

## OPINIÓN

Vol. 32. No. 2 Abril-Junio 2009  
pp 138-141

## Importancia de la rotación en una clínica del dolor. Perspectiva de un anestesiólogo

Dr. Julio César González-Ortiz\*

\* Médico Anestesiólogo. Residente de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología.

*Solicitud de sobretiros:*

Dr. Julio César González-Ortiz  
Huamantla no. 1001  
Col. Progreso, Macuiltepetl. Jalapa, Veracruz,  
CP 91130  
E-mail: glezor@hotmail.com

*Recibido para publicación:* 17-12-08*Aceptado para publicación:* 02-01-09*El arte de la vida es el arte de evitar el dolor.*

Thomas Jefferson (1743-1826)

Al iniciar y adentrarse en el mágico mundo de la anestesiología, desde nuestros primeros años como residentes, comenzamos una lucha constante contra la muerte y el dolor. Nunca imaginamos –quizá– tener una vida en nuestras manos; y mucho menos, que ésta dependiera de lo que aprendemos y realizamos dentro de nuestra formación médica. Mantener a una persona viva, tolerando el estímulo quirúrgico y sin dolor ¡Menuda tarea!

Antes de iniciar la residencia médica, tuve la oportunidad de conocer el programa operativo de anestesiología basado en el PUEM (Plan Único para Especialidades Médicas)<sup>(1)</sup>, encontrando algunos puntos con los que no estaba familiarizado, además de, evidentemente, nueva terminología, tal es el caso de: gases, vaporizadores, circuito Bain, mascarilla laríngea, entre otros. Una vasta cantidad de vocablos que más adelante iría conociendo, adoptando y dominando. Todos ellos enriquecerían mi formación como médico y especialista.

Frecuentemente nos referimos a la palabra «formación» en términos profesionales o personales. Sin embargo, en muchas ocasiones este término tan claro para unos, no lo es para otros. De ahí que sea conveniente tenerlo presente. La

palabra formación proviene del verbo latino *formatio* que significa dar forma<sup>(2)</sup>. Definiendo ampliamente este concepto nos dice DeLella (1999), que la formación es un «*Proceso permanente de adquisición, estructuración, reestructuración de conductas* (conocimientos, actitudes, habilidades, valores) *para el desempeño de una determinada función*»<sup>(3)</sup>.

La formación del residente de anestesiología se realiza en hospitales de provincia y en las grandes urbes con programas de postgrado<sup>(4)</sup> orientados a adquirir conocimientos transitorios para aprobar un examen y obtener un diploma, como medida de aprendizaje para perfeccionarse como profesionales en el ámbito de la anestesiología y como ser humano. En suma, adquirir conocimientos para la vida. Sin embargo, esto no siempre se lleva a cabo.

Durante nuestra formación nos damos cuenta de que estamos llenos de carencias, y los esfuerzos por destacar y salir adelante –algunas veces– se ven truncados por las mismas limitaciones intrahospitalarias, hospitales de 2º nivel, falta de recursos, todavía aún mayor, la falta de interés y preparación docente de algunos de nuestros médicos adscritos<sup>(5)</sup>. Gallardo-Candelas et al, mencionan que «el profesor juega un papel decisivo en la transmisión de la información y reproducción de las condiciones históricas y sociales en las que se ve inmerso», resaltando además que no todos

los profesores que participan en la formación de nuevos especialistas cuentan con una preparación adecuada, lo que sin duda repercutirá en nuestra formación al adquirir conocimientos en forma pasiva (tradicional) e irreflexiva, basados en un cúmulo de información obtenida en el aula, que no corresponde a lo que se vive diariamente<sup>(6)</sup>.

En la Ley General de Salud se establece en el capítulo III, respecto a la formación, capacitación y actualización del personal, que las Secretarías de Salud y de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, impulsarán y fomentarán la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos, incluyendo a los médicos en residencias de especialización<sup>(7)</sup>. Sin embargo, en la Norma Oficial Mexicana (NOM 090-SSA1-1994) para la organización y el funcionamiento de las residencias médicas<sup>(8)</sup>, no se contemplan las rotaciones por servicios clínicos con los que no cuenten las unidades sedes. Con esto, fomentan que los programas operativos de cada Universidad e Institución de Salud sean realizados de manera incompleta –con grandes deficiencias en la formación de recursos humanos–, pues carecen a menudo de áreas de aplicación clínica: cirugía cardiovascular, neurocirugía, etc. ¡Recordemos que no todo se aprende leyendo!, «la mezcla de teoría y práctica es lo que conduce al buen juicio o arte de la práctica de la medicina»<sup>(9)</sup>. Este fenómeno tiende a limitar a muchos de nuestros colegas, pues a pesar de pertenecer a colegios de especialidad no hay un estándar en el nivel de entrenamiento de los residentes que egresan en el país.

