CÓDIGO: 9/149 COMUNICACIÓN ORAL

TÍTULO

LA FAMILIA CAMBIA, EL DOLOR CONTINÚA

AMBITO DEL CASO

Consulta de Medicina Familiar y Comunitaria

MOTIVO DE CONSULTA

Brote agudo de dolor musculoesquelético generalizado, más intenso en rodillas, codos y muñecas

ENFOQUE INDIVIDUAL (Anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Mujer de 62 años con antecedente de Fibromialgia de 20 años de evolución quien consulta en múltiples oportunidades por dolor musculoesquelético, generalmente de moderada intensidad, sin signos inflamatorios, rigidez ni deformidades asociadas, ausencia de antecedentes traumáticos, y de diferente localización a lo largo de su evolución: muñeca izquierda (2010), articulación temporomandibular (2011), hombro bilateral (2011), cadera derecha y miembro inferior ipsilateral (2012), columna completa (2014), rodilla izquierda (2014), codo bilateral (2015) columna cervical y lumbar (2017) y mano bilateral (2026). Refiere otros síntomas acompañantes e intermitentes como: insomnio, palpitaciones, mareo y astenia.

Entre los estudios y valoraciones especializadas realizadas, destaca seguimiento por Cirugía Maxilofacial por disfunción temporomandibular (SDTM estadio IV de Wilkes), con manejo sintomático y férula a demanda. Por dolor musculoesquelético crónico generalizado, ha sido valorada por Reumatología, Neurología, Medicina Física y Rehabilitación y la Unidad del Dolor, estableciéndose los diagnósticos de cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia mecánicas y escoliosis dorsal. Los estudios de imagen evidenciaron cambios degenerativos cervicales y lumbares, con discopatía L4-L5 y pinzamiento L5-S1, sin hernias o protrusiones discales significativas ni compromiso del canal vertebral; la electromiografía de miembros superiores fue normal. El estudio reumatológico mostró ANA débilmente positivo, con PCR y factor reumatoide negativos. En 2019 fue estudiada por Cardiología por dolor torácico, concluyéndose origen atípico y baja probabilidad de etiología isquémica, con test de inducción de isquemia negativo.

Se ha pautado tratamiento con diferentes analgésicos y en los últimos 2 años se ha indicado analgésicos del 3er escalón como Cloruro mórfico, Hidromorfona, Oxicodona. Fentanilo y Tapentadol.

Durante las entrevistas clínicas, la paciente manifiesta de forma reiterada una importante repercusión del dolor sobre su actividad laboral y las tareas de la vida cotidiana. Aunque reconoce la presencia de factores psicosociales cuando estos son explorados, tiende a centrar nuevamente el discurso en la persistencia de la sintomatología dolorosa. Presenta además adherencia irregular a las estrategias de abordaje cognitivo indicadas para realizar en domicilio. Respecto a sus expectativas de evolución, relaciona principalmente una posible mejoría de los síntomas con el cese de la actividad laboral tras la jubilación.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Trabaja en Limpieza desde hace varios años. En el año 2012, la paciente vivía en una familia nuclear con parientes cercanos, en estadio III (extensión completa). Se identificaba como cuidadora de esposo y sus 2 hijos, quienes componen su núcleo familiar (figura 1). Siempre estuvo a cargo de las tareas del hogar, sin posibilidad de distribuir la carga. También ha sido cuidadora de la madre. Fue valorada en varias oportunidades por Salud Mental por trastorno mixto ansioso-depresivo, agravado en el contexto de duelo patológico (fallecimiento de madre y exesposo en menos de 2 años)

Fue desahuciada de su casa por impago en 2025. Vive actualmente en la antigua casa de su madre, junto con su hermano y sobrino, en una estructura familiar atípica donde refiere que no recibe apoyo afectivo y debe encargarse de todas las tareas cotidianas del hogar (figura 2). Apoyo social fuera del núcleo familiar: hermana que vive lejos y compañera de trabajo.

