

**El paciente
psicosomático
con sintomatología
cardiovascular**

www.telecardiologo.com

**Pedro Serrano, MD, PhD, FESC
Zaragoza (Spain)**

Introducción

FRECUENTE EXISTENCIA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS NO DEBIDOS A CAUSA MÉDICA
(García Campayo: “Usted no tiene nada. La somatización”)

**70% por causas naturales
o ambientales**

Funcionamiento
corporal diario

Medio ambiente

**25% por causas
psicológicas**

Estilos de vida
no saludables

**Problemas emocionales
y/o psicosociales**

**5% por
enfermedad médica**

Leve 90%

Grave 10%

**ÁMBITO CAUSAL BÁSICO EN EL QUE SE
TEJE LA URDIMBRE DE LA SOMATIZACIÓN**

DEFINICIÓN DE SOMATIZACIÓN

Katon (1991): Malestar expresado con síntomas físicos no explicados del todo médicamente, a través del que se pone de manifiesto algún tipo de problemática personal.

Es como si el cuerpo actuara como un lienzo donde la mente “estampara” la problemática personal en todo su colorido, padeciendo disfunciones alguno de sus órganos o sistemas.

ORIGEN Y EVOLUCION DEL CONCEPTO DE SOMATIZACIÓN (1)

- **Stekel (1927)** (conceptualización psicoanalítica): Trastorno neurótico ocasionado por hipotéticos procesos inconscientes que derivan en un trastorno corporal.
- **Lipowski (1988)** (cognitivo-atribucional-conductual): Proceso de amplias condiciones clínicas, con tres componentes básicos:
 - **Componente experiencial:** Sensopercepciones corporales molestas y disfuncionales.
 - **Componente cognitivo-evaluativo:** Interpretación errónea de las sensopercepciones corporales como signo de enfermedad física, excluyendo atribución psíquica.
 - **Componente conductual** o “conducta de enfermedad”: Persistencia en conseguir asistencia médica, a pesar de informarle que no padece enfermedad orgánica.

ORIGEN Y EVOLUCION DEL CONCEPTO DE SOMATIZACIÓN (2)

- **Kirmayer y Robbins (1991):** Agrupación de síndromes (“clustering”), con tres formas básicas:
 - **Presentando somatización** (niveles más altos en ansiedad y DM).
 - **Hipocondriaca** (miedo a padecer enfermedad).
 - **Funcional** (la más prevalente y crónica; sintomatología física funcional difícil de distinguir de enfermedad médica, altos niveles de fatiga, niveles más bajos de ansiedad y depresión, elevada atribución de enfermedad y demanda médica).

Kellner (1994):

- **“Síntomas somáticos funcionales”** causados por agrupaciones de síndromes psicológicos y somáticos (fibromialgia, fatiga, dolor torácico atípico, etc.) en personas con **bajo umbral para sentir sensaciones**.
- Contribución variable de **factores biológicos y psicosociales**, según el síndrome y el individuo.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN EL ÁMBITO DE LA SOMATIZACIÓN

Precedentes básicos y conceptualización actual

- **Modelo freudiano:** Histeria de conversión como uno de los tipos de “neurosis histérica” .
- **DSM-III (APA, 1980):** “Histeria de conversión” → “Trastornos somatomorfos” .
- **DSM-IV (APA, 1995):**
 - Síntomas físicos que sugieren una patología orgánica no explicados completamente bajo la perspectiva médica, consumo de sustancias u otros trastornos mentales.
 - Clara vinculación a factores psicológicos.
 - Elevada presencia de “conducta enfermedad” .

CATEGORIZACIONES Y TIPOS DE TRASTORNOS SOMATOMORFOS (DSM-IV, APA 1995)

- **Especificados:**

**Centrados en la pérdida o alteración del funcionamiento físico.
Difícil de distinguir de los trastornos de base orgánica**

- Trastorno de somatización.
- Trastorno somatomorfo indiferenciado*
- Trastorno de conversión.
- Trastorno por dolor.

Centrados en la preocupación por padecer enfermedad o malformación físicas

- Hipocondría.
 - Trastorno dismórfico corporal.
- **Trastorno somatomorfo no especificado**
(Todo el que no cumple los criterios anteriormente especificados).

DEFINICIÓN DEL Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (TSI) (DSM-IV-TR, APA 2002)

- **CATEGORÍA CLÍNICA RESIDUAL:** Trastorno somatomorfo que no cumple los criterios de ninguno de los otros trastornos somatomorfos especificados.
- **SEXO:** Más mujeres diagnosticadas (sin saber si está asociada a género).
- **EDAD DE INICIO:** 25-35 años.
- **CULTURA:** Sin exclusividad sociocultural.
- **CURSO:** variable e impredecible.
- **COMORBILIDAD:** Elevada, especialmente en el Eje-I del DSM-IV, con alta presencia de trastornos de ansiedad y depresivos, y también en el Eje-II (trastornos de personalidad).
- **EPIDEMIOLOGÍA:** El trastorno somatomorfo más frecuente (unas diez veces más que el de somatización), con una prevalencia de hasta el 4,4% en población general.

Criterios diagnósticos del TSI (DSM-IV-TR, APA 2002)

- Presentar **uno o más síntomas físicos**:
 - a) **No explicables por enfermedad médica o sustancia.**
 - b) O bien **síntomas físicos o deterioro excesivos** en relación a la historia clínica, la exploración física o la analítica.
- Los síntomas provocan **malestar clínico significativo** o deterioro.
- Duración **> 6 meses.**
- La alteración **no se explica** mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- Los síntomas **no** se producen **intencionadamente** **ni** son **simulados.**

UBICACIÓN DEL TSI DENTRO DE LAS CATEGORÍAS QUE IMPLICAN SINTOMATOLOGÍA FÍSICA

Enfermedad médica

Alteración y sintomatología de etiología claramente orgánica ("Disease")

TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO:
Sintomatología sin evidencia de enfermedad
médica (DSM-IV, criterio B.1)

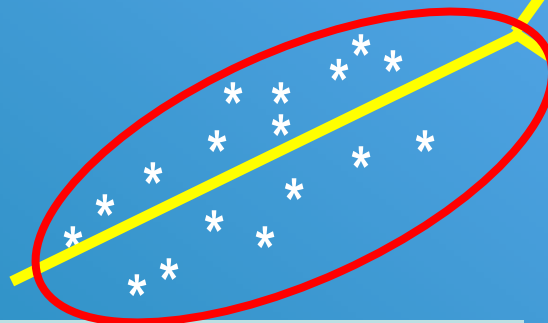
TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO:
Sintomatología excesiva (DSM-IV, criterio B.2)

Psicosomatización

Alteración y sintomatología
orgánica cuya etiología es
fuertemente psicosocial

SOMATIZACIÓN COMO PROCESO GENÉRICO

Sintomatología física de evidente vinculación con
factores psicosociales y elevada manifestación de
"illness behaviour"



