

El reto del experto: Escuchar al paciente

Cuando hace ya muchos años comencé mi andadura en el ejercicio de la medicina recuerdo que un gran médico y reumatólogo, pero también un gran humanista, mi maestro, el Dr. Poal Ballarín, me dijo que lo más importante, incluso más que los propios conocimientos de medicina, era “escuchar al paciente”, algo que, para la natural prepotencia del que acaba sus estudios y que cree que lo sabe todo, parecía un tanto estéril, pero que es algo que no solo no he olvidado con el paso de los años, sino que ha ido adquiriendo cada vez más valor. Incluso en los momentos más duros del ejercicio profesional, que los hay y muchos, cuando estamos ya ante el último paciente de un día agotador, siempre resuenan en mi interior estas palabras.

En los últimos tiempos venimos asistiendo a un florecimiento de demanda asistencial por patologías de dolor crónico y fatiga, entre las que destacan de forma muy especial, la Fibromialgia (FM) y el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), aunque es conveniente aclarar que no son las únicas entidades nosológicas que pueden cursar con estos síntomas, ni mucho menos.

El paciente acude al médico tras un periplo importante de visitas a otros compañeros sin conseguir un diagnóstico o con indicaciones vagas e imprecisas sobre lo que le ocurre al paciente, muchas veces ha gastado una importante suma de dinero en intentar que la medicina alternativa arregle sus problemas, por supuesto sin conseguirlo y en más de una ocasión nos refiere que, más allá del diagnóstico y del tratamiento de su enfermedad, solicita un “trato digno y ser escuchado”. También nos relata que en sus visitas a los colegas, en muchas ocasiones “ha salido peor de lo que estaba”, cosa que realmente debería hacernos reflexionar como profesionales de la salud pues quiebra todos los axiomas que dirigen la prestación de nuestro servicio.

En los últimos meses, la situación se ha tornado un tanto caótica por cuanto de esta situación se ha pasado a un claro sobrediagnóstico dual. Por una parte se diagnostica Fibromialgia en pacientes que de forma evidente no cumplen los criterios diagnósticos recomendados por el Colegio Americano de Reumatología ya en 1990 y por otra parte, este diagnóstico, muchas veces de complacencia, se acompaña del diagnóstico de Síndrome de Fatiga Crónica, lo cual, por lo que ahora comentaremos añade tintes dramáticos a la situación.

La Fibromialgia (FM) y el Síndrome de Fatiga Crónica o Encefalomiélitis Miálgica (SFC) son entidades complejas claramente diferenciadas no sólo, y de ahí la importancia de escuchar, por el simple relato del paciente a los oídos de un médico experto, sino por un amplio consenso de todas las organizaciones internacionales y comités de expertos. Así la Organización Mundial de la Salud las define en epígrafes diferentes en su Clasificación Internacional de Enfermedades en su última versión y además nos la diferencia de otras formas de “fatiga” y de “dolor crónico”. El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta adoptó, tras el consenso de un comité de expertos presidido por Fukuda en 1994, unos criterios internacionales para el diagnóstico de SFC que siguen siendo válidos hoy en día y que nada tienen que ver con los criterios de FM. Los fondos que se destinan a investigación en el ámbito de estas enfermedades están diferenciados en todo el mundo y las organizaciones

tanto promotoras de la investigación como de enfermos, también.

En España, las cosas son un poco diferentes, pues en el Registro de Enfermos con Fibromialgia y/o Síndrome de Fatiga Crónica que se mantiene en la Fundación para la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica

(www.fundacionfatiga.org), un 72% de enfermos, de forma espontánea, afirma que padece ambas enfermedades diagnosticadas por un médico, cosa imposible, desde el punto de vista estadístico, pues sabemos que la frecuencia de la Fibromialgia es próxima al 3% de la población general, pero que la de Síndrome de Fatiga Crónica es de un 0,3%, es decir, 10 veces menor.

Tal vez habría que hacer un llamamiento a los diagnosticantes de estas patologías en el sentido de concretar si la paciente con FM sufre una “fatiga crónica” como síntoma adicional o bien estamos ante un Síndrome de Fatiga Crónica / Encefalomiелitis Miálgica, con su identificación G93.3 del CIE -10. El confusionismo sobre esta supuesta dualidad o similitud es peligroso, por cuanto sabemos que la actitud terapéutica, por ejemplo en el plano de la recomendación de ejercicio es diferente en la FM y en el SFC, entre otras muchas características entre las que destacaría el sombrío pronóstico del SFC en cuanto a la posibilidad de mantener un puesto de trabajo. De hecho, solo un 20% de enfermos con SFC podrán mantener un trabajo, aún adaptado a los cinco años del diagnóstico de la enfermedad, en tanto que esta cifra sube hasta el 73% en el caso de la FM.

Pero veamos algunas otras diferencias.

Un 70% de enfermos con SFC cumple criterios de FM, pero sólo un 8% de pacientes con FM cumple criterios de SFC.

La proporción mujer/hombre es de 10/1 para la FM y de 3/1 para el SFC.

La edad estadística de inicio en la FM se sitúa entre los 45 y los 55 años en tanto que para el SFC es entre los 29 y 35 años.

El ejercicio aeróbico es eficaz en la FM, pero puede empeorar al paciente con SFC, que requiere un programa de ejercicio gradual de muy baja intensidad que solo podrá realizar en fases concretas de la enfermedad.

