

Αιτίες υποθεραπείας οξέος πόνου

Σ.Ε. Αμπραχίμ¹, Π. Λεπέτσος², Λ. Κουρκούτα³

¹ RN, MSc, και ² Δ' Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»,

³ Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διεθνής οργάνωση για την μελέτη του πόνου (International Association of the Study of Pain, IASP) ορίζει τον πόνο ως «μια δυσάρεστη αίσθηση και συναισθηματική εμπειρία συνδεδεμένη με πραγματική ή δυναμική ιστική βλάβη». Κλινικά ο πόνος ταξινομείται σε οξύ και χρόνιο. Οι πιο συχνές μορφές οξέος πόνου είναι ο μετεγχειρητικός, ο μετατραυματικός, ο μαιευτικός, ο πόνος του εγκαύματος και ο πόνος που σχετίζεται με διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Ο οξύς πόνος όταν αποτυγχάνει να αντιμετωπιστεί μεταπίπτει σε χρόνιο. Τα αναλγητικά φάρμακα αποτελούν τους στολοβάτες στην διαχείριση του πόνου, μειώνοντας την ένταση του, ενισχύοντας την προαγωγή και την άνεση και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η αναφορά των αιτιών υποθεραπείας του οξέος πόνου. Η ελληνής εκπαίδευση στην αντιμετώπιση του πόνου από τους επαγγελματίες υγείας, η υποκειμενικότητα του πόνου, η ανεπαρκής και μη αξιολόγηση του, η έλλειψη υποδομών, η άγνοια βασικών αρχών φαρμακοκινητικής, ο καθορισμός του πόνου ως σύμπτωμα και όχι ως νόσος, ο φόβος ανάπτυξης εθισμού, ο φόβος πρόκλησης αναπνευστικής καταστολής, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, τους ασθενείς και την οικογένεια, η αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να κατανοήσουν το γεγονός ότι ο ειδικός για την αντιμετώπιση του πόνου είναι ο ίδιος ο ασθενής αποτελούν τα κυριότερα αίτια υποθεραπείας του οξύ πόνου. Παρ' όλη την επιστημονική πρόοδο, η ελληνής αντιμετώπιση του πόνου παραμένει ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ιατροί και νοσηλευτές συνεχίζουν να υποθεραπεύουν τον πόνο, ακόμα και σε περιπτώσεις ασθενών που υπάρχει η δυνατότητα σημαντικής ανακούφισής του.

Λέξεις ευρετηρίου: αθεράπευτος, υποθεραπεία, αιτίες, εμπόδια, πόνος

Παραπομπή:

Σ.Ε. Αμπραχίμ, Π. Λεπέτσος, Λ. Κουρκούτα. Αιτίες υποθεραπείας οξέος πόνου. Επιστημονικά Χρονικά 2014;19(1): 43-49

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος αποτελεί μια πανανθρώπινη εμπειρία και είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί με σαφήνεια [1]. Ο τελικός ορισμός του πόνου δόθηκε από την Διεθνή Εταιρεία για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP), το 1979, «ως μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με πραγματική ή δυναμική ιστική βλάβη ή περιγράφεται με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης» [2]. Ο πόνος αποτελεί την πιο κοινή αιτία εισαγωγής στο Τμήμα

Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) περιλαμβάνοντας περισσότερο από το 40 % από τις 100 εκατομμύρια επισκέψεις στα ΤΕΠ ετησίως [3]. Είναι ένα τεράστιο παγκόσμιο πρόβλημα υγείας και έχει υπολογιστεί ότι 1 στους 5 ενήλικες υποφέρουν από πόνο και ότι 1 στους 10 ενήλικες διαγιγνώσκεται με χρόνιο πόνο κάθε χρόνο [4]. Σύμφωνα με τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας των Η.Π.Α., ο πόνος είναι ένα από τα σημαντικότερα εθνικά προβλήματα δημόσιας υγείας, μια σιωπηλή επιδημία. Το 1998, τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας ανέφεραν ότι το ετήσιο ποσό που

