

SÍNTOMAS DE BAJA EXPLICABILIDAD ORGÁNICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE LEÓN



Antonio Serrano García

*Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría de Enlace
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN*

DEFINICIÓN DE SÍNDROMES DE BAJA EXPLICABILIDAD ORGÁNICA (MUS)

- Aquellos síntomas físicos que presentan **escasa o ninguna base de que respondan a una enfermedad orgánica subyacente.**
- Incluso cuando la enfermedad orgánica existe los síntomas son inconsistentes o desproporcionados con ella.



EPIDEMIOLOGÍA

- Los MUS son el **motivo de consulta más frecuente en atención primaria** y presentan igualmente una elevada prevalencia en atención especializada.
- Las especialidades que más a menudo reciben pacientes con MUS son neurología, gastroenterología, cardiología, ginecología y todas aquellas relacionadas con el sistema musculoesquelético.
- En el artículo publicado por Bermingham SL et al en 2010 sobre población inglesa estima que suponen el **10% de los gastos del NHS** en esa población.

	Inglaterra	España	León (Provincia)	León (Área sanitaria)
Población	53,01 millones	46,77 millones	484694 habitantes	351086 habitantes
Costes directos	2892 millones (£)	3061,81 millones (€)	31,42 millones (€)	22,91 millones (€)
Costes indirectos	14583 millones (£)	15439,66 millones (€)	158,46 millones (€)	115,54 millones (€)
Costes totales	17475 millones (£)	18501,47 millones (€)	189,88 millones (€)	138,45 millones (€)

CONSUMO DE RECURSOS EN PACIENTES MUS

- Utilizan de forma significativa y desproporcionada más servicios médicos (1) (aunque no de salud mental).
- Presentan una comparable o superior incapacidad, peor salud mental (2) y peor estado de salud percibido que aquellos que presentan enfermedades crónicas diagnosticadas (3).
- Pasan más días en cama al mes que pacientes con enfermedades crónicas severas (4).
- Tienen más bajas laborales (5).
- Presentan una mayor tasa de desempleo que la media de la población (6).

CONSUMO DE RECURSOS EN PACIENTES MUS II

- Utilizan de forma simultánea varios servicios de salud (7)
- A menudo no acuden a citas médicas y frecuentemente cambian de médico (8).
- Son operados con mayor frecuencia (9).
- A menudo afrontan procedimientos peligrosos con potencial iatrógeno (10).

