

# Análisis de la eficiencia de una intervención específica multidisciplinar en pacientes con trastorno por somatización

Torres Macho J, Pallarés Bañón J, Arribas Hernández A, Gómez Olmeda D, Blanco Martos AI, Sánchez Álvarez MT, del Álamo Jiménez C, García de Casasola G  
*Consulta de Patología Médica Funcional. Servicio de Medicina Interna y Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid.*  
e-mail: jtorresmacho@hotmail.com

---

## Resumen

**Objetivo:** Analizar el efecto sobre el consumo de recursos sanitarios de una intervención clínica multidisciplinar en pacientes con trastorno por somatización.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo en pacientes evaluados en una consulta de patología psicósomática atendida por internistas y asesorada por Psiquiatría entre abril de 2010 y diciembre de 2011. Se realizó una intervención sistematizada sobre pacientes con trastorno por somatización basada en tratamiento farmacológico y psicoterapia breve. Se analizó el impacto de dicha intervención sobre el número de visitas a otros especialistas, el número de visitas a Urgencias y el número de hospitalizaciones en los seis meses posteriores a la intervención.

**Resultados:** Se incluyó un total de 101 pacientes (71% mujeres). El tiempo medio de evolución de los síntomas antes de la evaluación fue de 30 meses. En los seis meses previos a la valoración en la consulta el número medio de especialistas visitados por cada paciente en fue de 2,6 +/-1,2. El 50% de los pacientes había realizado al menos una visita a urgencias y el 10% había sido hospitalizado. En los seis meses siguientes a la intervención, ninguno de los pacientes volvió a ser hospitalizado. El número medio de consultas a otros especialistas en dicho periodo fue de 0,1 y el 6% de los pacientes realizó alguna visita a Urgencias. En los pacientes hiperfrecuentadores de Urgencias, el número de visitas mensuales descendió de 5,5 a 0,5.

**Conclusiones:** Una intervención estructurada y multidisciplinar permite una disminución del consumo de recursos sanitarios en pacientes con trastorno por somatización.

**Palabras clave:** Trastorno por somatización, Medicina psicósomática, Psicoterapia, antidepresivos.



## Efficiency analysis of a multidisciplinary intervention in patients with somatization disorders

### Abstract

**Objective:** To analyze the impact on consumption of health care resources of a multidisciplinary clinical intervention in patients with somatization disorder.

**Methods:** We performed a prospective observational study in patients evaluated in a psychosomatic medicine unit attended by internists and advised by psychiatrists between April 2010 and December 2011. We conducted a systematic intervention on patients with somatization disorder based on pharmacological treatment and brief psychotherapy. We analyzed the impact of the intervention on the number of visits to specialists, the number of emergency room visits and admissions to hospital in the six months following the intervention.

**Results:** One hundred and one patients (71% women) were included. Mean duration of symptoms before evaluation was 30 months. In the six months prior to the assessment the average number of specialists visited by each patient was 2.6 +/- 1.2. Fifty percent of patients had made at least one visit to the emergency room and 10% were hospitalized. In the six months after treatment initiation none of the patients were hospitalized. The mean number of visits to other specialists in this period was 0.1 and only 6% of patients were evaluated at the emergency department. For frequent users of emergency department the monthly visits decreased from 5.5 to 0.5.

**Conclusions:** A structured multidisciplinary intervention allows a decrease in consumption of health care resources in patients with somatization disorders.

**Key words:** Somatization disorders, Psychosomatic medicine, Psychotherapy, Antidepressants.

---

### Introducción

La importancia clínica de los trastornos por somatización para el sistema sanitario viene derivada de cuatro puntos clave: su elevada prevalencia, la escasa calidad de vida de los pacientes, los elevados costes sanitarios que generan y el difícil manejo por parte de los profesionales sanitarios<sup>1,2</sup>.

En un intento de avanzar hacia formas de organización novedosas que aprovechen el conocimiento y las compe-

tencias de las personas para afianzar una gestión más productiva, se ha desarrollado en el Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla (Madrid) un programa específico multidisciplinario de atención a este tipo de pacientes; con ello se pretende obtener una mejoría clínica subjetiva, una reinserción en la vida laboral activa, una reducción del número de especialistas visitados, de visitas a Urgencias (hiperfrecuentación) y de ingresos hospitalarios, y una disminución del consumo de pruebas complementarias que se traduzca en una reducción del coste sanitario.



