptada a la infraestructura local y a los flujos clínicos de trabajo (1). Esta iniciativa demostró cómo las instituciones académicas pueden desempeñar un papel fundamental para reducir la brecha entre la evidencia global y las realidades del sistema de salud local.
2. En Uganda, los servicios de cuidados paliativos dirigidos por enfermeras han mejorado significativamente el acceso a la morfina oral, particularmente en distritos rurales. Tras recibir capacitación específica y apoyo regulatorio, las enfermeras se convirtieron en proveedores clave para el alivio del dolor, lo que refleja el potencial de la estrategia de delegación de tareas (6).
3. Mientras tanto, la Red Nacional de Cáncer de India, ha elaborado directrices de cuidados paliativos estratificados según los recursos que permiten a las instituciones, de diversos niveles de atención, implementar las mejores prácticas dentro de sus posibilidades(8).

Estos ejemplos demuestran que la adaptación es posible y es capaz de producir una transformación.

Rol de los grupos de interés en la adaptación

El proceso de adaptación de las guías clínicas es inherentemente colaborativo. Los profesionales sanitarios y los administradores de hospitales deben liderar la implementación clínica. Los organismos políticos y regulatorios son fundamentales para garantizar que las leyes nacionales y los sistemas de financiamiento sean un apoyo, en lugar de un obstáculo, para lograr una atención equitativa del dolor. Los investigadores tienen la responsabilidad de evaluar la eficacia de las adaptaciones y generar evidencia específica para cada contexto. Las organizaciones de la sociedad civil, incluida las asociaciones de pacientes y las organizaciones sin fines de lucro, pueden intensificar la demanda para mejorar los servicios para el manejo de las personas con dolor, visibilizar las desigualdades y exigir responsabilidad a los responsables de la toma de decisiones. Por último, las agencias de salud globales y los donantes deben brindar apoyo técnico y financiero, sin la imposición de modelos rígidos (“una misma talla de traje para todos”) (3, 4).

Un llamado a la acción con base ética

La falta de abordaje del dolor no tratado no es sólo una brecha en la atención de salud, sino que es una injusticia ética. Ningún sistema de salud puede afirmar ser equitativo o compasivo si permite que el sufrimiento persista cuando existen tratamientos seguros y eficaces (7). La adaptación no es una concesión, sino que es un camino hacia la justicia. Los PIBMs deben invertir en la capacitación de su fuerza laboral, revisar las barreras regulatorias, simplificar el acceso a tratamientos farmacológicos esenciales y alinear los modelos de atención de las personas con dolor con sus contextos locales. Al hacerlo, defienden tanto la ciencia de la medicina basada en evidencia como la ética de la dignidad humana.

Referencias

1. Aga Khan University. Acute Pain Management Guideline.
https://guidelines.aku.edu/guideline_view.php?pdf=uploads/Acute%20Pain%20.pdf&id=174
2. Human Rights Watch. Global State of Pain Treatment: Access to Medicines and Palliative Care [Internet]. 2011. Accessed 18 July 2025. Available from:
<https://www.hrw.org/report/2011/06/02/global-state-pain-treatment/access-medicines-and-palliative-care>.
3. International Narcotics Control Board. Report of the International Narcotics Control Board for 2022 [Internet]. Accessed 18 July 2025. Available from:
<https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2022.html>.
4. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Kwete XJ, Arreola-Ornelas H, Gómez-Dantés H, Rodríguez NM, Alleyne G, Connor SR, Hunter DJ, Lohman D, Radbruch L, Rajagopal MR, del Rocío Sáenz Madrigal M, Sheinbaum Pardo C, Stringer K, Torres C, Vargas-Peláez CM, Pastrana T.

- Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief. *Lancet*. 2018;391(10128):1391–1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
5. MacRae MC, Fazal O, O'Donovan J. Community health workers in palliative care provision in low-income and middle-income countries: a systematic scoping review of the literature. *BMJ Glob Health*. 2020;5:e002368. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002368>
 6. Merriman A, Mwebesa E, Zirimenya L. Improving access to palliative care for patients with cancer in Africa: 25 years of Hospice Africa. *Ecancermedicalscience*. 2019;13:946. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.946>
 7. Morriss WW, Roques CJ. Pain management in low- and middle-income countries. *BJA Educ*. 2018;18(9):265–270. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2018.05.006>
 8. National Cancer Grid. NCG Guidelines Manual 2021 [Internet]. Accessed 18 July 2025. Available from: <https://www.ncgindia.org/assets/ncg-guidelines-2021/ncg-guidelines-manual-2021.pdf>.
 9. Powell RA, Schwartz L, Nouvet E, Sutton B, Petrova M, Marston J, Radbruch L, Harding R. Palliative care in humanitarian crises: always something to offer. *Lancet*. 2017;389(10078):1498–1499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30978-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30978-9)
 10. Seya MJ, Gelders SFAM, Achara OU, Milani B, Scholten WK. A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2011;25(1):6-18. <https://doi.org/10.3109/15360288.2010.536307>
 11. Sharma S, Blyth FM, Mishra SR, Briggs AM. Health system strengthening is needed to respond to the burden of pain in low- and middle-income countries and to support healthy ageing. *J Glob Health*. 2019 Dec;9(2):020317. <https://doi.org/10.7189/jogh.09.020317>
 12. Tapsfield J, Bates MJ. Hospital based palliative care in sub-Saharan Africa; a six month review from Malawi. *BMC Palliat Care*. 2011;10:12. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-10-12>

Traducido del inglés por:

- Dra. Andrea Fuenzalida Palma, Médico cirujano, Master en dolor crónico, Medicina del estilo de vida, Hospital Clínico Mutual de Seguridad, Santiago, Chile.