

Abordaje de pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados (MUS). Parte I

Management of Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUS). Part I

José Manuel Ramírez-Aranda,* Cynthia Marlene Martínez-Gutiérrez,** Yarezzi Karolina Terviño-Uresti,*** Juan Manuel Escobedo-Gil.***

Resumen

Los pacientes con “síntomas físicos médicamente no explicados” (MUS, en inglés) son frecuentes en la consulta médica; estos pacientes acuden a consulta por síntomas inespecíficos, de etiología incierta, sin cuadro clínico definido, exploración física normal para su queja y laboratorio e imagen sin anormalidades. El abordaje de un paciente con MUS puede ser todo un desafío, provoca frustración en el médico e insatisfacción en los pacientes; implica mayor costo en la atención y saturación de servicios de salud. Hay varias intervenciones no farmacológicas que han mostrado utilidad. El médico familiar debe adquirir destrezas para atender a estos pacientes. En esta revisión se describen las etapas ordenadas para el abordaje de pacientes con MUS como:

1. ¿Qué hacer? Trabajar sobre la reatribución del síntoma. Establecer conexión: entre evento estresante y síntoma(s) inespecífico(s). 2. ¿Cómo hacerlo? Implementar una guía de abordaje: habilidades perceptuales y ejecutivas del profesional tratante. 3. ¿Cuándo hacerlo? (*timing*). Entrenamiento en práctica de reatribución del síntoma; perspicacia; atención. Es esencial que los pacientes entiendan cómo los problemas psicológicos producen síntomas somáticos, se debe valorar si el paciente está preparado para admitirlo y trabajar sobre su fuente de estrés o evento estresante, también la familia del paciente debe ser valorada.

Palabras clave: síntomas, pacientes, síntomas medicamente no explicados, medicina familiar

Sugerencia de citación: Ramírez-Aranda JM, Martínez-Gutiérrez CM, Terviño-Uresti YK, Escobedo-Gil JM. Abordaje de pacientes con síntomas físicos médicamente no explicados (MUS). Parte I. *Aten Fam.* 2022;29(4):263-267. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.4.83418>

Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recibido: 17/01/2022

Aceptado: 13/04/2022

*Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

**Vigilancia epidemiológica, Clínica Nova, Monterrey Nuevo León, México.

***Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Correspondencia:

José Manuel Ramírez Aranda
sersabe2010@gmail.com

Summary

Patients with “medically unexplained physical symptoms” (MUS) are frequent in the medical office; these patients go for consultation due to nonspecific symptoms, of uncertain etiology, without a defined clinical picture, normal physical examination for their complaint, and laboratory and imaging without abnormalities. The approach to a patient with MUS can be a challenge, causing frustration in the physician and dissatisfaction in the patients; it implies higher costs of care and saturation of health services. There are several non-pharmacological interventions that have shown to be useful. The family physician must acquire certain skills to care for these patients. In this review, the stages are orderly described for the approach to MUS patients, such as:

1. What to do? Work on symptom reattribution. Establish connection: between stressful event and non-specific symptom(s).
2. How to do it? Implement an approach guide: perceptual and executive skills of the professional treating.
3. When to do it? (timing). Training in symptom reattribution practice; insight; mindfulness. It is essential that patients understand how psychological problems produce somatic symptoms, it should be assessed if the patient is ready to admit it and work on their source of stress or stressful event, also the patient's family should be assessed.

Keywords: Symptoms; Patients; Medically Unexplained Symptoms; Family Medicine

Introducción

En este artículo se analizarán las etapas ordenadas para el abordaje de pacientes con síntomas físicos médicamente no ex-

plicados, tratando de ajustarlo a pacientes vistos por primera vez, no a pacientes subsecuentes con algún trabajo previo. Se dividirá en dos secciones: la Parte I, en la que se revisarán los fundamentos conceptuales y teóricos del abordaje de pacientes con MUS, sintetizado en un flujograma final, y la Parte II —de publicación próxima—, en que se presentarán un par de casos de familia abordados usando estas habilidades interpersonales.

