

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Basados en

El Reglamento de Graduación de la Universidad Dr. José Matías Delgado

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

Publicado bajo la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>



Se permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra siempre que se especifique el autor y el nombre de la publicación y sin objetivos comerciales, y también se permite crear obras derivadas, siempre que sean distribuidas bajo esta misma licencia

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

UJMD
07 MED
Ch 512 p
2005
Ej. 2

05-1027985

UNIVERSIDAD DR. JOSE MATIAS DELGADO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DR. LUIS EDMUNDO VASQUEZ

ESCUELA DE MEDICINA



Tesis para optar al grado de:
DOCTOR EN MEDICINA.



Prevalencia y Patrones de Tratamiento del Trastorno Conversivo en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional San Rafael.

Presentado por:

Eduardo Roberto Chávez Ruiz.

Daniella Flamenco Gómez

Asesor

Dr. José María Sifontes.

U. J.M.D. BIBLIOTECA



1027985

Antiguo Cuscatlán, 10 de enero del 2005

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por habernos iluminado cada día de nuestras vidas para obtener las metas propuestas.

A nuestros padres, por su apoyo y por habernos inculcado el espíritu de superación a través de su ejemplo y sacrificio.

A nuestros familiares y amigos que durante nuestra vida y carrera nos han apoyado.

A nuestro asesor, por su tiempo y dedicación en la realización de esta investigación.

Eduardo Roberto Chávez Ruiz.
Daniella Flamenco Gómez.

INDICE.

1. INTRODUCCION.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
3. DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	6
4. ANTECEDENTES.....	7
5. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	12
6. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	14
7. MARCO TEORICO.....	15
7.1 Trastornos Somatomorfos.....	15
7.2 Trastorno conversivo.....	16
7.2.1 Epidemiología.....	16
7.2.2 Manifestaciones Clínicas.....	18
7.2.3 Diagnóstico.....	21
7.2.4 Tratamiento.....	22
8. HIPOTESIS DE INVESTIGACION.....	25
9. MATERIALES Y METODOS.....	26
9.1 Tipo de estudio.....	26
9.2 Población del estudio.....	26
9.3 Criterios de inclusión.....	26
9.4 Criterios de exclusión.....	26
9.5 Limitantes del estudio.....	27
9.6 Definición conceptual y operacional de variables.....	28
9.7 Recolección de datos.....	31
10. RESULTADOS.....	32
11. CONCLUSIONES.....	44
12. RECOMENDACIONES.....	48
13. BIBLIOGRAFIA.....	49
ANEXOS.....	52

Resumen

Se estima que los trastornos mentales constituyen una de las epidemias modernas por el incremento de los factores adversos tanto en los países en desarrollo, como en el primer mundo. Durante las últimas décadas, la atención a las patologías mentales ha cobrado mayor interés por parte de la Organización Mundial de la Salud. Actualmente esta organización toma como dos de sus principales focos de atención las enfermedades crónicas y las psiquiátricas. Las autoridades sanitarias internacionales estiman que afectan cerca de 1500 millones de personas de los 5.800 millones de la población mundial y son el origen de alrededor de 40% de las incapacidades laborales. Los trastornos somatomorfos son un grupo homogéneo de patologías psiquiátricas que son muy frecuentes en la consulta médica general tanto en atención primaria como en hospitales. En ellas los pacientes refieren síntomas somáticos para los cuáles no hay una explicación médica adecuada, a su vez estos pacientes saturan de gran forma los centros de salud, refieren gran sufrimiento y producen un alto índice de frustración en el personal médico, lo cual puede traer como consecuencia un mal manejo. De estos Trastornos somatomorfos tenemos que el Trastorno Conversivo (TC) es el más frecuente de todos. Este se caracteriza por presentarse de forma aguda, con síntomas neurológicos inexplicables, que generalmente son precedidos por conflictos emocionales. El Hospital Nacional San Rafael (HNSR) de Santa Tecla, cabecera departamental del departamento de La libertad, ubicado en la zona central de El Salvador, es un hospital de segundo nivel de atención, en el cual se ha visto que un gran número de pacientes consultan con síntomas neurológicos inexplicables, por lo que nos hemos planteado como objetivo conocer la prevalencia del Trastorno conversivo en la emergencia del Hospital San Rafael y determinar los tipos de tratamientos más utilizados para manejar a estos pacientes, comparándolos con los descritos por la literatura internacional.