La FM no cursa con dolor en las articulaciones, pero el SFC sí. Los dolores articulares en una paciente con FM deben ser investigados de forma complementaria.

La FM no cursa con síntomas faringoamigdalares, en tanto que el SFC, sí.

La fatiga del SFC es extenuante y no permite, aún con el afán de superación, mantener la actividad (es insuperable). Esto no es así en la FM ni en otros cuadros que deberían establecer diagnóstico diferencial de fatiga crónica.

Las adenopatías o inflamaciones de ganglios linfáticos no forman parte del complejo diagnóstico de la FM, pero sí del SFC.

Los pacientes con SFC pueden tener fiebre o febrícula de forma habitual, siendo esto inusual en la FM.

La forma de inicio del SFC es brusca en un 80% de los casos e insidiosa en la FM en casi todos los casos.

El agotamiento en las piernas es extremo en el SFC, en tanto que en la FM la sensación de fatiga es más generalizada y no tan intensa.

La fatiga del SFC es más fluctuante en horas, días, meses e incluso años, en cambio en la FM los síntomas son muy estables.

Muchos enfermos con SFC refieren una sensación de estado pregrupal constante que se acompaña de escalofríos que no es habitual en las pacientes con FM.

La fatiga del SFC es tan severa que incluso en ocasiones se ha detectado una disminución en la fuerza del chorro de la orina o agotamiento precoz al hablar, cosa que no ocurre en la FM.

En el SFC se pueden observar signos clínicos específicos como por ejemplo el llamado Crimson Crescents junto a los molares posteriores.

El trastorno cognitivo (memoria, concentración, comprensión...) es máximo en el SFC y forma parte de los criterios diagnósticos junto a la fatiga mental, pero no incide en el diagnóstico de la FM.

Los enfermos de SFC son hipersensibles a las medicaciones y requieren en muchas ocasiones dosis subterapéuticas. Esto no ocurre en la FM.

Esta hipersensibilidad se manifiesta adicionalmente por intolerancia a los ruidos, fobia, intolerancia a dosis mínimas de alcohol, etc. Datos que no aparecen en la FM.

En el SFC se han relatado muchas alteraciones inmunológicas entre las que cabe destacar:

- Baja actividad lítica de las células NK (Kible, Caligiuri, Aoki, Klimas, Barker, Ojo-Amaize, Masuda, See, Whiteside, Levine y Memm).
- Alteraciones en la proliferación de la proliferación de los linfocitos (Lloyd, Klimas, Strauss).
- Evidencias de activación inmune (Cheney, Klimas, Chao, van Greure, Landay, Gupta, Tirelli, Hilgers, Matsuda, Suhadolnik, Natelson, Bates, Conti, Buchwald, Bennett, Mawle, Hassan, Borish y Moss).
- Incremento de las células CD45RO+ (Klimas, Strauss, Tirelli y Natelson).
- Incremento de las células CD38 (Landay, Barker y Natelson).
- Incremento de las células CD8+CD28+ (Barker, Hassan, Natelson, Klimas).
- Incremento de la expresión HLA/DR tipo II (Klimas, Tirelli, Barker, Hassan, Natelson, Mawle, Chao, Matsuda y Buchwald).
- Aumento de la Neopterin en suero (Chao, Lindberg, Matsuda, Buchwald, Borish).
- Presencia de Anticuerpos Antinucleares (Bates, Konstantinov, Nishikai).
- Incremento de alergias (Khan, Conti, Steinberg, Borish, Bell, Friedberg).
- Aumento de la RNAsa L (Suhadolnik, De Meirleir, Matsuda).

Adicionalmente se detectan alteraciones discrepantes en mediadores neurohormonales y en escalas psicométricas de deterioro cognitivo, como la Luria-Nebraska, el Test Barcelona, etc.

A diferencia de la investigación en FM que se orienta esencialmente en el plano de la lucha farmacológica contra el dolor como los inhibidores simultáneos de la recaptación de serotonina y catecolaminas y de fármacos antiepilépticos utilizables en el dolor neuropático, en el SFC los grupos internacionales siguen líneas claramente diferenciadas donde la genética, epigenética y farmacogenómica tienen un papel preponderante (Vernon, Gow, García), pero sin olvidar trabajos en el ámbito de la fisiopatología como el estrés oxidativo y

la apoptosis celular, alteraciones en las vías de la respuesta antiviral, implicaciones de la acetil-colina en la respuesta vasomotora, mecanismos de la hipotensión mediada neuralmente, alteraciones metabólicas cerebrales y anomalías bioquímicas musculares.

Por suerte, si recuperamos o potenciamos el escuchar pacientemente al paciente, nos daremos cuenta que, mas allá de la búsqueda de pruebas patognomónicas de estas patologías, el enfermo nos dará su propio diagnóstico.

Tal vez cuando el SFC se constituya en criterio de exclusión (como otras muchas enfermedades, como por ejemplo el hipotiroidismo), para el diagnóstico de FM, las cosas queden más claras, pero de momento tal vez un esfuerzo diferenciador, aún cuando nos obligue a dedicar una cuantas horas más al estudio y la actualización puede ser de mucha ayuda a los dos colectivos de afectados.

Dr.Ferran J.García

Doctor en Medicina y Reumatólogo

Jefe del Servicio de Reumatología – Clínica CIMA (Barcelona)

Director Científico del Institut Ferran de Reumatología

www.institutferran.org