

## CAMBIO DE SIGLO, CAMBIO DE PARADIGMA: HACIA LA MEDICINA MUSCULOESQUELÉTICA

La especialidad médica de rehabilitación ha presentado y presenta una serie de insuficiencias y conflictos derivados de una permanente crisis de identidad. El problema podría deberse, al menos en parte, a una dificultad histórica en la focalización del interés profesional sobre un núcleo específico de conocimiento. Esta carencia genera algunas incertidumbres sobre el campo de competencia clínica y cierta sensación de incomodidad en el ejercicio profesional cotidiano. En un contexto de fuerte división del trabajo tanto interna (dentro de la profesión médica) como externa (con otras profesiones)<sup>1,2</sup>, parece coherente enfocar la mirada en una dirección semejante a la mayoría de las especialidades médicas: un paradigma clínico y profesional asentado en un órgano o aparato. En este texto se analiza el problema desde una perspectiva histórica y se propone que esta mirada se dirija hacia el sistema musculoesquelético.

Las especialidades médicas han surgido tras la focalización de la actividad profesional en torno a un núcleo concreto de interés. Este eje se ha constituido sobre elementos científicos, tecnológicos y sociales. Entre los principios científicos destaca el concepto localicista, según el cual la enfermedad asienta en un órgano o aparato. Esta visión focal de la patología se ha convertido en el núcleo de interés más frecuente y relevante en el conjunto del especialismo médico<sup>3</sup>. La mayoría de las especialidades se construyeron desde esta perspectiva aunque por motivos históricos concretos, algunas se apoyaron más en las bases tecnológicas (el conocimiento o el dominio de una tecnología específica) o poblacionales (la atención a un segmento concreto de la población)<sup>4</sup>.

La especialidad de Rehabilitación y Medicina Física ofrece perfiles histórico-médicos específicos desde el punto de vista del núcleo de interés y focalización de la actividad profesional<sup>5</sup>. En el cambio del siglo XIX al XX, algunos médicos se sintieron atraídos por las posibilidades de los tratamientos físicos que hasta ese momento se habían aplicado de modo aislado. Estos facultativos observaron que el uso conjunto del ejercicio, los dispositivos mecanoterápicos, la electricidad médica, el masaje y la *salus per aquam* permitía una actividad médica especializada. Se crearon con este fin algunas clínicas e institutos de mecanoterapia en las grandes ciudades que sirvieron como núcleo original de convergencia de estos adelantados. En el segundo cuarto del siglo XX el concepto de reeducación de inválidos y el de rehabilitación se consolidaron progresivamente hasta el punto de que se convirtieron en el eje de la actividad profesional. Durante este periodo se definieron los modelos teóricos de atención al inválido y se establecieron como objetivos de la especialidad la limitación de la incapacidad y el aprovechamiento de las habilidades no dañadas. A partir de este momento la rehabilitación empezó a ser reconocida como una especialidad médica en muchos países tras recibir el impulso teórico definitivo con la definición de los modelos de incapacidad y de una cuarta fase de la medicina o fase rehabilitadora<sup>6</sup>.

En consecuencia, a lo largo del siglo recientemente finalizado, los profesionales comprometidos en torno a esta actividad han reconocido como núcleo de interés científico y de convergencia profesional dos factores: en una primera fase, el dominio de dispositivos generadores de energía mecánica y de electricidad médica, como ejemplos más señalados de los procedimientos físicos. Más adelante, en una segunda fase sin solución de continuidad, la atención al incapacitado a través de los diversos modelos de rehabilitación<sup>7</sup>.

Tales núcleos de interés son, en realidad, exponentes de dos mecanismos diferentes de especialización médica. Por una lado, la focalización tecnológica, según la cual, la especialidad se construye en torno a avances tecnológicos específicos (en este caso, el dominio de los dispositivos mecanoterápicos y electroterápicos). Por otro lado, la atención a pacientes con un perfil sociodemográfico concreto según la cual, el eje de la actividad es el cuidado de un segmento de población específico (en este caso los pacientes con discapacidad). La radiología es un ejemplo tecnológico, y la pediatría sirve como ilustración de la atención a la población infantil<sup>8</sup>. La Rehabilitación y Medicina Física ha seguido ambos sistemas, con una focalización dual que queda perfectamente reflejada en su nombre.

La especialización no es un concepto estático sino un proceso en continuo movimiento en el que las condiciones sociales, científicas y profesionales interaccionan constantemente, de modo que

la actividad puede enfocarse sobre algún aspecto específico en función de la evolución de los descubrimientos científicos y de los acontecimientos sociales. Este proceso sigue activo y no debe considerarse la situación actual de las especialidades como estanca y definitiva. Los cambios y la dualidad en la rehabilitación pueden interpretarse desde este dinamismo.

Una singularidad destacada de la rehabilitación es la concentración de su actividad en estos dos focos, la incapacidad y la medicina física, cuando el motor más potente del especialismo ha sido la aplicación del concepto localicista de la enfermedad a la práctica médica. Recordamos que, según esta perspectiva, la enfermedad asienta en un órgano o aparato que servirá para parcelar o dividir la actividad médica. Es bien sabido que la mayoría de especialidades se han edificado en torno a este paradigma y que no solo la profesión sino también la enseñanza de la medicina se han articulado en torno a estas parcelas, considerándolas como disciplinas específicas e independientes. La focalización en ausencia del fenómeno localicista ha obstaculizado desde sus inicios la construcción de la especialidad y su proyección docente. Jaquín Decref, un adelantado de la rehabilitación, posiblemente el primer médico español que se dedicó exclusivamente a esta disciplina ya hacía referencia en 1914 al problema resaltando que «nunca he creído que pudieran existir especialistas en técnicas terapéuticas, sino especialistas en enfermedades para cuyo tratamiento se necesitan dominar ciertas técnicas»<sup>9</sup>. En el nuevo siglo este dilema sigue abierto.

