

Estudio de la frecuencia con la cual los médicos de familia no aplican los protocolos de tratamiento farmacológico del dolor crónico no oncológico en adultos y de los factores que influyen en ello

AUTORES

José Mellado Martos
Médico de Familia de la Unidad de
Gestión Clínica Poniente de La Línea
de la Concepción

María Teresa Díaz-Pintado García
Médico de Familia de la Unidad de
Gestión Clínica Poniente de La Línea
de la Concepción

José Domínguez Arias
Médico de Familia de la Unidad de
Gestión Clínica Levante de La Línea
de la Concepción

Aranzazu Urbano López
Enfermera de Familia de la Unidad
de Gestión Clínica Poniente de La
Línea de la Concepción

Sin fuentes de financiación, ni
conflictos de intereses.

El contenido de este trabajo es
original y no ha sido publicado
previamente ni está enviado ni
sometido a consideración a
cualquier otra publicación, en
su totalidad o en alguna de
sus partes.

No se ha presentado como
ponencia, comunicación oral,
póster, etc., en ningún congreso
o jornada.

No ha sido necesario ningún
tipo de consentimiento informado
para la realización de
este trabajo.

Palabras clave:

dolor, crónico,
protocolos, encuesta.

Resumen

Objetivo

Conocer la proporción de médicos de Atención Primaria (AP) que no utilizan protocolos o guías para el abordaje del dolor crónico no oncológico (DCNO) y los motivos que aducen para ello, para consecuentemente realizar un plan de actuación que mitigue el posible problema.

Material y métodos

Diseño: estudio descriptivo transversal dirigido a los médicos de familia que cumplimentaron un cuestionario autoadministrado, anónimo, durante marzo-abril del año 2016.

Emplazamiento y participantes

100 médicos de Atención Primaria del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar (Cádiz), seleccionados por estratificación aleatoria de todos los médicos que trabajan en los centros de Atención Primaria de dicha Área.

Mediciones principales

La variable dependiente ha sido "no utilización de los protocolos del DCNO en adultos" y las variables independientes más importantes han sido las sociodemográficas y laborales de los médicos, así como los motivos de no aplicación de los protocolos.

Análisis de datos: se realizó un análisis descriptivo de las características del grupo de médicos que no utilizan los protocolos y los motivos que aducen para ello.

Resultados

El 36% de los médicos de AP afirma no utilizar protocolos o guías de tratamiento del DCNO, de los que el 25% no conoce que existan y el 33% no conocen sus contenidos, es decir, el 58% de los médicos que no utilizan protocolos argumentan falta de información o desconocimiento, el 36% afirman no tener tiempo en la consulta para la aplicación de estos protocolos y menos del 6% aducen otras causas ($p < 0,05$).

Conclusiones

Al menos el 21% de los médicos de AP no utilizan protocolos o guías de tratamiento del DCNO por desconocimiento o falta de información, mientras que el 13% afirman que no lo hacen por falta de tiempo.

Study of the frequency with which family physicians do not apply the protocols for pharmacological treatment of chronic pain not cancer in adults and the factors influencing this

Summary

Objective

To know the proportion of primary care physicians that do not use protocols or guidelines for the treatment of chronic non-cancer pain and the reasons given therefore consequently to carry out a plan of action that will mitigate the possible problem.

Material and methods

Design: cross-sectional descriptive study aimed at doctors who completed a self-administered, anonymous, questionnaire during March-April 2016.

Location and participants

100 doctors of primary attention of health management of the Campo de Gibraltar Area (Cádiz), selected by random layering of all physicians working in the centers of primary care in that Area.

Main measurements

The dependent variable has been "non-use of the protocols of the DCNO in adults" and the most important independent variables were socio-demographic and occupational physicians, as well as the reasons for non-implementation of the protocols. Data analysis: a descriptive analysis of the characteristics of the Group of doctors who do not use the protocols and the reasons given for this was carried out.

Results

36 percent of the doctors of AP says not to use protocols or treatment guidelines of the DCNO, of which 25% not known to exist and 33% don't know its contents, i.e. 58% of the doctors who do not use protocols argue lack of information or lack of knowledge, 36% claim to not have time in the consultation for the implementation of these protocols and less than 6% claim other causes ($p < 0,05$).

Conclusions

At least 21% of AP physicians do not use protocols or treatment guidelines of the DCNO through ignorance or lack of information, while 13% claim that they do not for lack of time.

Keywords:

pain, chronic, protocols, survey.

INTRODUCCIÓN

La International Association for the Study of Pain define el dolor como una "experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como causada por dicha lesión". Esta definición integra 2 componentes: uno sensorial y otro afectivo o reactivo, que modula el denominado sufrimiento asociado al dolor (1). Según datos de la encuesta europea "Pain in Europe" (2) el dolor crónico afecta al 11% de la población española (al menos al 20% de la población adulta) y sólo una pequeña proporción de estos enfermos recibe tratamiento adecuado. La mayoría de los pacientes afirma que el dolor es constante y una tercera parte refiere tener dolor diario durante todo el año. La gran mayoría de los pacientes que sufren dolor (73%) están siendo tratados por el médico de Atención Primaria o por el traumatólogo, y de ellos sólo el 63% sigue un tratamiento farmacológico para el dolor. Los médicos, en su mayoría, utilizan antiinflamatorios para tratar el dolor, sea de la intensidad que sea, no suelen emplear otros fármacos y, en general, utilizan muy poco los opiáceos mayores por temor a una posible dependencia o adicción del paciente.

