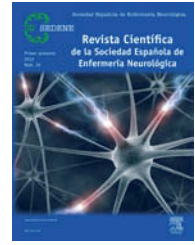


Enfermería Neurológica

www.elsevier.es/rcsedene



CASO CLÍNICO

Trastornos del movimiento psicógeno[☆]

Rosa González Ablanedo* y B. María Rodríguez

Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

Recibido el 5 de diciembre de 2011; aceptado el 12 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE

Trastorno somatoforme;
Síndrome de Münchhausen;
Cuidado de enfermería

Resumen

Introducción: Los trastornos del movimiento psicógenos son en general raros (10% de las personas 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, que desde hace 2 meses vive en Gijón preparando oposiciones para el Cuerpo Nacional de Policía, sin antecedentes personales ni familiares de interés.

Descripción del caso: Refiere que inicia temblor en extremidades superiores (EES), se presenta de forma variable (días, horas), con agravamiento ocasional durante la semana que persiste y asocia espasmos ocasionales, tanto en EES, en extremidades inferiores, como en el tronco. No presenta caídas. Desarrolla su vida más o menos de forma normal, aunque con el ejercicio los temblores aumentan y tiene mareos ocasionales. También comenta estar cansada al final del día y tener dificultad para conciliar el sueño.

Atención de enfermería: Derivado de la valoración enfermera al ingreso, se identifican los diagnósticos siguientes: 00092 intolerancia a la actividad; 00198 trastorno del patrón del sueño; 00161 disposición para mejorar los conocimientos; 00069 afrontamiento ineficaz; 00146 ansiedad.

Conclusión/discusión: El personal de enfermería debe conocer las afecciones neurológicas poco frecuentes, aunque la atención se preste a partir de las necesidades que tenga el paciente al ingreso, para así desarrollar unos cuidados seguros y eficientes.

© 2011 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

[☆]Premio Mejor Comunicación de Casos Clínicos del Comité Científico. XVIII Reunión Anual SEDENE. Noviembre de 2011. Barcelona.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rgablanedo@gmail.com (R. González Ablanedo).

KEY WORDS

Somatiform disorder;
Münchhausen
syndrome;
Nursing care

Psychogenic movement disorders**Abstract**

Introduction: Psychogenic movement disorders are generally rare (10% of the population who have a non-Parkinsonian movement disorder). It is more frequent in women, and the most common symptom is trembling, followed by dystonia, and lastly myoclonias.

Objective: The primary objective is to adapt the Nursing Care Plan to the needs of the patient with this disorder.

Method-clinical case: A 25-year old woman, from Cadiz who lived in Gijon two months ago, preparing for the entry examination for the National Police Force, with no personal or family history of interest.

Description of the case: She mentioned that the trembling began in the upper limbs, and was variable (days, hours), with occasional worsening during the week that it persisted and was combined with occasional spasms in the arms and legs, as well as the trunk. She did not have falls. She had a more or less normal life, although the trembling increased with exercise and she had occasional dizzy spells. She also mentioned being tired at the end of the day and found it difficult to fall asleep.

Nursing Care: The following diagnoses were made from the nursing assessment on admission: 00092, activity intolerance; 00198, disturbed sleep pattern; 00161 readiness for enhanced knowledge; 00069 ineffective coping; 00146 anxiety.

Conclusion/ Discussion: Nursing staff must be aware of rare neurological disorders, although the care is provided according to the needs of the patient on admission in order to develop a safe and effective care.

© 2011 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

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

Suponen el 1-3% de los trastornos del movimiento y se presentan en su mayoría en mujeres.

El síntoma más frecuente es el temblor, seguido de distonía y, por último, las mioclonías¹.

