

¿Por qué las Unidades del Dolor deben ser multidisciplinarias?

Las razones por las cuales las Unidades del Dolor deben ser multidisciplinarias son muchas y variadas y las podemos dividir entre otras en: históricas, taxonómicas, curriculares, fundacionales y funcionales.

Las razones históricas se obtienen de los libros publicados por Bonica en los años 1953 y 1990 (1,2), en los que ya se hacía referencia explícita a la necesidad de la multidisciplinariedad de las Unidades del Dolor debido a la complejidad en los síndromes dolorosos que se tenían que resolver y las implicaciones neuroanatómicas, neuroquímicas y psicológicas de los diferentes síndromes dolorosos. El tiempo le ha dado la razón sin ninguna discusión.

Desde el punto de vista taxonómico la necesidad de una clasificación de los distintos síndromes de dolor crónico en los que participaban distintas especialidades médicas ya fue solicitado por Bonica en 1979 en un "Editorial" en la revista *Pain* (3), con la finalidad de que fuera útil a todos aquellos investigadores que trabajaran en este campo. Según Bonica, aunque las definiciones no fueran perfectas, al menos serían más útiles que la torre de Babel en que se encontraban los investigadores a en aquella época a la hora de definir y clasificar el dolor. La clasificación no debía ser definitiva y cerrada sino todo lo contrario, permitiendo su modificación en función de los avances que se produjeran en la materia.

Los especialistas involucrados en el campo del estudio y manejo del dolor debían contar con una clasificación que permitiera por un lado ordenar su propios datos, identificar diferentes enfermedades y síndromes y poder comparar sus experiencias con otros investigadores. Los estudios epidemiológicos, etiológicos, pronósticos y el desarrollo de conductas terapéuticas adecuadas dependen de que exista una correcta clasificación clínica aceptada por todas las partes involucradas. Además, los servicios médicos se benefician de la existencia de una sistematización en los diagnósticos. En la medicina privada en general, era preciso contar con clasificaciones homologadas que permitieran el pago de los servicios prestados por entidades médicas o por médicos con ejercicio libre (4).

Está completamente asumido actualmente que el dolor crónico es diferente al dolor agudo. Así, el dolor crónico, es aquel que se extiende más allá del tiempo normal de curación de un determinado cuadro médico. Generalmente dura más de seis meses. En la clínica diaria, el punto de inflexión entre un dolor agudo y crónico se encuentra en los tres meses. Desde el punto de vista de la investigación, se considera dolor crónico a todo aquel que persiste a los seis meses.

Muchos síndromes de dolor crónico son tratados como tal aunque su causa original no haya curado. Como ejemplos destacan la osteoartritis, artritis reumatoide, estenosis del canal raquídeo, atrapamientos nerviosos y los carcinomas metastáticos. Además, el

descubrimiento de la plasticidad neuronal en respuesta a las lesiones del sistema nervioso indica que el tiempo normal de curación puede prolongarse más allá de lo esperado. Algunas de esas lesiones no pueden ser detectadas actualmente incluso por los métodos más modernos de imágenes médicas (4).

La clasificación del dolor crónico realizada por la *International Association for the Study of Pain* (IASP), en su segunda edición del año 1994 (4), destacaba ya cómo otras sociedades médicas también habían realizado un esfuerzo clasificador de las enfermedades que causaban dolor crónico. Así, en 1962, el *Ad Hoc Committee on Headache of The American Medical Association* editó una clasificación extensa de los distintos tipos de cefaleas (5). Igualmente, en 1973, la *American Rheumatism Association*, publicó su clasificación de síndromes dolorosos relacionados con su especialidad (6).

En un intento por tener un lenguaje común entre las diferentes especialidades en el campo del dolor, Merskey publicó, en 1983 en el libro de ponencias del “*Third World Congress on Pain*”, un artículo que fue capital para la unificación de los síndromes dolorosos (7).

Si se estudian todas las publicaciones referenciadas hasta el momento en este “editorial”, se observa cómo el manejo del dolor crónico es siempre multidisciplinar siendo imposible que una sola persona, y mucho menos una especialidad, abarque el inmenso campo del dolor crónico.