El abordaje del estudio del dolor se realiza desde diferentes puntos de vista. Uno de ellos, el de los aspectos psicológicos relacionados con el dolor, explora los factores que influyen en el consumo de analgésicos, la recuperación del paciente y su satisfacción, y destaca por su especial implicación en la percepción del dolor el constructo de afrontamiento (3,4), la ansiedad (5), la depresión (6), el apoyo social (7-9), las relaciones paciente-terapeuta y determinados rasgos de personalidad (10).

El dolor es el síntoma más consultado en AP y probablemente en la medicina en general. El DCNO, entendido como "la enfermedad que ocurre cuando un dolor dura al menos 3 meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente", es una entidad nosológica de gran trascendencia por su alta prevalencia media, por ocasionar un importante trastorno en la calidad de vida del paciente y porque supone la movilización de amplios recursos económicos para el sistema sanitario.

El dolor es el tema de salud que más preocupa a los españoles y, con todo, los médicos identificamos múltiples deficiencias en su tratamiento. Muchos pacientes pasan de un especialista a otro sin obtener solución.

El dolor crónico afecta a la calidad de vida y las relaciones familiares. El 69% considera que afecta a su calidad de vida, para el 58% repercute en sus relaciones familiares, un tercio sufre depresión y el 55% necesita asistencia a causa de sus molestias. Asimismo, la mayoría tiene dificultades de sueño por culpa de su problema, de modo que el 44% necesita hipnóticos para dormir y el 43% se despierta cada noche unas tres veces.

El coste total de esta enfermedad para la sociedad es de un nivel similar al producido por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. La magnitud epidémica del DCNO en términos de sufrimiento humano y costes económicos para la sociedad son bien conocidos en el campo de la Medicina del Dolor. Sin embargo, estos no son realmente valorados por la comunidad biomédica, los directores de la política social de las administraciones públicas y el público en general. El impacto de esta enfermedad no se debe de considerar únicamente desde un punto de vista económico, ya que el dolor crónico incide de una forma grave sobre la calidad de vida de millones de personas aquejadas de dolor, y que sin un tratamiento adecuado estas personas son incapaces, a menudo, de trabajar e incluso de desempeñar los más sencillos cometidos.

La mayoría de los médicos no estamos bien formados, recetamos medicación inapropiada, como antiinflamatorios no esteroideos o analgésicos de baja incidencia en vez de aplicar analgésicos puros. Por ende, los primeros producen problemas gastrointestinales, hepáticos y renales mientras que los efectos de los opioides apenas es ninguno al respecto. Se podría, salvo en los casos difíciles, atajar el dolor casi inmediatamente en la AP. Es decir, persiste el recelo hacia los tratamientos efectivos (por asociación a la drogadicción -opiofobia-) y se subestima la incidencia del dolor pensando que el paciente miente o exagera, o simplemente el médico carece de la formación adecuada.

Existen múltiples protocolos y guías de actuación para el abordaje del tratamiento del DCNO.

El objetivo de este estudio es conocer la proporción de médicos de familia del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar que no utilizan ningún protocolo o guía de abordaje del DCNO y los motivos que aducen para ello. Los resultados permitirán profundizar en los motivos que los médicos de familia argumentan para no tomar esta enfermedad con la importancia que tiene y proyectar acciones para mitigar las causas que aducen los médicos de AP para un abordaje digno de la misma.

CONTENIDOS

Material y métodos

Diseño

Estudio descriptivo, transversal mediante encuesta autoadministrada.

Definición de la población de estudio. Criterios de selección

Se incluyeron todos los médicos de Atención Primaria que trabajan en la atención de adultos de todos los Centros de Salud del Campo de Gibraltar ($n = 270$). Se excluyeron los Médicos eventuales que en el momento del estudio estaban en situación de Médico Interno Residente, pues el perfil clínico de estos profesionales, no les permite realizar el seguimiento clínico preciso de los pacientes con DCNO.

Tamaño muestral

Se estimó una muestra teórica con un alfa de 0,05 y una potencia estadística del 1-beta de 0,8 de 65 médicos. La muestra definitiva se compuso de 100 cuestionarios autoadministrados (suficientemente demostrativa de la población de estudio), seleccionados por estratificación aleatoria.

Recogida de datos

Se diseñó una encuesta de recogida de datos (cuestionario autoadministrado). Las variables recogidas se muestran en la **tabla 1**. El trabajo de campo se realizó en marzo y abril de 2016. Antes de aplicar el cuestionario se pilotó en 9 profesionales, posteriormente se envió una nota informativa a los equipos directivos de los centros y, 7 días después, previa autorización de la dirección del Área de Gestión, se remitió una carta de presentación junto al cuestionario a los profesionales de AP, utilizando los directores de los diferentes Centros de Salud, donde se explicaban las motivaciones de la encuesta.

