

La relación médico-paciente en el contexto de la fibromialgia. Tribulaciones y propuestas

Manuel Martínez Lavín

Departamento de Reumatología. Instituto Nacional de Cardiología de México. México D.F. México.

Ninguna otra entidad clínica causa tanta controversia en los corrillos reumatológicos como lo hace la fibromialgia (FM). Es claro que algunos médicos sienten aversión hacia esta entidad nosológica. Este rechazo se debe probablemente a lo poco que se conoce de los mecanismos que desatan y perpetúan el padecimiento y también a la frustración derivada de los constantes fracasos terapéuticos. El desafío que representa la FM en nuestros días ya se abordó recientemente en un editorial de *Revista Española de Reumatología*, por uno de los personajes más distinguidos de la reumatología internacional, el Dr. Jaime Rotes Querol¹.

En este artículo se discuten varias razones por las que la relación médico-paciente se puede deteriorar en los casos de FM. También se propone medidas de enmienda. Algunas de las opiniones aquí vertidas están basadas en evidencias científicas, otras son solamente discernimientos personales. No existe en la discusión pretensión alguna de certeza, la intención es más bien hacer una modesta llamada a la reflexión.

Conviene recordar primero la complejidad de la terapéutica en las enfermedades crónicas, que por definición son incurables. En estas circunstancias el médico debe acompañar al paciente durante años intentando procurarle una buena calidad de vida a pesar de su padecimiento. Ni para el paciente ni para el médico se lleva a cabo la satisfacción de la curación. En cambio, el médico tiene que lidiar con la entendible demanda de los enfermos por obtener una mejoría en su calidad de vida. La situación se complica aún más si la molestia principal del paciente es el dolor. El dolor persistente necesariamente tiene un impacto emocional negativo.

Aunque la FM es una afección controvertida, su frecuente presencia en el consultorio del reumatólogo está fuera de cualquier discusión. El documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología califica la FM como “un problema de salud pública de primer orden”². Quizá se pueda caracterizar también como un problema primordial de salud de la mujer.

Me atrevo a mencionar varias razones que favorecen el deterioro de la relación médico-paciente en el caso de la FM y también a exponer posibles remedios.

– Falta de conocimiento. Se conoce poco la etiopatogenia de la FM. El médico afronta síntomas abigarrados: dolor difuso, fatiga, insomnio, irritación intestinal, urgencia urinaria, ansiedad, depresión, etc. No se posee un marco teórico para poder conformar un síndrome coherente. El recurso de la analítica no ayuda en estas circunstancias a esclarecer el problema.

– Incredulidad. Es una actitud derivada de la falta de conocimiento. Algunos médicos simplemente no creen lo que la paciente les está relatando. O intentan “corregirle la plana”. Le dicen (o solamente piensan): “Usted no tiene dolor, lo que sucede es que está somatizando su ansiedad”. Con frecuencia la paciente lo percibe y se resiente de esta incredulidad.

– Falta de entrenamiento en los mecanismos básicos de dolor crónico. Existe una innegable paradoja en la práctica reumatológica. La molestia principal de la inmensa mayoría de los pacientes que acuden al reumatólogo es dolor crónico. Sin embargo, este tópico no se cubre en la generalidad de los programas de enseñanza en reumatología. Basta revisar los libros de texto de la especialidad para percatarse de que contienen gruesos capítulos que discuten los mecanismos básicos de la inflamación y la autoinmunidad. En contraste, las discusiones acerca del dolor crónico (cuando las hay) son breves y superficiales.

– Impacto psicológico. El dolor crónico se acompaña por necesidad de una reacción emocional negativa. Además, un porcentaje considerable de personas con FM tiene ansiedad, depresión u otro tipo de alteraciones psicológicas. Este tipo de comorbilidad complica la relación médico-paciente y la terapéutica.

– Tiempo restringido en la consulta médica. La paciente con FM tiene múltiples síntomas; el médico, poco tiempo y, además, una fila de enfermos en la sala de espera. Fórmula segura para la frustración de la paciente y del médico.

– Medicamentos inefectivos. No contamos con medicamentos uniformemente efectivos. Con el uso crónico de fármacos, es habitual la aparición de efectos indeseables. No es excepcional escuchar que la paciente declare: “Las pastillas que usted me recetó no sólo no me mejoraron, sino que me cayeron pésimo”.

Correspondencia: Dr. M. Martínez Lavín.
Departamento de Reumatología. Instituto Nacional de Cardiología de México.
C/ Juan Badiano, 1. 14080 México D.F. México.
Correo electrónico: manuel.lavin@cardiologia.org.mx

Manuscrito recibido el 25-5-2006 y aceptado el 17-7-2006.

Posibles remedios

– Investigación. Es claro que el único remedio ante la falta de conocimiento de la etiopatogenia de la FM es la investigación. Otras actitudes como el rechazo, la indiferencia o la discriminación son indignas en el entorno de una medicina científica y humanista. En el pasado la comunidad reumatológica ha mostrado audacia al explorar disciplinas afines con el fin de entender mejor sus enfermedades. Ése ha sido el caso de las investigaciones inmunológicas para conocer mejor las enfermedades reumáticas autoinmunitarias o el acercamiento a la angiología para enfrentar el síndrome antifosfolípido. Para entender mejor la FM, es necesario adentrarse en los terrenos de la neurología, la algología y la psiquiatría.

