

Título:

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO PSICÓGENO (TMPs)

Autores:

González Ablanedo M R. ; María Rodríguez M B.

Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias.

Autor principal para correspondencia: Rosa González Ablanedo

@mail: rgablanedo@gmail.com

Tfno: 677343956

Sección: Caso Clínico

Nº palabras del Resumen: 249

Nº de palabras del manuscrito: 1398

Resumen

- Introducción:

Los trastornos del movimiento psicógenos son en general raros (10% de los que presentan un trastorno del movimiento no parkinsoniano). Es más habitual en mujeres.

El síntoma más frecuente es el temblor, seguido de la distonía y por último las mioclonías

- Objetivo:

El objetivo principal es adaptar el Plan de cuidados de enfermería a las necesidades que presenta la paciente.

- Método-Caso Clínico:

Mujer de 25 años, natural de Cádiz, lleva dos meses en Gijón preparando oposiciones para policía nacional, sin antecedentes personales ni familiares de interés.

Descripción del caso.

Refiere que inicia temblor en miembros superiores (EESS), se presenta de forma variable (días, horas) con agravamiento ocasional a lo largo de la semana persiste y asocia espasmos ocasionales tanto en EESS, miembros inferiores (EEII), como del tronco. No caídas; va desarrollando su vida más o menos normal, aunque con el ejercicio los temblores aumentan y tiene mareos ocasionales.

Atención de enfermería.

Derivado de la valoración enfermera al ingreso se identifican los siguientes diagnósticos:

00146 Ansiedad

00069 Afrontamiento ineficaz

00153 Riesgo de baja autoestima situacional

00094 Riesgo de intolerancia a la actividad

00085 Deterioro de la movilidad física

00088 Deterioro de la deambulación

00086 Riesgo de disfunción neuromuscular periférica

00155 Riesgo de caídas

00198 Trastornos del patrón del sueño

00126 Conocimientos deficientes

Conclusión/discusión.

El personal de enfermería debe conocer las patologías neurológicas poco frecuentes, aunque la atención sea prestada en base a las necesidades que presente el paciente al ingreso y así desarrollar unos cuidados seguros y eficientes.

Texto del Manuscrito

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO PSICÓGENO (TMPs)

Palabras clave: Trastorno somatoforme, Síndrome de Munchausen, cuidado de enfermería.

INTRODUCCIÓN:

Los Trastornos del movimiento psicógeno son aquellos que no pueden atribuirse a ninguna enfermedad orgánica conocida y que están causados por una patología psiquiátrica subyacente, o se deben a una simulación voluntaria.

Suponen el 1-3% de los trastornos del movimiento y se presenta mayoritariamente en mujeres.

El síntoma más frecuente es el temblor, seguido de distonía y por último las mioclonías.¹

Definiciones:

Podemos encontrar tres categorías en las que englobaremos a los pacientes con TMPs:

a) Trastorno somatoforme: el paciente no puede controlarlo. Aparecen síntomas físicos sin que existan hallazgos orgánicos o mecanismos fisiológicos demostrables y además hay pruebas o firmes presunciones de la existencia de factores o conflictos psicológicos ligados a ellos.

Los dos tipos principales son:

- Trastorno de conversión: más frecuente, evolución corta. Relación temporal entre el comienzo de la sintomatología y la presencia del conflicto psíquico. Afecta a las funciones motoras voluntarias o sensoriales.
- Trastorno de somatización: forma crónica, sintomatología múltiple y recurrente.

b) Trastorno facticio: los síntomas físicos son producidos intencionalmente por el paciente, por una

necesidad psicológica de realizarlos. Patología PSQ subyacente (incluido S. Munchausen).

c) Trastorno fingido o simulador: los trastornos del movimiento son producidos voluntaria y deliberadamente por el paciente. Siempre se busca una compensación.²