CONSUMO DE RECURSOS EN NUESTRO ENTORNO

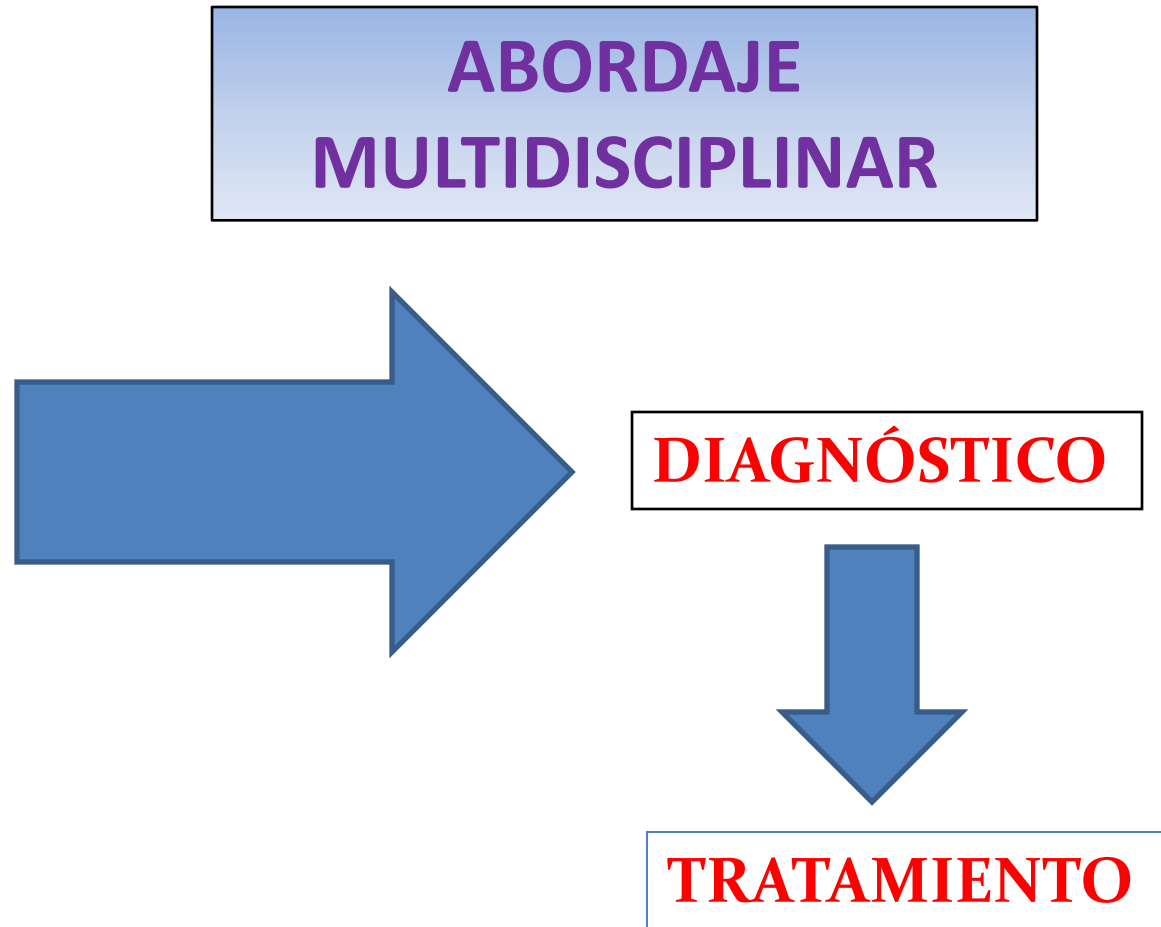
	N	DÍAS HOSPITALIZACIÓN	PRIMERAS CONSULTAS	CONSULTAS SUCESIVAS	TOTAL CONSULTAS	COSTE IQ (€)	RX	TAC	ECO	RMN	COSTE PRUEBAS (€)	COSTE TOTAL
Medias	107	12,42 (SD 15,34) Rango: 0-59	12,16 (SD 4,66) Rango: 3-23	68,43 (SD 46,24) Rango: 4-226	80,59 (SD 50,14) Rango: 7-249	9631,65 (SD 13806,79)	16,76 (SD 13,53) Rango: 0-66	1,64 (SD 2,17) Rango: 0-10	2,81 (SD 3,13) Rango: 0-15	3,22 (SD 2,94) Rango: 0-15	2069,71 (SD 1829,8)	23746,1 (SD 22755,95)
TOTALES	107	1329	1289	7254	8543	1030587	1777	174	298	341	219389	2517087

GRUPO	COSTE/AÑO	Porcentaje respecto a media poblacional (m=940,19 euros/año)
No MUS (N=47) Unidad del dolor	1701,36	180,96 %
MUS (N=107)	1583,07	168,38 %

Gasto Sanitario Hospitalario en una muestra de 107 pacientes diagnosticados de MUS en el Hospital de León (Período 2000-2015). Análisis presentado en el XX Congreso Nacional de Hospitales, Sevilla 2017

PROCESO DE CONVERGENCIA PARA EL DIAGNÓSTICO

<i>Sospecha Clínica</i>	Síntomas de origen incierto
<i>Especialista somático</i>	Evidencia procedente de la evaluación física y pruebas complementarias
<i>Psiquiatra/ psicólogo</i>	Evidencia procedente de la evaluación psiquiátrica
<i>Test</i>	Evidencia procedente de autoinforme
<i>Diagnóstico diferencial</i>	Ausencia de otros procesos que expliquen el cuadro



SOSPECHA CLÍNICA: INCONSISTENCIAS



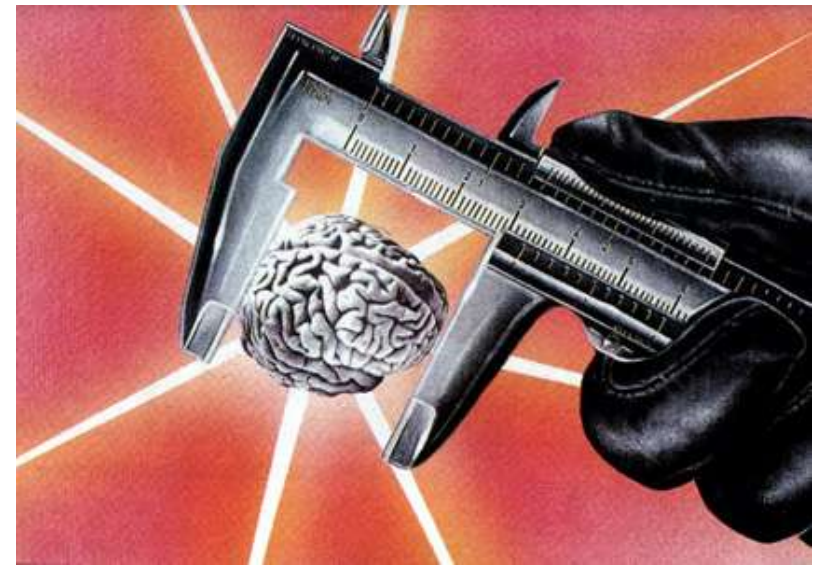
- La sospecha clínica se fundamenta en las discrepancias e inconsistencias entre el diagnóstico y la evolución del paciente en comparación con la evolución habitual.
- Se establece de forma contextual, atendiendo a aspectos de carácter motivacional, sintomatológico, personal y conductual.