Metodología: se realizó un estudio de tipo descriptivo, basado en una ventana epidemiológica y fundamentado en revisiones de expedientes clínicos, en el cual se rellenó una tabla de recolección de datos creada en base a los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno conversivo, la cual contenía además información acerca de los datos generales de los pacientes, motivo de consulta, síntomas que presentaban, diagnóstico con el que se catalogó y tratamiento recibido.

Resultados: De los 1,997 pacientes que consultaron a la emergencia de medicina interna del HNSR en el periodo de estudio se encontraron 47 pacientes que cumplían criterios para ser clasificados como Trastorno conversivo, lo cual representa un prevalencia baja de 2.35% de la población general, del cual el sexo predominante era el femenino (81%) contra un masculino de 19% y una relación hombre mujer de 1: 4 . El grupo de edad más frecuente fue de 20 a 34 años (45%) con una media de 33 años. El estado civil más frecuente es soltero (44.7%), el área de domicilio más frecuente fue la urbana (62%) y la ocupación predominante los oficios domésticos (48.9%).

Como primer motivo de consulta se encontraban “Dolor” y “dolor de cabeza” (17% cada uno), los síntomas más frecuentes fueron cefaleas, parestesias y debilidad general.

La Comorbilidad médica más frecuentemente encontrada fue la hipertensión arterial seguida de Diabetes mellitas y la Comorbilidad psiquiátrica más frecuente fue las crisis previas de trastorno conversivo (14.9%) de los pacientes.

Los diagnósticos con los que más frecuentemente se catalogaron los pacientes con TC fueron en primer lugar Neurosis, crisis, trastorno o síndrome de ansiedad (53.2%) seguido de cefalea tensional (12.6%), y luego por hipertensión arterial controlada y osteocondritis (8.5%) cada uno.

Los tratamientos más utilizados fueron en primer lugar los placebos (65.9%), seguido de los ansiolíticos (42.55%). A el 8.5% de los pacientes se les dio referencia al psiquiatra y a ningún paciente se le dio psicoterapia.

En conclusión podemos decir que la prevalencia del TC en el HNSR es baja, que hay un importante subregistro de este y que el tratamiento es empírico.

Recomendaciones: promover la investigación de este tipo de patologías y la prevención por medio de la formación de los recursos humanos que están en contacto con estos pacientes, así como realizar un protocolo de manejo efectivo y adecuado a las condiciones del hospital.

1. Introducción.

El Hospital Nacional San Rafael (HNSR) está ubicado en Santa Tecla, ciudad principal del departamento de La Libertad, en la zona central de El Salvador. Es un hospital general de segundo nivel de atención, con servicios de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización en las ramas de Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna y Gineco-Obstetricia. Además es el principal centro de referencia de todas las ciudades y pueblos aledaños. Este centro de salud tiene muchas características en común con otros hospitales generales de segundo nivel en el interior del país, como son: una gran afluencia de pacientes, una población de usuarios en su mayoría de escasos recursos, con bajo nivel educativo y alto índice de analfabetismo. Tienen también poco acceso a tecnología y recursos médicos.

Los Trastornos Somatomorfos (TS) son un grupo de patologías psiquiátricas las cuales son de poca frecuencia en la consulta especializada psiquiátrica.(6) Sin embargo, son las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en las consultas generales, y representan un nivel importante en la estructura de costos hospitalarios, con gran uso de instalaciones y recursos humanos (6). De estos, el Trastorno Conversivo (TC), conocido en otras épocas como histeria, neurosis, trastornos neuróticos y otros nombres, es el más común. El TC se caracteriza por la presencia de síntomas de tipo neurológico, generalmente involuntario. Tienen origen psicológico e inducen al paciente a buscar ayuda médica frecuente. Los pacientes con TC hacen gran uso de instalaciones de salud y saturan los servicios de emergencia de hospitales y centros de primer nivel de atención en busca de apoyo y medicación. Tienen un alto índice de inconformidad con respecto a su manejo y producen frustración en el personal de salud. Esta situación puede incidir en que frecuentemente reciban tratamientos inadecuados o subóptimos.

El presente estudio tiene como objetivo principal conocer acerca de la prevalencia de esta patología en el HNSR así como las formas de tratamiento empleados. Los resultados se

contrastan con datos epidemiológicos de otros lugares y guías de manejo aceptadas. En base a los resultados se dan las recomendaciones pertinentes.

La investigación es de tipo descriptivo y en él se analizan frecuencias con relación a variables sociodemográficas y tipos de tratamiento.

Además en el se analizan los resultados y se dan conclusiones y recomendaciones de acuerdo a estos.