El término “síntomas físicos médicamente no explicados” o “MUS” (*Medically Unexplained Symptoms*, por sus siglas en inglés) se define como la presencia de síntomas inespecíficos, en los cuales no es posible encontrar alguna etiología que explique los síntomas que refieren los pacientes después de un adecuado interrogatorio y exploración física minuciosa e intencionada.¹ Los síntomas más frecuentemente reportados en este tipo de pacientes son fatiga, dolor torácico, síntomas gastrointestinales, entre otros.²

Es importante aclarar que, desde hace algunos años, se ha tratado de cambiar la definición de este padecimiento. En 2015, Marks y Hunter realizaron un estudio en el que encontraron que 20% de los pacientes preferían el término “síntomas físicos persistentes”, 17%, el término “síntomas funcionales” y solamente 15% prefería “MUS”, 24% de los pacientes no indicaron preferencia.³

En 2020, Burton y cols.,⁴ propusieron el término “desórdenes funcionales somáticos” con una subclasificación, de acuerdo con el sistema afectado, en multisistémico, sistema único y síntoma único. Todo esto se ha realizado con el fin de buscar un espacio neutral en la etiología de la enfermedad, sin encasillar por completo en patología somática ni patología mental, reflejando así su compleja naturaleza.

Se ha realizado una clasificación de patologías que comprenden el espectro MUS; se mencionan las más frecuentes y, por tanto, las más estudiadas: el síndrome de intestino irritable y la fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, pacientes hiperfrecuentadores y el síndrome de “nudo en la garganta” entre otros.^{5,6}

La consulta de los pacientes con MUS en el primer nivel de atención es muy frecuente, su prevalencia se registra en un rango que varía de 3 a 79% de la consulta.^{1,2,5,7} La gran diferencia que hay entre estos porcentajes se puede deber a la falta de consenso en el diagnóstico y conocimiento sobre esta enfermedad y el modelo biopsicosocial, ya que el modelo biomédico no deja espacio para la valoración integral de los pacientes, pues se basa únicamente en la enfermedad.

El MUS tiene varias categorías de severidad, de acuerdo con Smith y Dwabana, la presentación más frecuente (80%) es la denominada “*Well being*” o “paciente sano preocupado”, que son aquellas personas con sintomatología derivada de la preocupación por su salud; otras formas más serias incluyen ansiedad y depresión con los síntomas inespecíficos, lo que implica mayor severidad.⁸

De manera similar, la escala PHQ-15 (*Patient Health Questionnaire*) brinda la oportunidad de clasificarlo de acuerdo con la severidad.⁹ Se han descrito factores de riesgo para severidad del cuadro de MUS, estos son: antecedente de somatización [RR= 0.53 (0.42-0.64)]; pobre funcionamiento psicológico [RR= 0.61 (0.51-0.72)] y otros, pero sin significancia estadística, como sexo femenino [RR= 1.31; 0.12-2.50]), la percepción de pobreza económica [RR= 1.90 (0.89-2.91)] y antecedente de abuso físico y/o sexual en la infancia [RR= 1.86; 0.27-3.45)].⁷

El reconocimiento del MUS en la consulta es fundamental, dado que puede generar mucho estrés y frustración, tanto en los pacientes, porque desconocen lo que tienen, la causa de estos síntomas y su impacto en la salud,¹⁰ pero también en los médicos, porque ignoran cómo tratar a estos pacientes al no identificar algún problema biológico como causa, también por la incertidumbre de cómo darles la información que requieren, entre otros.⁵

La literatura describe que los pacientes que sufren de MUS pueden llegar a saturar los servicios de urgencias de los hospitales, disminuyendo el acceso y calidad de los servicios de salud para otros padecimientos.¹¹ En un estudio longitudinal, realizado en Inglaterra, de pacientes con MUS atendidos en el primer nivel de atención se muestra que en 55% de ellos persistían los síntomas a pesar de las intervenciones.⁷