EVALUACIÓN FÍSICA



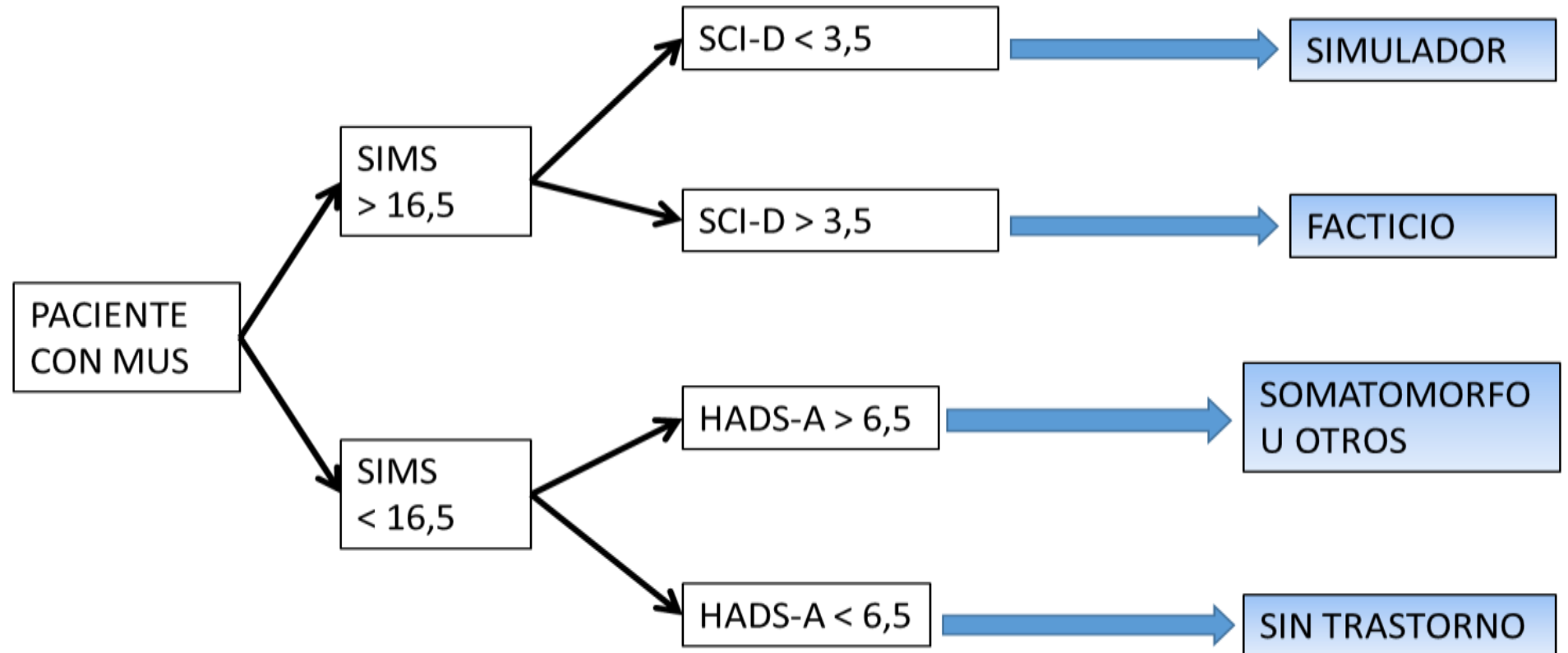
- Historia Clínica
- Exploración física
- Pruebas complementarias
 - Analítica
 - Pruebas de imagen
 - Pruebas funcionales
 - Pruebas biomecánicas
- OBJETIVOS:
 - 1.- Obtener evidencia fisiopatológica que explique las quejas del paciente.
Exageración no implica simulación.
 - 2.- Determinar la ausencia de base somática clasificada
 - 3.- Recabar pruebas de la inconsistencia entre las quejas y los mecanismos de producción de la lesión.