δαπανάται για την υγειονομική περίθαλψη, την αποζημίωση, καθώς και ζητήματα που σχετίζονται με τον πόνο ανέρχονται στα εκατό δισεκατομμύρια δολάρια [5]. Ο πόνος είναι ο πιο σημαντικός μηχανισμός άμυνας του οργανισμού και το πιο πρώιμο στοιχείο της φύσης που έχει σχέση με τη νοσηρότητα [1]. Ο γιατρός, ο οποίος διαχειρίζεται τον πόνο θα πρέπει να είσαι σε θέση να αντλήσει μια ευρεία γκάμα φαρμάκων και τεχνικών [6]. Σε κάποιο σημείο κατά την διάρκεια της ζωής μας επηρεάζει όλους. Για πολλά εκατομμύρια ανθρώπους γίνεται χρόνιος, μια μάστιγα που επηρεάζει κάθε πτυχή της ζωής, της εργασίας, τα χόμπι, τις οικογενειακές σχέσεις, τον κοινωνικό περίγυρο, τα οικονομικά, την ευτυχία, τη διάθεση, αλλά ακόμα την ουσία της ύπαρξής μας [5]. Ενώ ο πόνος επηρεάζει όλους τους πληθυσμούς, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, τη φυλή την εθνικότητα, ή τη γεωγραφία, δεν κατανέμεται ισομερώς σε όλη την υδρόγειο. Εκείνοι που βιώνουν τον πόνο μπορεί να βιώσουν οξύ, χρόνια ή διαλείπων πόνο, ή ένα συνδυασμό των τριών [4]. Ο οξύς πόνος μπορεί να εμφανίζεται με αυξανόμενη ένταση ή διακεκομμένα, χαρακτηρίζεται από πρόσφατη έναρξη, βραχεία διάρκεια και η έντασή του ποικίλλει ανάλογα με την έκταση του ιστικού τραύματος. Είναι μεγαλύτερη τις πρώτες 24-72 ώρες και σταδιακά μειώνεται καθώς επουλώνεται η βλάβη [7]. Παρά τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών θεραπειών για τον πόνο, υπάρχουν πολλά εμπόδια για την αποτελεσματική διαχείριση του με αποτέλεσμα ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών να μην επιτυγχάνουν τον έλεγχο του [8].

ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΟΞΕΟΣ ΠΟΝΟΥ

Ήδη από την Παλαιά Διαθήκη οι αρχαίοι λαοί προβληματίζονταν με ζητήματα που αφορούσαν τον πόνο, είτε αυτός οφειλόταν

σε ασθένειες είτε σε τραυματισμούς και χειρουργικές πράξεις, αναζητώντας πάντα τρόπους για να τον μετριάσουν ή και να τον εξαλείψουν [9]. Παρά τις επιστημονικές εξελίξεις και τα σημαντικά επιτεύγματα στην φαρμακοθεραπεία συνεχίζει να υπάρχει σοβαρό κενό μεταξύ της ιδανικής ανακούφισης και της κλινικής πραγματικότητας στη διαχείρισή του [10]. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η αναλγητική σκάλα περιλαμβάνει για τον ήπιο πόνο τα μη οπιοειδή και επικουρικά φάρμακα, για τον μέτριο πόνο τα ήπια οπιοειδή, οπιοειδή και τα επικουρικά φάρμακα και για τον ισχυρό πόνο τα ισχυρά οπιοειδή, τα μη οπιοειδή και τα επικουρικά φάρμακα. Στα μη οπιοειδή ανήκουν η παρακεταμόλη, η ασπιρίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ). Στα ήπια οπιοειδή η τραμαδόλη και η κωδεΐνη, και στα ισχυρά οπιοειδή η μορφίνη, η φεντανύλη, η οξυκωδόνη και πεθιδίνη [11].

1. Η ελλιπής εκπαίδευση στην αντιμετώπιση του πόνου από τους επαγγελματίες υγείας

Η έλλειψη γνώσεων και κατάρτισης προβάλλεται ως η γενεσιουργός αιτία της υποθεραπείας του πόνου στα ΤΕΠ [12]. Ο έλεγχος του πόνου είναι ένα σύνθετο πρόβλημα που απαιτεί διεπιστημονική προσέγγιση. Η διεπιστημονική προσέγγιση απαιτεί εκπαίδευση, υπευθυνότητα, ανεκτικότητα και επαναξιολόγηση. Η αποτυχία των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν την παρουσία και την ένταση του πόνου, καθώς και η ανεπαρκής έκφρασή του από τον ασθενή, οδηγεί στην ελλιπή αντιμετώπισή του [13]. Παρόλο που ο πόνος, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της πρακτικής στην ιατρική, οδοντιατρική, νοσηλευτική, φαρμακευτική και άλλων κλάδων υγείας, παρουσιάζει υψηλό επιπολασμό και αποτελεί κοινωνικο-οικονομικό πρόβλημα και οι δημογραφικές εξελίξεις υποδηλώνουν μελλοντικές αυξήσεις. Η συντριπτική

ελλιπής εκπαίδευση των ιατρών για τον πόνο τόσο σε προπτυχιακό όσο και σε και μεταπτυχιακό επίπεδο παραμένει [14]. Η βασική γνώση που αποκτήθηκε σε προπτυχιακό επίπεδο δεν είναι επαρκής, ενώ στο εργασιακό περιβάλλον η εκπαίδευση στηρίζεται στο προσωπικό και στο επαγγελματικό ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού και όχι σε οργανωμένες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων [15].

