

CÁDIZ

De cerca

Más allá del analgésico. Es un 'painkiller' del nuevo tiempo y su trabajo contra el dolor le acaba de valer situarse entre los 50 mejores médicos privados de España en el Top Doctor Award

José Manuel Trinidad

ANESTESIÓLOGO Y DIRECTOR DEL INSTITUTO CONTRA EL DOLOR

“De pequeño era aprensivo y muy quejica y, al final, me he dedicado a aliviar el dolor”

JOSÉ Manuel Trinidad (Cádiz, 1980) acaba de ser distinguido como uno de los 50 mejores médicos de España del sector privado en la quinta edición de los Top Doctor Awards, que son una especie de *oscar*s cuyo principal valor está en poder dar a conocer la investigación y el trabajo de profesionales que de otro modo tendrían difícil hueco en los medios de comunicación generalistas. En el caso de Trinidad se premia un campo que ha avanzado enormemente en las dos últimas décadas y que tiene en Cádiz una unidad muy desarrollada para combatir el dolor. Hijo de maestros, del barrio de La Laguna, Trinidad es uno de los afortunados ejemplos de talento, no son muchos, que se queda en la provincia pese a las posibilidades que ofrece la fuga.

—Estudió en San Felipe. Dígame cuántos de sus compañeros de pandilla que cuentan con preparación superior siguen en Cádiz.

—Yo soy el único. Seguimos en contacto y nos vemos a menudo, pero en mi caso, de mi grupo, sólo me he quedado yo.

—¿Por qué no le dio por irse?

—En realidad, sí me fui. Estudié Medicina en Cádiz, pero en cuanto pude hice un erasmus en Roma, luego un rotatorio en Santander... He estado en bastantes sitios, pero lo que me marcó fue una estancia en la clínica Puerta de Hierro, cuando ya me había decantado por ser anestésista, pero jamás había pensado en dedicarme al dolor, pese a que anestesia y dolor, evidentemente, son términos muy vinculados. Allí conocí al doctor Abejón y unas técnicas absolutamente novedosas para mí. Yo ha-

bía trabajado con el tratamiento del dolor con fármacos y había aprendido mucho con el doctor Torres, jefe de anestésistas, en el Puerta del Mar. Pero Abejón miraba el dolor de otra manera, lo manejaba de una forma diferente y lo atacaba allí donde se producía. La reacción primera es decir voy a quedarme en Madrid porque lo que se hace aquí es fantástico, pero lo que realmente pensé fue que iba a volver a Cádiz, que es donde más a gusto estoy, y voy a aplicar y desarrollar todo lo que he aprendido. Hemos asistido en los últimos veinte años a una revolución en el tratamiento del dolor y participo en ella y lo hago desde mi tierra. Es muy estimulante.

—¿Pensó desde el primer momento en dedicarse al sector privado?

—En absoluto, ni se me pasaba por la cabeza. Había hecho un buen MIR y había podido elegir el Puerta del Mar. Ahí empezamos a desarrollar una unidad del dolor. Contábamos con el apoyo de la gerencia y había mucha ilusión. Metimos radiofrecuencia y otras técnicas. Y entonces llegó la crisis. En 2011 se aplicó el sistema ese del 75% del sueldo y del trabajo, y yo no me veía quedándome en casa un día de trabajo con los brazos cruzados porque me imponían trabajar sólo un 75% de mi tiempo. Decidí entonces llenar ese tiempo vacío en el sector privado sin olvidarme de lo público porque creo en la sanidad pública, donde hay grandes profesionales.

—Se hizo empresario. Eso era nuevo.

—Hay médicos que se creen que saben de todo. Ya te digo que yo no. Yo sé de lo que sé y, desde luego, de montar una empresa no tenía ni



José Manuel Trinidad.

idea. Me apoyé en quienes sabían, me dejé asesorar. Mi primera preocupación era llegar al paciente, que el paciente supiera que yo estaba allí, que si te dolía algo no te tenías por qué aguantar. Esa parte comunicativa la he cuidado mucho a través de las redes sociales. Alguno puede pensar que tiene algo de presunción, pero no es así en abso-

luto. Yo, de hecho, las redes sociales sólo las utilizo para lo profesional; en lo personal ni lo miro. Igual que uno ya no coge un hotel sin mirar en *booking* o un restaurante sin mirar el *trip advisor*, la gente no va a ir al médico sin mirar antes en internet quién es. Por eso creamos una *web* que queríamos que fuera muy informativa, que explicara

claramente qué problemas y cómo los podía solucionar.