Prototipo de somatización cardiovascular diagnosticada por un cardiólogo viejo

Aver

EVOLUCION CLINICA

Nº hoja

Fecha y hora	Evolution Clinical
17-X-97	<p>Signos en miembros superiores de características de angina, pero en miembros inferiores todo en espalda y x, 1 hora en el flanco anterior de tórax. Member 12 and 13 en la mancha de mano de la mano.</p> <p>Tratamiento: EPO 100mg (1-0-0) Nifedipina 200 (1-0-1) Tildid (1-0-1) Zolax (0-0-1) Pamin 20 (1-0-1)</p>
17-X-97	<p>Esta somatización 2000 (10/10)</p> <p>ECG: normal. Infarto antiguo. Hb 110 TAC 80</p>
21-X-97	<p>Signos: Presión: 110 mmHg Colesterol: 241 HDL-C: 54 LDL-C: 148 Índice: 4.5 AV: 4</p>
28-X-97	<p>Nota: Signos de infarto de miocardio con lesión a Neurológico / Neuropsiquiátrico Odo con este episodio / Peligroso</p>

EVOLUCION CLINICA

Frecuentes visitas médicas

Dolor torácico atípico

Polimedicación
 Uso de betabloqueantes

Alerta sobre la somatización

Visitas a diferentes especialistas médicos
 "Furor curandis"

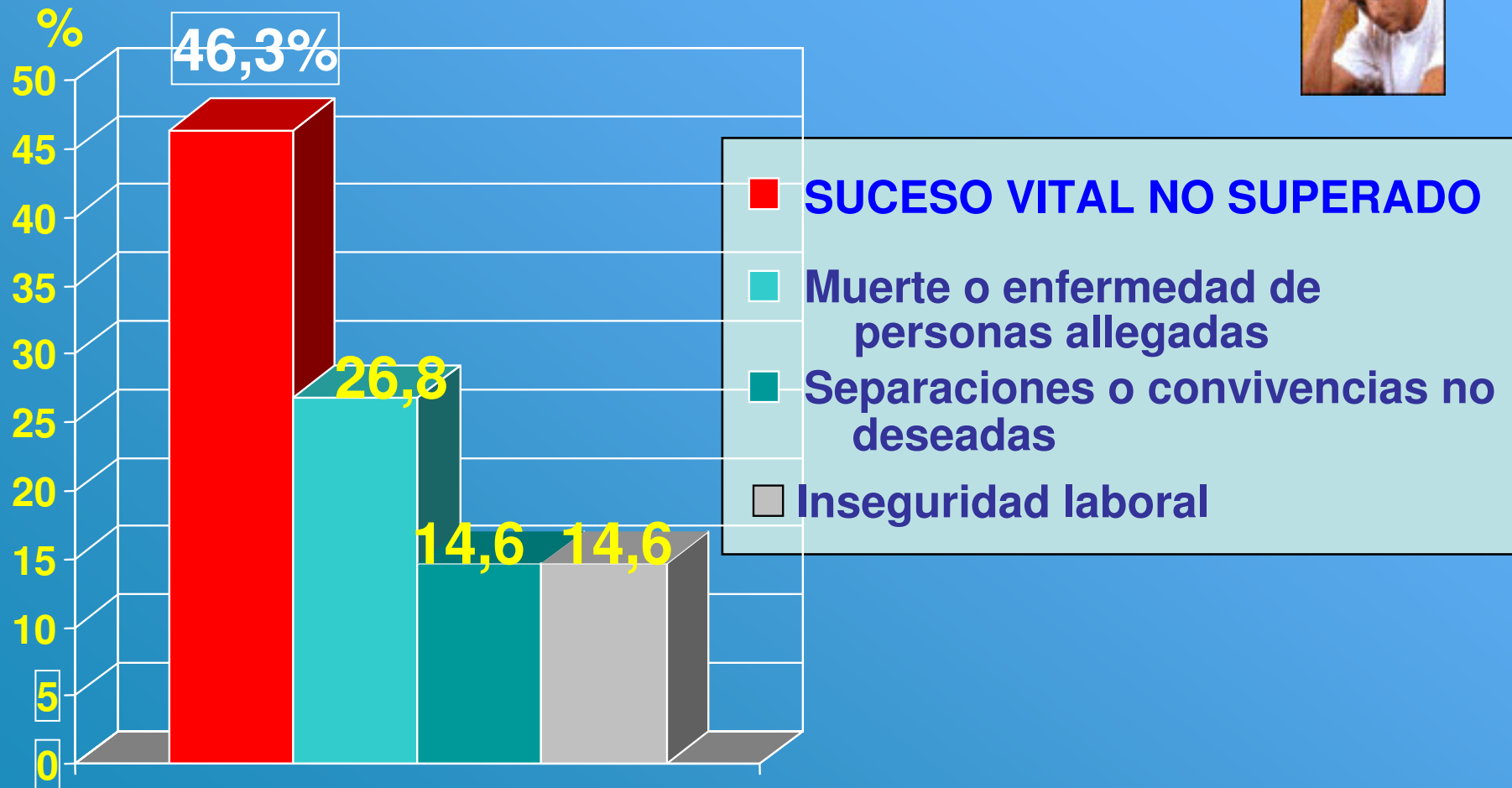
Frecuentes problemas en la relación médico-paciente

Rasgos psicosociales del paciente con TSI

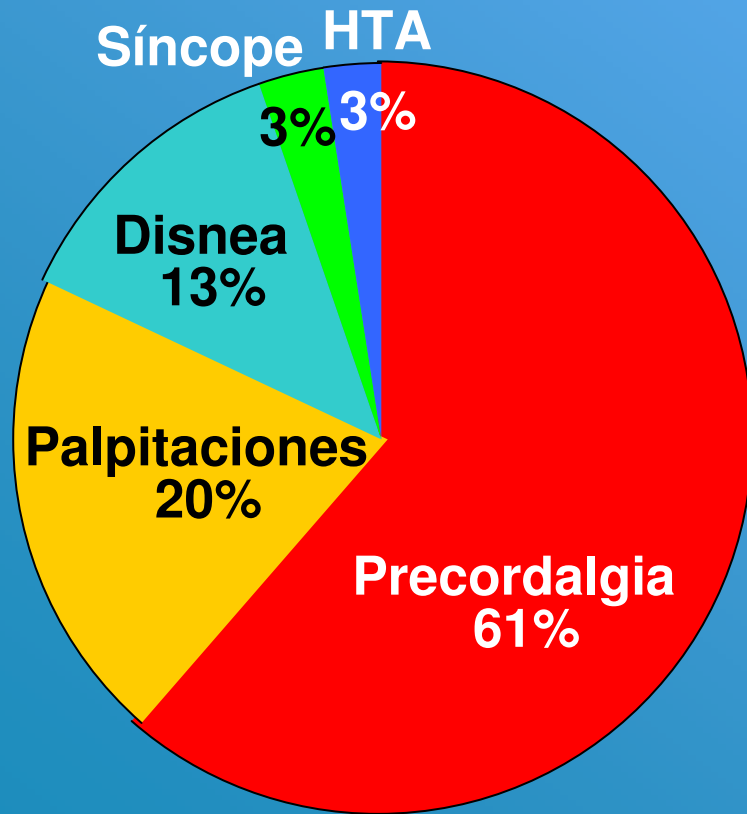
- Ausencia de rasgos diferenciales en la personalidad.
- Ausencia de problemática social percibida.
- Mayor hostilidad.
- Pobre alexitimia (dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales y para identificar y describir sentimientos).
- Respecto a estrategias de afrontamiento, utilizan más la conducta religiosa y la búsqueda de apoyo profesional.
- Mucho peor calidad de vida y bienestar físico-psíquico.
- Frecuente suceso vital no superado.