– Enseñanza. Es imperativo incluir el dolor crónico como tema fundamental en el currículo reumatológico. El reumatólogo deberá estar familiarizado con los conceptos modernos de neuroplasticidad, sensibilización de las vías centrales del dolor, mecanismos descendentes inhibitorios, dolor neuropático, etc. En este sentido, hay que reconocer que la Sociedad Española de Reumatología está marcando directrices. Con una iniciativa audaz, sin precedente en el ámbito reumatológico internacional, ha instituido “La escuela del dolor”, un curso teórico-práctico para reumatólogos que tiene la finalidad de profundizar y actualizar los conocimientos acerca del dolor crónico.

– Adoptar nuevos paradigmas nosológicos. Es necesario reconocer que ciertos modelos vigentes, como la correlación anatomoclínica y la dicotomía nosológica en afecciones físicas o mentales, no son aplicables a la FM. Tampoco lo son a otros síndromes muy frecuentes en la práctica clínica, como la migraña, el síndrome de fatiga crónica o la cistitis intersticial, entre muchos otros. Por lo tanto, es conveniente asumir que, como lo reconocieron los clásicos clínicos franceses, lo que finalmente define una enfermedad no es el daño orgánico, sino la disfunción³. Lesión estructural sin disfunción no es enfermedad. Disfunción con o sin lesión, sí es enfermedad. Terminar con la dicotomía cartesiana mente-cuerpo y adoptar un modelo biopsicosocial de enfermedad centrado en el paciente.

– Trabajar con un marco teórico coherente. Nuevas evidencias apoyan la teoría disautonómica de la fibromialgia⁴ incluyendo los mecanismos de sensibilización central de las vías del dolor⁵. Es claro que hay mucho por andar en este camino; sin embargo, este paradigma parece proveer una explicación coherente a las manifestaciones abigarradas del síndrome. Ha sido nuestra experiencia que las pacientes con FM, en su mayoría, están de acuerdo con esta explicación.

– Tratamiento integral. La visita médica convencional que tiene como colofón la prescripción de un medicamento no resulta una fórmula efectiva para muchas personas con FM. Hay que privilegiar la información y las terapias no medicamentosas. Esto se puede realizar mejor en “clínicas” especiales⁶ en las que la persona con FM

se integra a un grupo de pacientes pequeño. Estos grupos podrán ser dirigidos por una psicóloga y una paciente reabilitada. En sesiones grupales, se ofrece a la persona con FM información acerca de su enfermedad, terapia cognitivo-conductual, diversas disciplinas fisioterapéuticas, orientaciones dietéticas, apoyo psicológico, etc. El médico se encarga del diagnóstico, la supervisión y la prescripción de medicamentos. Es probable que este tipo de tratamiento grupal sea más efectivo y menos costoso.

En las discusiones de la relación médico-paciente en el contexto de la FM, con frecuencia surge la pregunta: ¿qué tipo de especialista es el más adecuado para tratar estos casos? Desde el punto de vista histórico, han sido los reumatólogos los que definieron y caracterizaron el padecimiento. Quizá no haya otro especialista mejor capacitado para separar la FM de otras entidades reumáticas que tienen manifestaciones clínicas parecidas. El diagnóstico diferencial con otras afecciones reumáticas como el síndrome de Sjögren, el lupus eritematoso, las espondiloartropatías seronegativas o la polimialgia reumática no es siempre sencillo.

El médico encargado de atender a pacientes con FM debe tener un amplio conocimiento de la medicina interna y también estar actualizado en los avances recientes en la etiopatogenia de la enfermedad. Desde luego, debe creer en la FM como entidad nosológica y aceptar el reto que eso representa. Dicho médico podría ser reumatólogo, neurólogo, internista o médico familiar. Por otro lado, hay que señalar que las nuevas evidencias indican que la FM es una enfermedad neurológica, por lo que se necesita urgentemente de la participación de los neurólogos en los protocolos de investigación.

Vivimos en la época del acceso universal a la información. La información otorga poder. En el cuidado de la salud, muchos pacientes demandan ser actores y no sólo receptores. Invitémosles, pues, a sentarse a nuestra mesa e intercambiamos puntos de vista acerca de su padecimiento. El diálogo frontal y abierto seguramente ayudará a mejorar la relación entre médicos y pacientes.

Bibliografía

1. Rotes Querol J. La fibromialgia en el año 2002. *Rev Esp Reumatol*. 2003; 30:145-9.
2. Rivera J, Alegre C, Ballina J, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin*. 2006;2 Supl 1:555-66.
3. Peña A, Paco O. El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Primera parte. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. 2002;63:223-32.
4. Martínez-Lavín M. Fibromyalgia as a sympathetically maintained pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep*. 2004;5:385-9.
5. Staud R, Cannon RC, Mauderli AP, Robinson ME, Price DD, Vierck CJ Jr. Temporal summation of pain from mechanical stimulation of muscle tissue in normal controls and subjects with fibromyalgia syndrome. *Pain*. 2003;102:87-95.
6. Collado Cruz A, Torresi Mata X, Arias i Gassol A, Cerdá Garbaroi D, Vilarrasa R, Valdés Miyar M, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:401-5.