Abordaje del paciente con MUS

Es esencial que los trabajadores de salud dominen técnicas para el abordaje de estos pacientes. Existen diversas intervenciones que han demostrado tener utilidad en el tratamiento no farmacológico, entre las de mayor beneficio está la terapia cognitivo conductual.⁵ Una revisión sistemática encontró que las intervenciones no farmacológicas (INF) tienen resultados variables según el cuadro predominante de MUS y, en general, las intervenciones grupales tienen un mayor costo-beneficio.¹²

El éxito de una INF se facilita con el establecimiento de una buena relación médico-paciente, además de un adecuado interrogatorio y exploración física minuciosa de los pacientes para descartar un componente orgánico que explique los síntomas inespecíficos.¹³ Si bien, MUS es explicado por un contexto

teórico complejo y multidimensional, una parte primordial es tratar el componente psicosocial, por medio de habilidades ejecutivas utilizadas por el médico familiar,¹⁴ entre ellas, las técnicas de normalización,¹⁵ clarificación de los síntomas y reetiquetamiento positivo, por mencionar algunos.

El abordaje de un paciente con MUS puede ser todo un reto para el médico tratante, ya que requiere abandonar el enfoque del modelo biomédico centrado en el diagnóstico de la enfermedad y su tratamiento (resultado de la enseñanza en la mayoría de las carreras de medicina) y optar por un modelo de valoración integral de los pacientes (modelo biopsicosocial o modelo centrado en el paciente de Moira Stuart). Es esencial realizar las intervenciones pertinentes en el momento adecuado, apoyándose en los principios básicos de la especialidad de medicina familiar.¹⁶

La entrada del profesional de salud al sistema de la familia es a través de síntoma(s) inespecíficos(s) del paciente. Hablar de abordaje del paciente con MUS, no implica un abordaje individual ni abandonar la aplicación del modelo sistémico en el trabajo con las familias. Este modelo considera que el paciente pertenece a alguna familia que lo influye, apoya o interfiere en su estado de salud y la cual debe valorarse en algún momento.

Conectar con el paciente

Es importante realizar una buena maniobra de unión (establecer una buena relación con el paciente, siendo empático y mediante escucha activa), un interrogatorio y exploración completas (no olvidar que el motivo de consulta generalmente es una queja somática atribuida por el paciente al mal funcionamiento de un órgano o tejido del cuerpo). Los estudios

de laboratorio o gabinete que pudieran confirmar nuestra sospecha diagnóstica deben ser parte del protocolo de atención, incluso cuando las probabilidades de un problema orgánico sean bajas; es importante recordar que hay enfermos, no enfermedades.

¿Cómo hacer el diagnóstico de MUS?

El paciente acude con uno o varios síntomas inespecíficos de acuerdo con el cuestionario PHQ-15 (*Patient Health Questionnaire*), el cual se considera positivo con al menos tres síntomas inespecíficos registrados.¹⁷ Se denominan así porque son imprecisos y a veces asilados, con dudoso valor diagnóstico; estos mismos síntomas también se encuentran en el DSM-IV para trastorno de somatización. La puntuación del PHQ-15 va de 0 a 30, un puntaje ≥ 5 indica sintomatología leve,¹⁰ moderado y ≥ 15 , severo. Este cuestionario tiene una sensibilidad y especificidad de 0.78 y 0.71, respectivamente. Se ha encontrado que es una de las mejores opciones debido a la facilidad de aplicación, duración y disponibilidad del cuestionario en varios idiomas.¹⁸

De igual manera, Escobar y cols.,¹⁹ se centran más en el número de síntomas inespecíficos para el diagnóstico de MUS. Se considera el diagnóstico de MUS en aquellos pacientes con PHQ-15 positivo, hallazgos al interrogatorio, exploración física, exámenes de laboratorio e imagen generalmente normales para la sospecha diagnóstica de acuerdo con los síntomas. La semiología del (o los) síntoma(s) inespecífico(s) generalmente no coinciden con un cuadro clínico conocido, no corresponden a la anatomía o fisiología ni a los patrones conocidos de irradiación o distribución vascular o nerviosa.