—¿Compaginaba bien esa parte comercial con lo suyo, que era aliviar el dolor?

—Es que la parte comercial va unida a la práctica médica en algo muy sencillo: hablar con el paciente. Los tiempos en que vas al médico y no sabes lo que te ha hecho y adiós muy buenas han terminado. Ser comercial es ganarte la confianza del paciente, explicarle qué le vas a hacer y por qué.

—Muchos médicos se quejan de ese paciente resabiado que antes de ir a la consulta sabe todo lo que le pasa porque lo ha leído en internet.

—A mí que el paciente esté informado no me molesta en absoluto, más bien al contrario. Cuanta más información tenga, mejor, pero que sea buena información, claro.

—La información que tenemos es que el dolor es un castigo. *Pain*, en inglés, viene de la palabra latina que significa eso, castigo. Y puede ser hasta una maldición bíblica. Recuerde, por ejemplo, aquello de "parirás con dolor".

—Ahora tenemos los paradigmas contrarios. Hay pacientes que deducen que quitar el dolor puede ser un peligro. Es decir, el dolor es un sistema de alarma. Si no me duele, cómo me entero que estoy mal. Pero eso no es así para los dolores crónicos y un 18% de los españoles tiene dolores crónicos.

—Un dineral para las empresas en bajas.

—Pues se calcula que un 2,5% del PIB. Las lumbalgias, las ciáticas, las cefaleas... todos estos dolores están a la cabeza de las incapacidades laborales transitorias y esto convierte la gestión de estas pato-



PEDRO INGELMO



LOURDES DE VICENTE

Trinidad, en un momento de la entrevista.

logías no ya en algo estratégico para nuestra calidad de vida, que es lo principal, sino también para la economía.

-Van a acabar ustedes con la industria de los calmantes.

-No se trata de una dicotomía entre fármacos o terapia, sino aplicar lo que es más conveniente en cada caso. Para nosotros lo más importante es el factor tiempo. Si cogemos el dolor en su nacimiento, en los primeros seis meses, tendremos muchas más posibilidades de éxito. Hicimos un estudio sobre pacientes con problemas de espalda que estaban en lista de espera de cirugía de columna, que es algo que siempre puede conllevar complicaciones. Una vez que aplicamos las terapias, un 60% de ellos ya no quería operarse. Pero tan importante como coger pronto la raíz del dolor es lo que hace el paciente después.

-El médico sin el paciente no es nada.

-Ahí está. Puedo aplicar la última técnica para eliminar el dolor, pero además necesito al paciente para que pierda peso, haga deporte, coja buenos hábitos posturales. Los seres humanos nacimos para andar a cuatro patas y, pese a la evolución, aún no nos hemos habituado a ser bípedos. Nuestra espalda no está hecha para trabajar de

EL PERFIL

La importancia del maestro

Hijo de maestros, José Manuel Trinidad da una enorme importancia a su faceta como docente en la Universidad. Recuerda como básico su primer periodo de la educación y le cuesta entender que en un momento tan decisivo de la vida los políticos apliquen recortes. En su caso, como estudiante de San Felipe, fue crucial para decantarse, "aunque tenía algún profesor que me decía que

en este país, siendo médico, se corría el riesgo de trabajar mucho y cobrar poco. Como dudaba entre ingeniería y medicina, aquel profesor me decía que, con mi currículum, me olvidaría de la medicina". Pero también algunos de esos profesores estimularon su curiosidad y le llevaron a realizar una carrera brillante que ha continuado con su periplo profesional. Por eso ahora mira con entusiasmo a su hija ma-

yor que, con tres años, acaba de empezar su recorrido académico también en San Felipe, "empezando el círculo de nuevo". En poco tiempo lo hará la pequeña, que aún no ha cumplido dos años. Casado con una anestesista pediátrica, la especialidad que más le apetecía en un principio, Trinidad asegura que en casa no se habla en exceso del trabajo. En su instituto del dolor también trabaja su hermano pequeño, Ricardo, que siguió la misma especialidad que él.

administrativos. Por eso la pregunta del paciente no es qué va a hacerme usted para quitarme el dolor, sino qué vamos a hacer, usted y yo, para quitarme el dolor.