2. Η υποκειμενικότητα του πόνου

Ο πόνος είναι μια πολύ προσωπική υπόθεση που δύσκολα μπορεί να εκτιμηθεί από τους άλλους. Ασθενείς με την ίδια ιστική βλάβη βιώνουν διαφορετικά τον πόνο. Υπάρχουν άτομα με ιδιάζουσα προσωπικότητα που αρέσκονται στον πόνο, αλλά και δυσάρεστες αισθήσεις χωρίς την παρουσία πόνου [16]. Παρ όλη την υποκειμενικότητα του πόνου, πολλοί γιατροί δεν εμπιστεύονται τις υποκειμενικές εμπειρίες των ασθενών όσον αφορά τον πόνο τους. Η αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να κατανοήσουν το γεγονός ότι ο ειδικός για την αντιμετώπιση του πόνου είναι ο ίδιος ο ασθενής [17].

3. Η ανεπαρκής και μη αξιολόγηση του πόνου

Όταν δεν μπορεί να εξηγηθεί η παρουσία του πόνου, τότε θεωρείται ως υπερβολή ή φαντασίωση του ασθενούς. Ταυτόχρονα υποτιμούνται και οι ψυχολογικές αιτίες του πόνου, όπως συμβαίνει με την κεφαλαλγία λόγω του συναισθηματικού στρες. Όταν ο πόνος δεν μπορεί εύκολα να εξηγηθεί ή να βελτιωθεί, οι ασθενείς αισθάνονται συχνά απομονωμένοι και θυμωμένοι. Στην πραγματικότητα αντιλαμβάνονται τη βεβαιότητα του πόνου τους και την αμφιβολία των γύρω τους για εκείνον, επιτείνοντας έτσι την κατάσταση οδύνης που βιώνουν [13].

4. Η έλλειψη υποδομών και πόρων στις αναπτυσσόμενες χώρες

Στην Ευρώπη, ως σύνολο, περίπου το 80% των οπιοειδών καταναλώνονται στις Δυτικές χώρες και μόνο το 20% στην Ανατολή, με εξαίρεση την πεθιδίνη, η οποία καταναλώνεται σε περίπου ίσες αναλογίες. Στην Ινδία, έχει αποκαλυφθεί ότι το 2009, το αλκαλοειδές όπιο παράγεται λιγότερο από το 10 % της μορφίνης που απαιτούνται στη χώρα για τους ασθενείς με καρκίνο που βιώνουν τον πόνο [18]. Η μορφίνη δεν είναι διαθέσιμη στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) 80% των ασθενών με καρκίνο δεν έχουν πρόσβαση στα οπιοειδή [19]. Τα οπιοειδή είναι το κλειδί στη διαχείριση του έντονου πόνου, και η κατανάλωση μορφίνης είναι ένα προσεγγιστικό μέτρο του βαθμού ελέγχου του πόνου. Η μορφίνη και η κωδεΐνη θεωρούνται βασικά φάρμακα και εμφανίζονται στο ΠΟΥ στην λίστα βασικών φαρμάκων. Τα βασικά φάρμακα ορίζονται ως εκείνα που ικανοποιούν τις ανάγκες υγειονομικής περιθάλψης της πλειοψηφίας του πληθυσμού, που θα πρέπει να είναι διαθέσιμο όλη την χώρα σε επαρκείς ποσότητες και σε κατάλληλες δόσεις. Ωστόσο, παρά το γεγονός αυτό, τα οπιοειδή δεν διατίθενται σε χώρες με περιορισμένους πόρους [20].

5. Η άγνοια βασικών αρχών φαρμακοκινητικής

Η άγνοια βασικών αρχών φαρμακοκινητικής, με αποτέλεσμα να χορηγούνται τα αναλγητικά φάρμακα σε ανεπαρκείς δόσεις και σε δυσανάλογα μεγάλα διαστήματα. Για παράδειγμα, παρόλο που η πεθιδίνη έχει διάρκεια δράσης από 2-4 ώρες, συνήθως δίδονται οδηγίες για IM χορήγηση της ανά εξάωρο [7]. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν την απορρόφηση, κατανομή, το μεταβολισμό και την απέκκριση των φαρμάκων.

