

Tutor y residente en la rotación rural



Tutor and resident in rural rotation

Sr. Editor:

El 15 de mayo se celebró en el Colegio Oficial de Médicos de La Rioja la mesa redonda «*Medicina rural con visión de futuro*». En este encuentro participaron de manera presencial y virtual (plataforma Cisco-Webex) más de 60 médicos de familia de distintas Comunidades Autónomas: Madrid, Galicia, Castilla y León, Andalucía, Aragón, Asturias, Cataluña, Baleares, Navarra, País Vasco y La Rioja.

El objetivo era reunir bajo un mismo techo representantes de la Organización Médica Colegial, Sociedades Científicas Médicas de Atención Primaria y residentes de medicina de familia y comunitaria (MFYC). También se quería poner en valor el papel del médico rural en el Sistema Nacional de Salud, así como trazar líneas de trabajo que ayuden a mejorar la situación del mismo en ese ámbito. Especial relevancia tuvo en el encuentro la docencia en el medio rural, tanto desde la visión del tutor como la del residente de MFYC.

El Programa Nacional de Especialidades para MFYC, contempla la rotación rural con una duración de tres meses¹, pero hay diferencias muy marcadas en la aplicación del mismo en las unidades docentes de todo el territorio nacional (desde rotación inexistente hasta los 3 meses, en segundo o tercer año de residencia). Entre los objetivos de esta rotación rural (una de las rotaciones mejor valoradas²) están: el conocimiento geográfico, estructural, organizativo del Área Básica de Salud, organización del propio centro de salud, trabajo en consulta, conocimiento de servicios locales (municipales, farmacéutico y servicios sociales), gestión de emergencias, atención continuada. Primordial experimentar la estrecha relación médico-enfermo-comunidad en estas pequeñas poblaciones.

Como habilidades que aporta la rotación rural tenemos la comunicación e interrelación médico-paciente-familia, el manejo de una medicina menos agresiva, así como la gestión de la incertidumbre y la confidencialidad³. Habilidades en el tratamiento paliativo (oncológico y no oncológico), gestión del enfermo crónico, polimedcado, con escaso soporte familiar⁴. Habilidades de trabajo en equipo, colaboración con enfermería. Un abordaje de la salud más completo y comunitario. Desarrollo de distintas técnicas, así como el manejo de las urgencias desde lo esencial (maletín de urgencias) a lo más complejo (emergencias, traslados). Habilidades en salud mental, pediatría, atención a la mujer (planificación familiar, embarazo), geriatría. Muchas veces se gestiona directamente la atención presencial y telefónica, en uno o varios consultorios por ausencia de administrativos.

La tendencia clásica a centrar la formación del residente de MFYC en el hospital fue debatida en la mesa objetivándose la necesidad de que sea contrarrestada con programas

más orientados a la formación del residente en el ámbito rural anteriormente descrito, que permitan adquirir habilidades necesarias para llevar a cabo un correcto trabajo en el mismo. La docencia en el ámbito rural⁵ ofrece condiciones idóneas, ilusionantes y atractivas para formar en el ejercicio de una medicina de familia en esencia. El medio rural puede significar el entorno donde se desarrolle el futuro laboral de muchos jóvenes médicos de familia.

Si bien es cierto que existen también dificultades y muchas veces todo funciona a base de la buena voluntad, en la zona rural se puede conseguir un nivel de excelencia en el trabajo y la calidad⁶ en la formación que complementa el currículum de las rotaciones en medio urbano.

Como conclusión de la mesa podemos destacar la propuesta de fomentar la presencia de la medicina rural en la formación pre y posgrado de medicina y especialidades biosanitarias, y facilitar la acreditación de tutores rurales preparados y comprometidos con la docencia. La mesa resultó un éxito organizativo, de participantes, hubo un debate muy interesante y la calificación en satisfacción fue sobresaliente. Es un modelo de debate sobre medicina rural, extensible a otros colegios de médicos del territorio nacional.

Bibliografía

1. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. [consultado 25 May 2017]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/05/03/pdfs/A15182-15225.pdf>.
2. Lucas FJ, Chacón P, Casado V, Pablo F. Percepción de los Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria sobre el programa formativo de la Especialidad. *Rev Clin Med Fam.* 2012;5:17-24.
3. Banque J, Alonso R, Vázquez AM, García JJ. La rotación rural: un reto y una oportunidad para mejorar. *Aten Primaria.* 2007;39:628-9.
4. Grupo de Trabajo de Medicina Rural de semFYC. El medio rural: una visión mirando al futuro (y II). *Aten Primaria.* 2000;26:187-93.
5. Arroyo AI, Guerrero O, Barneto A, Güimil T. Luces y sombras de la medicina rural: a propósito de la docencia. *Aten Primaria.* 2007;39:219-20.
6. María Tablado MA, Martínez-Canales Sánchez-Pedreño M. Quiero ser tutor rural. *Aten Primaria.* 2014;46:525-6.