El objetivo principal de este estudio es analizar el impacto de una intervención clínica sistemática en pacientes con trastorno por somatización sobre el consumo de recursos sanitarios (consultas a especialistas, pruebas complementarias, visitas a Urgencias y hospitalización).

## Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo en pacientes consecutivos valorados en la Consulta de Patología Médica Funcional del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla (Madrid) en el periodo comprendido entre abril de 2010 y diciembre de 2011. La consulta es coordinada por dos internistas con formación en psicoterapia y psicofarmacología que son supervisados mediante sesión clínica mensual por parte del Servicio de Psiquiatría. La agenda está abierta a las diferentes especialidades médicas del hospital. La visita inicial tiene una hora de duración. Las visitas consecutivas tienen media hora de duración. Los pacientes son valorados al mes de la primera visita y posteriormente cada 2-3 meses, dependiendo de la evolución clínica. Si existe algún efecto secundario o empeoramiento, los pacientes acuden de forma imprevista y son atendidos en ese momento.

Los criterios de inclusión de los pacientes en la consulta fueron la presencia de síntomas físicos persistentes en el tiempo, que obliga a la búsqueda de atención médica o que provoca un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas más frecuentes son los siguientes:

– Síntomas dolorosos: cefalea y dolor osteomuscular principalmente.

– Síntomas gastrointestinales: náuseas, distensión abdominal, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos, dolor abdominal.

– Síntoma pseudoneurológico: alteración de la coordinación psicomotora motora o del equilibrio, mareo, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, pérdida de la sensibilidad táctil, amnesia, etc.

– Síndrome constitucional: astenia y pérdida de peso.

Para la inclusión, fue necesario también haber descartado patología orgánica por parte del especialista que remitía al paciente. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas pudo explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos). En el caso de existir una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral eran excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de las pruebas complementarias. Además, los síntomas no debían ser producidos intencionadamente o simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

El tratamiento en esta consulta está basado en varios aspectos, aunque es importante resaltar que es individualizado, dependiendo de las características de cada paciente (síntomas, comorbilidad psiquiátrica asociada, etc.). Se basa en los siguientes aspectos (Tabla 1):

– Confirmación de ausencia de datos de patología orgánica subyacente.



**Tabla 1. Esquema de evaluación y tratamiento en la Consulta de Patología Médica Funcional**

Visitas	Mes	Tratamiento
0	0	Realización de historia clínica Evaluación de factores psicológicos Inicio de tratamiento farmacológico
1	1	Evaluación de evolución clínica Valoración de tolerancia al tratamiento y dosis Inicio de psicoterapia breve
3	3	Continuación de intervención psicoterapéutica Ajuste de tratamiento farmacológico
4 y 5	6 y 9	Valoración de evolución Alta si hay mejoría significativa Ajuste de tratamiento e interconsulta con Psiquiatría si no hay mejoría

- Programación de visitas periódicas para evitar la hiperfrecuentación y las consultas a múltiples especialistas.
- Intervención farmacológica, principalmente mediante antidepresivos, benzodiazepinas u otros fármacos que controlan la ansiedad y el dolor, como la pregabalina o la gabapentina.
- Medidas higiénico-dietéticas.
- Psicoterapia: intervenciones de orientación dinámica en el contexto de psicoterapia breve y/o intervenciones cognitivo-conductuales.

Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, síntomas físicos, tiempo de evolución de los síntomas, tratamiento farmacológico y servicio que remitía al paciente. En relación con el consumo de recursos sanitarios, se registró el número de especialistas que valoraron al paciente, el número de ingresos hospitalarios y el número de visitas a Urgencias en los seis meses previos y posteriores a la valoración en nuestra consulta. Se registraron también las pruebas complementarias realizadas en los seis meses posteriores a la primera valoración en nuestra consulta.

## Resultados

Se incluyó un total de 101 pacientes (71% mujeres). El tiempo medio de evolución de los síntomas antes de la evaluación fue de 30 +/-10,8 meses. La procedencia de los pacientes fue: Urgencias (38%), Medicina Interna (21,5%), Digestivo (30%) y Reumatología (8%). Los pacientes presentaban los siguientes síntomas: astenia (47,5%), dolor abdominal (35%), dolor muscular (32%), mareo (30%), cefalea (30%), disnea (17%), vómitos aislados (5%) y síncope (5%). El número medio de síntomas por paciente fue de 3,2 +/-1,8. Se inició tratamiento con antidepresivos en 85 pacientes (84,1%), siendo los más empleados la paroxetina (32%), el citalopram (24%), la duloxetina (22%) y la amitriptilina (18%). Veintidós pacientes (21,7%) presentaron intolerancia farmacológica y fue necesario un ajuste o sustitución de la medicación.