Es esencial aprender a tratar a estos pacientes tan comunes en la consulta

ambulatoria. No obstante, su abordaje y manejo no puede realizarse como una receta de cocina, su aplicación depende mucho de las necesidades del paciente, de las habilidades del profesional de la salud y de su experiencia en el campo, entre otros.

Hay tres puntos clave para la atención de estos pacientes:

1 ¿Qué hacer? Trabajar sobre la reatribución del síntoma. Establecer conexión: evento estresante - síntoma(s) inespecífico(s).

2 ¿Cómo hacerlo? Implementar una guía de abordaje: habilidades perceptuales y ejecutivas del profesional tratante.

3 ¿Cuándo hacerlo? (*timing*). Entrenamiento en práctica de reatribución del síntoma; perspicacia; atención.

1. ¿Qué hacer?

Esto inicia con el establecimiento de una buena relación médico-paciente que brinde un ambiente de confianza y seguridad, utilizar la escucha activa, incluyendo contacto visual, resumir y reafirmar lo que nos comunica el paciente, para asegurar la comprensión del mensaje y facilitar la expresión abierta de dudas, temores, pensamientos y sentimientos.

Es fundamental identificar los eventos estresantes, ya sean normativos o paranormativos. Si estas situaciones estresantes emergen fácilmente ante una pregunta directa —lo cual demuestra la importancia para el paciente—; en caso contrario, se sospecha de su existencia y se debe indagar el ambiente familiar, social y laboral, tratando de identificarlos y valorar su magnitud y presentación, para establecer una asociación temporal entre los síntomas del paciente con el evento estresante. En ocasiones, el paciente no lo reconoce en primera instancia.

1.1 ¿Qué evitar?

Hay recomendaciones generales sobre lo que no es aconsejable realizar porque interfiere con el tratamiento de pacientes con MUS:

No precipitarse a dar el diagnóstico. Es necesario que el médico tolere la incertidumbre de no saber qué tiene el paciente.

No decirle “usted no tiene nada”, sobre todo después de no encontrar alteraciones en los exámenes de laboratorio o estudios de imagen. Esto etiqueta al paciente como “emocional”, “nervioso”, “loco” y dificulta la ventilación de sentimientos por temor a ser considerado anormal.

No prometer al paciente que se le va a curar (suprimir el síntoma). Es más conveniente trabajar un contrato terapéutico, tácito, en el que la solución sea una labor conjunta, con compromiso.

No afirmar que el problema es emocional antes de que el paciente esté preparado y se haya excluido otra causa. En este punto puede ser útil utilizar la Escala de Atribución del Síntoma, para ayudarle al paciente a entender la naturaleza del origen de sus síntomas.²⁰

2 ¿Cómo hacerlo?

Precisamente aquí se aplica la dificultad de seguir una guía rígida en cuanto a la ejecución de las habilidades, porque es una intervención operador-dependiente, es decir, depende de la experiencia y personalidad de quien lo lleva a cabo. Esto no significa que no pueda ser aprendido, pero requiere entrenamiento, experiencia y auténtico interés por ayudar al paciente o a la familia.

Se necesitan conocimientos básicos de teoría general de sistemas para entender la interrelación entre individuo y familia; de la teoría de la comunicación para comprender los patrones de comunicación funcional o disfuncional y el modelo de atención cen-

trado en el paciente de Moira Stuart, del cual se usan muchos de los conceptos.²¹

3 ¿Cuándo hacerlo?

