

Formación en dolor crónico, una perspectiva diferente

El programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se aprueba y publica por la ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo (BOE de 3 de mayo de 2005). El perfil del Médico de Familia es el de “un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto”.

Hoy nadie pone en duda que el abordaje del dolor crónico debe ser biopsicosocial y multidisciplinar. La posición del médico de familia es privilegiada. El programa de la especialidad, sin embargo, no contempla el dolor crónico de una manera integradora, siendo muy diversificados los contenidos y manifiestamente carentes otros, mostrándose en la mayoría como un síntoma de la enfermedad.

En el año 2002 se constituye el grupo nacional de tratamiento del dolor de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); desde entonces, SEMERGEN y la Sociedad Española del Dolor (SED) inician múltiples líneas de trabajo conjuntas, conscientes de las carencias en el abordaje y tratamiento del dolor crónico. En el “VI Congreso de la Sociedad Española del Dolor” en Las Palmas de Gran Canaria en 2005, se debatieron y reclamaron la necesidad de impulsar reformas en las facultades de medicina y en la formación de los residentes, proponiendo mejoras en el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

En este número de la revista se publica un interesante trabajo de Fernández Hernández y cols. (1), en el que los autores proponen un programa de rotación multidisciplinar en patología osteo-muscular y dolor crónico para los residentes de Medicina de Familia. Como refieren, no es su objetivo “modificar ni reseñar carencias de otras rotaciones”, sino que se trata de incorporar aspectos que entienden necesarios y actualmente ignorados, una distribución de los contenidos formativos en el área músculo-esquelética y dolor crónico en el programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria rotando en servicios de Rehabilitación y Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD). Además, con acierto, proponen adicionar nuevas competencias o habilidades, como el manejo del dolor neuropático o la enseñanza de la ecografía, no contempladas en el programa formativo vigente.

La propuesta que hacen los autores del “plan de acción compartida” entre Atención Primaria y UTD es interesante y contribuiría a mejorar la intervención y seguimiento de los pacientes con dolor crónico, pero no está exenta de dificultades. Definir el papel de cada uno de los actores, proponer criterios de derivación y tiempos de espera, establecer protocolos de seguimiento y circuitos de derivación en las unidades asistenciales, facilitar la comunicación no presencial y promover sesiones clínicas en hospital o centro de salud o trabajar en líneas conjuntas de investigación requieren un aprendizaje que debe iniciarse en el grado. Algunas recomendaciones son desarrolladas a continuación:

- Incluir la formación en dolor crónico en el grado: las competencias que deben adquirirse en el tratamiento del dolor crónico fueron definidas por consenso de la Conferencia de Decanos

de las Facultades, y deben comprender aspectos neuroanatómicos y fisiológicos, las vías de transmisión, la evaluación del dolor, los distintos síndromes dolorosos y mecanismos de acción de los fármacos, los algoritmos de tratamiento, la psicoterapia y otras medidas no farmacológicas o la atención a poblaciones especiales. Sin embargo, la realidad actual es que no existe uniformidad en programas y número de créditos, horas en talleres, seminarios o prácticas clínicas (2).

- Aprendizaje de la Medicina de Familia en las facultades: la formación del médico debe tener en cuenta aspectos esenciales como el envejecimiento de la población y la cronicidad, el necesario equilibrio entre la súper especialización y las enfermedades de alta prevalencia y baja complejidad, el trabajo en equipos multidisciplinarios, la formación en investigación y docencia o la atención a un paciente o cuidador que participa y es responsable en las decisiones (3). La enseñanza de la medicina de familia aporta, además, aprendizaje en competencias esenciales como la gestión clínica, el razonamiento clínico y la toma de decisiones, los sistemas de información y medicina basada en la evidencia y los fundamentos de la bioética, independientemente de la especialidad a la que después se dirija. Algunas universidades, como la Autónoma de Madrid (UAM), utilizan en sus prácticas la metodología del aprendizaje basado en la resolución de problemas, donde los alumnos, adoptando el papel habitual del médico de familia, deberán acompañar y asistir a un paciente a lo largo de su vida, y resolver varios escenarios clínicos por los que pasa de modo consecutivo como enfermo (4). Las pruebas de habilidades clínicas y comunicación “ECO-E” con pacientes simulados son también utilizadas en la práctica para la evaluación de los alumnos. La asignatura de Medicina de Familia debe ser definitivamente implantada en todas las facultades, los profesores de manera mayoritaria ser especialistas en medicina familiar y comunitaria, y la rotación de los estudiantes obligatoria en los centros de salud.
- Estancia de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las UTD: en el postgrado, rotar en las UTD ayudará a conocer su actividad y cartera de servicios, y el residente tendrá la oportunidad de evaluar el dolor crónico en un escenario no habitual, diferenciar los distintos tipos y síndromes, valorar la oportunidad de pruebas diagnósticas de mayor complejidad, entender procedimientos o técnicas intervencionistas y cuáles son sus indicaciones, proponer modalidades no farmacológicas de tratamiento o técnicas de tipo cognitivo conductual e introducirse en el campo de la investigación en dolor.
- Rotación obligatoria de otras especialidades en Atención Primaria: las competencias deben garantizarse en el “entorno formativo” más adecuado del hospital y atención primaria; la rotación en un centro de salud debería ser incorporada a los programas de formación de los futuros especialistas que traten el dolor crónico, anestesistas que deseen dedicar su vida profesional en las UTD, neurólogos, reumatólogos, rehabilitadores y otras especialidades del programa de tronco médico, porque sin duda favorecerá la continuidad asistencial, la necesaria comunicación y acercamiento, y un mejor conocimiento mutuo.

La coordinación requiere algo más que deseos y mejoras estructurales, establecer criterios de derivación o limitar tiempos de espera, que protocolos y guías de actuación conjunta, consultas telemáticas o teléfonos de contacto, porque quienes no se conocen difícilmente se entienden; además, el gusto debe ser mutuo.

E. Blanco Tarrío

Ex Coordinador del Grupo de Trabajo Nacional SEMERGEN de Tratamiento del Dolor (2002-2013). Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Periurbana Norte. Salamanca. España

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Hernández M, Bouzas Pérez D, Martín Moretón C. Patología osteomuscular y dolor crónico: rotación multidisciplinar para médicos de Atención Primaria. *Rev Soc Esp Dolor* 2017;24(5):254-61. DOI: 10.20986/resed.2017.3562/2017.
2. Rull Bartomeu M, Matute Crespo M. Investigación y docencia en el campo del dolor. En: SED Sociedad Española del Dolor. *Manual de Medicina del Dolor. Fundamentos, evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016. p. 497-504.
3. Cardellach F, Vilardell M, Pujol R. La formación del médico del futuro: una revisión 10 años después. *Med Clin (Barc)* 2016;147:313. DOI: 10.1016/j.medcli.2016.02.024.
4. Programa de la asignatura Medicina de Familia. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. [consultado el 25 de febrero de 2017]. Disponible en: https://www.uam.es/ss/Satellite/Medicina/es/1242659997902/subhome/UCD_de_Medicina_de_Familia_y_Atencion Primaria.htm