PROTOCOLO PSICOMÉTRICO AUTOAPLICADO



- Datos sociodemográficos
 - Sexo
 - Edad
 - Situación laboral
 - Oficio
 - Nivel académico
 - Estado civil
 - Convivencia
- Autodescripción del cuadro por el paciente
- Fármacos que toma
- Escalas:
 - FF-SIL (Funcionamiento familiar)
 - SCI (Inventario de Sensibilización Central)
 - HADS (Ansiedad-Depresión Hospitalaria)
 - SDI (Discapacidad percibida)
 - SIMS (Simulación)
 - **SCORING DRAM**

ALGORITMO DESARROLLADO PARA CARACTERIZAR MUS



*En nuestra muestra (343 pacientes) la correlación con la entrevista psiquiátrica es del **63,3%**.*

LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

- Evitar la dicotomización mente-cuerpo
- Es útil tener los resultados de la psicometría
- Exploración mínima a realizar:
 - Síntomas principales de queja
 - Evolución del cuadro
 - Atribución del dolor (insight)
 - Situación socioeconómica
 - Estado de ánimo
 - Rasgos principales de personalidad
 - Antecedentes traumáticos
 - Sistema familiar
 - Efecto de la enfermedad en su funcionamiento vital
 - Otras alteraciones psicopatológicas (psicosis, TOC,...)

OBJETIVO FUNDAMENTAL DE LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

- Ser capaz de establecer un RELATO de los síntomas del paciente en el contexto de su evolución vital