En los seis meses previos a la valoración en la consulta, el número medio de especialistas visitados por cada paciente en fue de 2,6 +/-1,2 (263 consultas). El 50% de los pacientes había realizado al menos una visita a Urgencias en los seis meses previos (78 visitas) y el 10% (diez pacientes) había sido hos-



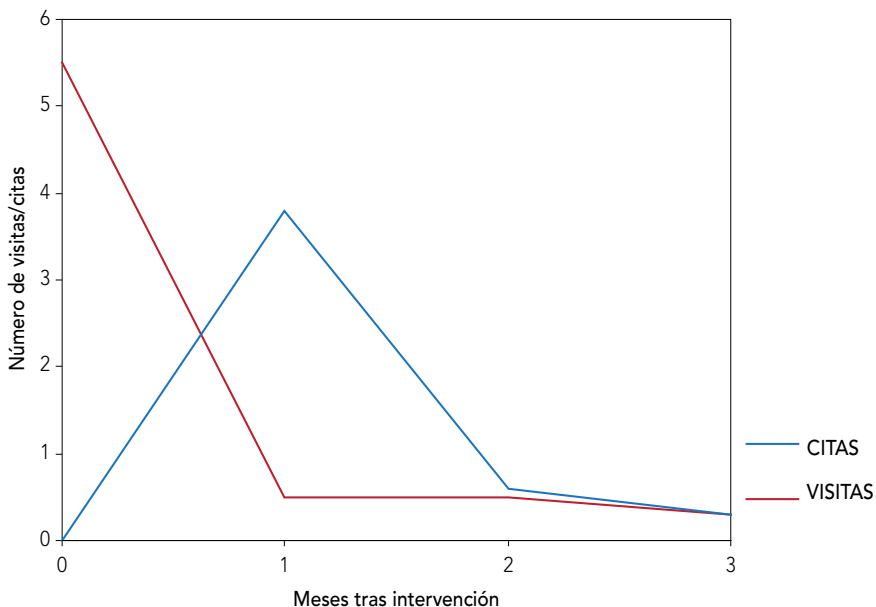
pitalizado por el síntoma asociado a la somatización.

En los seis meses siguientes al inicio de la intervención terapéutica en la consulta, el 69% de los pacientes presentó mejoría subjetiva. Diez y siete pacientes (16,7%) abandonaron el seguimiento de forma voluntaria. Veinticuatro pacientes (23,8%) habían sido dados de alta al finalizar el periodo de inclusión por mejoría de los síntomas. Ninguno de los pacientes atendidos volvió a hospitalizar. El número medio de consultas a otros especialistas por paciente en dicho periodo fue de 0,1 (diez en total). Solamente el 6% de los pacientes realizó alguna visita a Urgencias. Desde la consulta solamente se solicitaron seis análisis de sangre, dos tomografías axiales computarizadas (una craneal y otra abdominal),

dos resonancias magnéticas de columna, una endoscopia digestiva alta y un enema opaco.

Se analizó de forma específica la evolución de los pacientes hiperfrecuentadores del Servicio de Urgencias (definido arbitrariamente como un número de visitas mayor de tres veces en un mes por el mismo motivo). Se detectaron 16 pacientes con estas características. El número medio de visitas mensuales previo a la intervención fue de  $5,5 \pm 2,1$ . En el siguiente mes a la intervención, las visitas a Urgencias descendieron, siendo sustituidas por visitas a la consulta (4,7 visitas al mes), pero a partir del segundo mes las visitas a consulta también disminuyeron a menos de una visita mensual de media (0,56) (Figura 1).