6. Ο φόβος των παρενεργειών

Οι παρενέργειες των φαρμάκων εμφανίζονται με την χορήγηση του φαρμάκου, εξαφανίζονται με την διακοπή και επανεμφανίζονται με την επανεισαγωγή του. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) χρησιμοποιούνται και για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, εντούτοις η μακροχρόνια χρήση τους σχετίζεται με ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως γαστρεντερικές διαταραχές και επηρεασμό της νεφρικής λειτουργίας. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιο επιρρεπείς στις επιπλοκές και ο κίνδυνος αιμορραγίας από το πεπτικό ανέρχεται στο 3-4% σε αντίθεση με το γενικό πληθυσμό που ανέρχεται στο 1% [21]. Τα οπιοειδή έχουν θεωρηθεί για χιλιετίες ως ένα από τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα για τη θεραπεία του πόνου. Η χρήση τους στην αντιμετώπιση του οξέος σοβαρού πόνου και του χρόνιου πόνου που σχετίζονται με την προηγμένη ιατρική ασθένεια θεωρείται το πρότυπο της περίθαλψης στο μεγαλύτερο μέρος του κόσμου. Σε αντίθεση, η μακροπρόθεσμη χορήγηση ενός οπιοειδούς για τη θεραπεία του χρόνιου μη καρκινικού πόνου εξακολουθεί να είναι αμφιλεγόμενη [22]. Τα οπιοειδή γενικά θεωρούνται η θεραπεία εκλογής για τον μέτριο έως έντονο πόνο και συνιστώνται για τους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται σε άλλου τύπου αναλγητικά. Οι ασθενείς ανησυχούν για την πιθανή κατάχρηση και τον εθισμό των οπιοειδών αναλγητικών, το οποίο αποτελεί ένα άλλο εμπόδιο για την κατάλληλη χρήση τους [3]. Η ανησυχία σχετικά με τις παρενέργειες των αναλγητικών μπορεί να εμποδίσει τη βέλτιστη ανακούφιση του πόνου. Οι συχνές ανεπιθύμητες παρενέργειες από οπιοειδή περιλαμβάνουν υπνηλία, ναυτία και δυσκοιλιότητα, ενώ σε υψηλές δόσεις προκαλούν αναπνευστική καταστολή και υπόταση [4]. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά φοβούνται τις παρενέργειες των οπιοειδών σχετικά με την ανοχή και την

εξάρτηση [23]. Ο φόβος για εθισμό αποτρέπει τη λήψη τους από τους ασθενείς μέχρι να φθάσουν σε σημείο αφόρητου πόνου, όπου υπερίσχυαν τα οφέλη της χορήγησης οπιοειδών αφού μετά είναι πρόθυμοι να δοκιμάσουν τα πάντα, αρκεί να ανακουφιστούν από τον πόνο τους [15].

7. Οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας τους ασθενείς και την οικογένεια

Τα προβλήματα με την επικοινωνία συμβαίνουν σε ασθενείς που αποτυγχάνουν να ανακουφιστούν με τα συνήθη φάρμακα και επηρεάζονται οι καθημερινές δραστηριότητές τους. Αναζητούν εναλλακτικές θεραπείες για τον έλεγχο του πόνου, αλλά διστάζουν να συζητήσουν τον πόνο τους και είναι ιδιαίτερα ανήσυχτοι με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αναλγητικών φαρμάκων. Ενώ όσοι αναζητούν εναλλακτικές θεραπείες υποφέρουν τον κίνδυνο ανεπαρκή έλεγχο του πόνου [19]. Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών αποτελεί σημαντικό μέρος της καθημερινής πρακτικής νοσηλευτικής. Η δύναμη της αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας ενισχύεται και εμπλουτίζεται από την καλή επικοινωνία. Οι νοσηλευτές κατέχουν μοναδική θέση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης περνώντας μεγάλα χρονικά διαστήματα μιλώντας με τους ασθενείς και ακούγοντας τις ανησυχίες, τα συναισθήματα και τις ανάγκες τους [24]. Η επικοινωνία ενθαρρύνει όχι μόνο τη βελτίωση της συνολικής διαχείριση του πόνου, αλλά θέτει και τη δημιουργία κοινών στόχων με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα [25]. Η αποτελεσματική επικοινωνίας μεταξύ γιατρού - και ασθενή αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την επιτυχή θεραπείας του πόνου [26]. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας έχουν δώσει

μεγαλύτερη προσοχή στην ασθένεια νομίζοντας ότι το να ελέγχουν την νόσου και μόνο θα επιφέρουν την ανακούφιση από τον πόνο [20].

