



CARTA AL EDITOR

Fibromialgia: adversidad desde el sistema sanitario



Fibromyalgia: Adversity from the healthcare system

Sr. Editor:

Nos parece destacable el estudio publicado por Barrenengoa-Cuadra titulado «Efecto de la educación en neurociencia del dolor en pacientes con fibromialgia: intervención grupal estructurada en atención primaria»¹. El abordaje descrito para pacientes con fibromialgia (FM) obtiene unos resultados de mejora clínica llamativos, en la misma línea que los de otros estudios basados en el mismo marco teórico, para pacientes con FM² con migraña³, o con dolor crónico de espalda⁴. El abordaje presentado en estos estudios identifica varias circunstancias, dependientes del sistema sanitario, que contribuyen a aumentar el malestar de las pacientes, y que deseamos destacar.

Los clínicos de hoy en día no poseemos *conocimientos actualizados sobre la fisiología del dolor crónico*. Ni pregrado, ni posgrado. Tendemos a buscar la causa del dolor crónico en la zona donde duele, y si encontramos alteraciones en las pruebas realizadas (hernias, artrosis, hernias de hiato, etc.), atribuimos la clínica a estos hallazgos, sin plantearnos que la correlación no siempre establece la causa.

Y cuando no encontramos alteraciones, llegamos a cuestionar el dolor de la paciente, y esta actitud se trasmite al resto de la sociedad. Todo esto contribuye al rechazo que las pacientes con FM perciben por parte de su entorno.

Existen múltiples términos o códigos diagnósticos para similares situaciones clínicas; una paciente puede ser diagnosticada de cefalea, dispepsia, lumbalgia, omalgia, cervicalgia... o bien de dolor crónico... o de FM; esta visión parcelada retrasa y dificulta un abordaje homogéneo, y entorpece que la paciente interiorice adecuadamente el significado de dolor sin daño tisular.

Los clínicos *no conocemos los criterios diagnósticos de la FM*; ni los últimos criterios validados del 2010, que prescinden de la exploración física, ni de sus actualizaciones en 2016, que especifican que la existencia de otras enfermedades con daño tisular no excluye la FM; y a su vez, que la presencia de FM no impide la aparición de otras enfermedades con daño tisular⁵.

Ciertamente, estos *criterios diagnósticos no han sido adecuadamente difundidos* en nuestro entorno sanitario, como tampoco lo han sido *las recomendaciones de las guías* (importancia de realizar una historia clínica completa sobre el dolor, importancia del movimiento, y no utilizar los fármacos como primera opción⁶).

Por otra parte, es singular que no haya tenido más relevancia a nivel de investigación el estudiar la *repercusión que puede tener el aprendizaje* a lo largo de la trayectoria vital de los pacientes, a la hora de reproducir patrones de síntomas. Los autores sí lo señalan, aunque sin llegar a considerar el aprendizaje como factor clave.

En este mismo sentido, también es singular que la investigación no se dirija a medir el *impacto negativo que la opinión de los expertos pueda tener en pacientes con FM y en otras situaciones de dolor persistente*. Sin embargo, en el caso del dolor lumbar crónico, ya se ha mencionado en varios estudios el efecto perjudicial que puede tener la opinión experta al transmitir mensajes alarmistas en relación a una posible correlación de la clínica con afectación tisular, correlación que en estos casos cada vez está más en entredicho, o al pedir pruebas, recomendar reposo, fármacos, al transmitir al paciente que su cuerpo está enfermo.

En el caso de la FM, *los mensajes que las pacientes suelen recibir por parte de los profesionales sanitarios son a menudo poco alentadores*; esto podría suponer un efecto *nocebo* que rara vez es tenido en cuenta.

Los artículos mencionados previamente describen la efectividad de una intervención educativa, grupal, estructurada, en el ámbito de atención primaria, como abordaje de la FM, de la migraña, y del dolor de espalda persistente. Este curso para pacientes aporta respuestas a las cuestiones presentadas más arriba: informa, reconoce el dolor, transmite el concepto de dolor no correlacionado con lesión tisular, menciona las carencias del sistema sanitario, educa en neurociencia del dolor, anima a exponerse al movimiento. Detecta el efecto nocebo, y mediante la educación en neurociencia del dolor, oferta un efecto anti-nocebo.

Esta intervención debería tenerse en cuenta, ya que da respuesta a las carencias originadas en el sistema sanitario, aporta buenos resultados terapéuticos, no obtenidos con otras intervenciones, evita secundarismos, su implementación no supone un coste elevado, y es previsible que implique un beneficio costo efectivo a nivel personal, social y sanitario.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102273>

0212-6567/© 2021 El Autor(s). Publicado por 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/>).

Pero supone modificar lo establecido, lo cual es harto difícil, y por ello será preciso un apoyo incondicional por parte de nuestros gestores.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación alguna para la elaboración y publicación del trabajo.

Bibliografía

1. Barrenengoa-Cuadra MJ, Angón-Puras LÁ, Moscosio-Cuevas JI, González-Lama J, Fernández-Luco M, Gracia-Ballarín R. Efecto de la educación en neurociencia del dolor en pacientes con fibromialgia: intervención grupal estructurada en atención primaria. *Aten Primaria*. 2020;53:19–26, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.007>.
2. Barrenengoa-Cuadra MJ, Muñoa-Capron-Manieux M, Fernández-Luco M, Angón-Puras LÁ, Romón-Gómez AJ, Azkuenaga M, et al. Effectiveness of a structured group intervention based on pain neuroscience education for patients with fibromyalgia in primary care: A multicentre randomized open-label controlled trial. *Eur J Pain*. 2021;25:1137–49, <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1738>.
3. Aguirrezabal I, Pérez de San Román MS, Cobos-Campos R, Orruño E, Goicoechea A, Martínez de la Eranueva R, et al. Effectiveness of a primary care-based group educational intervention in the management of patients with migraine: A randomized controlled trial. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:1–7, <http://dx.doi.org/10.1017/S1463423619000720>.
4. Galán-Martín MA, Montero-Cuadrado F, Lluch-Girbes E, Coca-López MC, Mayo-Isicar A, Cuesta-Vargas A. Pain neuroscience

education and physical exercise for patients with chronic spinal pain in primary healthcare: A randomised trial protocol. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20:505, <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-019-2889-1>.

5. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016;46:319–29, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>.
6. Rico-Villademoros F, Postigo-Martin P, Garcia-Leiva JM, Ordoñez-Carrasco JL, Calandre EP. Patterns of pharmacologic and non-pharmacologic treatment, treatment satisfaction and perceived tolerability in patients with fibromyalgia: A patients' survey. *Clin Exp Rheumatol*. 2020;38:72–8.

María Muñoa-Capron-Manieux^{a,b,c,*}
y Leticia Gandarias-Olaran^d

^a *Centro de Salud Alango, OSI Uribe, Osakidetza, Getxo, Vizcaya, España*

^b *Grupo de trabajo Fibromialgia, Migraña y Dolor Crónico, Osatzen Sociedad Vasca de Medicina Familiar y Comunitaria, Bilbao, Vizcaya, España*

^c *Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Lejona, Vizcaya, España*

^d *Centro de Salud de Begoña, OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza, Bilbao, Vizcaya, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.munoa@ehu.eus
(M. Muñoa-Capron-Manieux).