VARIABLES ESTUDIADAS SÓLO EN LOS PACIENTES CON TSI

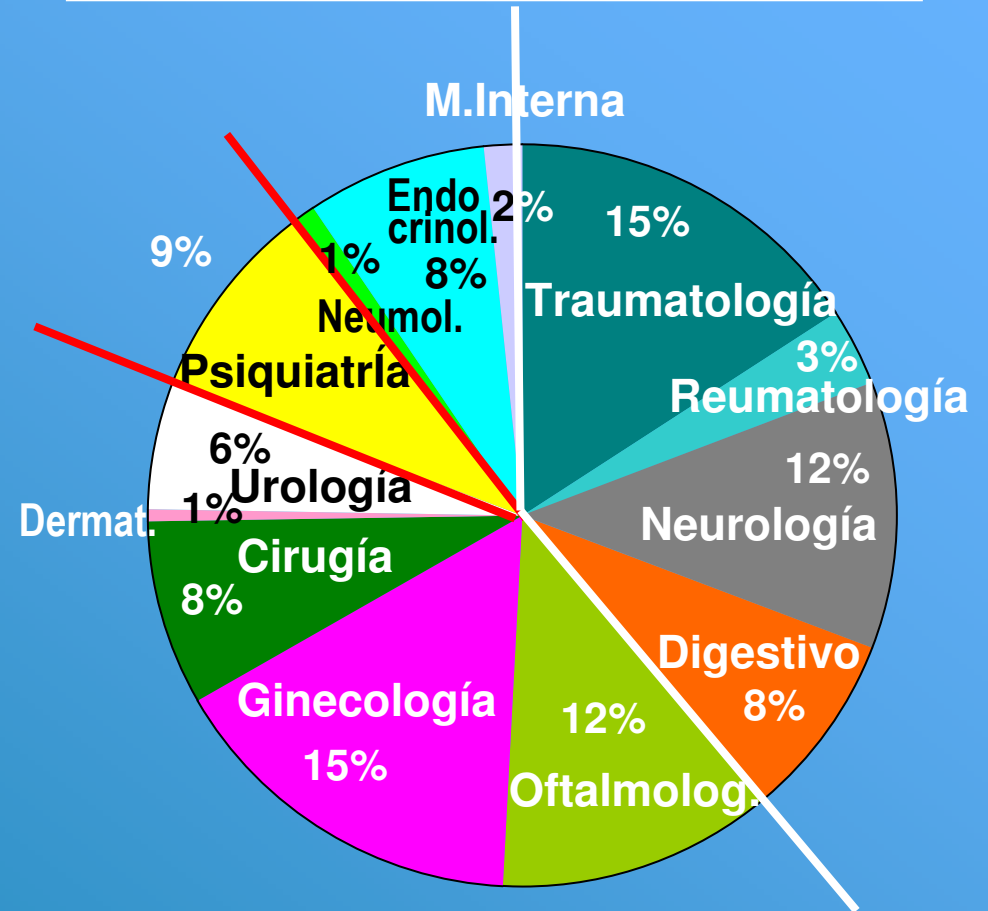
Estrés psicosocial puntual



Motivo de consulta de los pacientes con TSI al cardiólogo

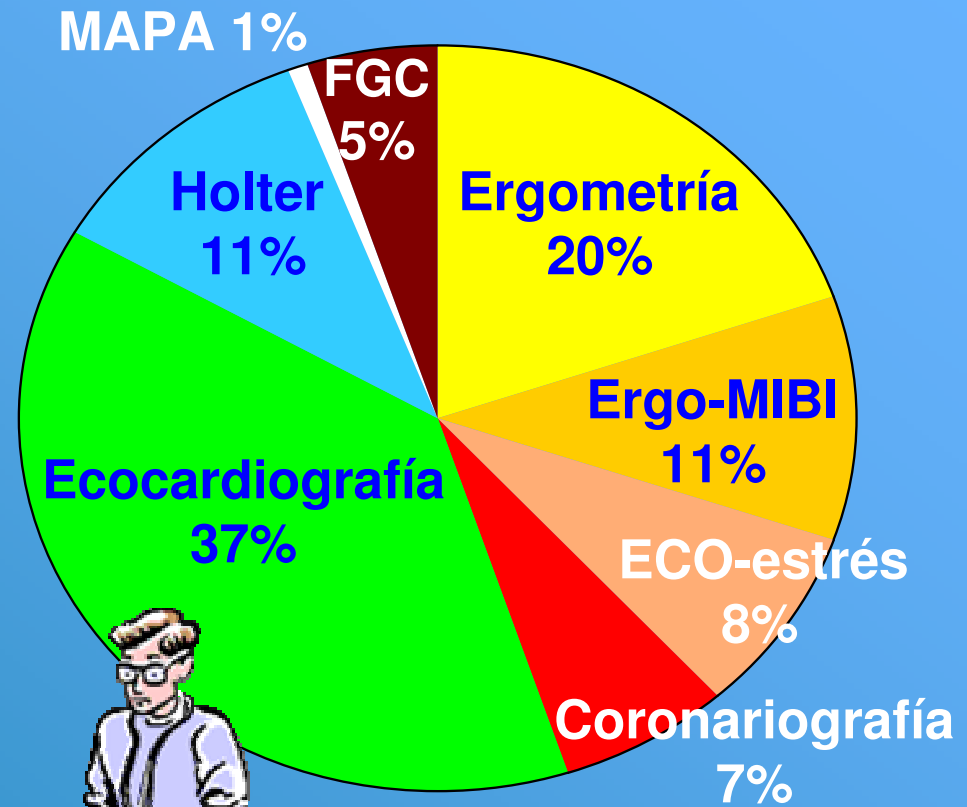
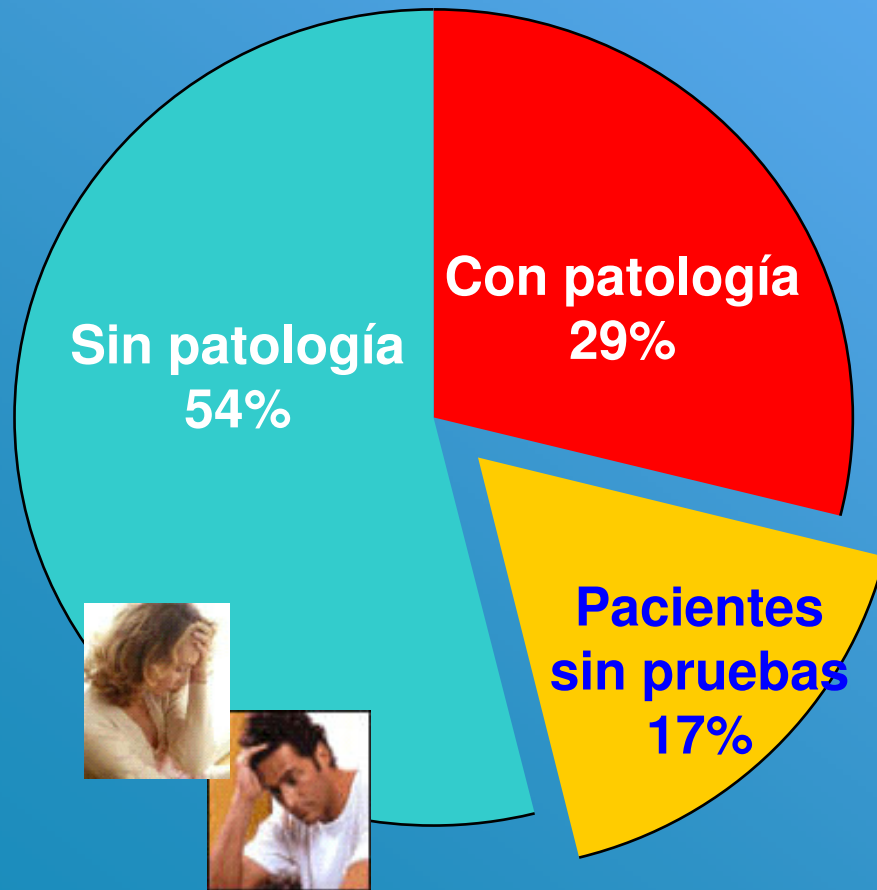