Una mirada al “*Core Curriculum For Profesional Education in Pain*” en su segunda edición (8), editado igualmente por la IASP en 1997, nos indica cómo los temas para la formación de especialistas en tratamiento del dolor abarcan desde la anatomía y farmacología hasta la ética en el manejo e investigación del dolor. Los especialistas que fueron consultados eran de diferentes ramas de la medicina y la cirugía. En este grupo destacan en un número muy superior los Anestesiólogos, lo que ha podido dar lugar a concepciones diferentes en España de lo que deberían ser las Unidades del Dolor como veremos más adelante.

En 1996 la IASP publica un libro titulado *Pain Treatment Centers at a Crossroads: A Practical and Conceptual Reappraisal*, editado por un psiquiatra (Mitchell Cohen) y un neurocirujano (James Campbell) (9). En él, se puede observar cómo los distintos capítulos son escritos por especialistas de diferentes especialidades médicas. La Anestesiología, la Medicina Interna, la Neurobiología, la Neurocirugía, la Neurología, la Psicología, la Psiquiatría y la Rehabilitación, participan en los centros de tratamiento del dolor. Un dato que debo destacar como neurocirujano es que en este libro se describe cómo ya en 1975 se creó en el Hospital John Hopkins de Baltimore el *Multidisciplinary Pain Center* dirigido por el neurocirujano Donlin Long, integrando ya la psicología y la psiquiatría en el organigrama del centro. La multidisciplinariedad ya es destacada desde esas fechas y se hace énfasis especial en que los médicos que manejan pacientes con dolor crónico deben tener los suficientes conocimientos para realizar diagnósticos y técnicas intervencionistas y que todas estas habilidades deberían ser integradas en un programa específico de entrenamiento. Se establecía que al campo del manejo del dolor se podía llegar por diferentes vías pero el entrenamiento específico postgrado era obligatorio.

Llegados a este punto debemos analizar la situación que hemos tenido en España en los últimos años y hacia dónde nos dirigimos en la actualidad.

La primera Unidad “oficial creada en España fue la “Unidad para el Estudio y Tratamiento del Dolor” del Hospital 12 de Octubre en Madrid y se creó con carácter multidisciplinar por una disposición de la Dirección General del Insalud de 28 de noviembre de 1981, siendo su primer director el Dr. José Luis Madrid Arias. Este

camino que abría la posibilidad de nuevas unidades no se continuó por diferentes razones. La primera, a mi juicio, la insensibilidad de las Direcciones Médicas y las Gerencias de aquella época en la mayoría de la red hospitalaria del estado, que no estaban dispuestas a facilitar zonas específicas del hospital para ubicar las unidades y menos a “liberar facultativos”, “principalmente anestesiólogos”, para que aportaran su trabajo en este campo. La segunda razón fue la adopción inmediata de la idea de las Unidades del Dolor por parte de los Servicios de Anestesia y Reanimación que añadieron rápidamente el término de “Terapia del Dolor” para definir su especialidad, aunque esto no ha sido nunca admitido como titulación oficial. Al mismo tiempo los neurocirujanos, que en aquella época eran un número importante, dedicados al campo del dolor crónico con las técnicas ablativas al uso y el despegue incipiente de la neuroestimulación medular y cerebral y la infusión espinal de morfina para el dolor oncológico, dado el empuje de los anestesiólogos, comenzaron a abandonar el barco común o se atrincheraron en sus servicios.

La Sociedad Española del Dolor (SED) que nació posteriormente gracias al empuje de varios anestesiólogos y neurocirujanos, en un número bastante paritario si no recuerdo mal en el acto fundacional en Madrid el 20 de Mayo de 1990, lo hizo siguiendo (copiando y traduciendo) los estatutos de la IASP, definiéndose por lo tanto como una sociedad multidisciplinaria. No obstante, como ya se ha mencionado, varios condicionamientos evitaron que se cumplieran las líneas maestras definidas por la IASP y de la que la SED era el capítulo Español.

Hasta hace muy poco tiempo, las Juntas Directivas de la SED, integradas mayoritariamente por Anestesiólogos (Jefes de Servicio de Anestesia o Jefes de Unidad), no contemplaban llevar a sus últimas consecuencias el mandato de la IASP, que hacía mención explícita a la multidisciplinaridad de las mismas, lo que permitiría que el “Jefe de la Unidad” pudiera ser cualquier facultativo integrado en el equipo, sin que inevitablemente fuera “un anestesiólogo designado”, o el Jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación correspondiente.