Fue posiblemente Herman J Flax, uno de los pioneros de la rehabilitación estadounidense, quien proclamaba hace algunos años la importancia del músculo en la formación y en la práctica de la rehabilitación con esta idea: si algún órgano puede reclamar para sí el fisiatra, éste es el músculo. En los últimos años se han consolidado nuevas ideas en torno al sistema musculoesquelético que han proporcionado una prominencia mayor a este sistema. La fisiología muscular y del ejercicio se halla plenamente consolidada. La biomecánica ha aportado una metodología y un caudal de conocimientos en torno a la acción musculoesquelética de enorme relevancia. La exploración instrumentada de la función muscular ha sido perfeccionada por la electromiografía de superficie asociada a los test isocinéticos. La patología musculoesquelética se ha enriquecido notablemente con el modelo del dolor y disfunción miofascial, que aporta un vasto campo de investigación y de praxis profesional cotidiana. El enfoque musculoesquelético del raquis debería permitir una profundización sistemática y especializada en la lumbalgia y la cervicalgia desde el punto de vista médico, con un desarrollo del dominio de las técnicas terapéuticas conservadoras. El tratamiento físico y farmacológico de la patología muscular ofrece muchos aspectos consolidados y otros campos abiertos y prometedores en el campo de las infiltraciones. En estas condiciones, con la fisiología y la biomecánica como ciencias básicas, una clinimetría clásica, pruebas diagnósticas instrumentales, una patología en desarrollo y una terapéutica específicas, puede hablarse con toda propiedad de una medicina musculoesquelética emergente. Esta podría convertirse en el nuevo núcleo de interés de la rehabilitación que debería adaptarse dinámicamente, como ya lo hizo en el pasado, a las nuevas y complejas situaciones del cambio de siglo. Este cambio de paradigma representaría nuevamente una focalización dual, pero en esta ocasión dedicando un mayor esfuerzo docente, científico y profesional a este modelo localicista musculoesquelético. Por otro lado, el término ya ha hecho cierta fortuna, comienza a ser conocido y su uso es creciente en artículos, libros y clasificaciones. Sirve de encabezamiento ya a más de cinco revistas, y su nombre figura en algunas sociedades médicas del ámbito anglosajón, herederas de la medicina ortopédica de la escuela de James Cyriax.

Esta es una tarea de proporciones difíciles de calcular y que atañe a todo un colectivo profesional, no sólo en nuestro país sino a escala internacional. Los aspectos definitivos de este nuevo enfoque dependen de los dirigentes de las sociedades científicas nacionales e internacionales, de los responsables de los programas de docencia y de la consolidación de estas ideas en los países con mayor tradición, liderazgo e impulso en rehabilitación. Toda esta tarea está y debe quedar en sus manos.

Esta reflexión que aquí se presenta tiene la intención fundamental de presentar un problema antiguo de forma clara y actual para sugerir ideas que generen un debate. Si estas reflexiones son valoradas por un grupo suficiente, influyente y activo, se podrían desarrollar las primeras iniciativas en torno a grupos cualificados de trabajo que estudien y diseñen las aplicaciones profesionales, docentes e investigadores y las consecuencias institucionales de este nuevo paradigma.

Si recapacitamos sobre la actividad cotidiana que realizamos cada día observaremos que al menos 3 de cada 4 pacientes que acuden a nuestras consultas sufren de enfermedades musculoesqueléticas. Incluso la espasticidad, uno de nuestros centros de interés más clásico, se expresa a través del músculo. Nuestra seña de identidad actual, la atención al incapacitado y la rehabilitación del daño neurológico, debe permanecer inalterable, como un sólido pilar sobre el que adherir las nuevas adquisiciones científicas y profesionales como las nuevas piezas de un mosaico inacabado. La Medicina Física comenzó con un núcleo tecnológico: los procedimientos físicos. La Rehabilitación

completó el diseño dirigiendo su actividad hacia los pacientes con incapacidad. Esta trayectoria debería completarse con el estudio específico del sistema musculoesquelético. Estamos ante una oportunidad muy estimulante, ante un reto magnífico que debemos asumir sin dilación.

José M. Climent  
*Hospital General Universitario de Alicante*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Estevens R. The changing idea of a Medical Speciality, Transactions and studies of the College of Physicians of Philadelphia, 2, 1980, pp. 159-97.
2. Climent JM. Rehabilitación y división del trabajo. *Rehabilitación (Madr)* 31:335-7.
3. Rosen G. The Specialization in Medicine with particular reference to Ophtalmology. New York, MD. Pub. 1944.
4. Marks H. Medical technologies: Social contexts and consequences. En: BYNUM, William, PORTER, Roy, *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London, Routledge, 1994, pp. 1592-616.
5. Gritzer G, Arluke A. The making of Rehabilitation: a political economy of medical specialization, 1890-1980, Berkeley, University of California Press, 1985.
6. OMS. Comité de Expertos en Rehabilitación Médica. Primer Informe. Ginebra. Ed. Organización Mundial de la Salud. Informes Técnicos, nº 158.
7. Climent JM. Historia de la Rehabilitación. De la Física Terapéutica a la Reeducción de Inválidos. Barcelona. Edika Med, 2001.
8. Ballester R. La Historia Clínica Pediátrica durante el siglo XIX. Zaragoza, Universidad, 1977.
9. Decref Ruiz J Kinesiterapia. Madrid. Ed. Adrián Romo. 1914. pp. 169-70.