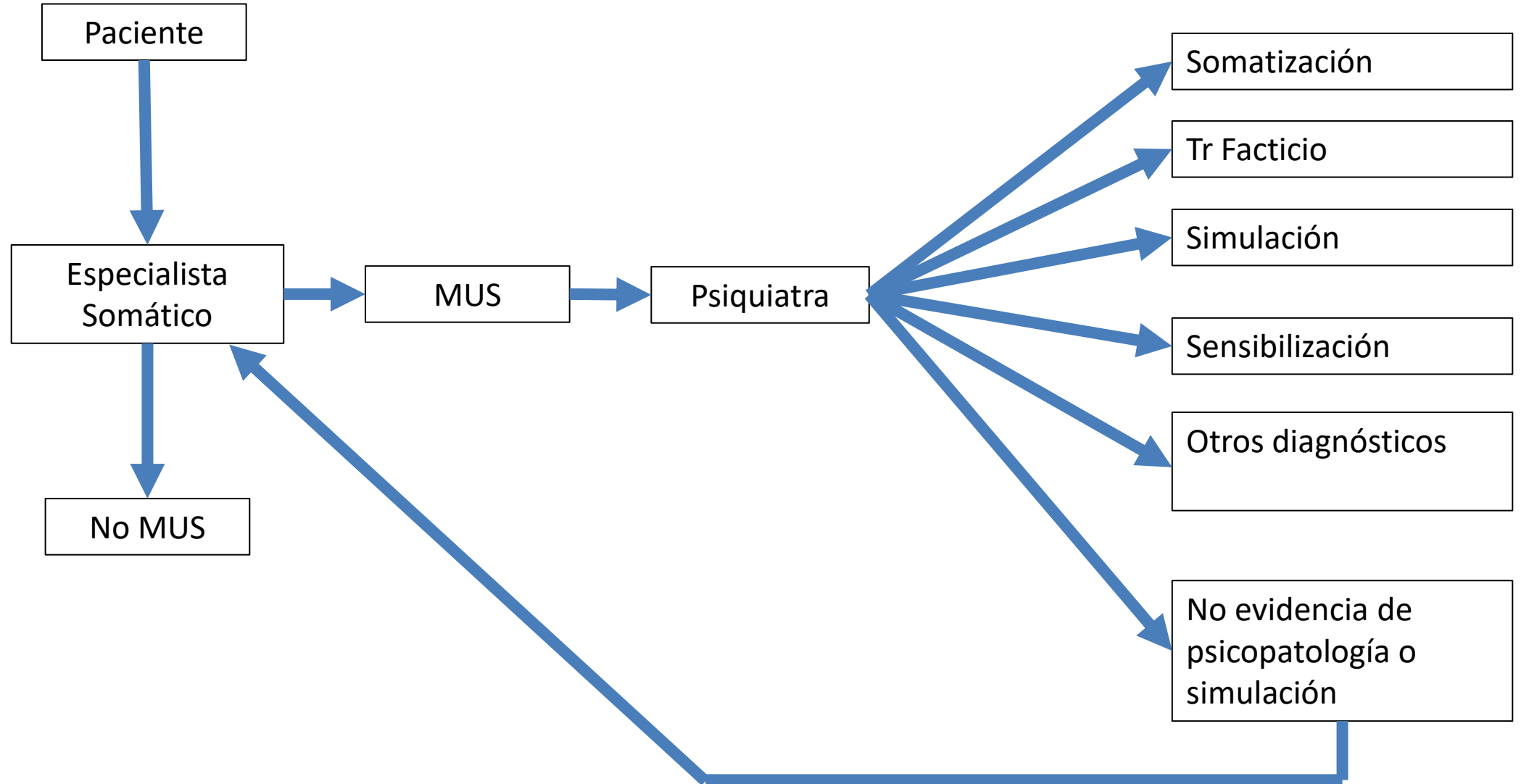


DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- NO SABER QUÉ LE PASA A UN PACIENTE NO SIGNIFICA QUE PRESENTE UN TRASTORNO MENTAL O QUE ESTÉ SIMULANDO
- LAS ENFERMEDADES MENTALES Y LA SIMULACIÓN TIENEN UNA PATOCRONIA DETERMINADA Y DEBEN CUMPLIR UNA SERIE DE CRITERIOS PARA PODER ESTABLECERSE COMO DIAGNÓSTICO



CARACTERIZACIÓN DE LOS MUS



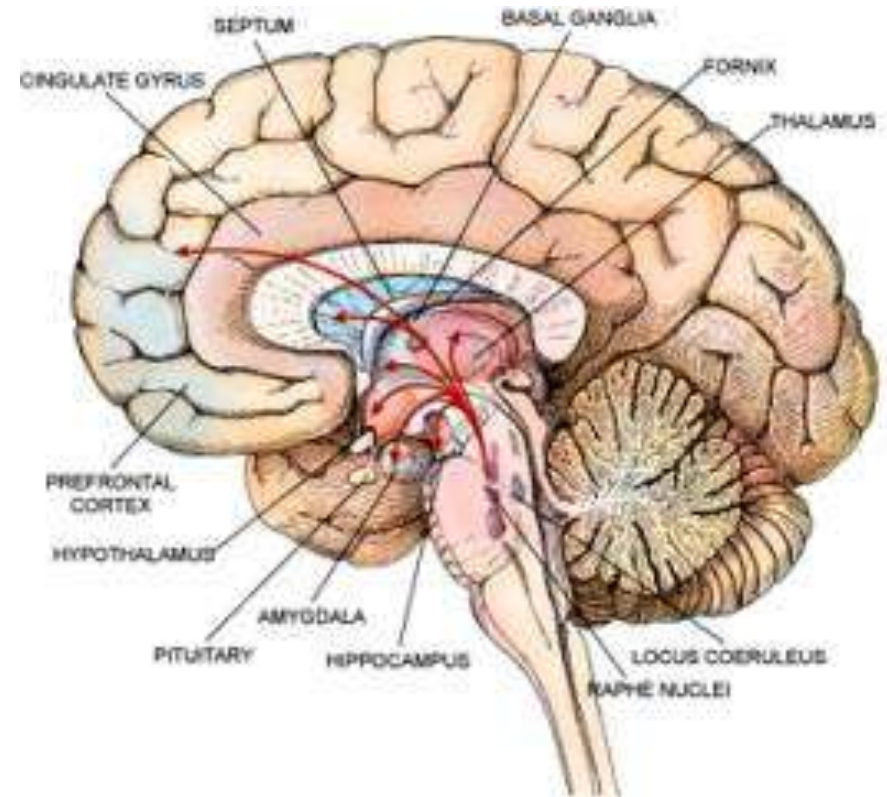
CARACTERIZACIÓN DE LOS MUS

	SIMULACION	FACTICIOS	SOMATOMORFOS	SSC
Bases orgánicas	No	No	No	Sí (no evidenciables)
Control voluntario	Sí	Sí	<u>No</u>	<u>No</u>
Recompensa externa	Sí	<u>No</u>	No	No
Trastorno Mental	<u>No</u>	Sí	Sí	<u>No</u>

LA RESPUESTA DE ESTRÉS

- ▶ Fase I: La reacción de alarma: Incremento de actividad simpática con liberación de adrenalina y noradrenalina. Activación del sistema hipofisarioadrenal
- ▶ Fase II: Fase de mantenimiento de respuesta, a costa de aumento de exigencias en el rendimiento
- ▶ Fase III: Fase de agotamiento: Fracaso de las actividades de reserva. Se produce la muerte del organismo o la aparición de enfermedades.

MODIFICACIÓN DEL MEDIO INTERNO



- ▶ Sistema Nervioso Autónomo
- ▶ Sistema Neuroendocrino
- ▶ Sistema Inmunitario

SIMBOLIZACIÓN

- Una emoción es una configuración determinada del estado interno
- Transformación de la percepción del estado interno en lenguaje.
- Permite la comunicación y la reflexión



ALEXITIMIA

- Déficit en la capacidad de simbolización
- Hipótesis: Interrupción de la adecuada comunicación entre el sistema límbico y el neocórtex
- El déficit en la capacidad de simbolización impide apagar la respuesta de estrés
- La persistencia de las modificaciones en el medio interno da lugar a las manifestaciones corporales

DEPRESIÓN Y DOLOR

Definición de Estado de Ánimo: Estado afectivo de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo, que afecta de modo global a las experiencias psicológicas y **corporales**.