José Luis Ponce Nolla^{a,d,e,f,*}, Tatia Santirso Benito^{b,f} y Miguel Ángel María Tablado^{c,d}

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Santo Domingo, Santo Domingo de La Calzada, La Rioja, España*

^b *Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Siete Infantes de Lara, Logroño, La Rioja, España*

^c *Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Perales de Tajuña, Perales de Tajuña, Madrid, España*

^d *Grupo de trabajo de medicina rural de la semFYC*

^e *Vocalía de AP rural del Colegio Oficial de Médicos de La Rioja, Logroño, La Rioja, España*

^f *Junta Directiva de la Sociedad Riojana de Medicina de Familia y Comunitaria, Logroño, La Rioja, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jlponcen@gmail.com

(J.L. Ponce Nolla).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.007>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Hablando del dolor crónico



Talking about chronic pain

Sr. Editor:

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) definió en 1979 el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido. El dolor crónico es el que dura al menos 3-6 meses, o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente.

Las manifestaciones del dolor son diferentes de persona a persona y de sociedad a sociedad. El dolor crónico es una experiencia sociohistórica y cultural construida por múltiples actores, destacando los pacientes, sus familiares y los médicos¹. La precariedad del concepto de dolor crónico nos muestra que el conocimiento médico emerge como producto de la interacción social y la medicina como sistema de producción de sentido².

Según Guyton (1989), el dolor es un mecanismo protector del cuerpo humano; se produce siempre que un tejido es lesionado y obliga al individuo a reaccionar. Nos encontramos ante el dolor alarma, funcional y útil. Se desarrollan estrategias terapéuticas basadas en el tratamiento farmacológico y la fisiopatología del dolor. A pesar de que hoy en día esta concepción es criticada, de ella derivan las principales terapias utilizadas en la actualidad desde las unidades del dolor.

¿Qué hay de aquellos dolores a los que no se les puede atribuir una clara base orgánica, como en la fibromialgia? En este caso, diferentes estudios han destacado el papel de factores como la hipervigilancia; la percepción y la interpretación de síntomas contribuyen a una representación disfuncional del dolor³.

La no correspondencia entre lesión física y experiencia de dolor hace que la utilidad del dolor quede en entredicho. La afirmación de la IASP en 2005 de que «el dolor es siempre subjetivo» es clave para comprender el giro conceptual en la construcción del dolor: se evidencia su concepción como simple proceso sensorial originado en el cerebro. El dolor deja de ser visto como un síntoma para ser comprendido como una enfermedad. Lo que es percibido desde la medicina como un lento avance dentro del sistema médico responde a todo un entramado de procesos sociales, un cambio en el imaginario colectivo del dolor⁴: se pasa del dolor útil al dolor sin sentido, que requiere atención en sí mismo. Se crea una conciencia del dolor en la población

que reclama directamente tratamiento, es un derecho del paciente⁵.

En nuestra sociedad el dolor crónico no se vive solamente como daño físico, sino también como interrupción del estilo de vida, del trabajo y de las relaciones. A la vez, el dolor es concebido actualmente como una propiedad fundamental del ser humano. Lo que más nos duele es su inevitabilidad junto con el crecimiento paralelo de la creencia de injusticia. Se considera que solo se puede acceder al dolor a través de sus manifestaciones en el cuerpo, se cree intrínsecamente relacionado con la actividad fisiológica, algo que debería poder suprimirse farmacológicamente. Por otro lado, la manifestación del dolor es siempre necesaria, porque de esta manera se obtienen los permisos para comportarse de manera excepcional⁴.

Se estima que uno de cada seis españoles, o uno de cada cinco europeos, sufre dolor crónico⁶. El dolor crónico aparece como un «mal» propio de nuestras sociedades desarrolladas.

Desde la antropología, Gil et al.⁴ afirman que el objetivo principal en el abordaje del dolor crónico debería ser la transformación de la comprensión del dolor. Proponen: 1) evidenciar que el dolor crónico existe por las relaciones subjetivas que establecemos para mantenerlo y reproducirlo; 2) recuperar su condición límite entre mente y cuerpo, su variabilidad según el momento histórico, la cultura, el género, el estilo de vida; 3) hablar del privilegio que tiene el dolor en el presente: es en estos momentos la emoción más evidente, la más universal, desde el punto de vista occidental, y 4) hay construcciones alternativas del dolor y es posible entrenar su tolerancia y su resistencia.

Desde la neurociencia nos abren nuevos caminos a explorar. Quienes lo han hecho también proponen reconceptualizar el dolor. Por ejemplo el Dr. Arturo Goicoechea en su web nos presenta una perspectiva interesante: considera el dolor como un proceso evaluativo de amenaza del cerebro (erróneo en ausencia de daño que lo explique), nutrido por la cultura sensibilizadora actual; el dolor crónico en ausencia de daño es una disfunción aprendida del cerebro que puede y debe revertirse con una intervención correctora usando herramientas de educación en neurociencia y recuperación de la actividad a través de la re-exposición gradual confiada.

Os invito a reflexionar al respecto.

Bibliografía

1. Barragán-Solis A. El dolor crónico: una visión antropológica de acuerdo a familiares y pacientes. *Arch Med Fam.* 2006;8:109-17.