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο οξύς πόνος αν δεν αντιμετωπιστεί μπορεί να γίνει χρόνιος [21] ενώ η μη κατάλληλη διαχείριση του μειώνει την ποιότητας της ζωής, διαταράσσει τον ύπνο, μειώνει την σωματική λειτουργία και αυξάνει το κόστος του μη ανακουφισμένου πόνου [3]. Ενώ λόγω της υποθεραπείας του, πολλοί ασθενείς με καρκίνο καθυστερούν η διακόπτουν την θεραπεία με αποτέλεσμα την μείωση του θεραπευτικού αποτελέσματος και την αύξηση της επιβίωσης [27].

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

Η αξιολόγηση του πόνου αποτελεί προϋπόθεση για τη διάγνωση και την κατάλληλη διαχείριση του [20]. Η πλειοψηφία των γιατρών δεν αξιολογεί το είδος του πόνου και δεν χρησιμοποιούν εργαλεία για την μέτρηση της έντασης του. Όσοι όμως τα χρησιμοποιούν ανέφεραν ότι χρησιμοποιούν την οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale) και την λεκτική κλίμακα (Verbal Descriptor Scale)

οι οποίες αποτελούν δημοφιλή εργαλεία και χρησιμοποιούνται στο 70-80% των περιπτώσεων ενώ για την πιο ολοκληρωμένη μέτρηση του πόνου χρησιμοποιούνται εργαλεία ψυχολογικά και που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής όπως (π.χ McGill Pain Questionnaire, Brief Pain Inventory), που χρησιμοποιούνται μόνο περιστασιακά [26].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαθεσιμότητα των φαρμάκων σε συνδυασμό με την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, την εφαρμογή κατάλληλου πρωτοκόλλου που θα λαμβάνει υπόψη τη φαρμοκοκινητική των φαρμάκων και την υποκειμενική κρίση των ασθενών καθώς και την ερμηνεία των ισχυρισμών τους θα οδηγήσει στο διαχωρισμό του πόνου από μια παθολογική κατάσταση και κατά συνέπεια σε αποτελεσματικότερο θεραπευτικό σχήμα. Έτσι, η υποθεραπεία του πόνου θα περιοριστεί και λιγότεροι ασθενείς θα υποστούν τις δυσμενείς επιπτώσεις του. Παρ' όλη την επιστημονική πρόοδο, η ελλιπής αντιμετώπιση του πόνου παραμένει ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ιατροί και νοσηλευτές συνεχίζουν να υποθεραπεύουν τον πόνο, ακόμα και σε περιπτώσεις ασθενών που υπάρχει η δυνατότητα σημαντικής ανακούφισής του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ιατρού Χ. Όσα πρέπει να γνωρίζουμε για τον αλγαισθητικό πόνο. Ελληνικό Περιοδικό Περιεγχειρητικής Ιατρικής 2003; 1: 48-57.
2. www.iasp-pain.org.
3. Sinatra R. Causes and consequences of inadequate management of acute pain. Pain Med. 2010; 11: 1859-1871.
4. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. BMC Public Health. 2011; 11: 770.