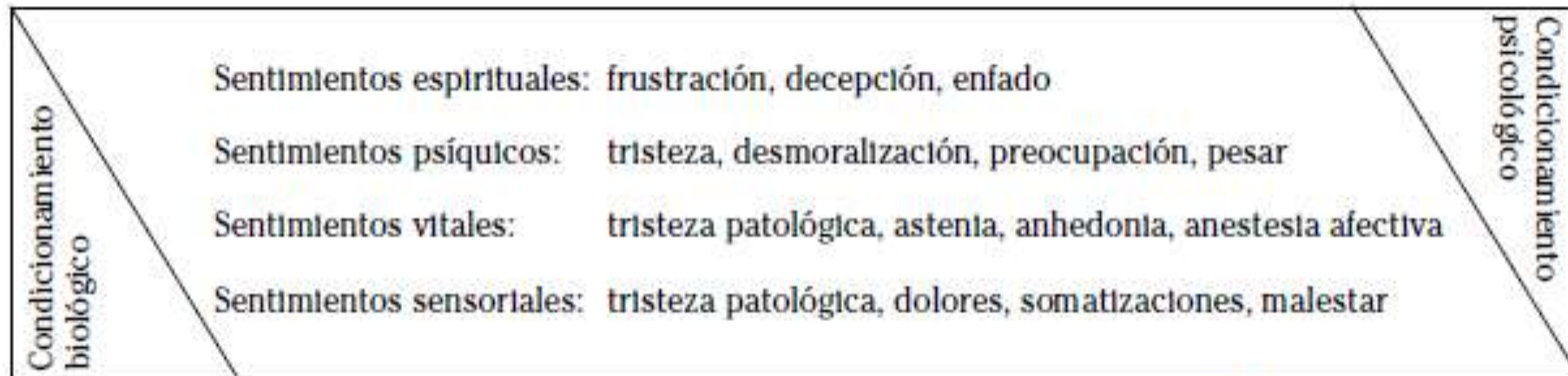


Figura I. Clasificación jerárquica de los sentimientos en referencia a aquellos de tonalidad depresiva.

- Las capas más profundas de los sentimientos corresponden a vivencias afectivas primarias, difusas y poco elaboradas **ligadas a la corporalidad** que serían el reflejo de alteraciones biológicas.
- Las capas más superficiales corresponden a sentimientos muy elaborados que son **dependientes de la biografía** y las circunstancias de la persona.

ANSIEDAD Y CORPORALIDAD

- Ocasionalmente el paciente no consulta por su ansiedad sino por alguno de los síntomas físicos

Síntomas fisiológicos de ansiedad:

- **CARDIOVASCULARES:** Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- **RESPIRATORIOS:** Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- **GASTROINTESTINALES:** Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- **GENITOURINARIOS:** Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- **NEUROMUSCULARES:** Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- **NEUROVEGETATIVOS:** Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

HIPERFRECUMENTADORES

- Pacientes con alteración de la conducta de enfermedad
- Es preciso valorar las ganancias que conlleva esta conducta para los pacientes

Grupo diagnóstico	Objeto de la consulta
Hipocondría	Alivio de la ansiedad
Facticios	Refuerzo de la conducta de enfermedad
Abuso de sustancias	Obtención de medicación
Tr de la personalidad	Alivio del vacío
Simuladores	Obtención de informes

- Puede solicitarse la colaboración de Psiquiatría para detectar estos pacientes y establecer un plan de abordaje

TRASTORNOS PSICÓTICOS DE BASE CORPORAL

- Forma de psicosis cuyo síntoma principal es la creencia delirante de padecer algún problema físico
- La idea delirante es irreductible a la lógica
- Puede acompañarse de alucinaciones cenestésicas
- Ejemplo:
 - Hipocondría delirante
 - Depresión psicótica => Delirio de Cotard