Análisis estadístico

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de las principales variables del estudio mediante medidas de tendencia central (media y desviación estándar [DE] en variables de distribución normal y mediana y rango intercuartílico en las de distribución no normal) para variables cuantitativas, y análisis de frecuencias y porcentajes para las categóricas. En segundo lugar, se llevó a cabo un análisis de asociación bivalente en función de distintas características de las diferentes

variables mediante pruebas de diferencias de medias (t de Student y ANOVA, Análisis de la varianza con un factor) y de proporciones (X^2). Todos los contrastes fueron bilaterales y se consideraron significativos aquellos con una $p \leq 0,05$. El análisis estadístico se efectuó con ayuda del paquete estadístico R®.

TABLA 1. Variables incluidas en el cuestionario autoadministrado

Variable dependiente:

Utilización de los protocolos farmacológicos del DCNO en adultos del AGCG.

Variables independientes:

Socio-demográficas:

Sexo (H / M).

Edad (< 30 / 30-34 / 35-39 / 40-44 / 45-49 / 50-54 / 55-59 / 60-64 / > 64).

Estado civil (soltero /casado o vive en pareja / viudo/ divorciado o separado).

Situación laboral (eventual / interino / propietario).

Nacionalidad (española / resto de la Comunidad Económica Europea / extra comunitario).

Laborales:

Formación vía MIR (sí / no).

Carga asistencial: media de pacientes atendidos en una semana por el facultativo por cualquier patología (< 20/ 20-79 / 80-169 / 170-229 / \geq 230).

Carga asistencial media de pacientes atendidos en una semana cuyo motivo principal de consulta sea debido a DCNO (< 10 / 11-20 / 21-30 / > 30).

Tiempo asignado a cada paciente por agenda en minutos (< 5 / 5-9 / 10-14 / 15-19 / >19).

Personales:

Formación continuada: número de actividades de formación continuada realizadas en los últimos tres años (ninguna / menos de 3 / de 4 a 6 / más de 6).

Motivos de no utilización: esta variable se medirá mediante la selección de una opción de 6 posibles excluyentes entre sí (No A: desconozco la existencia de protocolos o guías para esta enfermedad / NoB: conozco su existencia pero no sus contenidos / NoC: discrepo con los contenidos y utilizo otro tipo de guías / NoD: discrepo con los contenidos y no utilizo ninguna guía / NoE: no tengo tiempo para utilizar guías o protocolos / NoF: no tengo interés en este área / NoG: otros).

TABLA 2. Resultados				
		Aplican Protocolos (%)	No aplican protocolos (%)	Total (%)
Sexo	- Hombre	58,82	41,17*	51
	- Mujer	69,38	30,61*	49
Edad	- 30-34	42,85	57,14*	7
	- 35-39	42,85	57,14*	7
	- 40-44	83,33	16,66*	12
	- 45-49	67,33	32,66	15
	- 50-54	69,23	30,76	14
	- 55-59	78,26	21,73*	23
	- 60-64	44,44	55,55*	9
Estado Civil	- Soltero	66,66	33,33	15
	- Casado o vive en pareja	62,33	37,66	77
	- Viudo	1	0	1
	- Divorciado o separado	6	1	7
Situación laboral	- Eventual	62,50	37,50	16
	- Interino	71,41	28,58	14
	- Propietario	66,66	33,33	69
Nacionalidad	- Española	64	36	100
	- Resto de la Comunidad Europea			0
	- Extracomunitario			0
Formación vía MIR	- Sí	60,41	39,58	48
	- No	67,30	32,69	52
Carga asistencial	·Media de pacientes atendidos en una semana por el facultativo por cualquier patología			
	- < 20	100	0	1
	- 20-79	40,00	60,00	5
	- 80-169	53,33	46,66	15
	- 170-229	65,71	34,28	35
	- > 229	67,44	32,55	43
	·Media de pacientes atendidos en una semana cuyo motivo principal de consulta sea debido a DCNO			
	- < 11	50,00	50,00	8
	- 11-20	61,29	38,70	31
	- 21-30	54,54	45,45	22
	- > 30	76,31	23,68*	38
	Tiempo asignado a cada paciente por agenda en minutos			
	- < 5	66,66	33,33	48
	- 5-9	59,61	40,38	50
	- 10-14	1	0	1
	- 15-19	0	0	0
	- > 19	0	1	1
Número de actividades de formación continuada realizadas en los últimos tres años	- Ninguna	0	0	0
	- Menos de 3	47,37	52,62*	19
	- De 4 a 6	65,00	35,00	20
	- Más de 6	68,85	31,14	61
Motivos de no utilización	- No A: desconozco la existencia de protocolos o guías para esta enfermedad		25,00	9
	- NoB: conozco su existencia pero no sus contenidos		33,33	12
	NoA + NoB		58,33	21
	- NoC: discrepo con los contenidos y utilizo otro tipo de guías		2,78	1
	- NoD: discrepo con los contenidos y no utilizo ninguna guía		0	0
	- NoE: no tengo tiempo para utilizar guías o protocolos		36,11	13
	- NoF: no interés en este área		0	0
	- Otros		2,78	1
	Total			36
UGC	- Algeciras Centro	57,14	42,86	14
	- Algeciras Norte	70,00	30,00	10
	- Levante	62,50	37,50	8
	- Los Barrios	80,00	20,00	10
	- Poniente	44,44	55,55*	9
	- Saladillo	41,17	58,83*	17
	- San Roque	92,22	7,78	13
	- Tarifa	54,54	45,45*	11
	- Velada	87,50	12,50	8
	* p < 0,05			