Las enfermedades psicosomáticas se representan esquemáticamente por las estrechas interrelaciones existentes entre el Sistema Nervioso Central, el Sistema Nervioso Vegetativo, el Sistema Neuroinmunoendocrino y el Sistema Neuromuscular.³

Los trastornos somatoformes son muy frecuentes y no siempre entendibles, ya que los síntomas pueden parecer exagerados, pero el sufrimiento del paciente es siempre real, jugando aquí un papel muy importante la enfermería con su escucha activa, sin juzgar, entendiendo el sufrimiento del paciente y desarrollando una actitud interesada, ayudándoles a reducir sus niveles de estrés, ansiedad y frustración, siendo esto una parte muy importante de su tratamiento.

METODOLOGÍA / CASO CLÍNICO:

Motivo de consulta:

Mujer de 25 años que ingresa en el Hospital de Cabueñes de Gijón, remitida desde su centro de salud, por presentar astenia y temblores generalizados de seis días de evolución.

AP:

- Natural de Cádiz. Reside temporalmente en Gijón por estudios (prepara oposiciones a Policía Nacional).
- Tres meses atrás presentó episodio de rectorragias y dolor al defecar. Diagnosticada de fisura anal por su médica de cabecera. Pendiente de colonoscopia para descartar otras patologías.
- Hace cuatro meses diagnosticada de Faringitis. A tratamiento durante un mes con AINES.

AF:

- Madre Cáncer de mama.
- Abuela materna Cáncer de Colon.
- Tía paterna Pólipos intestinales.

Exploración al ingreso:

- Cuadro de temblor en EESS con empeoramiento ocasional a lo largo del día y sin relación con factores específicos de cinco días de evolución.
- Desde hace dos días movimientos definidos como espasmos del tronco y de las cuatro

extremidades que no han ocasionado caídas.

- Hizo vida normal estos días, si bien comenta que la realización del ejercicio físico estaba limitada por los movimientos.
- No otra clínica neurológica asociada.
- Se habla con el tutor (profesor) y no refiere ninguna anomalía en su estancia, ni tiene datos de problemas personales y/o familiares.
- La paciente no reconoce estar nerviosa, ni notamos evidencia.
- Lenguaje, pupilas, campos visuales y facial normales. No nistagmus.
- No mioclonías faciales.
- Reflejos normales.
- Temblor de actividad distal (EEII).
- En reposo impresiona de mioclonías generalizadas, tanto EEII, como de EESS, aumentando en determinados momentos y que persisten con la distracción.

RESULTADOS:

Atención de Enfermería

El modelo biosicosocial de George L Engel⁴ que hace referencia a la continua interacción entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad, nos ha permitido tener una perspectiva íntegra del paciente.

Después de leer la historia clínica, se realizó una primera valoración comenzando con una entrevista en profundidad al ingreso. Posteriormente, y a partir de la anamnesia se elaboraron unos planes de cuidados de enfermería iniciales. Tras la valoración continuada de la paciente y en base a su evolución, se fueron trazando nuevos planes de cuidados de enfermería en función de las nuevas necesidades que se iban detectando, por lo que se individualiza el siguiente plan de cuidados⁵⁻⁸ (Ver Tabla 1).

NANDA	NOC	NIC
-------	-----	-----

		5510 Educación Sanitaria 6550 Vigilancia. 7310 Cuidados de Enfermería al ingreso
00085 Deterioro de la movilidad física R/C – Alteración neuromuscular (mioclonias) 00092 Intolerancia a la actividad R/C – Debilidad generalizada _ Movimientos espontáneos Incapacitantes 00093 Fatiga R/C _ Estrés _ Ansiedad _ Malestar físico 00198 Trastorno del patrón de sueño R/C - malestar físico - ansiedad	0003 Descanso 0004 Sueño 0208 Nivel de movilidad 0002 Conservación de la energía.	01080 Manejo de energía 1850 Fomentar el sueño 5880 Técnicas de relajación 4310 Terapia de actividad
00126 Conocimientos deficientes R/C - la propia dinámica de la enfermedad.	1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad 1808 Conocimiento: medicación 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
00120 Baja autoestima situacional R/C - pensamientos negativos - fracaso 00069 Afrontamiento ineficaz R/C - falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. 00146 Ansiedad R/C - estrés - estado de salud	1205 Autoestima 1300 Aceptación: estado de Salud 1402 Control de la ansiedad	5400 Potenciación de la Autoestima 5230 Aumentar el Afrontamiento 5820 Disminución de la ansiedad