TOC / neurosis obsesivas



DESCRIBA BREVEMENTE SU ENFERMEDAD

DESDE HACE APROX 10 AÑOS dolor ANAL - PERINEO - y ANAL INTERNO CON UN ESTRECHAMIENTO CRECIENTE DE LAS PAREDES y EL PASO PARA LAS HECEs que aparte de provocar un dolor CONTINUO y PINCHAZOS EN LA ZONA PROVOCA EFECTOS SECUNDARIOS CADA POCO COMO HEMORROIDES o SIMILARES DENTRO ANO, TROMBOS que hay que OPERAR dentro del ANO, FISTULAS FUERA y DENTRO, FISURAS ETC. LOS TROMBOS SON LO QUE MAS SE CREA y lo MAS doloroso, PORO SIN EFECTOS SECUNDARIOS SIEMPRE DUELE y PINCHA el ANO CON GRANDES PROBLEMAS A LA HORA de HACERLO VIENTRE NUNCA SALIENDO de COLDE PASANDOME VARIAS HORAS PARA PODER EVACUAR PUES ME SALE POCO a POCO y SIEMPRE NECESITANDO LAVADOS de ASICATO DESPUES de CADA DEPOSICION - TAMBIEN PROVOCA DOLORES ABDOMINALES y INGUINALES CON MOLESTIAS A LA HORA de ONINAR. ^{ADMT} Con el VALIUM y EL DUFLAC el estrechamiento sigue empeorando y LAS DEPOSICIONES MAS DIFICILES

INDIQUE QUÉ MEDICAMENTOS TOMA

Per Prescripción Medica

- Valium 5 MG : 4 COMP cada 12 H - Regulando a demanda
- DUFLAC 15ML a DEMANDA minimo 2 al dia
- DAFLON 4 COMP dia
- ESPIDIFEN a demanda 1-2 minimo / dia
- CREMAS ANALES ANTIHEMORROIDALES a demanda - AHORA RUSCUS

AUNQUE E TENIDO DEJARCA POR PRODUCIRME UNA DERMATITIS.

- CREMAS COVERA DERMATITIS
- LAVADO ANAL CADA DEPOSICION - 4 de 8 al dia MINIMO

A CONTINUACIÓN LE SOLICITAMOS QUE COMPLETE ALGUNAS ESCALAS CLÍNICAS DE VALORACIÓN. POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS CUESTIONES. NO DEJE PREGUNTAS EN BLANCO.

- SIN Prescripción Medica PERD con su ACEPTACION
- CREMAS ANTI IRRITACIONAS y DERMA BEDES
- COM PLEJOS ALIMENTICIOS - VITAMINAS ETC...
- 1 Vez SEMANA Dieta Liquida o casi

MARCO TERAPÉUTICO



- La información entre los facultativos debe ser compartida (Historia Clínica común y comunicación directa)
- El psiquiatra puede modificar cualquier tratamiento. No sólo los psicofarmacológicos
- Todos los cambios serán explicados y acordados con el paciente
- Conseguir la medicación mínima imprescindible es uno de los objetivos
- La primera consulta tiene como objetivo principal el establecimiento de alianza terapéutica

PRINCIPIOS GENERALES

- Evitar la dicotomización mente-cuerpo
- Evitar establecer certezas de curación.
- Evitar la confrontación en la medida de lo posible
- Plantear la sintomatología como algo continuo. Pasar del dolor Si/No al grado de dolor
- Los tratamientos deben orientarse a los síntomas y no a los diagnósticos
- “Encontrar la manera digna de que el paciente pueda dejar de hacer lo que está haciendo”
- Aunque a modo didáctico se planteen los diagnósticos y tratamientos de forma categorial, estos se mezclan en cada paciente



Normas de buena práctica clínica en atención primaria con los trastorno de somatización



- El paciente ha de ser atendido por un solo médico, preferiblemente, su médico de familia.
- Planificar citas regulares cada 4-6 semanas como máximo.
- Consultas breves que sean posibles en la agenda del generalista.
- Explorar siempre la zona de la que se queja el paciente.
- Buscar **signos**. Los síntomas deben ser interpretados en un contexto comunicacional.
- Evitar pruebas diagnósticas que no sean imprescindibles para evitar yatrogenia y gasto sanitario.
- Deben solicitarse basados en los signos, no en los síntomas.
- Evitar diagnósticos espúreos y tratamientos innecesarios.
- Tranquilizar y reasegurar.
- Derivar adecuadamente a los servicios psiquiátricos

OBJETIVOS GENERALES

UNA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE
ADECUADA ES CONDICIÓN NECESARIA PARA
CUALQUIER INTERVENCIÓN

DIAGNÓSTICO	OBJETIVO
Tr Somatomorfo	Abordar el conflicto que se plantea como origen del cuadro
SSC	Elevar el umbral de dolor y tratar comorbilidad psiquiátrica
Tr Facticio	Atenuar los roles de enfermedad
Simulación	Dar de alta al paciente con la menor conflictividad posible. Puede requerir derivación a Trabajo Social

El paciente debe ser parte activa en su recuperación



¿Me va a curar, doctor?



¿Qué puedo hacer para mejorar, doctor?