Figura 1. *Genograma del año 2009*

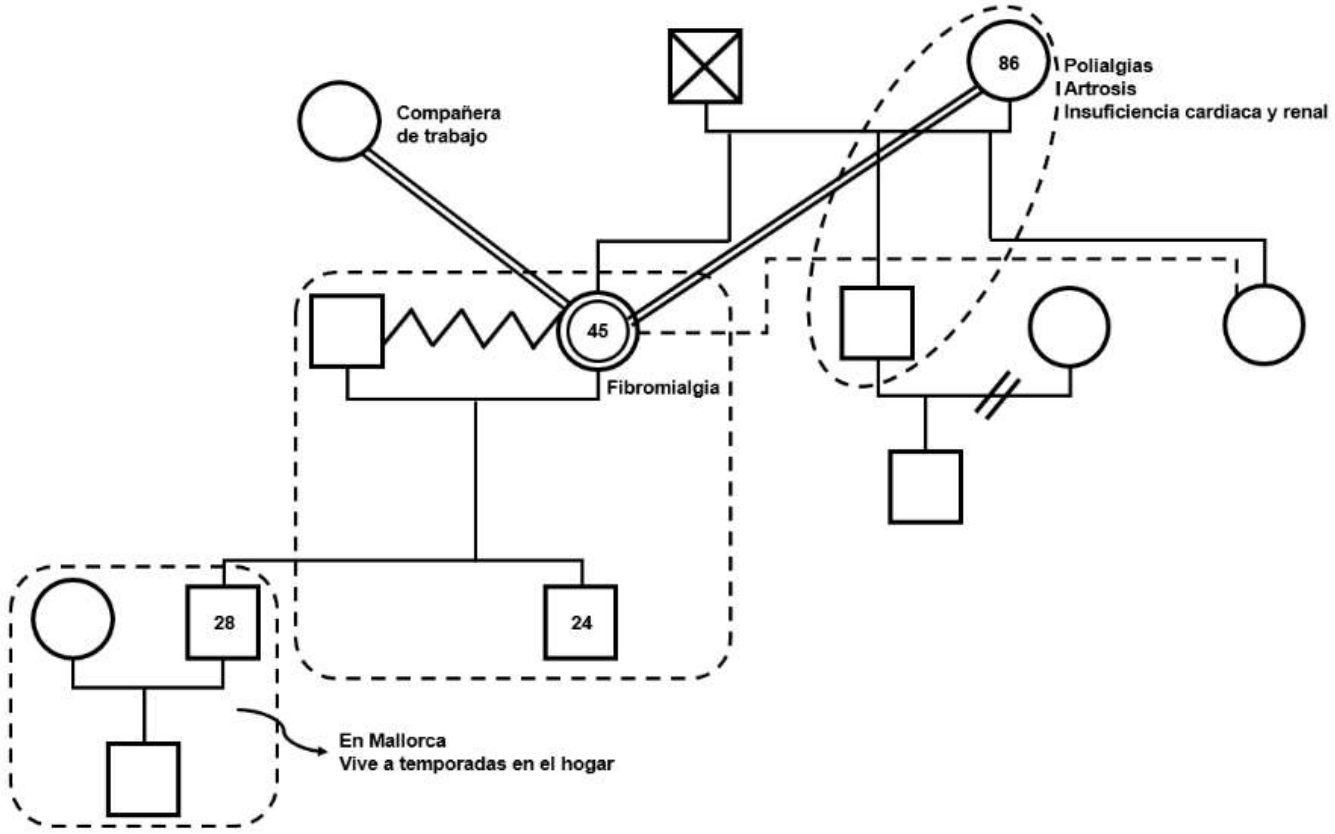