RESULTADOS

La muestra definitiva ha estado formada por 100 médicos, con una edad media de 49 años (DE = 9 años), 51% de hombres y 49% de mujeres.

El 36% de los médicos no usan protocolos ni guías de tratamiento del DCNO.

El 21% de los encuestados no utilizan los protocolos porque desconocen su existencia y/o no conocen sus contenidos (el 58,33% de los que no los utilizan), el 13% refieren no tener tiempo para su aplicación (36,11% de los que no los utilizan) y el 2% aducen otras causas (el 5,55% de los que no los utilizan) (tabla 2).

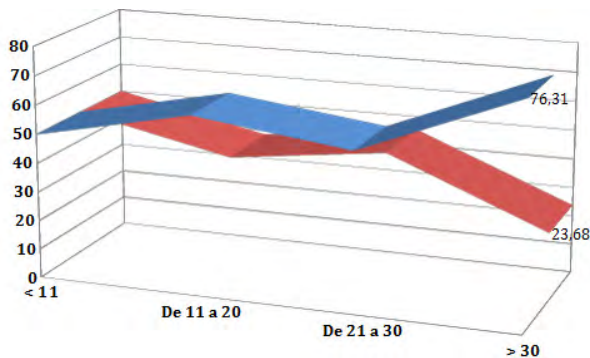
Algunos comportamientos de los médicos varían según su edad y sexo. Las profesionales mujeres afirman que utilizan los protocolos con más frecuencia que los hombres, de modo que el 41,17% de los hombres no usan protocolos mientras que las mujeres que no los usan son un 30,62% ($p < 0,05$) (tabla 2).

En cuanto a la edad (tabla 2), podemos contemplar cinco grupos de edad con diferencias significativas de modo que los grupos de entre 30 y 34 años, de entre 35 y 39 años y de entre 60 y 64 años refieren no utilizar los protocolos más del 55% de los médicos de esas edades ($p < 0,05\%$), mientras que los grupos de edad de entre 40 y 44 años y de entre 55 y 59 años afirman no aplicar los protocolos por debajo del 22% de los médicos de esa edad. El resto de datos sociodemográficos no ofrecen diferencias significativas.

En cuanto a los datos laborales no encontramos diferencias significativas entre las diferentes variables.

Aparecen diferencias significativas en el grupo cuya carga asistencial es de más de 30 de pacientes con DCNO a la semana que refieren no utilizar los protocolos el 23,68% de los médicos de este grupo ($p < 0,05$) (figura 1).

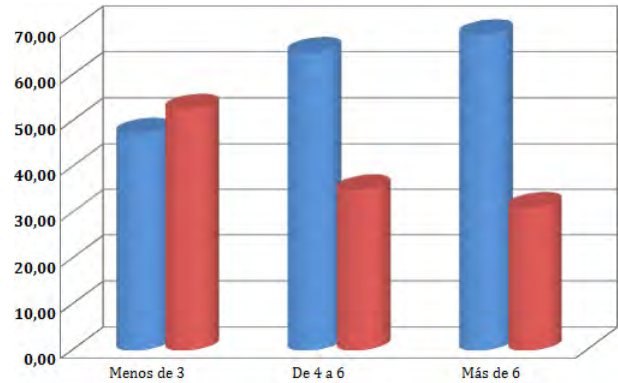
Figura 1. Distribución según media de pacientes con Dolor Crónico NO Oncológico por semana



Sí que encontramos diferencias significativas en la variable de formación continuada, de modo que

utilizan los protocolos con menos frecuencia los médicos que menos actividades de formación continuada refieren realizar (figura 2). De los que dicen hacer más de 6 actividades al año, el 21,15% no aplica protocolos, mientras que de los que dicen hacer 6 o menos actividades de formación al año el 43,58% no aplica los protocolos ($p < 0,05$).