Consultas distintas de cardiología, realizadas por los pacientes con TSI (Media 3,4 y DT=2,2)



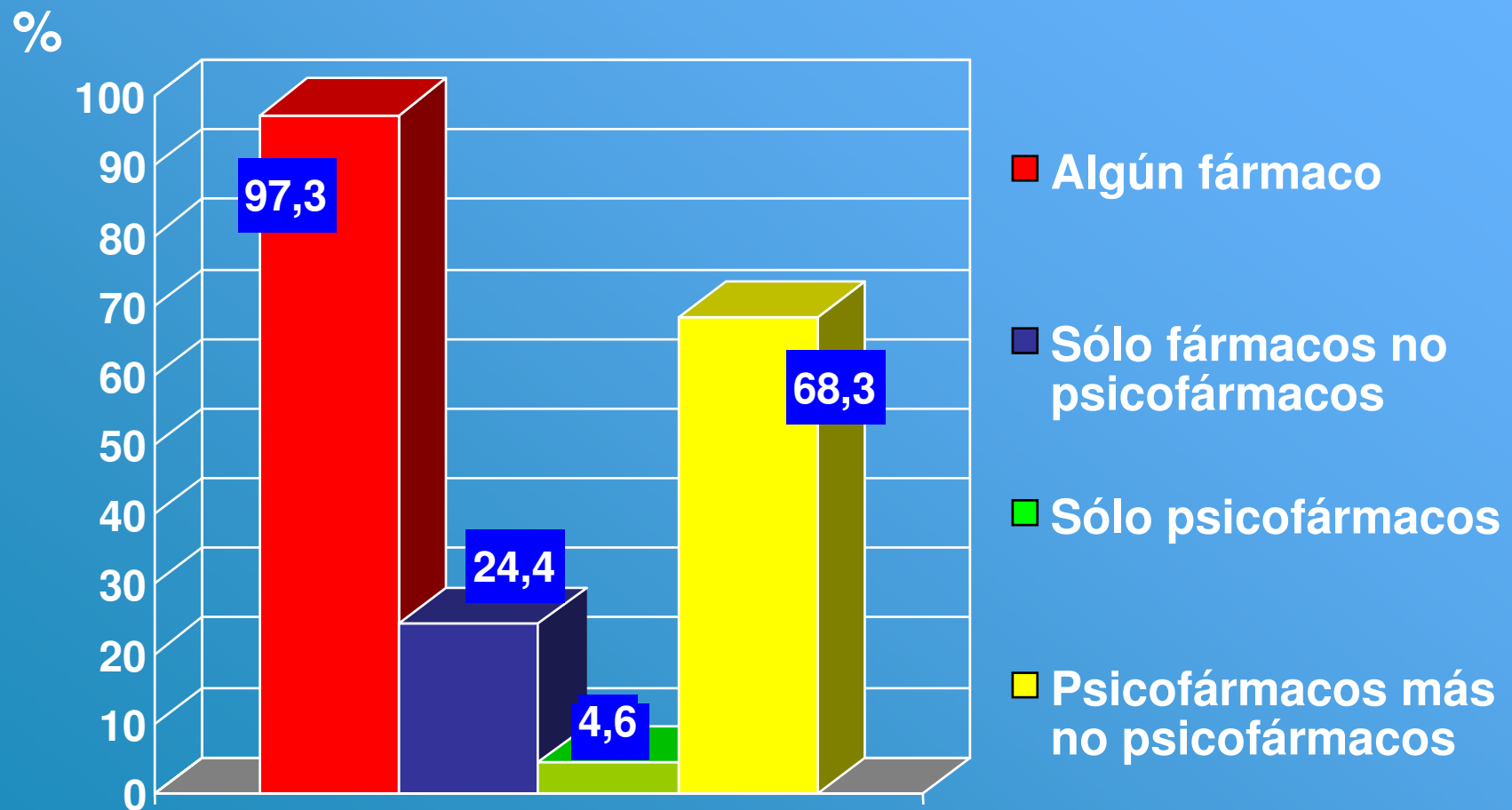
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS A LOS PACIENTES CON TSI DESDE LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