Tabla 1. Plan de Cuidados con las Taxonomías NANDA-NIC-NOC

Evolución

- _ Al cuarto día del ingreso mantiene un ligero temblor en MMII, las mioclonias son multifocales.
- _ Al quinto día cuando se habla con ella y esta entretenida las mioclonias ceden.
- _ Al décimo día se le da de alta estando la paciente totalmente asintomática

Impresión diagnóstica

El diagnóstico se basa en descartar cualquier posibilidad de que la patología de la paciente fuera orgánica, concluyendo que estábamos ante un caso de MIOCLONIA PSICOGENA, que entraría dentro del trastorno somatoforme por conversión.

Tratamiento

Placevo + Sugestion

Clonacepan (Rivotril) 0,5 mg/8h disminuyendo pauta progresivamente hasta suspender totalmente a las tres semanas. Al mes totalmente asintomática.

Conclusión/Discusión

El neurólogo es el encargado de realizar el diagnóstico, pero además habría que identificar el trastorno psiquiátrico subyacente, para decidir así el mejor tratamiento; para ello se contará con el equipo multidisciplinar de Salud Mental (Psicólogos, Psiquiatras y personal especializado).

Un manejo exitoso se basa sobre todo en explicarle de forma adecuada y aceptable los síntomas que sufre, aprovechar especialmente la visita en la que recibimos pruebas negativas que descartan organicidad y evitar sentencias del tipo: "lo suyo es de los nervios", "usted no tiene nada",³ ... porque probablemente el paciente interprete eso como "el médico no me toma en serio" o aun peor "piensa que estoy loco".

El buen criterio indica que el abordaje terapéutico debe ser multidisciplinario y debe implicar la colaboración del paciente, el neurólogo, el psiquiatra, el psicólogo, el personal de enfermería, el médico de atención primaria y la familia del paciente⁹.

Bibliografía

- 1- A. Mendoza-Rodríguez, C. Riveira-Rodriguez, A. Castrillo-Sanz Revista Neurología, disponible en: <http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?id=2009004>. [Visitada 01 septiembre 2011].
- 2- Couprie et al: Outcome in conversion disorder : A follow up study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 58 :750-752, 1995.
- 3- Sánchez Gravié C. de la Osa Oreilly M., Valdés Mier M. Disponible en: <http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/PSIQUIATRIA/GP/MANEJO%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20PSICOSOMATICOS.pdf> . [Visitada 01 septiembre 2011].
- 4- George L Engel. The need for a new medical model; a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-135.
- 5- DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación, 2009-2011, NANDA Internacional. 1ª Edición en español 2010. Editorial Elsevier. Barcelona, España.
- 6- Moorhead, Sue. Jonson, Marion. Maas, Merodean L. Swanson, Elizabeth: Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) 4ª edición. 2009. Editorial Elsevier. Barcelona. España.
- 7- Bulechek, Gloria M. Butcher, Howard K. Mc Closkey Dochterman, Joane : Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª edición 2009 . Editorial Elsevier . Madrid. España.
- 8- Desarrollo de las interrelaciones, Dirección General de calidad, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Proceso de cuidados: Diagnóstico-intervención. Mayo 2010.
- 9- L. Redondo , Y. Morgado y E. Durán : Temblor psicógeno, un diagnóstico positivo. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/295/295v25n01a13148579pdf001.pdf> [Visitada 01 septiembre 2011].