El tiempo para hacerlo (*timing*) es importante.

El cuándo es tan importante como el qué hacer; si se implementa de manera oportuna, las maniobras son delicadamente efectivas, es como una llave en la cerradura.

Todos los pacientes son diferentes. Aquí es cuando estriba precisamente la imposibilidad de aplicar las maniobras en forma secuencial o programada, por la amplia variedad de pacientes y familias, sus circunstancias, valores, sentimientos, e ideas, entre otros.

Atento a la comunicación no verbal. Esto es vital para conocer lo que realmente piensa el paciente, si no dice lo que es significativo o su respuesta ante eventos críticos, por mencionar algunos.

Alerta a las oportunidades. Los pacientes cuya agenda oculta es un problema psicosocial, lo revelarán en algún momento en su narrativa, se debe estar atento para hacer las preguntas adecuadas en el momento oportuno.

Establecer la asociación entre el evento estresante y síntoma(s) del paciente

Hay una gran diferencia, para propósitos del abordaje, la facilidad o dificultad de que el paciente: 1. Atribuya su síntoma a un problema psicosocial o estrés, o a un problema orgánico. 2. Que el paciente identifique *per se*, o fácilmente, el evento estresante o que niegue la posibilidad de que su problema sea emocional. Para ello sería útil la ya mencionada Escala de Atribución del Síntoma.²⁰

Es recomendable que los pacientes entiendan cómo los problemas psi-

cológicos producen síntomas somáticos. La analogía simple de un gato que arquea el lomo, eriza el pelo y se coloca en postura de ataque ante la sola vista lejana de un perro (su enemigo natural) es útil, porque representa una amenaza a su seguridad y vida; esto tiene un significado similar al evento estresante del paciente.

Se debe tener precaución para no adjudicar un origen psicosocial del síntoma, dado que es estigmatizante para algunas personas, e incluso denigrante, por lo que, en ocasiones, los pacientes tratan de negarlo a toda costa.

¿Qué pasa si se percibe que el paciente no está listo para aceptar la atribución psicológica de su síntoma inespecífico? Esto sucede cuando nos damos cuenta de que rechaza o comenta que su problema no puede ser psicológico, ya que le atribuye una causa física u orgánica; por ejemplo: asocia el dolor precordial a una patología del corazón o el dolor abdominal a cáncer, infección etc. En casos más complejos será necesario utilizar un abordaje diferente, requiere más tiempo y trabajo con el paciente y la familia. Estos pacientes que no asocian sus síntomas a un problema emocional tienden a solicitar más estudios de laboratorio o imagen en el afán de encontrar la etiología orgánica de su síntoma. Es aconsejable contemporizar y citar nuevamente al paciente, realizar una valoración integral progresivamente para desfocalizar el síntoma (no hablar del síntoma en la consulta sino de su fuente de estrés) y centrarse en alguna situación contextual (individual, familiar, laboral, social, entre otros), en la que se ubica el evento normativo o paranormativo que esté contribuyendo a la sintomatología.

El resultado depende de las habilidades del profesional y, mucho, de la relación que hayamos construido con

nuestro paciente y familia. Para trabajar con la familia es recomendable realizar mínimo un famiograma, el cual nos ayudará a comprender cómo la situación contextual de una problemática familiar incide y mantienen los síntomas del paciente.

En resumen, este planteamiento teórico del abordaje contribuye a: 1: identificar el componente emocional del padecimiento del paciente, 2: coadyuvar a la comprensión del paciente de que su síntoma o síntomas tienen en gran medida una fuente emocional y 3: trabajar con el paciente o su familia en el manejo del estrés. En un manuscrito posterior (Parte II), se plantearán viñetas clínicas en las que se aplicarán estos principios de manera práctica en casos específicos.