Afortunadamente, la razón se ha impuesto finalmente y las últimas Juntas Directivas de la SED, representadas en sus Presidentes y Secretarios, apoyan al máximo nivel la multidisciplinaridad de las actuales unidades del dolor. Para ello, han efectuado una inmensa labor personal e institucional a todos los niveles: primero para conseguir el reconocimiento de las Unidades dentro de los hospitales públicos; segundo, conseguir su dotación y autonomía de gestión, así como definir los distintos modelos de Unidades del Dolor que podrán ser acreditadas en España; y finalmente, preconizar la “independencia” absoluta de cualquier servicio o departamento. Queda muy claro no obstante para el futuro, que los anestesiólogos tendrán siempre un protagonismo preponderante en las “nuevas unidades” dada la preparación médica e intervencionista de su especialidad y el número tan elevado de nuevos especialistas formados cada año. No obstante, otros especialistas en virtud de su liderazgo o preparación científica podrán optar a dirigir esas nuevas unidades del dolor crónico.

Recientemente se ha presentado en el Ministerio de Sanidad una propuesta de “Área de Capacitación Multidisciplinar en Tratamiento del Dolor”, firmada por varias sociedades científicas como son: la Sociedad Española del Dolor (SED), la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC), la Sociedad Española de Medicina General (SEMERGEN), la Sociedad Española de Rehabilitación y la Sociedad Española de Reumatología (SER). Este proyecto lo que viene a confirmar es la aceptación definitiva de los postulados de la IASP mencionados a lo largo de este editorial, así como la necesidad de que exista un programa de formación específico postgrado y postespecialidad a desarrollar en “Unidades Acreditadas” (10), que permita alcanzar un nivel uniforme de conocimientos de todos aquellos especialistas que quieren dedicarse fundamentalmente al manejo del dolor crónico.

En definitiva, no creo haber llegado a ninguna conclusión, sino que me he limitado exponer lo que ya hace muchos años otros ya definieron y muy posiblemente nosotros, o los que nos precedieron, no supieron ver o no pudimos materializarlo. La multidisciplinaridad de las Unidades del Dolor Crónico es una obviedad actualmente y estamos llamados todos los miembros de la SED, directivos o no, a luchar por ella con todas nuestras fuerzas por el bien exclusivo de nuestros pacientes actuales y futuros.

F. J. Robaina

Servicio de Neurocirugía y Unidad del Dolor Crónico.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonica JJ. The Management of Pain. Philadelphia: Lea and Febiger, 1953.
2. Bonica JJ. The Management of Pain. 2nd ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1990.
3. Bonica JJ. The need of a taxonomy (editorial). Pain 1979; 6: 247-52.
4. Classification of Chronic Pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2nd ed. IASP Press, 1994.
5. Friedman AP, Finley KH, Graham JR, Kunkle CE, Ostfeld MO, Wolff HG. Classification of headache. Special report of the Ad Hoc Committee. Arch Neurol 1962; 6: 173-6.
6. American Rheumatism Association. Primer on the Rheumatic Diseases. 7th ed. Prepared by a Committee of the American Rheumatism Association Section of the Arthritis Foundation. Reprinted from GP. Rodman, C. McEwan and S.L. Wallace. eds. JAMA, 1973; 5 (Supl.): 224.
7. Merskey H. Development of a universal language of pain syndromes. In: Bonica JJ, Limblond U, Iggo A, eds. Proceedings of The Third World Congress on Pain. Advances in Pain Research and Therapy. Vol. 5. New York: Raven Press, 1983. p. 37-52.
8. Fields HL. Core Curriculum For Professional Education in Pain. 2nd ed. Task Force on Professional Education. IASP Press, 1995; 7.
9. Cohen MJ, Campbell JN, ed. Pain Treatment Centers at a Crossroads: a practical and conceptual reappraisal. Progress in Pain Research and Management. IASP Press, 1996.
10. Bases de la SED para la Acreditación de las Unidades de Tratamiento del Dolor. Rev Soc Esp del Dolor 2004; 11: 461-4.