5. Lippe PM, Brock C, David J, et al. The First National Pain Medicine Summit--final summary report. *Pain Med.* 2010; 11: 1447-1468.
6. Fineman SP. Long-term post-thoracotomy cancer pain management with interpleural bupivacaine. *Anesth Analg.* 1989; 68: 694-697.
7. Σαρακατσιάνου Χ. Εκτίμηση και υποθεραπεία του μετεγχειρητικού πόνου. Μύθος ή πραγματικότητα; . Το Βήμα του Ασκληπιού. 2012; 11: 154-170.
8. Zuccaro SM, Vellucci R, Sarzi-Puttini P, et al. Barriers to pain management: focus on opioid therapy. *Clin Drug Investig.* 2012; 32 Suppl 1: 11-19.
9. Μυρωνίδου - Τζουβελέκη Μ. Η αναλγητική αγωγή από την ομηρική στην ιπποκρατική ιατρική. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.* 2009; 26: 124-129.
10. van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth.* 2013; 111: 13-18.
11. Balding L. The World Health Organisation analgesic ladder: its place in modern Irish medical practice. *Ir Med J.* 2013; 106: 122-124.
12. Kumle B, Wilke P, Koppert W, et al. [Pain therapy in emergency medicine : Focus on emergency admissions.]. *Anaesthesist.* 2013.
13. Ζώης Κ, Πατηράκη - Κουρμπάνη Ε. Η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου. *Νοσηλευτική.* 2008; 47: 167-174.
14. Sessle B. Unrelieved pain: a crisis. *Pain Res Manag.* 2011; 16: 416-420.
15. Φλυπιάτος Γ. Προβλήματα και Εμπόδια στη Διαχείριση του Πόνου στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών. *Νοσηλευτική.* 2012; 51: 18-25.
16. Γουλές Δ. Η εννοιολογία του πόνου. Ο πόνος ως βίωμα και συμπεριφορά. *InfoOrthopaedics & Traumatology.* 2008; 50: 12-15.
17. Peter E, Watt-Watson J. Unrelieved pain: an ethical and epistemological analysis of distrust in patients. *Can J Nurs Res.* 2002; 34: 65-80.
18. Bond M. Pain education issues in developing countries and responses to them by the International Association for the Study of Pain. *Pain Res Manag.* 2011; 16: 404-406.
19. Thapa D, Rastogi V, Ahuja V. Cancer pain management-current status. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2011; 27: 162-168.
20. Namukwaya E, Leng M, Downing J, et al. Cancer pain management in resource-limited settings: a practice review. *Pain Res Treat.* 2011; 2011: 393404.
21. Παπανδρέου Χ, Δαμίγος Δ. Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου στους ηλικιωμένους. *Ιατρικό Βήμα.* 2008; 113: 36 - 42.
22. Rosenblum A, Marsch LA, Joseph H, et al. Opioids and the treatment of chronic pain: controversies, current status, and future directions. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2008; 16: 405-416.

23. Dahl JL. Pain: impediments and suggestions for solutions. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004; 124-126.
24. Sheldon LK, Barrett R, Ellington L. Difficult communication in nursing. J Nurs Scholarsh. 2006; 38: 141-147.
25. McCarberg BH, Nicholson BD, Todd KH, et al. The impact of pain on quality of life and the unmet needs of pain management: results from pain sufferers and physicians participating in an Internet survey. Am J Ther. 2008; 15: 312-320.
26. Jacobsen R, Liubarskiene Z, Moldrup C, et al. Barriers to cancer pain management: a review of empirical research. Medicina (Kaunas). 2009; 45: 427-433.
27. Wang HL, Kroenke K, Wu J, et al. Predictors of cancer-related pain improvement over time. Psychosom Med. 2012; 74: 642-647.

REVIEW***Causes of acute pain undertreatment*****S. E. Amprachim¹, P. Lepetsos², L. Kourkouta³**¹ RN, MSc, MS(c) KAT Hospital Athens, ² Fourth Department of Orthopedics, KAT Hospital, Athens³ Faculty of Nursing, Alexandreio Technological Educational Institute of Thessaloniki, Greece**ABSTRACT**

The International Association of the Study of Pain (IASP) definition of pain as "an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage. Clinical pain is classified into acute and chronic. The most frequent types of acute pain are postoperative, post-traumatic, obstetric, burn pain, and pain associated with various pathologies. When acute pain fails to address, it falls into chronic. The analgesics are the mainstay in the management of pain, reducing the intensity, enhancing and promoting the comfort and improving quality of life. The purpose of this study was the reporting of causes of undertreated acute pain. Inadequate training in pain management by health professionals, the subjectivity of pain, inadequate and non- assessment, lack of infrastructure, lack of basic pharmacokinetic principles, the definition of pain as a symptom and not a disease, fear of development of addiction, fear of causing respiratory depression, poor interpersonal relationships between health professionals, patients and family, the failure of health professionals to understand the fact that the expert on the treatment of pain is the patient himself are the main causes of acute undertreated pain. Despite all the scientific progress, poor pain management remains a major public health problem. Doctors and nurses continue to undertreat pain, even in cases of patients there is the possibility of significant relief.

Key words: unremedied, under treatment, causes, barriers, pain*Citation:*

S. E. Amprachim, P. Lepetsos, L. Kourkouta. Causes of acute pain undertreatment. Scientific Chronicles 2014;19(1): 43-49