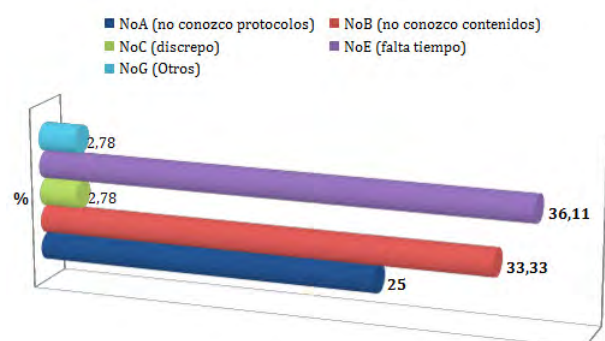
Figura 2. Distribución según media de actividades de formación continuada en los últimos 3 años



Las diferencias de tiempo de consulta entre los diferentes médicos y unidades de gestión clínica son mínimas, por lo que no tiene sentido analizar esta variable (el 98% de los médicos afirman tener un tiempo asignado a cada paciente por agenda inferior a los 10 minutos, más específicamente alrededor de los 5 minutos; recordemos que el 36% de los médicos que no aplican protocolos de DCNO aducen este motivo, la falta de tiempo).

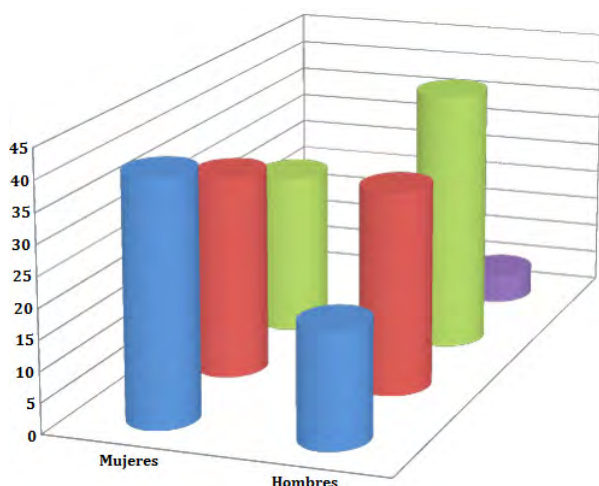
En cuanto a los motivos que aducen los médicos por los cuales no utilizan los protocolos el 36,11% dicen no tener tiempo para aplicarlos, el 33,33% afirman que no conocen sus contenidos, el 25% argumentan que no conocen protocolos o guías sobre DCNO y un 5,56% aducen otros motivos. Es decir, un 58,33% de los médicos que no usan protocolos afirman que los motivos son desconocimiento o falta de información (figura 3).

Figura 3. Motivos de NO uso de protocolos



Los hombres aducen que no utilizan los protocolos por falta de tiempo con mayor frecuencia que las mujeres, el 42,85% de hombres por el 26,66% de mujeres ($p < 0,05$). Las mujeres aducen que no utilizan los protocolos por desconocimiento con mayor frecuencia que los hombres, el 66,66% de mujeres por el 52,38% de hombres ($p < 0,05$) (**figura 4**).

Figura 4. Distribución de los motivos de NO aplicación por sexo



El resto de las variables estudiadas no han ofrecido diferencias significativas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

Las limitaciones de este estudio se centran básicamente en que se trata de un estudio transversal que nos sirve para conocer la prevalencia de facultativos que no aplican los protocolos y las causas de dicha no aplicación, sin poder hacer valoraciones sobre la proporción de pacientes que sufren DCNO y, de éstos, quiénes se consideran mal o bien tratados.

Tanto los hallazgos en investigaciones previas y los resultados de este estudio señalan la problemática del infradiagnóstico y el infratratamiento del dolor crónico de naturaleza multifactorial.

Los principales problemas son la falta de evaluación sistemática y adecuada del dolor por parte de los profesionales, las reticencias derivadas de la falta de formación y de información, que aducen en mayor proporción las mujeres, y la falta de tiempo en consulta para su abordaje, que argumentan en mayor proporción los hombres.

Encontramos que la proporción de mujeres que no utilizan los protocolos es menor que la de los hombres, pero no obstante son más del 32% de las mujeres médico las que no usan protocolos y su mayoría por falta de información o desconocimiento (un 73,33%), mientras que en los hombres las diferencias no son significativas entre los que aducen desconocimiento o falta de información y los que aducen falta de tiempo; en definitiva, a efectos prácticos cerca de un 60% de los médicos aducen desconocimiento como motivo de la no aplicación de los protocolos o guías en el abordaje del DCNO, mientras que el 40% restante está representado casi en su totalidad por los médicos que argumentan no tener tiempo suficiente en consulta para la aplicación de estas guías.

La proporción de médicos mayores de 59 años y menores de 40 años que no utilizan los protocolos es mayor que la de los otros grupos de edad (entre 40 y 59 años), los primeros probablemente por la tan traída "inercia clínica" y los segundos probablemente porque en proporción son más eventuales y por tanto con menos oportunidades de interesarse por las enfermedades crónicas que necesitan un seguimiento del que no se ven capaces de realizar por la provisionalidad en sus puestos de trabajo; sin embargo esto último se descarta totalmente al hacer los estadísticos cruzados, de modo que los eventuales menores de 40 años que no utilizan los protocolos son el 33,33% y los interinos menores de 40 años que no utilizan los protocolos son el 23,07%, luego ser eventual no influye a la hora de usar o no los protocolos y ser interino, sí que influye, pero de forma positiva ($p < 0,05$), es decir, que los interinos afirman que utilizan los protocolos en mayor proporción que los eventuales y propietarios de ese mismo grupo de edad; también de estos estadísticos cruzados se desprende que los eventuales e interinos son más mujeres (62,5% y 76,9%, respectivamente) que hombres ($p < 0,05$) y, como ya sabemos, las mujeres utilizan los protocolos más que los hombres.