Referencias

1. Malterud K, Aamland A. Medically Unexplained Symptoms: are we making progress? *Br J Gen Pract.* 2019;69(681):164-5.
2. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatry.* 2004;49(10):663-72.
3. Marks EM, Hunter MS. Medically Unexplained Symptoms: an acceptable term? *Br J Pain.* 2015;9(2):109-14.
4. Burton C, Fink P, Henningsen P, Löwe B, Rief W, EURONET-SOMA Group. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med.* 2020;18(1):34.
5. Lennox GAK, Kendall R. Interventions for medically unexplained symptoms in the emergency department: a critical literature review: A critical literature review. *Eur J Emerg Med.* 2020;27(2):94-8.
6. Johnson, S. K. (2008). *Medically unexplained illness: Gender and biopsychosocial implications.* Washington, DC, US: American Psychological Association. DOI: 10.1037/11623-000
7. Lamahewa K, Buszewicz M, Walters K, Marston L, Nazareth I. Persistent unexplained physical symptoms: a prospective longitudinal cohort study in UK primary care. *Br J Gen Pract.* 2019;69(681): e246-53.
8. Smith RC, Dwamena FC. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med.* 2007;22(5):685-91.
9. Kocalevent R-D, Hinz A, Brähler E. Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. *BMC Psychiatry.* 2013;13:91.

10. Zonneveld LN, Sprangers MA, Kooiman CG, van't Spijker A, Busschbach JJ. Patients with unexplained physical symptoms have poorer quality of life and higher costs than other patient groups: a cross-sectional study on burden. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:520.
11. Rodríguez González AM, Ramírez Aranda JM, de Los Santos Reséndiz H, Lara Duarte MY, Pazarán Zanella SO, Méndez López JF, et al. Health care utilization of Mexican patients with medically unexplained physical symptoms. *Colomb Med (Cali).* 2016;47(3):155-159.
12. Wortman MSH, Lokkerbol J, van der Wouden JC, Visser B, van der Horst HE, Olde Hartman TC. Cost-effectiveness of interventions for medically unexplained symptoms: A systematic review. *PLoS One.* 2018 Oct 15;13(10): e0205278. DOI: 10.1371/journal.pone.0205278
13. Husain M, Chalder T. Medically unexplained symptoms: assessment and management. *Clin Med.* 2021;21(1):13-8.
14. Martínez-Gutiérrez CM, Hernández-García S, Vallejo-Solis M. Síndrome de intestino irritable, presentación de un caso y manejo por medicina familiar. *Rev Mex med fam.* DOI: 10.24875/rmf.20000077
15. Christopher F Dowrick, Adele Ring, Gerry M Humphris, Peter Salmon. Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. *Br J Gen Pract.* 2004;54(500):165-70.
16. Gutiérrez-Herrera RF, Ordóñez-Azuara Y, Gómez-Gómez C, Ramírez-Aranda JM, Méndez-Espinoza E, Martínez-Lazcano F. Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. *Rev Méd la Paz.* 2019;25(1):58-67.
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med.* 2002;64(2):258-266.
18. Zijlema WL, Stolk RP, Löwe B, Rief W, BioS-HaRE, White PD, et al. How to assess common somatic symptoms in large-scale studies: a systematic review of questionnaires. *J Psychosom Res.* 2013;74(6):459-68.
19. Escobar JI, Cook B, Chen C, A Gara M, Alegría M, Interian A, Díaz E. Whether medically unexplained or not, three or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations. *J Psychosom Res.* 2010;69(1):1-8.
20. Ramírez-Aranda JM, Morales-Ramírez M, Frías-Gómez VL, Gómez-Mez MV, del Castillo-Guzmán O, López-Mata CD. Atribución de síntomas en pacientes con Síntomas Médicamente No Explicados: un estudio de validación y desarrollo de la escala. *Gaceta Médica de México.* 2022;158(1):17-23.
21. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centred medicine transforming the clinical method.* Thousand Oaks: Sage Publications; 1995.