PACIENTES



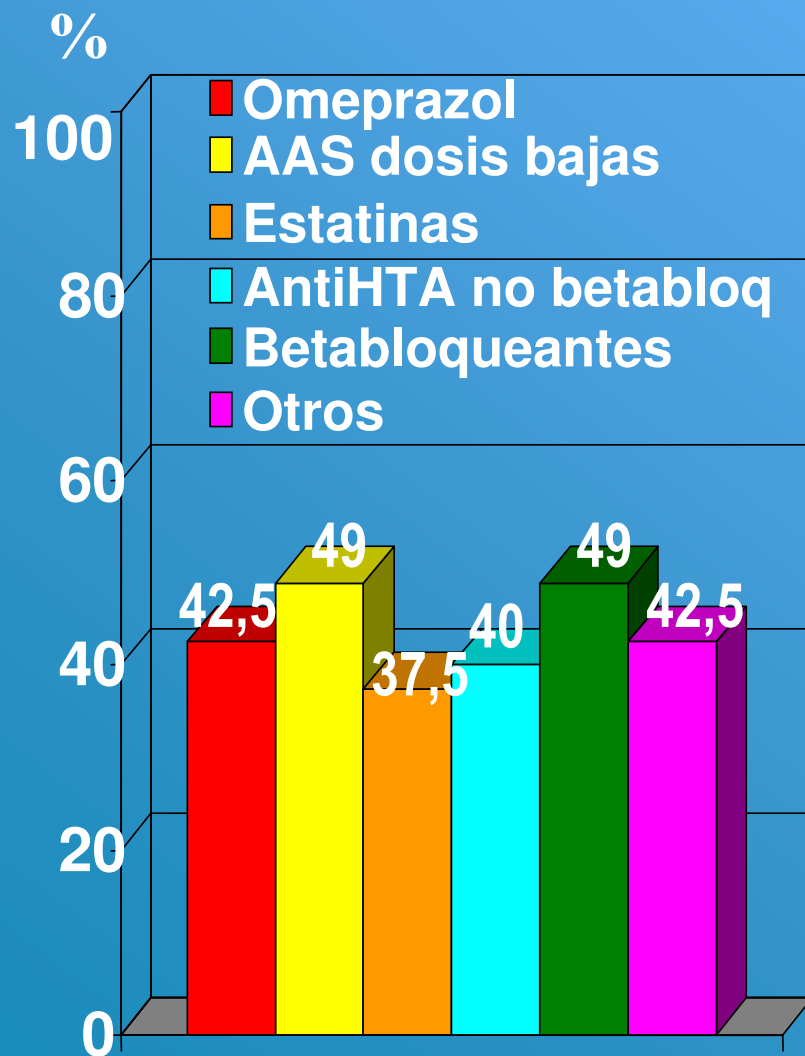
PRUEBAS, excluidas analíticas y radiografías de tórax (N=104)
Media 2,6(DT=2), siendo el 78,9% de resultado normal y el 21,1% patológico

CONSUMO DE FÁRMACOS (Media 5, DT=3)