2. Planteamiento del problema.

Se estima que los trastornos mentales constituyen una de las epidemias modernas por el incremento de los factores adversos tanto en los países en desarrollo, como en el primer mundo. (1)

Durante las últimas décadas, la atención a las patologías mentales ha cobrado mayor interés por parte de la Organización Mundial de la Salud. Actualmente esta organización toma como dos de sus principales focos de atención las enfermedades crónicas y las psiquiátricas.

Los parámetros más útiles para la aplicación y evaluación de los servicios de salud lo constituyen las estadísticas de morbilidad. La Epidemiología Psiquiátrica ha generado un cambio en el enfoque de la enfermedad mental, permitiendo hacer inferencias sobre la base de grupos de individuos con el objeto de elaborar planes para la prevención y tratamiento, conocer relaciones entre ciertas enfermedades y las poblaciones que las padecen, descubriendo el origen de éstas, comprobar hipótesis etiológicas derivadas de los trabajos de laboratorio o de las observaciones clínicas y evaluar los índices de curación espontánea para apreciar la eficacia de las medidas terapéuticas y preventivas. A través del estudio epidemiológico de las enfermedades mentales se ha podido detectar las altas tasas de morbilidad de estas patologías. Las autoridades sanitarias internacionales estiman que afectan cerca de 1500 millones de personas de los 5.800 millones de la población mundial (1) y son el origen de alrededor de 40% de las incapacidades laborales. (2)

Con referencia al impacto de las enfermedades mentales en América Latina y El Caribe, el Banco Mundial estima, que 8% de los años de vida perdidos, ajustados en función de la discapacidad son atribuibles a ellas, proporción mayor que las asignadas al cáncer (5.2%), o de las enfermedades cardiovasculares (2.6%). (1)

Entre las enfermedades psiquiátricas en general es importante mencionar los trastornos somatomorfos o de somatización, ya que tienen un costo importante, consumen gran cantidad de recursos (10% gasto sanitario en países desarrollados), nueve veces más que el paciente medio en Atención Primaria. (3)

A pesar de recibir mucha atención médica, los pacientes refieren gran sufrimiento y son productoras de un alto índice de frustración profesional. La frustración es el sentimiento más frecuente que generan en los médicos (61%), seguido del enfado (12%), además de sentimiento de falta de eficacia al tener que manejar múltiples síntomas/ quejas que no encajan en ningún cuadro sindrómico.(3) En la literatura se reporta al Trastorno Conversivo como el más frecuente de los Trastornos Somatomorfos. (3, 4)

Algunos estudios han reportado que de un 5 al 15% de la *Consulta Psiquiátrica* en hospitales generales son pacientes con diagnóstico de Trastorno Conversivo (5), lo que induce a la reflexión al traducir esa proporción a número de pacientes concretos. Esto es preocupante tanto social, laboral como económicamente.

El HNSR es el hospital de referencia de segundo nivel de atención del SIBASI (Sistema Básico de Salud Integral) de La Libertad, departamento ubicado en la zona central de El Salvador que cuenta con 22 clínicas de primer nivel de atención llamadas unidades de salud, y una población usuaria de 743,757 habitantes.

Dicho hospital cuenta con un médico psiquiatra que atiende la consulta de especialidad y referencias de pacientes hospitalizados por patología psiquiátrica o con patología orgánica que desarrollan síntomas psiquiátricos durante su estancia hospitalaria.

Las emergencias psiquiátricas en el HNSR son evaluadas y manejadas por el Departamento de Medicina Interna, el cual cuenta con 2 médicos internistas de staff, 3 médicos residentes y 4 médicos internos durante el día. Durante los turnos de noche se cuenta con 2 médicos residentes y uno o dos médicos internos, para una afluencia diaria promedio de 87 pacientes.

Durante nuestra actividad laboral en el HNSR fue posible observar una gran cantidad de pacientes que consultaban con síntomas neurológicos tanto sensitivos como motores, que no presentaban una condición neurológica o médica que pudiera explicar dicha sintomatología, lo cual orientaba hacia la posibilidad de trastornos conversivos. Esta cantidad era, en algunos períodos, tan grande que se podía tener hasta la mitad de la consulta de la emergencia con pacientes de este tipo. Un elemento significativo era que, al revisar las estadísticas de pacientes censados en la emergencia de medicina interna, los

censos no reflejaban lo que se advertía de forma empírica. Esto podría indicar un significativo subregistro