**Figura 1.** Evolución de las visitas a Urgencias y de las citas en Consulta de Patología Psicosomática tras el inicio de la intervención específica en pacientes hiperfrecuentadores del Servicio de Urgencias por el mismo motivo (más de tres visitas al mes)





## Discusión

Los trastornos por somatización tienen una elevada prevalencia (se estima que afectan a un 5% de la población general). Suponen el 25% de las consultas en Atención Primaria y el 5-7% de las Urgencias hospitalarias. Además, se estima que generan aproximadamente el 10% del gasto sanitario<sup>1-5</sup>. Pese a ello, estos pacientes son manejados de forma poco sistematizada y, una vez que se descartan procesos morbosos relevantes, son remitidos de nuevo a su médico de Atención Primaria. En la mayoría de los casos, esta valoración por el especialista y la capacidad de contención de los médicos de familia permiten un buen control de estos pacientes, pero en otros muchos casos, la sintomatología y la comorbilidad asociada (principalmente psiquiátrica, en forma de depresión, ansiedad o hipocondría, y sociolaboral, incluyendo pérdida de empleo, divorcio, etc.) persisten y los pacientes comienzan un periplo por numerosos especialistas médicos, recibiendo multitud de tratamientos con efectos secundarios asociados y siendo sometidos a múltiples exploraciones cruentas con unos resultados pobres y un gasto tanto personal como sanitario importante<sup>6</sup>. Además, este grupo de pacientes suele ser difícil de manejar por parte de los clínicos, ya que reivindican de forma continua una explicación a su padecer y una solución rápida, y no suelen aceptar las explicaciones relacionadas con procesos psicológicos, ya que pocos reconocen inicialmente la posibilidad de esa asociación. Además, en las consultas médicas convencionales el tiempo para realizar esta labor de educación sanitaria e intervención psicoterapéutica es limitado. Por otro lado, los clínicos suelen solicitar numerosas pruebas complementarias (algunas de ellas innecesarias) y finalmente derivan al paciente de nue-

vo al médico de Atención Primaria o a otro especialista. En algunos casos, en círculo se cierra cuando el paciente vuelve de nuevo al especialista inicial tras varios meses o años<sup>7,8</sup>.

Pese a que en gran parte de Europa y Estados Unidos la medicina psicosomática se encuentra ampliamente desarrollada, en nuestro entorno existen pocos centros (y menos a nivel público) en los que se atiende a este tipo de pacientes de una forma sistemática. Esto se debe a varias razones, la primera es el hecho de que todavía existen muchos médicos que no creen en la existencia de estos trastornos. El hecho de que estos pacientes necesiten un manejo que sale del abordaje estándar que tienen el resto de patologías orgánicas (diagnóstico mediante pruebas específicas y tratamiento efectivo consensuado basado en la evidencia científica) hace que no exista excesivo interés por parte de los clínicos<sup>7</sup>. En nuestro medio, teóricamente, Atención Primaria y Salud Mental asumen la atención de esta patología pero, como ya hemos comentado en muchas ocasiones, estos pacientes niegan un posible origen psíquico de su sintomatología<sup>9</sup> y solamente acuden al psicólogo o psiquiatra cuando se encuentran en situación de crisis (depresión o ansiedad extrema).

El manejo óptimo de estos pacientes se basa en una combinación de tratamiento farmacológico (sobre todo antidepresivos y ansiolíticos como las benzodiazepinas, la pregabalina, etc.) e intervenciones psicoterapéuticas breves que consigan encuadrar al paciente de una forma global. Esto, que puede parecer sencillo, en ocasiones resulta complejo, ya que es necesario establecer un vínculo terapéutico con el paciente, lo cual requiere tiempo y experiencia en el manejo de este tipo



de enfermos. Una vez establecido el vínculo, el siguiente objetivo es conseguir que el paciente entienda la naturaleza de su trastorno, sus necesidades diagnóstico-terapéuticas y las expectativas con respecto a la evolución clínica<sup>10-13</sup>.

El esquema propuesto en nuestra consulta facilita el establecimiento de este vínculo, ya que es atendida por internistas y no por psiquiatras o psicólogos, hecho que permite que el paciente vaya aceptando la influencia de los factores emocionales desde la perspectiva somática. Además, la estructura asistencial de la consulta permite dedicar el tiempo necesario al paciente. Una vez establecido el vínculo, resulta mucho más sencillo que el paciente acepte iniciar un tratamiento antidepressivo o que sea remitido a Salud Mental si es preciso. En los pacientes más complejos, con síntomas resistentes al tratamiento inicial o con datos de gravedad como depresión grave o ideas autolíticas, resulta imprescindible la colaboración del Servicio de Psiquiatría como interconsultor.

