



# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



## EDITORIAL

### ¿Quo vadis dolor?

### Whither thou goest pain?

J. Insausti Valdivia<sup>a,\*</sup>, M.D. Bedmar Cruz<sup>b</sup>, C. del Pozo Martín<sup>c</sup>, D. Abejón González<sup>c</sup>, J.L. de Córdoba Benedicto<sup>d</sup>, J.L. de la Calle Reviriego<sup>e</sup>, I. Martí Acebedo<sup>f</sup>, J.R. González-Escalada Castellón<sup>g</sup>, C. Busquets Julià<sup>h</sup>, J. Sala Paya<sup>i</sup>, A. Padrol Munté<sup>j</sup>, M.L. Franco Gay<sup>k</sup>, J.M. Ramón<sup>l</sup>, J.I. Calvo Sáez<sup>m</sup>, R. Sulleiro Carnero<sup>m</sup>, L. Pezonaga Pérez<sup>m</sup>, C. Rubio Artiga<sup>m</sup>, C. de Barutell Farinós<sup>n</sup>, A.E. López Pérez<sup>o</sup>, A. Collado<sup>p</sup>, M.D. Rodrigo Royo<sup>q</sup>, J. Quero López<sup>q</sup>, P. Cía Blasco<sup>q</sup>, J.L. Rodríguez Hernández<sup>r</sup>, M. Caramés Álvarez<sup>s</sup> y R. Zueras Batista<sup>t</sup>

<sup>a</sup>Unidad del Dolor, Hospital Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

<sup>b</sup>Unidad del Dolor, Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

<sup>c</sup>Unidad del Dolor, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

<sup>d</sup>Clínica del Dolor, Centro de Enfermedades del Aparato Locomotor y Medicina del Deporte Trauma Salut, Sabadell, Barcelona, España

<sup>e</sup>Unidad para el Estudio y Tratamiento del Dolor, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>f</sup>Clínica del Dolor, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

<sup>g</sup>Unidad del Dolor, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>h</sup>Unitat de Dolor, Hospital Clínic Universitari, Barcelona, España

<sup>i</sup>Unidad Dolor, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España

<sup>j</sup>Unidad de Clínica del Dolor, Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona, España

<sup>k</sup>Clínica del Dolor, Hospital de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

<sup>l</sup>Hospital General Universitario de Elche, Elche, España

<sup>m</sup>Hospital de Navarra, Navarra, España

<sup>n</sup>Clínica del Dolor de Barcelona, Barcelona, España

<sup>o</sup>Clínica del Dolor, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>p</sup>Reumatología, Hospital Clínico, Barcelona, España

<sup>q</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

<sup>r</sup>Unidad del Dolor, Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria, Tenerife, España

<sup>s</sup>Unidad del Dolor, Las Palmas de Gran Canaria, España

<sup>t</sup>FEA Hospital Universitario de Móstoles

Disponible en Internet el 24 de mayo de 2010

El comienzo de un nuevo siglo puede ser una buena ocasión para reflexionar sobre el pasado y hacer una crítica razonable y constructiva que nos permita afrontar el futuro

con un nuevo impulso. La historia de las unidades del dolor en España prácticamente se repite en toda la extensión de la geografía: una persona interesada en el dolor inicia una actividad, en la mayoría de los casos dentro de un servicio de anestesiología y, poco a poco, la mayoría de las veces con una formación autodidacta, o con breves visitas a otros servicios, va aumentando su presencia e importancia dentro

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: j.insausti@mac.com (J. Insausti Valdivia).

de una estructura hospitalaria. La mayor o menor capacidad de cada clínica del dolor va a estar determinada por el empeño y la capacidad de esa persona, siempre sometida a la incomprensión de sus compañeros de especialidad, con los que tendrá que competir en recursos materiales y de personal, en inferioridad de condiciones, pues todos sabemos la prioridad que supone la actividad del quirófano para la administración y los propios jefes de servicio de anestesia. Este modelo que ha permitido el nacimiento de las unidades del dolor nos ha llevado, según nuestra opinión, al estancamiento de una especialidad médica que en la actualidad carece en la mayor parte de los casos de:

- Una definición de su plantilla, esta puede variar de unos días a otros, y de unas temporadas a otras, los veranos suelen ser especialmente épocas de carestía, lo que hace tremendamente difícil desarrollar un trabajo organizado y planificado. Además, al estar dentro de los servicios centrales, la competencia siempre irá a favor del quirófano, haciendo que las unidades del dolor sean el hermano pobre de la familia. En los casos excepcionales en que esta definición está realizada, el problema suele ser la falta de dimensión de la plantilla con respecto al trabajo y la población a la que se atiende. No digamos en cuanto al personal de enfermería, auxiliar y administrativo, que suelen ser otra de las graves carencias de las unidades actuales.
- Una definición de su cartera de servicios, las unidades del dolor son variopintas en su trabajo, pudiendo variar desde las que solo hacen tratamientos farmacológicos hasta las que realizan todas las técnicas intervencionistas, incluidas la implantación de neuroestimuladores y bombas de infusión, sin que esto se ajuste a una distribución territorial ni a un plan coordinado dentro de cada autonomía.
- La imposibilidad que los que nos dedicamos al tratamiento del dolor tenemos para poder trasladarnos o concursar a plazas de nuestra especialidad. Siempre tendremos que hacerlo a servicios de anestesiología, pues no existen plazas definidas para el tratamiento del dolor.
- La formación de los médicos dedicados al dolor no existe, no hay una definición de la especialidad, y la famosa área de capacitación lleva años estancada, sin que parezca que los interesados, sobre todo la Sociedad Española del Dolor pueda llevarla a buen fin. La totalidad de los facultativos que actualmente trabajan en las unidades del dolor no tienen ningún título que acredite sus conocimientos y capacidad profesional, siendo paradójico que muchos anestesiólogos de un día para otro se sienten a pasar una consulta del dolor crónico con unos conocimientos adquiridos durante su residencia que se limitan a una rotación de dos meses por una unidad del dolor.