Los menores de 40 años son profesionales mujeres (78,58%) y eventuales (78,58%), siendo el resto de los estadísticos no significativos por lo que con este estudio no podemos conocer ni tan siquiera suponer la causa por la cual los menores de 40 años utilizan menos los protocolos de tratamiento del DCNO.

Los médicos que refieren tener más consultas de DCNO a la semana son los que en menor proporción no utilizan los protocolos, es decir, son los que en mayor proporción utilizan los protocolos de tratamiento del DCNO, lo cual es totalmente lógico puesto que los profesionales que mejor conocen una enfermedad son los que más la diagnostican y asimismo los que mejor la abordan terapéuticamente.

El que los médicos que menos actividades de formación hacen sean los que en mayor proporción no utilicen los protocolos es totalmente lógico puesto que se entiende que son profesionales menos motivados y menos formados.

Tanto los profesionales hombres como las profesionales mujeres afirman que necesitan más formación en esta área y más tiempo de consulta.

Conclusiones

Existen Guías de Práctica Clínica (GPC) que los médicos no conocen, en consecuencia, la solución habrá de pasar por informar sobre la existencia de las diferentes GPC y facilitarles el acceso a su contenido.

El sanitario conoce la GPC, pero no aplica sus recomendaciones. Esta hipótesis es la más preocupante. Sabemos que desde que la comunidad científica adquiere un nuevo conocimiento hasta que lo traslada primero a las guías, y más tarde a la práctica, pueden pasar entre cinco y diez años (11). El médico se arma de excusas, basadas por lo general en «soft reasons o razones inconsistentes», para no actuar o para diferir la intervención (12). En medicina se entiende por «inercia clínica» no iniciar o intensificar una terapia médica que está clínicamente indicada y de la que se conoce su efectividad para abordar un problema de salud crónico insuficientemente controlado (13-15). La resistencia a la aplicación de las GPC tiene muchas causas posibles. Si bien aún no se conocen todos los factores que condicionan la inercia clínica, se señalan tres grupos importantes: los relacionados con el profesional, con el paciente y su patología, y con la organización. En este estudio se señalan algunos de los factores relacionados con el médico de Atención Primaria y/o la organización en concordancia con resultados de estudios previos para esta u otras patologías crónicas (15, 16, 17, 18, 19):

Ignorancia de los objetivos terapéuticos que se deben alcanzar por el desconocimiento de las GPC.

Desconfianza en las GPC cuando se consideran más una orientación en la práctica clínica que verdaderos mandatos de intervención. Los profesionales que priman la experiencia clínica y la valoración individual ante las recomendaciones de las GPC.

Tipo de ejercicio profesional. La inercia podría ser más acusada en Atención Primaria que en atención especializada ya que aborda un rango más extenso de patología, y dedica una mayor atención a unos determinados problemas, obviando otros.

Grado de satisfacción o de conformidad con los resultados clínicos obtenidos por el paciente.

Sobrestimación del profesional de la eficacia de las medidas terapéuticas ya instauradas.

Utilización de razones blandas o inconsistentes, a modo de excusas, para evitar la intervención, como la sobrestimación del incumplimiento futuro o el uso de criterios de la experiencia para detectar qué pacientes se beneficiarán más de la intervención.

Tiempo dedicado en consulta. A menor tiempo por consulta, mayor grado de inercia clínica. Esto se ha detectado en estudios hechos en Atención Primaria; sin embargo, en otros realizados en atención especializada, donde el tiempo medio por consulta era de 30 minutos, no se observó dicha relación.

Falta de reconocimiento profesional. El médico que ve premiado su esfuerzo por alcanzar objetivos con sus pacientes con incentivos profesionales o económicos se esforzará, por lo que será más difícil que caiga en la inercia clínica.

Retroalimentación adecuada, con información sobre sus pacientes y la consecución de objetivos. Esta tiene un efecto positivo en minimizar la inercia clínica.

Falta de trabajo en equipo. Si las decisiones clínicas se toman en grupo, hay mayor tendencia a aplicar la evidencia disponible y las GPC y a evitar la subjetividad de la toma de decisiones por un único profesional.

Frecuencias de las visitas. Los problemas de agenda pueden limitar al profesional a la hora de tomar decisiones clínicas que requerirían un seguimiento cercano en el tiempo.

Propuestas para modificar la inercia clínica y fomentar el uso de las GPC paciente con DCNO

Aumentar el conocimiento del problema de la inercia clínica, para que los médicos sean conscientes del riesgo de estar bajo su influencia.