FARMACOLOGÍA: ANTIDEPRESIVOS*

- Elevan el umbral de dolor: Duloxetina, Amitriptilina
- No agravan el estreñimiento/función cognitiva: Vortioxetina
- Antiobsesivos (rumiaciones hipocondriacas): Cloimipramina, Fluoxetina
- Antiimpulsivos: Fluoxetina
- Ausencia de interacciones hepáticas: Desvenlafaxina
- Mejoran fatiga: Bupropion, Fluoxetina
- Hipnóticos: Trazodona, Mirtazapina



** Ojo al riesgo de interacción con opiáceos
que puede causar síndrome serotoninérgico*

FARMACOLOGÍA: ANTIÉPILEPTICOS

- Ansiolíticos: Pregabalina, Gabapentina
- Dolor neuropático: Pregabalina, Gabapentina, Carbamazepina
- Dolor por sensibilización/cefaleas resistentes/ impulsividad:
Topiramato

FARMACOLOGÍA: BENZODIACEPINAS

- Relajante muscular: Diazepan, Clonazepan
- Coadyuvante para retirada de opiáceos: Clorazepato
- Ansiolítico de rescate: Lorazepan
- Hipnóticos: Lormetazepan, Flurazepan

- Evitar en todo caso: Alprazolam

FARMACOLOGÍA: NEUROLÉPTICOS

- Potenciación antidepresiva/antiobsesiva: Aripiprazol
- Hipnótico: Quetiapina



FARMACOLOGÍA: COMBINACIONES

- Nobritol[®]: Amitriptilina (ATC)/Medazepan(BDZ) => Elevación de umbral de dolor y efecto ansiolítico/relajante muscular
- Deanxit[®]: Flupentixol (antipsicótico)/Melitraceno (ATC) => Único medicamento en el vademécum con indicación para Tr Somatomorfo. Eleva el umbral de dolor, efecto antiobsesivo

FARMACOLOGÍA: OTROS FÁRMACOS

- Fatiga crónica: Metilfenidato, Denubil® (heptaminol)
- Hidroxicina (Atarax®): Antihistamínico hipnótico
- Infusiones ansiolíticas: Tila, valeriana, pasiflora
- Lesión/dolor localizado: Ibuprofeno tópico
- Contractura muscular: TENS

OTRAS TÉCNICAS

- Ejercicios de Relajación de Jacobson
- Sugestión Armada
 - ▶ Intervención utilizando placebo con gran despliegue de instrumental



OTRAS TÉCNICAS

- Hipnosis química

- Exploración bajo sedación (propofol)
- Requiere consentimiento informado
- Útil en parálisis conversivas
- Es necesario grabar la intervención

RESUMEN FINAL DEL TRATAMIENTO

- **Enfoque posibilista**
- Ninguna técnica está proscrita mientras sea útil
- Si no se puede curar, aliviar. Si no se puede aliviar, acompañar.

CONCLUSIONES GENERALES

- La Psiquiatría no puede olvidarse del abordaje de la corporalidad
- La consideración de las variables psicosociales en el abordaje médico-quirúrgico mejora los resultados clínicos
- La COMUNICACIÓN entre facultativos es fundamental
- Es necesaria una relación médico-paciente fuerte combinada con rigor científico exquisito para el abordaje de estos cuadros
- La prescripción farmacológica y el gasto sanitario disminuyen de forma notable

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Escobar JI, Burnham MA, Karno M, Forsythe A and Golding JM. Somatization in the community. Archives of General Psychiatry 1987;44:713–18.
- 2.- Reif W, Martin A, Klaiberg A and Brahler E. Specific effects of depression, panic, and somatic symptoms on illness behaviour. Psychosomatic Medicine 2005; 67:596–601.
- 3.- Smith RG, Monson RA and Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms: their characteristics, functional health, and health care utilization. Archives of Internal Medicine 1986;146:69–72.
- 4.- Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Lipscomb P and Bush T. Somatization: a spectrum of severity. American Journal of Psychiatry 1991;148:34–40.
- 5.- Hiller W, Fichter M and Reif W. A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilisation and cost-effectiveness. Journal of Psychosomatic Research 2003;54:369–80.
- 6.- Swartz M, Landerman R, George L, Blazer DG and Escobar J. Somatization disorder. In: Robins LN and Regier DA (eds) Psychiatric Disorders in America. New York: Free Press, 1991, pp. 220–57.
- 7.- Beaber RJ and Rodney WM. Underdiagnosis of hypochondriasis in family practice. Psychosomatics 1984;25:39–46.
- 8.- Simon G. Psychiatric disorders and functional somatic symptoms as predictors of health care use. Psychiatric Medicine 1992;10:49–59.
- 9.- Fink P. Surgery and medical treatment in persistent somatising patients. Journal of Psychosomatic Research 1992;36:439–47.
- 10.- Page LA and Wessley S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor– patient encounter. Journal of the Royal Society of Medicine 2003;96:223–7.