Matadamas y Hernández (2007), mencionan que la relación pedagógica que se establece en la enseñanza y aprendizaje de la clínica se asemeja al modelo de la enseñanza artesanal –el artesano se forma trabajando– con su respectivo impacto formativo de «aprender haciendo»<sup>(10)</sup>. Por el contrario, en el arte de la anestesiología, el especialista se forma leyendo, investigando, analizando, comprendiendo, auscultando, percutiendo, palpando, inspeccionando, reflexionando, diferenciando, diagnosticando, planeando, manejando, haciendo, repitiendo y dominando. Sin suplir alguno de estos puntos, olvidándonos del ensayo-error, el «ojo clínico», y por supuesto, de la «amplia experiencia» –no publicada– de algunos de nuestros tutores.

Cabe señalar que no se está generalizando con esta situación; no en todos los hospitales se viven estas limitantes. Algunos hospitales de provincia e incluso de las grandes ciudades completan la formación de los médicos residentes, mediante las actividades clínicas en Hospitales Generales de Zona, Institutos Nacionales, etc, contemplando en sus programas operativos rotaciones en instituciones que nos permiten conocer de cerca y con otro enfoque de enseñanza-aprendizaje la responsabilidad de nuestra profesión. Dicho con otras palabras, comprometiéndose con la excelencia

educativa del <<Profesionalismo>> médico (Elizalde, 2007)<sup>(11)</sup>.

Cuando leí acerca de las clínicas del dolor y el papel que tuvo un anestesiólogo, el Dr. John J. Bonica para su fundación en 1946 en la ciudad de Seattle<sup>(12-14)</sup>, analicé un comentario publicado por el Dr. José Antonio Carrasco, titulado: «Por qué leer un artículo de medicina del dolor y paliativa»<sup>(15)</sup>; llamó tanto mi atención que, inmediatamente, comencé a investigar acerca del desarrollo del alivio y prevención del dolor en nuestro país. Logré saber que existía un libro escrito por el Dr. Vicente García Olivera «Padre de la Algología en México» en donde narra parte de su vida y la forma en la que, debido al padecimiento de cáncer de mama en una de sus tías, conoció de cerca al dolor durante los 6 meses en que ésta se mantuvo en agonía, hasta que la muerte llegó. Sin duda, un recuerdo que lo acompañó durante toda su vida, y por lo que decidió viajar hasta sitios distantes de la Unión Americana con el fin de perfeccionar sus técnicas en el difícil arte del alivio del dolor<sup>(16,17)</sup>.

Tan pronto tuve el «Anecdotario de un Anestesiólogo» en mis manos, traté de entender esta pasión. ¡Qué difícil resultaba saber que durante mi formación como médico general no se había mencionado en alguna asignatura el término «Algología», «Clínica del dolor» y mucho menos «Cuidados Paliativos»! ¡Qué difícil resultaba saber que durante 5 años de universidad y un año de internado, nada se hubiera mencionado sobre el manejo especializado del dolor! Afortunadamente durante mi programa operativo de especialidad se contemplaba la rotación por la clínica del dolor, servicio con el que no se contaba en mi hospital sede y que por cuestiones administrativas y, por fortuna personal –después de mucho insistir–, tuvo que ser cambiada al Instituto Nacional de Cancerología en la Ciudad de México. ¡Qué importante era esto! si tomamos en cuenta que en el ejercicio de la anestesiología institucional y/o privada seguramente me encontraría con alguno de los 30 millones de mexicanos que se calcula padecen de dolor crónico<sup>(18)</sup>, más los 5 a 11% de los pacientes postoperados que desarrollan dolor severo<sup>(19)</sup>.

Al fin llegó el día, me presenté al Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCAN, dirigida por el Dr. FIPP. Acad. Ricardo Plancarte Sánchez, impulsor indiscutible en la creación de las Clínicas del Dolor en México, y cuya contribución mundial mediante la publicación de diversas técnicas para el alivio de éste, tales como: la inhibición del plexo hipogástrico superior<sup>(20,21)</sup> y la inhibición del ganglio de Walther<sup>(22,23)</sup>; entre otras<sup>(24)</sup>, marcaron un parteaguas en el intervencionismo internacional, logrando que nuestro país fuera reconocido y mencionado en congresos, revistas, capítulos de libros, etc. como una de las principales escuelas para el estudio y tratamiento del dolor no sólo a nivel nacional; sino, internacional<sup>(25)</sup>, comparándose

al Dr. Plancarte con hombres célebres de la Algología; como Bonica, Melzack-Wall, Prithvi Raj, Menno E. Sluijter y Gabor Racz<sup>(26)</sup>; ya que sus publicaciones constituyen una lectura obligada, además de servir como referencia en las nuevas investigaciones en este campo. Sin duda, «el Algólogo que México le dio al mundo, para el alivio del dolor».