Bass, Peveler y House, en su estudio "*Trastorno Somatomorfos: una enfermedad psiquiátrica severa descuidada por los psiquiatras*" encontraron que hay una falta de interés por parte de los médicos hacia los TS (6). Por otra parte Lin y Katon, en su estudio "*Pacientes frustrantes: perspectivas de médicos y pacientes entre pacientes desesperados altamente demandantes de servicios médicos*", evidenciaron claramente la frustración que los pacientes somatizadores causaban en los médicos y la saturación de los servicios de salud por parte de éstos. Los factores anteriores, así como el enojo en el personal de salud anteriormente mencionado pueden llevar a un mal manejo de estos pacientes. (6,7)

Por las situaciones anteriores nos planteamos las siguientes preguntas:

¿Cuál es la prevalencia del Trastorno Conversivo en el Hospital Nacional San Rafael?

¿Se ajusta el tratamiento del Trastorno Conversivo en el Hospital Nacional San Rafael a lo que recomienda la literatura médica?

3. Delimitación del problema.

Este estudio se limitó a pacientes que se presentaron con criterios que los definieron como casos (ver apartado de definición conceptual y operacional de variables), mayores de 12 años y que consultaron a la unidad de emergencia de Medicina Interna del Hospital Nacional San Rafael desde el primero de agosto hasta el 30 de Septiembre del año 2004.

En cuanto a las variables socio-demográficas que se evaluaron se encuentran la edad, el sexo, el estado civil, el área de domicilio y el nivel educativo. Además se determinó la comorbilidad tanto orgánica como psiquiátrica.

La comparación realizada entre el tratamiento del Hospital y el estándar descrito en la literatura internacional, es puramente descriptiva, analizando diferencias generales sin entrar en comparaciones de efectividad y mejoría en el pronóstico.

4. Antecedentes.

No se ha encontrado muchos estudios del tema que trata esta investigación. Realizando una búsqueda en bibliotecas de varias universidades como Universidad José Simeón Cañas (UCA), Universidad Dr. José Matías Delgado y Universidad Evangélica de El Salvador en facultades de Psicología y Medicina. Se investigó en internet en los buscadores Medline y Pubmed así como en las páginas de la American Psychiatric Association, Canadian Psychiatric Association, British Journal of Psychiatry, American Journal of Psychiatry, German Journal of Psychiatry, British Medical Journal, Psiquiatria.com y Oxford University Press. Los resultados de la búsqueda fueron los siguientes:

En el Departamento de Psicología Médica del John Radcliffe Hospital en Oxford, Inglaterra, Bass, Peveler y House publicaron el estudio: *“Trastorno Somatomorfo: una enfermedad psiquiátrica severa descuidada por los psiquiatras”*, en el cual tenían como objetivo establecer la prevalencia, la incapacidad y carga económica de los Trastornos Somatomorfos, y explorar las razones por las cuales han sido descuidados por los psiquiatras.(6). A través de un Metanálisis con revisión selectiva de literatura clave se determinó que el nivel de preocupación de los psiquiatras por las llamadas *“Enfermedades Mentales Serias”* ha hecho que se le dé a los Trastornos Somatomorfos una baja prioridad.

Es tendencia frecuente de especialistas en salud pública que se interprete la severidad de acuerdo al diagnóstico y no al nivel de necesidades e incapacidad. Como consecuencia el desarrollo de los servicios psiquiátricos ha sido descuidado, por lo que se concluye que reconocer la importancia de los Trastornos Somatomorfos sólo ocurrirá si la investigación es de alta calidad, si la educación se considera una prioridad, y si se toma conciencia por las autoridades sanitarias de la importancia del problema.(6). Este estudio nos muestra que los TS son entidades importantes por su frecuencia, su carga económica y sobre todo por que nos plasma la falta de interés de parte de los profesionales en salud que se está dando, lo cual trae como consecuencia un mal manejo de los pacientes.