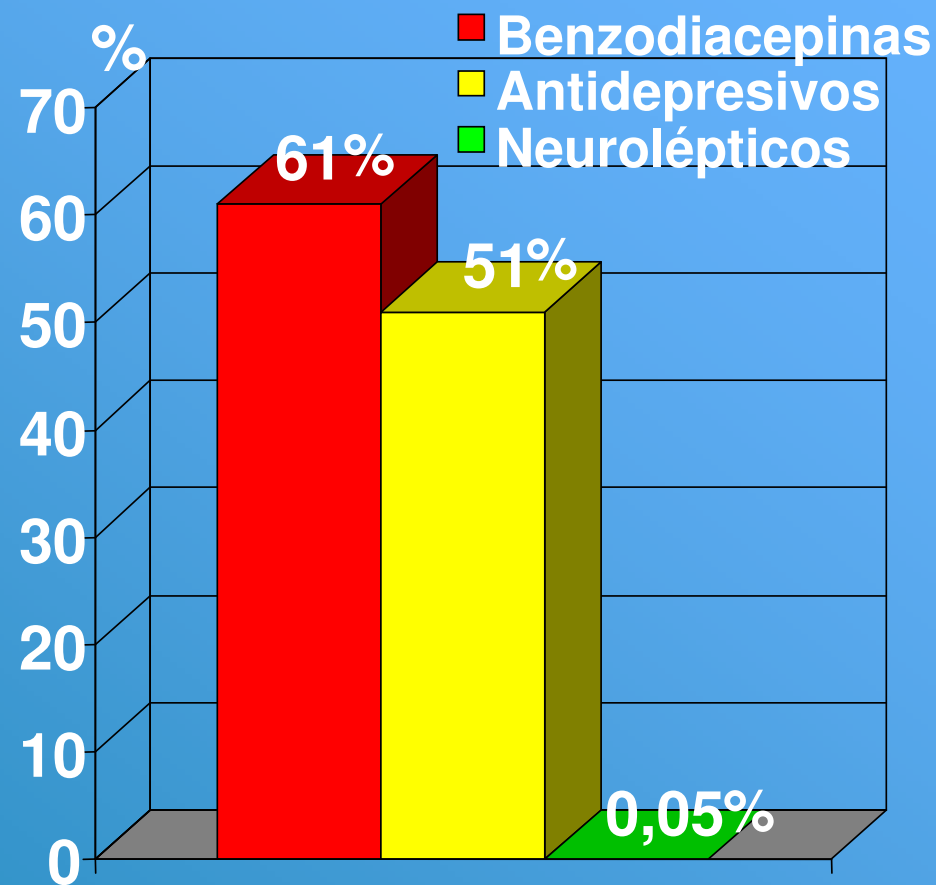


TIPO DE FÁRMACOS CONSUMIDOS POR LOS PACIENTES CON TSI

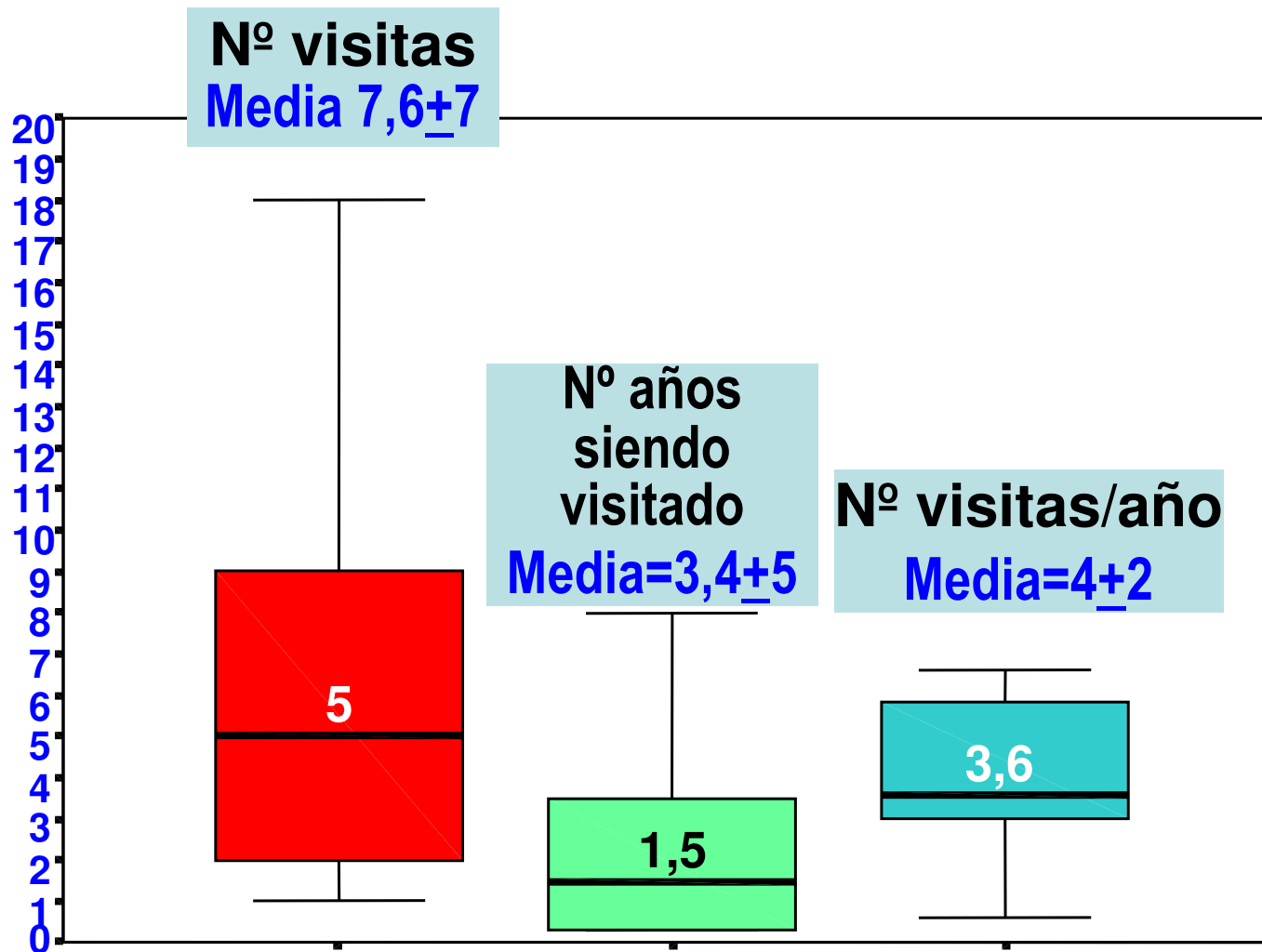
Fármacos no psicofármacos



Psicofármacos

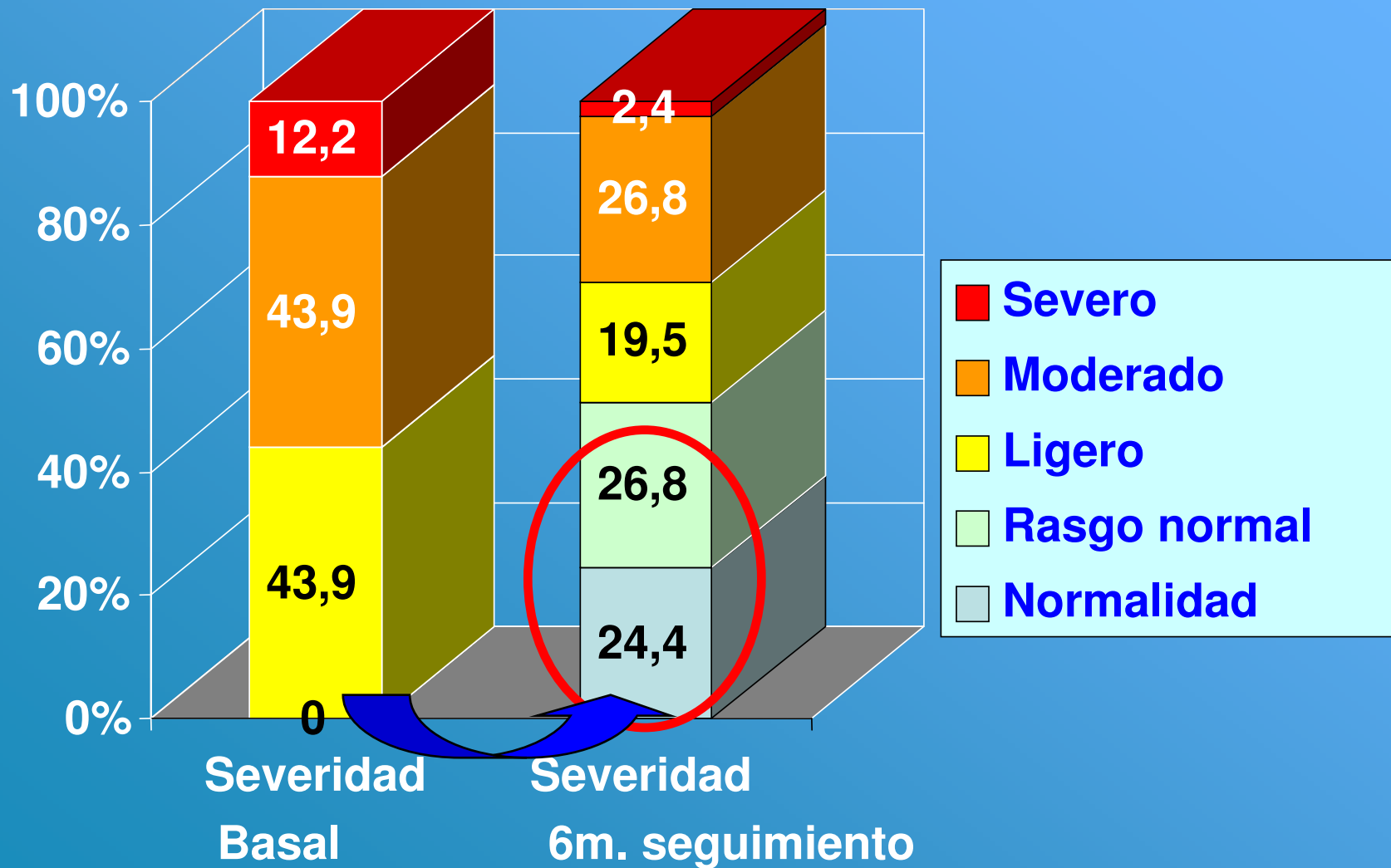


FRECUENCIA DE VISITAS DEL PACIENTE CON TSI A LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA

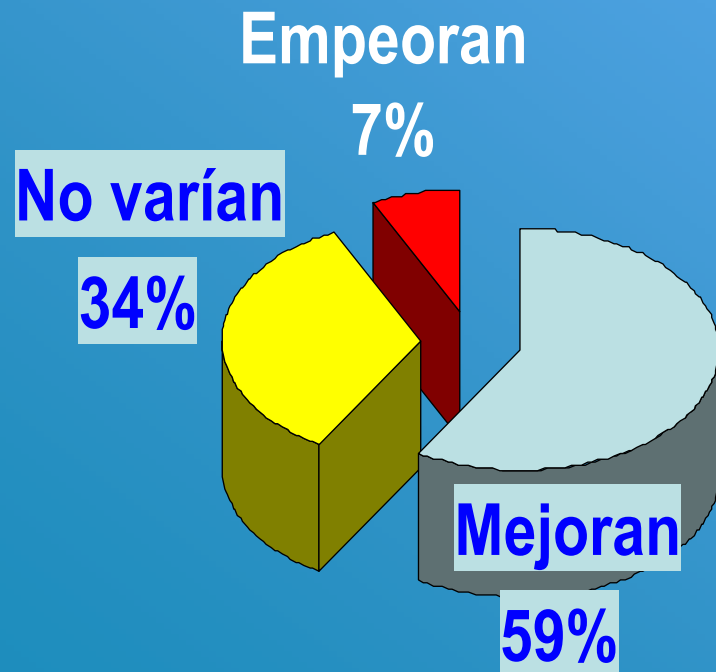