El conocer las bases fisiopatológicas del dolor, los diferentes tipos y la forma en la que se manejan de acuerdo a la escalera analgésica de la OMS, las terapias farmacológicas y no farmacológicas, así como los procedimientos intervencionistas diagnóstico-pronóstico y terapéuticos que un anestesiólogo entrenado y especializado puede realizar por las personas que padecen este horrible síntoma y/o enfermedad<sup>(27-30)</sup>, cambió mi forma de ver la medicina y la vida misma. Como lo documenta Hallenbeck y Bergen (1999)<sup>(31)</sup>. El conocer de manera directa al paciente, su sufrimiento y el de sus familiares con el desgaste físico, mental y emocional que todo esto conlleva, hizo que reflexionara en mucho de lo aprehendido durante la residencia. ¡Indiscutiblemente necesitamos una formación clínica en alguna institución que cuente con el servicio de Clínica del Dolor; y por supuesto, necesitamos gente especializada

para difundir el alivio del dolor, dentro y fuera de nuestras fronteras!

Hoy en día, me he propuesto fomentar la cultura del alivio del dolor. ¡Estoy convencido que para generar y fomentar la creación de más clínicas del dolor, es necesario una preparación y formación adecuada mediante la implementación de la materia de Algología desde la educación universitaria! Así como la de establecer rotaciones con carácter de obligatorio, en instituciones sin este tipo de servicio desde los primeros años de la especialidad. ¡Ojalá que, algún día, la propuesta del Dr. Aréchiga-Ornelas sobre la creación de hospitales sin dolor<sup>(32)</sup>, sea escuchada y se lleve a cabo! ¡Ojalá que en un futuro próximo nuestra formación como anestesiólogos sea completada de esta manera, para que podamos contribuir a tener un México sin dolor! ¡Llamemos, pues, a la reflexión de las autoridades universitarias y a nuestros colegas! ¡Unámonos y luchemos juntos por este fin!

## AGRADECIMIENTO

Agradezco el entusiasmo de mi maestro Dr. David Reyes Chiquete para la elaboración de este escrito.