Definiciones

Podemos encontrar tres categorías en las que englobaremos a los pacientes con trastorno del movimiento psicógeno:

a) Trastorno somatiforme: el paciente no puede controlarlo. Aparecen síntomas físicos, sin que haya 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, de 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. Enfermedad psiquiátrica subyacente (incluido el síndrome de Münchhausen).

c) Trastorno fingido o simulador: el paciente produce de forma voluntaria y deliberada los trastornos del movimiento. Siempre se busca una compensación².

Las enfermedades psicósomáticas se representan esquemáticamente por las estrechas interrelaciones existentes entre el sistema nervioso central, el sistema nervioso vegetativo, el sistema neuroinmunoendocrino y el sistema neuromuscular³.

Los trastornos somatiformes son muy frecuentes y no siempre entendibles, ya que los síntomas pueden parecer exagerados, pero el sufrimiento del paciente es siempre real; aquí es cuando el personal de enfermería desempeña un papel muy importante con su escucha activa, sin juzgar, entendiendo el sufrimiento del paciente y desarrollando una actitud interesada, para ayudarles a reducir sus niveles de estrés, ansiedad y frustración, lo cual es 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 (Asturias), remitida desde su centro de salud, por presentar astenia y temblores generalizados de 6 días de evolución.

Antecedentes personales

- Natural de Cádiz. Reside temporalmente en Gijón por estudios (prepara oposiciones al Cuerpo Nacional de Policía).
- Tres meses atrás presentó episodio de rectorragias y dolor al defecar. Su médica de cabecera le diagnosticó fisura anal. Está pendiente de colonoscopia para descartar otras enfermedades.
- Hace 4 meses se le diagnosticó faringitis. Durante un mes ha seguido tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos.

Antecedentes familiares

- Madre: cáncer de mama.
- Abuela materna: cáncer de colon.
- Tía paterna: pólipos intestinales.

Exploración al ingreso

Presenta un cuadro de temblor en las extremidades superiores (EES) con empeoramiento ocasional durante el día y sin relación con factores específicos de 5 días de evolución. Desde hace 2 días se observan movimientos definidos como espasmos del tronco y de las cuatro extremidades, que no han ocasionado caídas. Esos días hizo vida normal, si bien comenta que al realizar ejercicio físico estaba limitada por los movimientos. Además, refiere cansancio al final del día y dificultad para conciliar el sueño. No presenta ninguna otra clínica neurológica asociada.

Se habla con el tutor (profesor), el cual no refiere ninguna anormalidad en su estancia, ni tiene datos de problemas personales y/o familiares. La paciente no reconoce estar nerviosa, ni se nota evidencia de ello.

El lenguaje, las pupilas, los campos visuales y facial se observan normales. Tampoco tiene nistagmus, no presenta mioclonías faciales y los reflejos son normales. Muestra un temblor de actividad distal (extremidades inferiores [EEII]). En reposo, se observan mioclonías generalizadas, tanto en las EEII, como en las EES, que aumentan en determinados momentos y persisten con la distracción.

Resultados

Atención de enfermería

El modelo biopsicosocial 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 anamnesis, se elabora un plan de cuidados que se fue modificando después de la valoración continuada de la paciente y a partir de su evolución⁵⁻⁸ (tabla 1).

Evolución

- Al cuarto día del ingreso mantiene un ligero temblor en las EEII y las mioclonías son multifocales.

- Al quinto día, cuando se habla con ella y está entretenida, las mioclonías ceden.
- Al décimo día, se le da de alta y la paciente se muestra totalmente asintomática.

Impresión diagnóstica

El diagnóstico se basa en descartar cualquier posibilidad de que la afección de la paciente fuera orgánica, por lo que se concluyó que estábamos ante un caso de mioclonía psicógena, que entraría dentro del trastorno somatoforme por conversión.

Tratamiento

- Placebo + sugestión.
- Clonacepan (Rivotril) 0,5 mg/ 8 h, con disminución progresiva de la pauta hasta suspenderla totalmente a las 3 semanas. Al cabo de un mes se muestra totalmente asintomática.