EVOLUCIÓN DE LOS NIVELES DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO MENTAL EN LOS PACIENTES CON TSI

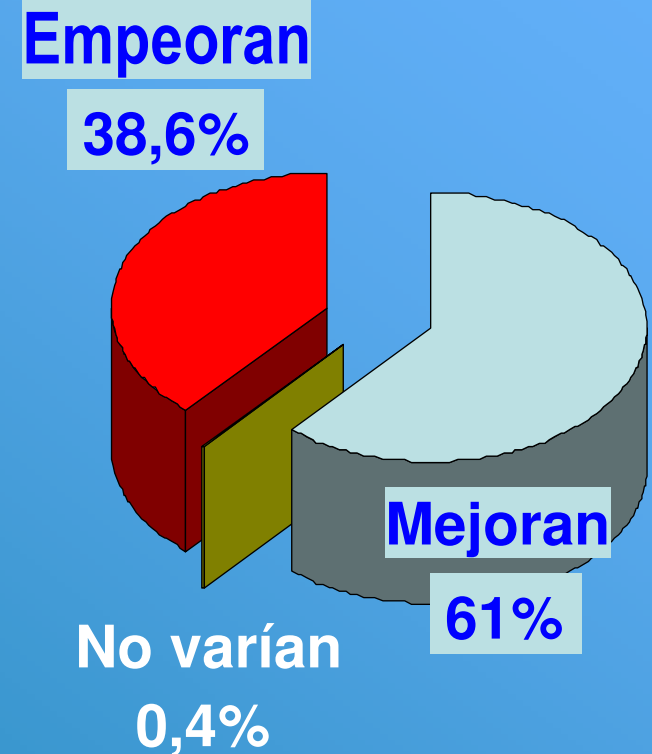
T1 (2,7 y DT=0,68) vs. T2 (1,56 y DT=1,2) [p<0,001]



Evolución de la gravedad del trastorno mental en TSI
(Diagnóstico psiquiátrico EPEP)

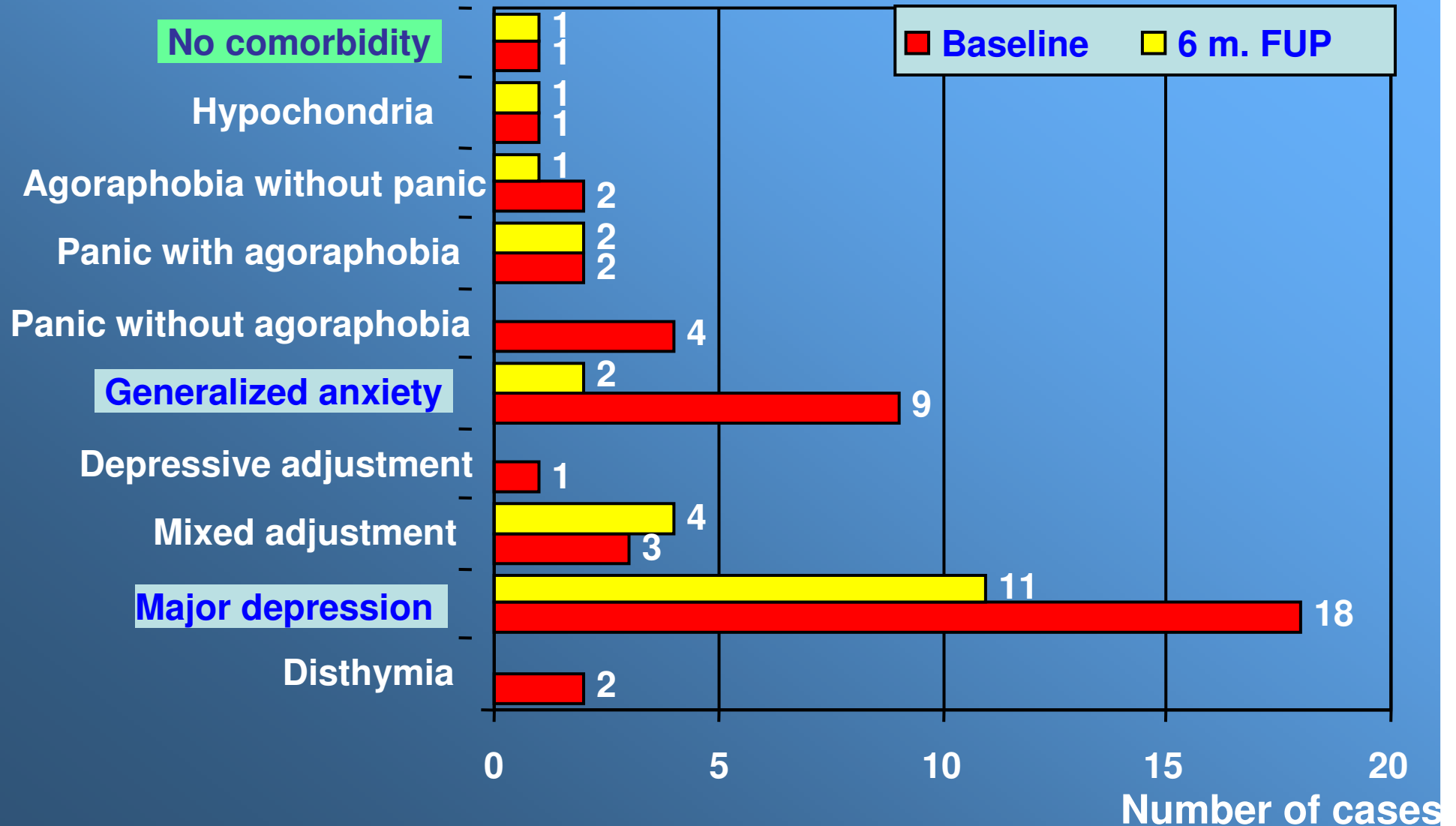


Evolución de la calidad de vida en TSI
(Valoración por informe subjetivo)