## REFERENCIAS

1. Aréchiga UH, Ruiz PL, Oliver PS, Sánchez RR, et al. El Plán Único de Especializaciones Médicas de la Facultad de Medicina. Rev Fac Med UNAM 2000;43 [Disponible en internet: [http://www.fmposgrado.unam.mx/espmed/normas/Normas\\_operativas.pdf](http://www.fmposgrado.unam.mx/espmed/normas/Normas_operativas.pdf)] Fecha de última consulta: 14 de octubre de 2008.
2. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española. 22ª Edición. Disponible en Internet: [www.rae.es](http://www.rae.es) Fecha de consulta: 15 de octubre de 2008.
3. De Lella C. Modelos Tendencias de la Formación Docente. I Seminario Taller sobre perfil del docente y estrategias de formación. Lima, Perú. 1999. Disponible en: [www.oei.es/cayetano.htm](http://www.oei.es/cayetano.htm) Fecha de última consulta: 15 de octubre de 2008.
4. Ávila EI, Ontiveros MP, Torres BV. De la Residencia a la Práctica Profesional. Anestesia en México. Anest Mex 2004;16. Disponible en [http://www.anestesiaenmexico.org/RAM2/rinon\\_residentes/RAM2.2004de\\_la\\_residencia\\_a\\_la\\_practica\\_profesional.html](http://www.anestesiaenmexico.org/RAM2/rinon_residentes/RAM2.2004de_la_residencia_a_la_practica_profesional.html)
5. Ontiveros MM. Por qué me gusta siempre trabajar con mi médico base. Anestesia en México 2004;16:57-61. [Disponible en internet: <http://www.anestesiaenmexico.org/RAM1/Art/Residentes/RAM1-12.2004.PATY.RinconResidentes.pdf>] Fecha de última consulta: 14 de octubre de 2008.
6. Gallardo CS, Loria CJ, Rivera ID. Un acercamiento a la postura educativa de profesores de anestesiología. Rev Mex Anest 2007;30:242-246.
7. Ley General de Salud. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Últimas reformas DOF 14-07-2008. [Disponible en internet: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>] Fecha de última consulta: 14 de octubre de 2008.
8. NOM-090-SSA1-1994 Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas [Disponible en internet: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/090ssa14.html>] Fecha de última consulta: 14 de octubre de 2008.
9. Kershenovich D. El médico residente como alumno y como profesor. Disponible en [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/jun01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/jun01_ponencia.html) Fecha de última consulta: 14 de octubre de 2008.
10. Matadamas ZC, Hernández JJ. La enseñanza de la clínica y la pedagogía artesanal. Rev Fac Med UNAM 2007;50:135-136 [Disponible en internet: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-facmed/e-un2007/e-un07-3/em-un073j.htm>] Fecha de última consulta: 14 de octubre de 2008.
11. Elizalde GJ. La enseñanza de la anestesiología. Rev Mex Anest 2007;30:S251-S253.
12. Bonica JJ. The management of pain. Vols. 1 and 2. 2nd edition. Philadelphia, PA, USA: Lea and Febiger;1990.
13. Covarrubias GA. Las clínicas del dolor en México. Rev Mex Anest 2008;31:66-70.
14. Pérez CJ, Abejón D, Ortiz J, et al. El dolor y su tratamiento a través de la historia. Rev Soc Esp Dolor 2005;12:373-384.
15. Carrasco RJ. Por qué leer un libro sobre medicina del dolor y paliativa. Rev Mex Anest 2004;27:7-9.
16. García OV. El inicio de la clínica del Dolor. Rev Mex Algología 2008;10:15.
17. García OV. Anecdotario de un Anestesiólogo. Ed. Piensa S.A de C.V. 1998. México D.F.
18. Covarrubias-Gómez A. Papel del anestesiólogo en el manejo del dolor crónico. Rev Mex Anest 2008;31: S235-S237.
19. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, DeLille-Fuentes R, Hernández OA, Carrillo-Esper R, Moyao-García D. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. Cir Ciruj 2005;73:223-232.
20. Plancarte SR, Amezcua C, Patt R. Superior hypogastric plexus block for pelvic cancer pain. Anesthesiology 1990;73:236.
21. Plancarte R, Amezcua C, Aldrete JA. Hypogastric plexus block. Retroperitoneal approach. Anesthesiology 1989;71:739.

22. Plancarte R, Amescua C, Patt RB. Presacral blockade of the ganglion of Walther (ganglion impar). *Anesthesiology* 1990;73: 751-752.
23. Plancarte SR, Guajardo RJ, Guillén NR. Superior hypogastric plexus block and ganglion impar (Walther). *Tech Reg Anesth Pain Manage* 2005;9:86-90.
24. Vallejo R, Plancarte RS, Benyamin RM. Anterior cervical approach for Stellate Ganglion and T2 to T3 Sympathetic blocks: a novel technique. *Pain Parct* 2005;5:244-248.
25. Covarrubias GA. Las clínicas del dolor en México. *Rev Mex Anest* 2008;31:66-70.
26. Ibarra E. Una nueva definición de «Dolor». Un imperativo de nuestros días. *Rev Soc Esp Dolor* 2006;2:65-72.
27. Pérez CJ, Abejón D, Ortiz J, et al. El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:373-384.
28. Plancarte SR, Guajardo RJ, Guillén NR. Superior hypogastric plexus block and ganglion impar (Walther). *Tech Reg Anesth Pain Manage* 2005;9:86-90.
29. Plancarte SR, Mille LE, Mayer RF. Manejo del dolor en cáncer. *Cir Ciruj* 2002;70:356-368.
30. Guevara LU. Fisiopatología y terapéutica del dolor perioperatorio. *Rev Mex Anest* 2008;31:S231-S234.
31. Hallenbeck JL, Bergen MR. Medical resident inpatient hospice rotation: Experiences with dying and subsequent changes in attitudes and knowledge. *Journal of Palliative Medicine* 1999;2:197-208.
32. Aréchiga OG. Nuevos conceptos en la certificación del dolor. *Institucionalizando el Alivio del Dolor. Anestesia en México* 2005:17 [Disponible en internet: [http://www.anestesiaenmexico.org/RAM5/docs/nuevos\\_conceptos\\_certificacion.html](http://www.anestesiaenmexico.org/RAM5/docs/nuevos_conceptos_certificacion.html)] Fecha de última consulta: 14 de octubre de 2008.