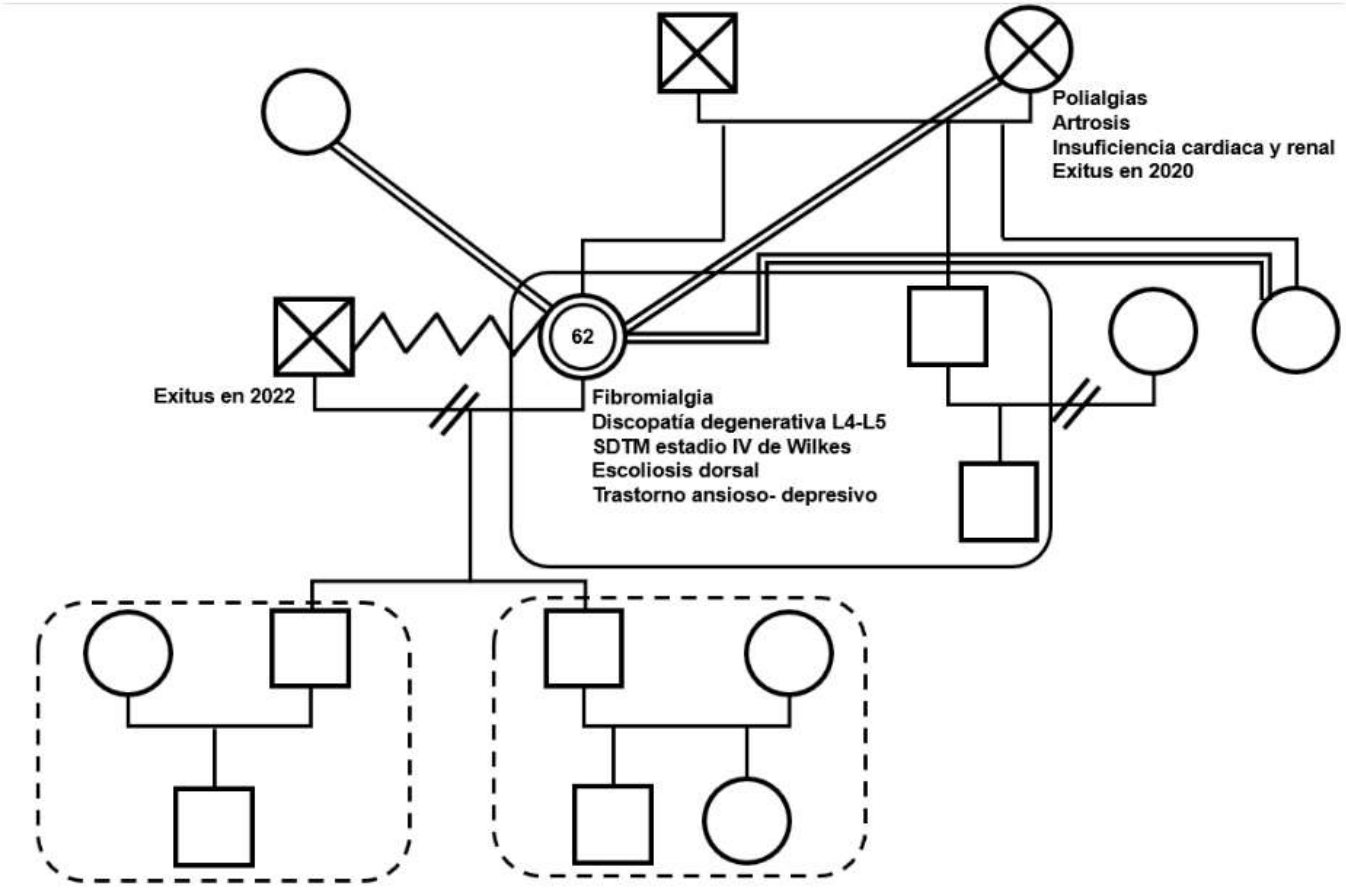