Difundir el contenido de las GPC e insistir en la necesidad de adecuar la actuación del profesional a sus recomendaciones.

Aumentar la retroalimentación del profesional. Es importante que el médico conozca los resultados obtenidos en sus pacientes en cuanto al grado de control de las patologías, según los criterios de las guías, y que los compare con los resultados alcanzados por otros profesionales (14).

Crear sistemas de reconocimiento profesional o incentivos, probablemente no solo económicos, ligados a la obtención de resultados en salud y no de actividad sanitaria.

Aumentar el tiempo por consulta en Atención Primaria, pues se ha demostrado que cuanto menos tiempo de consulta se dispone, mayor es el grado de inercia clínica.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Discussion

Limitations of this study are basically focused on it is a cross-sectional survey that helps us to know the prevalence of physicians that do not apply the protocols and the causes of such non-application, unable to do appraisals on the proportion of patients suffering DCNO and, of these, who are considered bad either treated.

Both previous research findings and the results of this study point to the problems of the under-diagnosis and the undertreatment of chronic pain of multifactorial nature.

The main problems are the lack of adequate and systematic pain assessment by professionals, the reserves arising from the lack of training and information, given in a higher proportion of women, and the lack of time in consultation to its approach, that argue in a greater proportion of men.

We find that the proportion of women who do not use the protocols is lower than that of men, but however are more than 32% of the women health which do not use protocols and mostly due to lack of information or lack of knowledge (73,33%), while in men the differences are not significant between those who claim ignorance or lack of information and those who argue lack of time; in short for all practical purposes nearly 60% of physicians claim ignorance as a reason for the non-application of the protocols or guides in the approach to the DCNO, while the remaining 40% is represented almost in its entirety by the doctors who argue not having time in consultation for the implementation of these guidelines.

The proportion of physicians over 59 years of age and under age 40 that does not use the protocols is greater than the of the other age groups (between 40 and 59 years), the first probably by so brought "clinical inertia" and the second probably because in proportion are more casual and therefore with less chance of being interested in chronic diseases who need a follow-up which are not capable of performing by the provisional in their jobs; However this last is ruled out completely to make statistical Crusader, so any under age 40 that does not use the protocols are 33,33% and the pro tempore under age 40 that does not use the protocols are 23.07%, then be possible has no influence when it comes to using or not the protocols

and be acting, that it influences, but positively ($p < 0,05$), i.e., that the interim claim that they use the protocols in greater proportion than the eventual and owners of this same age group; also these statistical cross shows that possible and acting are more women (62.5% and 76.9%, respectively) than men ($p < 0,05$) and, as we all know, women use the protocols rather than men.

The under 40 are professional women (78.58%) and any (78.58%), being the rest of the non-significant statistical so with this study we cannot know or even assume the cause why 40-year-old children used less the DCNO treatment protocols.

Doctors referring to having more DCNO queries a week are that to a lesser extent not used protocols, i.e., those higher using the DCNO treatment protocols, which is entirely logical since professionals who know best a disease are more usually diagnosed it and also that better address it therapeutically.

Which physicians making less training activities are in greater proportion not used protocols is entirely logical since it is understood that they are less motivated and less trained professionals.

Both the professional men and women professionals claim that they need more training in this area and more time for consultation.

Conclusions

There are practice clinical guidelines (CPG) that doctors do not know, therefore, the solution will have to pass for reporting on the existence of the different CPG and easily access to your content.

He health meet the GPC, but not applied its recommendations. This hypothesis is the most worrying. We know that since the scientific community acquires new knowledge until he moved first to the guides, and later to practice, it can take between five and ten years (11). The doctor is assembled of excuses, usually based on «soft reasons or inconsistent reasons», for failing to act or to defer the intervention (12). In medicine 'clinical inertia' means not to initiate or intensify medical treatment that is clinically indicated and that its effectiveness is known to address a chronic health problem insufficiently controlled

(13-15). Resistance to the implementation of the CPG has many possible causes. While all the factors that influence the clinical inertia, listed three major groups are not yet known: those related with professional, patient and its pathology, and with the organization. This study identifies some of the factors related to primary care physician and/or the organization consistent with findings from previous studies for this or other chronic diseases (15, 16, 17, 18, 19):

Ignorance of therapeutic targets to be achieved by the ignorance of the GPC.

Mistrust in the GPC when considering more guidance in clinical practice than real mandates of intervention. The professionals that emphasize clinical experience and the individual assessment before the recommendations of the GPC.

Type of professional practice. Inertia could be more accused in primary care to specialty care as it approaches a vaster range of Pathology, and devotes more attention to certain problems, ignoring others.

Degree of satisfaction or in accordance with the clinical results obtained by the patient.

Overestimation of the efficacy of the therapeutic measures already established professional.

Use of soft or inconsistent, by way of excuses reasons for intervention, such as the overestimation of future non-compliance or the use of criteria of experience to detect which patients will benefit more than the intervention.