Conclusión/discusión

El personal de enfermería debe conocer este tipo de enfermedades que, siendo aparentemente orgánicas, tienen un origen psicógeno, y así, aunque la atención se preste a partir de las necesidades que tenga el paciente al ingreso, no se deben pasar por alto ciertos aspectos que son muy importantes para desarrollar unos cuidados seguros y eficientes.

Para un tratamiento eficaz de estos pacientes que presentan trastornos psicósomáticos, lo primero es entender el sufrimiento y desarrollar una actitud interesada y centrada en el paciente, además de mostrar un buen control emocional. Desde el punto de vista de los profesionales de salud, los síntomas pueden parecer exagerados, pero el sufrimiento del paciente es siempre real.

Un tratamiento exitoso se basa, sobre todo, en explicarle de forma adecuada y aceptable los síntomas que presenta, aprovechar especialmente la visita en la que recibimos pruebas negativas que descartan organicidad y evitar sentencias del tipo: "Lo tuyo es de los nervios", "Usted no tiene nada",³ etc., porque probablemente el paciente interprete eso como "el médico no me toma en serio", o aún 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.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento, en primer lugar, a la paciente, así como también a nuestra tutora y, por último, a nuestros compañeros de trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Tabla 1 Plan de cuidados		
NANDA	NOC	NIC
00092 Intolerancia a la actividad R/C Debilidad generalizada M/P Verbalmente expresa Cansancio e impotencia para realizar los ejercicios	0002 Conservación de la energía	0180 Manejo de la energía
00198 Trastorno del patrón del sueño R/C Pensamientos repetitivos antes del sueño Ansiedad M/P Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño	0004 Sueño	1850 Fomentar el sueño 5880 Técnicas de relajación
00161 Disposición para mejorar los conocimientos R/C Adquirir información sobre su estado de salud M/P Manifiesta interés en el aprendizaje	1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad 1808 Conocimiento: medicación 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos	5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
00069 Afrontamiento ineficaz R/C Percepción de un nivel inadecuado de control Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación M/P Solución inadecuada de los problemas Expresiones de incapacidad para afrontar la situación	1300 Aceptación: estado de salud 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida 1204 Equilibrio emocional	5230 Aumentar el afrontamiento
00146 Ansiedad R/C Necesidades no satisfechas Estrés Amenaza de cambio en el estado de salud M/P Percepción respecto a su salud	1402 Control de ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad
PROBLEMAS DE COLABORACIÓN		
Movimientos discinéticos		(NIC) 2300 Administración de medicación
Intervenciones no ligadas a diagnóstico		
		7310 Cuidados de enfermería al ingreso 5510 Educación sanitaria 6550 Vigilancia

Bibliografía

- Mendoza-Podríguez A, Riveira-Podríguez C, Castrillo-Sanz A. Trastornos de movimiento psicógenos. Rev Neurol. 2009;48 (Supl 1):S49-S55.
- Coupré W, Wijdicks E, Rooijmans H, Van Gijn J. Outcome in conversion disorder: A follow up study. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1995;58:750-2.
- Sánchez Gravié CA, De la Osa Oreilly M, Valdés Mier M. Manejo de los trastornos psicosomáticos. Disponible en: <http://www.>

- hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/PSIQUIATRIA/GP/MANEJO%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20PSICOSOMATICOS.pdf [Acceso 1 de septiembre de 2011].
4. Engel GL. The need for a new medical model; a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-35.
 5. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011, NANDA Internacional. 1.ª ed. en español. Barcelona: Editorial Elsevier; 2010.
 6. Moorhead S, Jonson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4.ª ed. Barcelona: Editorial Elsevier; 2009.
 7. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5.ª ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2009.
 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. Redondo L, Morgado Y, Durán E. Temblor psicógeno, un diagnóstico positivo. *Neurología*. 2010;25:51-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/295/295v25n01a13148579pdf001.pdf> [Acceso 1 de septiembre de 2011].