-Vayamos a lo práctico. Tengo cefalea. ¿Qué me va a hacer o qué vamos a hacer?

-Las neuralgias, en especial la de trigémino, que es la que asociamos a la cefalea, es de las cuestiones más lastrantes, que más pueden amargar una vida. Me han contado que se permitía enterrar en los cementerios a los suicidas si sufrían de estos dolores. Hoy en un alto porcentaje es posible eliminar-

la. Guiados por los rayos X, las radiografías, vamos a poder quemar ese ganglio que la produce.

-¿Eso duele?

-Sí se hace sin anestesia sí, claro, mucho. Hay que dormir al paciente, pero el tratamiento es ambulatorio. El 99% de nuestros tratamientos lo son. Es una terapia muy resolutive. Eso para un trabajador autónomo, y yo, en cierto modo, lo soy y lo sé, es importantísimo.

-Me habla de los suicidas. El dolor deprime.

-El estado anímico es básico para una completa recuperación del paciente. Por eso necesito que el pa-

ciente tenga confianza en mí. Todos los estudios apuntan a que el dolor deteriora la esfera emocional. Un 70% de los pacientes con dolores crónicos tienen una afectación anímica. En nuestra unidad del dolor el psicólogo es una persona clave para el tratamiento. No te va a tumbar en un diván y te va a pedir que le cuentes tu infancia ni nada de eso, sino que te va a aplicar una terapia cognitiva-conductual, enseñarte técnicas de relajación...

-En su campo hay un personaje histórico básico. Es el siciliano John Bonica. Fue la primera persona que montó una unidad

del dolor, poco después de la II Guerra Mundial. Hasta entonces estábamos como los sumerios, con variantes del uso de la adormidera.

-El tocho de Bonica es un libro de cabecera para cualquier estudioso del dolor. Él se especializó en el dolor oncológico, pero para nosotros esto supone como mucho un 5% de nuestro trabajo porque se lo han comido todas estas patologías de las que hemos hablado y la artritis. Con lo que vivimos ahora todos vamos a tener artritis.

-Pero Bonica lo cambió todo.

-Sin duda. Mire, Bonica quemaba con alcohol algunos ganglios que producían el dolor. Atacaba los focos del dolor. Es una técnica barata que se fue abandonando y que ahora ha vuelto, por supuesto con una tecnología más novedosa, pero el fundamento es el mismo. Y funciona. En los dolores oncológicos vamos a poder utilizar morfina o sus derivados en el 90% de los casos, pero qué ocurre con ese otro 10%. Es muy importante porque, como en el caso del páncreas, es terriblemente doloroso y no se puede tener una lista de espera con ese sufrimiento. Nuestra tarea es curar y también aliviar.

-¿Trabaja en paliativos?

-Lo hago y me produce una pro-

“ El 18% de la población sufre de dolores crónicos entre lumbalgias, cefaleas, artritis, ciáticas...”

funda satisfacción. Estudiando pensaba que nunca me dedicaría a los paliativos. Es frustrante. Porque cuando estudias en lo único que piensas es en curar, pero la experiencia te da la satisfacción de aliviar, de que ese tiempo final sea más llevadero para el paciente y para su entorno familiar, que también sufre.

-Llegado a este punto le propongo que me diga qué le sugiere este nombre: Luis Montes.

-Entiendo que me propone el dilema moral. Quiere que le hable de eutanasia.

-Exactamente.

-Creo que si invirtiéramos más en paliativos hablaríamos menos de eutanasia. Los políticos tienen la obligación de potenciar esos últimos cuidados. Pero no, es algo muy personal. No soy quien para juzgar qué pueda pensar una persona en su sufrimiento o su entorno familiar.

-Es duro, sí. Relajémonos. ¿Era usted quejica de chico?

-Cuando le dije a mi madre que me decidía por la medicina en vez de por la ingeniería, ella se quedó sorprendida. Con lo aprensivo que eres, me decía. Y sí, era quejica de niño cuando me dolía algo y, ya ve, al final me he dedicado a aliviar el dolor. No me arrepiento de haber cogido este camino.