Time spent in consultation. To less time per query, higher degree of clinical inertia. This has been detected in studies done in primary care; However, in other made in specialized care, where the average consultation time was 30 minutes, no such relationship was observed.

Lack of professional recognition. The doctor who sees awarded its effort to achieve objectives

with their patients with commercial or economic incentives will endeavor, so it will be more difficult to falling in the clinical inertia.

Appropriate feedback, with information about their patients and the achievement of objectives. This has a positive effect on the clinical inertia.

Lack of teamwork. If clinical decisions are made in the group, there are greater tendency to apply the available evidence and the GPC and to avoid the subjectivity of decision-making by a single professional.

Frequency of visits. Agenda issues may limit the professional when making clinical decisions that require close monitoring in time.

Proposals to modify the clinical inertia and encourage the use of the patient GPC with pain chronic No cáncer

Increase awareness of the problem of clinical inertia, so doctors are aware of the risk of being under its influence.

Disseminate the content of the GPC and insisting on the need to adapt the professional activity to its recommendations.

Increase the professional feedback. It is important for the doctor to know the results in their patients in terms of the degree of control of diseases, according to the criteria of the guidelines, and to compare them with the results achieved by other professionals (14).

Create systems of professional recognition or incentives, probably not only economic, linked to obtaining results in health, not health activity.

Increase the time for consultation in primary care, because it has been shown that less consultation time is available, the greater the degree of clinical inertia.

AGRADECIMIENTOS

A todos los integrantes del Equipo Directivo del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar que se han enfrascado en la aventura del reparto de encuestas, en especial a Félix Hurtado y Paco Aguilar, y a Teresa Ledesma, adjunta de enfermería de la Unidad de Gestión Clínica Poniente de La Línea de La Concepción, que se han encargado de la recogida de las encuestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aliaga A, Baños JE, Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A, coordinadores. Tratamiento del dolor: teoría y práctica. Barcelona: Editorial MRC; 1995.
2. Fricker J. Pain in Europe. A Report. Cambridge, England: Mundipharma International Ltd.; 2003. Disponible en: http://www.painineurope.com/user_site/index.cfm?item_id=4405413.
3. Tunks E, Bellissimo A. Coping with the coping concept: a brief comment. *Pain*. 1988;34:171-4.
4. Weir R, Browne G, Roberts J, Tunks E, Gafni A. The meaning of illness questionnaire: further evidence for its reliability and validity. *Pain*. 1994;58:377-86.
5. McCracken LM, Faber SD, Janeck AS. Pain related anxiety predicts non-specific physical complaints in persons with chronic pain. *Behav Res Ther*. 1998;36:621-30.
6. Vines SW, Gupta S, Whiteside T, Dostal-Johnson D, Hummler-Davis A. The relationship between chronic pain, immune function, depression and health behaviors. *Biol Res Nurs*. 2003;5: 18-29.
7. Brown GK, Nicasio PM, Wallston KA. Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57:652-7.
8. Turk DC, Feldman CS. Non invasive approaches to pain control in terminal illness: the contribution of psychological variables. *Hosp J*. 1992;8:1-23.
9. Dobratz MC. Analysis of variables that impact psychological adaptation in home hospice patients. *Hosp J*. 1995;10:75-88.
10. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Coping with chronic pain: the role of assessment variables and coping strategies for the prediction of anxiety and depression in a sample of patients with chronic pain. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:8-16.
11. Phillips LS, Twombly JG. It's time to overcome clinical inertia [editorial]. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 783-5.
12. Oliveria SA, Lapuerta P, McCarthy BD, L'Italien GJ, Berlowitz DR, Asch SM. Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Intern Med*. 2002; 162: 413-20.
13. Blanco FJ, Hernández A, Trigueros JA, Gimeno A, Fernández L, Benito MA, et al. Guía práctica clínica en artrosis de rodilla. Madrid: Instituto UPSA del Dolor; 2003.
14. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2001; 135(9): 825-34.
15. Eisenberg JM. Doctor's decisions and the cost of medical care. The reasons for doctors' practice and ways to change them. *Ann Arbor, MI: Health Administration Pr*; 1986: 36.
16. O'Connor P, Sperl-Hillen J, Johnson P, Rush W, Biltz G. Clinical inertia and outpatient medical errors. En: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, DI L, editores. *Advances in patient safety: from Research to Implementation*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2005: 17.
17. Arday DR, Fleming BB, Keller DK, Pendergrass PW, Vaughn RJ, Turpin JM, et al. Variation in diabetes care among states: do patient characteristics matter? *Diabetes Care*. 2002; 25: 2230-7.
18. Grant R, Adams AS, Trinacty CM, Zhang F, Kleinman K, Soumerai SB, et al. Relationship between patient medication adherence and subsequent clinical inertia in type 2 diabetes glycemic management. *Diabetes Care*. 2007; 30: 807-12.
19. Parchman ML, Pugh JA, Romero RL, Bowers KW. Competing demands or clinical inertia: the case of elevated glycosylated hemoglobin. *Ann Fam Med*. 2007; 5: 196-201.