En nuestro estudio hemos observado una disminución importante del número de visitas a los distintos especialistas y a Urgencias y de hospitalizaciones en los seis meses posteriores a la intervención, realizando pruebas complementarias de forma anecdótica, y un número de visitas asumible a nuestra consulta. Incluso en los pacientes hiperfrecuentadores del Servicio de Urgencias, esta intervención resultó en una disminución significativa de las visitas ya en el segundo mes de tratamiento. Existe un estudio previo similar en la literatura realizado por *Abbass et al.*; en él se evaluó la eficacia de una intervención psicoterapéutica breve en pacientes que acudían al Servicio de Urgencias de forma

repetida con síntomas físicos sin explicación somática. Esta intervención resultó efectiva en el control de síntomas y en la disminución del uso de los Servicios de Urgencias (descenso del 69%)<sup>14</sup>.

Independientemente de la mejoría clínica que presentaron los pacientes, que no es el objetivo principal de este estudio, los resultados de la intervención analizada se traducen en dos beneficios inmediatos. El primero es la disminución de visitas a especialistas y a Urgencias, y de hospitalización, que lógicamente disminuyen el número de pruebas complementarias y tratamientos farmacológicos, por lo que a su vez probablemente se disminuye la iatrogenia asociada. El segundo beneficio directo es la disminución del gasto sanitario secundario a lo mencionado previamente.

Parece necesario desarrollar esquemas de actuación basados en modelos multidisciplinarios y sistematizar estas intervenciones<sup>15</sup>. Otro objetivo a corto plazo sería tratar de exportar este esquema de actuación a nivel de Atención Primaria, aunque los resultados de estudios previos no han confirmado la efectividad de un entrenamiento específico de los médicos generalistas en el manejo de los trastornos por somatización<sup>16</sup>.

Este estudio presenta varias limitaciones. La primera es su carácter observacional y la ausencia de un grupo comparativo en el que no se realicen intervenciones específicas; de todas maneras, el tiempo medio de evolución de la sintomatología fue de dos años y medio, por lo que es probable que el descenso inmediato en el consumo de recursos sanitarios se deba, al menos en parte, a la propia intervención. La segunda limitación está asociada a la duración limitada del se-



guimiento (seis meses), por lo que no conocemos la evolución a largo plazo, sobre todo una vez dada el alta de la consulta.

Podemos concluir que una intervención sistemática y estructurada por parte de médicos generalistas asesorados mediante una estrecha relación con Psiquiatría puede permitir una disminución y optimización en el consumo de recursos sanitarios en pacientes con trastorno por somatización, disminuyendo el gasto y la iatrogenia asociada.

### Agradecimientos

A la doctora Raquel Barba Martín y al doctor Ricardo Trujillo Casas, por el apoyo en el desarrollo y funcionamiento de la consulta de patología médica funcional. Al doctor José Luis Marín, uno de los referentes en la formación en Psicología Médica y Medicina Psicósomática en España.

### Bibliografía

1. de Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;184:470-6.
2. Harris A, Orav J, Bates DW, Barsky AJ. Somatization increases disability independent of comorbidity. *J Gen Intern Med*. 2008;24:155-61.
3. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med*. 1999;130(11):910-21.
4. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*. 2011; 52:262-71.
5. García-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, Lobo A. Somatization disorders in primary care: differential clinical aspects. *Med Clin (Barc)*. 1995;105: 728-33.
6. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:903-10.
7. Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms: GP's attitudes towards their cause and management. *Family practice*. 2001;18:519-23.
8. Salmon P, Peters S, Clifford R, Iredale W, Gask L, Rogers A, et al. Why do general practitioners decline training to improve management of medically unexplained symptoms? *J Gen Intern Med*. 2007;22:565-71.
9. Fava GA, Belaise C. Psychosomatic medicine is a comprehensive field, not a synonym for consultation liaison psychiatry. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12:215-21.
10. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: A review of randomized controlled trials. *Psychosomatic medicine*. 2007;69:881-8.
11. Enck P, Junne F, Klosterhalfen S, Zimpfel S, Martens U. Therapy options in irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*. 2010;22:1402-11.
12. Arnold LM. The pathophysiology, diagnosis and treatment of fibrom-





- yalgia. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33:375-408.
13. Woolfolk RL, Allen LA, Tiu JE. New directions in the treatment of somatization. *Psychiatr Clin North Am.* 2007;30:621-44.
  14. Abbass A, Campbell S, Magee K, Tarzwell R. Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: preliminary evidence from a pre-post intervention study. *CJEM.* 2009;11: 529-34.
  15. Sharpe M, Carson A. Unexplained somatic symptoms, functional syndromes and somatisation: do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med.* 2001;134:926-30.



**Un objetivo común:**

**implusar la innovación y el desarrollo  
del sector tecnológico sanitario**