Esto es lo que nos ofrece el modelo actual, un panorama desolador, en el que algunos médicos después de superar años de incomprensión, peleas con sus propios compañeros de servicio, su jefe de servicio, sus directores médicos y sus gerentes, en el mejor de los casos han conseguido una clínica del dolor donde se trabaje de manera más o menos acertada, cuando no han arrojado la toalla y dedicado a temas menos exigentes desde el punto de vista personal y profesional.

Mientras tanto, nuestra sociedad se adentra en el siglo XXI, demandando cada vez mejores cuidados, que permitan que el alargamiento de la esperanza de vida de nuestros ciudadanos se acompañe de los medios adecuados para hacer que su calidad de vida se adecue a sus expectativas. Un sistema sanitario moderno tiene que hacer frente a estos retos, no solo conseguir con la medicina asistencial que los pacientes vivan más, sino que los años vividos no estén marcados por el dolor y el sufrimiento. Este es el reto que tiene que afrontar una especialidad como la del tratamiento del dolor y, para esto, los que nos dedicamos a ella, creemos que es urgente que se pongan en marcha las siguientes acciones:

1. Que las unidades del dolor se separen estructuralmente de los servicios de anestesiología y de reanimación o de otros servicios de los que dependan, que se definan sus plantillas y dejemos de competir en recursos de personal con ellos, esto permitirá estabilizar nuestro trabajo, conseguir facultativos dedicados a una actividad fija y que no tengan que compatibilizar dos especialidades al mismo tiempo. A su vez, conseguiremos que el personal facultativo tenga una mejor formación, pueda profundizar en el conocimiento de las materias específicas de esta área de conocimiento y pueda dedicar sus energías al estudio, al tratamiento y a la investigación en nuestra especialidad. Esto permitiría, asimismo, poder realizar traslados de unos hospitales a otros, como ocurre con el resto de las especialidades médicas.
2. Que se ponga en marcha definitivamente el área de capacitación en dolor, que los futuros médicos que trabajen en unidades del dolor tengan la posibilidad de formarse en una especialidad que cada vez requiere mayores conocimientos y habilidades técnicas, lo que garantizará a todos los ciudadanos que acudan a una clínica del dolor la ecuanimidad a la hora de ser tratado por un especialista que al menos cumplirá unos mínimos recogidos en el currículum de la especialidad.
3. Que se defina claramente cuál debe ser la cartera de servicios de las unidades del dolor. Hagamos comprender a la administración que una consulta con un letrado en la puerta y un señor sentado expidiendo recetas de fármacos no es una clínica del dolor. Llevamos años llenándonos la boca con la palabra «multidisciplinario», pero las unidades del dolor que cumplen este criterio en nuestro país se pueden contar con los dedos de una mano, ya va siendo hora de que definamos lo que significa esta palabreja y la pongamos en práctica. Que cualquier ciudadano, viva en la región donde viva, tenga la posibilidad de acceder a una clínica del dolor donde se pueda dar respuesta a sus problemas, sin tener que desplazarse a cientos de kilómetros, en el mejor de los casos, o en el peor, a salir de una consulta con una receta que difícilmente le va a solucionar su padecimiento.
4. Que se elaboren planes territoriales de tratamiento del dolor, en los que se establezcan los diferentes niveles de tratamiento, desde la medicina primaria hasta la clínica del dolor multidisciplinaria, cuál debe ser el circuito, cuáles las estructuras habilitadas para atender al paciente y cuáles los centros de referencia para conseguirlo. El tratamiento del dolor debe empezar en la asistencia primaria, pero este nivel asistencial no puede dar respuesta a una gran cantidad de pacientes cuyo problema

de dolor crónico es complejo, y que van a requerir de un tratamiento multidisciplinario. No se pueden admitir planes de tratamiento del dolor en los que no se contemple la existencia de la clínica del dolor de referencia, donde se puedan ofrecer al paciente todas las posibilidades terapéuticas que existen hoy en día con una eficacia y evidencia bien fundamentadas.

Los abajo firmantes, médicos que trabajamos en unidades del dolor, realizamos un llamamiento a la

Sociedad Española del Dolor, como representante de los especialistas de nuestro país, para que inicie ante las autoridades competentes, nacionales, autonómicas y locales las gestiones necesarias encaminadas para poner en marcha los puntos arriba expresados, sabiendo que tendrá detrás el apoyo de la gran mayoría de los especialistas que en este momento nos dedicamos al tratamiento del dolor y que estamos dispuestos a movilizarnos para conseguir estos objetivos.