Figura 2. *Genograma del año 2026.*



JUICIO CLÍNICO (Lista de problemas, diagnóstico diferencial)

En este caso, la Fibromialgia continúa siendo el diagnóstico principal, por tratarse de un dolor crónico en múltiples localizaciones y de evolución prolongada, asociado a insomnio, astenia, síntomas afectivos y exploraciones y pruebas poco concluyentes. No obstante, al enfocarnos en un abordaje biopsicosocial del paciente, observamos que dicho cuadro ha coexistido a lo largo de su evolución con síndrome de sobrecarga del cuidador, trastorno mixto ansioso-depresivo y duelo patológico.

Diagnósticos diferenciales: Artrosis o enfermedad degenerativa musculoesquelética. Polimialgia reumática. Neuropatía periférica o radiculopatía. Soledad no deseada. Disfunción familiar.

PLAN DE ACCIÓN

A lo largo de su evolución se han realizado diferentes abordajes, tratando de abarcar tanto los problemas biomédicos que aquejan al paciente como los problemas del ámbito psicosocial inherentes a su entorno. Se han realizado derivaciones a especialidades hospitalarias cuando ha sido considerado pertinente, para ampliar los estudios y valorar patologías funcionales y mentales. También se han planteado ejercicios para mejoría del dolor en fisioterapia, tratamiento analgésico escalonado y se ha realizado un abordaje cognitivo, tratando de brindar tareas a realizar en el hogar para mejorar su entorno social y fortalecer lazos afectivos con miembros de su núcleo familiar.

En este caso, la evolución prolongada y la repercusión funcional observadas refuerzan la necesidad de establecer objetivos terapéuticos realistas. En el dolor crónico, el éxito del abordaje no debe valorarse únicamente en términos de desaparición del dolor, sino también mediante la mejoría de la funcionalidad, la autonomía, la calidad de vida y la capacidad de afrontamiento. En este contexto, resulta fundamental un abordaje multidimensional, coordinado y centrado en la persona, que integre medidas educativas, ejercicio físico adaptado, intervenciones psicológicas cuando estén indicadas, tratamiento farmacológico individualizado y actuación sobre aquellos factores familiares, sociales o laborales potencialmente modificables. Es especialmente importante el incremento de la red social de la paciente.

EVOLUCIÓN

A lo largo de su evolución se han realizado diferentes abordajes, tratando de abarcar tanto los problemas biomédicos que aquejan al paciente como los problemas del ámbito psicosocial inherentes a su entorno. Se han realizado derivaciones a especialidades hospitalarias cuando ha sido considerado pertinente, para ampliar los estudios y valorar patologías funcionales y mentales. También se han planteado ejercicios para mejoría del dolor en fisioterapia, tratamiento analgésico escalonado y se ha realizado un abordaje cognitivo, tratando de brindar tareas a realizar en el hogar para mejorar su entorno social y fortalecer lazos afectivos con miembros de su núcleo familiar.

En este caso, la evolución prolongada y la repercusión funcional observadas refuerzan la necesidad de establecer objetivos terapéuticos realistas. En el dolor crónico, el éxito del abordaje no debe valorarse únicamente en términos de desaparición del dolor, sino también mediante la mejoría de la funcionalidad, la autonomía, la calidad de vida y la capacidad de afrontamiento. En este contexto, resulta fundamental un abordaje multidimensional, coordinado y centrado en la persona, que integre medidas educativas, ejercicio físico adaptado, intervenciones psicológicas cuando estén indicadas, tratamiento farmacológico individualizado y actuación sobre aquellos factores familiares, sociales o laborales potencialmente modificables. Es especialmente importante el incremento de la red social de la paciente.

CONCLUSIONES

Al analizar este caso retrospectivamente, existe un aspecto especialmente relevante: la fibromialgia y la presencia de patología estructural no son mutuamente excluyentes. La rectificación cervical, la discopatía L4-L5, el pinzamiento L5-S1 y la disfunción temporomandibular pueden contribuir a explicar determinados dolores regionales, pero difícilmente justifican por sí solos un cuadro de dolor generalizado, multisistémico y fluctuante de aproximadamente

20 años de evolución. Del mismo modo, la existencia de un diagnóstico previo de fibromialgia no debe conducir a atribuir automáticamente a esta entidad cualquier dolor nuevo o cambio en el patrón habitual de los síntomas, especialmente ante la aparición de signos de alarma o hallazgos que sugieran una nueva causa orgánica.

Asimismo, desde la perspectiva de la Medicina Familiar y Comunitaria, el abordaje de los problemas de salud no debe limitarse a la esfera biomédica, sino integrar también los factores psicológicos, familiares, sociales y laborales que pueden influir en su evolución. En este caso, el trastorno ansioso-depresivo puede actuar como modulador de la intensidad, persistencia e impacto funcional del dolor, dentro de un cuadro en el que los mecanismos de sensibilización central adquieren especial relevancia. A ello se suman diversos factores psicosociales y acontecimientos vitales estresantes que pueden contribuir al mantenimiento de la sintomatología y a la discapacidad percibida, sin que ello implique negar la realidad del dolor ni reducir su origen a una causa exclusivamente psicológica.

PALABRAS CLAVE

Fibromialgia, dolor musculoesquelético, disfunción familiar.