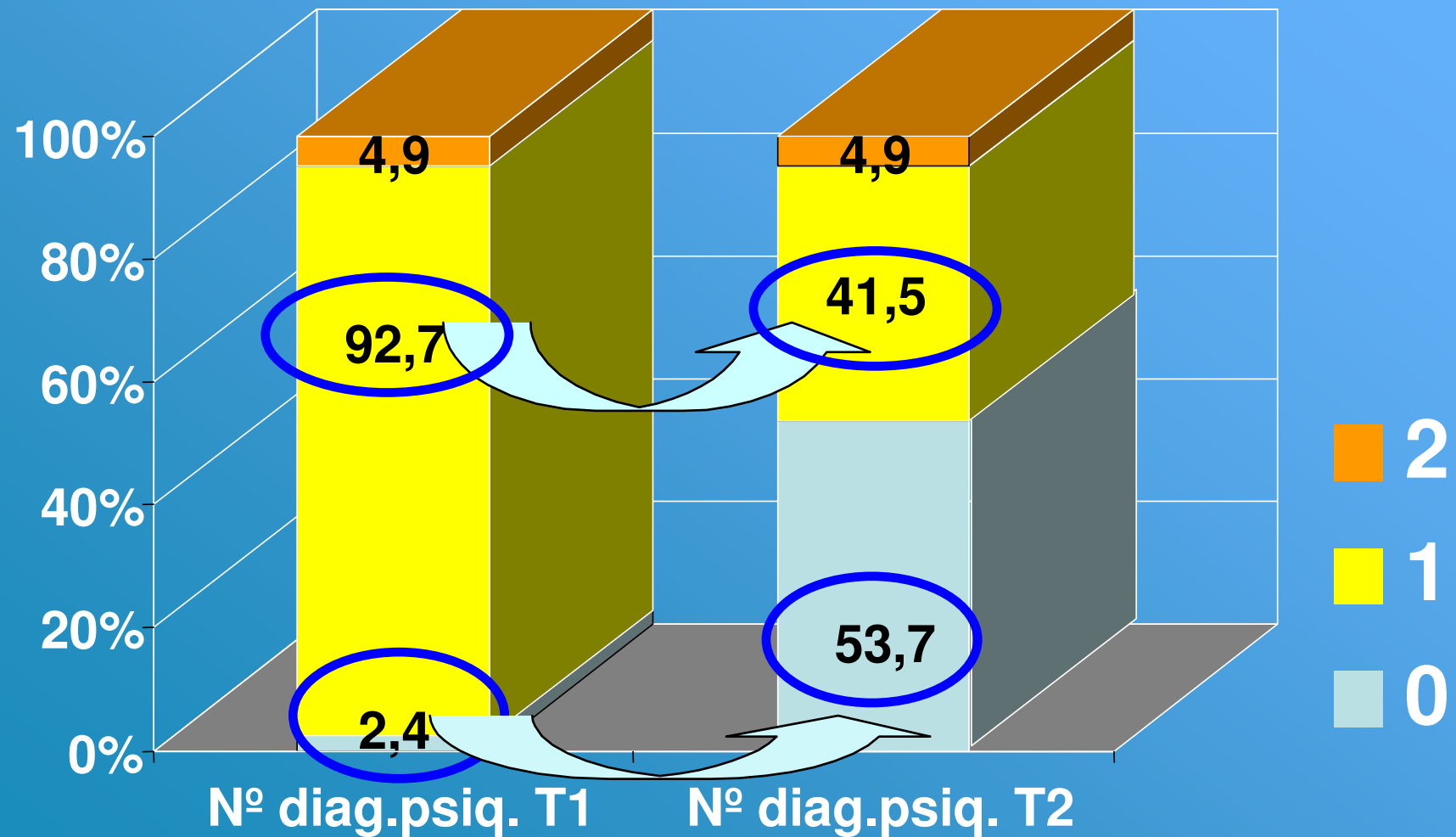
EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS COMÓRBIDOS AL TSI

Correlación de comorbilidad T1/T2: $r=0,536^*$ ($p<0,001$)



EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS AL TSI

T1 ($1 \pm 0,3$) vs. T2 ($0,5 \pm 0,6$) [$p < 0,001$]



¿Cómo detectar esta población?

- 1.- No fiarse (también pueden enfermar).
- 2.- Más frecuente en mujeres de edad media/joven.
- 3.- Más frecuente en amas de casa.
- 4.- Muy frecuentemente asociado a otros diagnósticos psiquiátricos.
- 5.- Típicamente no seguidos por psiquiatría.
- 6.- La mayoría toman psicofármacos.
- 7.- La mayoría polimedicados.
- 8.- La mayoría polivisitas médicas.
- 9.- La mayoría con múltiples pruebas complementarias normales o casi.

Estrategias inteligentes para detectar esta población

1.- Preguntar de forma intercalada con el resto de la anamnesis clínica:

¿Duerme bien?

¿Suspira a menudo?

¿Tiene más jaleo últimamente
(trabajo, familia...)?

¿Ha tenido alguna pérdida, reciente o no
(duelo no superado)?

¿Cómo está de ánimo?

¿Cree que es usted algo nervioso?

Estrategias inteligentes para detectar esta población

2.- Realizar la anamnesis del dolor precordial, comenzando por las características atípicas del dolor.

Ej.-

¿Es como un pinchazo?

¿Dura unos segundos?

¿Le aumenta al respirar?

¿Se le pasa al suspirar?

¿Le aumenta al cambiar de postura?

¿Se le alivia o empeora con la comida?

Manejo de esta población

No decir nunca que “**todo es cosa de nervios**”. Convince más decir que “**los nervios pueden influir en que aparezcan los síntomas, aunque pueden no ser la única causa**”.

No parece inteligente decir “**usted no tiene nada**” sino: “**no le hemos encontrado ninguna enfermedad cardiaca severa en todas las pruebas realizadas**”. El dar copia de las pruebas realizadas puede tranquilizar al paciente.

Manejo de esta población

Cuesta dar el alta en urgencias y en la consulta, ya que con el tratamiento no siempre mejoran totalmente de sus síntomas.

Son útiles los **betabloqueantes** y las **benzodiazepinas**.

En general, son reacios a la derivación a Psiquiatría, pero se puede intentar.

Manejo de esta población

Conviene **reasegurar y dejar la puerta abierta** a que vuelvan si los síntomas repiten de forma intensa.

Control estricto de los factores de riesgo cardiovascular, por si acaso.

Es imprescindible mantener una buena **comunicación** con su médico de atención primaria.

**Muchas gracias
por vuestra atención**