En un estudio realizado en el Departamento de Servicios Sanitarios de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Washington, Seattle por Lin y colaboradores, cuyo objetivo era identificar las diferencias entre pacientes considerados como causantes de frustración por sus médicos y aquellos considerados típicos y satisfactorios. Los pacientes frustrantes fueron comparados con los pacientes típicos y satisfactorios, utilizando datos de cuestionarios en pacientes, entrevistas psiquiátricas estructuradas y registros computarizados. Como resultados principales se encontró que un porcentaje importante (37%) de los usuarios fueron evaluados por sus médicos como frustrantes. La clasificación de los médicos de la severidad de las enfermedades no difiere entre los grupos, pero los pacientes frustrantes clasificaron su propio estado de salud como menos favorable y reportaron más síntomas somáticos y discapacidades. (7). El grupo de pacientes frustrantes utilizó más servicios médicos que otros usuarios. Todos los grupos tenían alta prevalencia de desórdenes mentales, sin embargo los pacientes frustrantes presentaron mayor grado de somatización y de Trastorno de Ansiedad Generalizada. De este estudio se concluyó que los médicos y sus pacientes frustrantes tuvieron puntos de vista contrastantes de la enfermedad y que los mejores predictores de la frustración de los médicos fueron la somatización y el aumento del uso de servicios médicos. (7).

Este estudio nos muestra que en otros países se consideran estas enfermedades como un problema de salud pública importante, el cual merece estudios más acuciosos. Por otra parte permite observar el malestar sentido por el paciente, así como la frustración del médico que lleva a desatender a estos pacientes y, probablemente, a darles tratamientos inadecuados.

En otro estudio epidemiológico de trastornos psiquiátricos titulado "Estudio epidemiológico de la población asistida en el departamento de psiquiatría del Hospital de Clínicas, período 1999-2000" del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de La Universidad de la República de Uruguay, se encontró que en el Eje I del Diagnóstico Multiaxial del DSM IV, en Unidad de Emergencia la tercera causa más frecuente de consulta fue el Trastorno Conversivo, con un porcentaje del 12.5%, precedido por

Trastorno Depresivo Mayor, en primer lugar (33%) y al Trastorno Adaptativo en segundo lugar (22%). (8)

En Venezuela, en 1990 Nancy Montero y colaboradores realizaron un estudio epidemiológico bajo la asesoría de la OPS, concluyendo que las enfermedades mentales ocupan el décimo segundo lugar dentro de las causas de morbilidad del país. Los investigadores hacen la salvedad de que “*existe un subregistro incalculable*”. Esta información, que se obtuvo de los Boletines de Estadística Psicopatológica emanados por la División de Higiene Mental durante los años 1986-1988, resalta lo siguiente:

En el grupo de 25 a 55 años, las tasas se presentan más altas en las mujeres. La primera causa de consulta para ambos sexos son los Trastornos Neuróticos. En el grupo de 56 años y más, siguen siendo más altas las tasas en mujeres, encontrando como primera causa de consulta para ambos sexos a los Trastornos Neuróticos y como segunda causa las enfermedades propias de la edad (Demencias Seniles y Preseniles). (9)

En febrero de 1998, Crimslík, Bhatia, Cope y Ron, en Inglaterra, publicaron un estudio de seguimiento de 6 años en el que trabajaron con 73 pacientes con “*síntomas motores inexplicables*” en El Instituto de Neurología y El Instituto de Psiquiatría de Londres (Hospital Nacional Para Enfermedades Nerviosas), el cual tenía como objetivo investigar la morbilidad psiquiátrica y neurológica de los pacientes que consultaban con síntomas neurológicos no explicables. Para tal fin se tomaron todos los pacientes que consultaron a dicho instituto entre 1989 y 1991 y se les realizó entrevistas que buscaban información sobre la evolución de dichos síntomas, la ocurrencia de otro síntoma psicológico o neurológico, la utilización de servicios médicos o psiquiátricos y comorbilidad con Trastornos psiquiátricos como trastornos afectivos o esquizofrenia, información que se completó con la revisión de expedientes clínicos de cada paciente.(10). Además se utilizó un Índice de Organicidad (Organicity Rating), realizado y utilizado por neurólogos y psiquiatras, que incluían historia médica, hallazgos clínicos al ingreso, examen físico y mental, resultado de la evaluación y progreso durante la hospitalización, con una escala de 0 a 3 (mientras más cerca de 0 se encontraba, más probabilidades había de no tener causa

orgánica es decir, tenían causa psiquiátrica) (10). Como resultados principales, se encontró que el 92% de los pacientes tenían un Índice de Organicidad <1 , es decir más cerca de ser de origen psiquiátrico, y sólo el 8% tenía 2 ó más, es decir, causa orgánica. El principal síntoma era debilidad (48%), actividad motora anormal (52%), tremor (12%), ataxia (18%), distonía (18%). De la debilidad tenemos que la Debilidad unilateral (hemiplejía) 57%, en ambos pies (paraplejía) 26% y en ambas extremidades (superiores e inferiores) 17%. El 44% de los pacientes tenía crisis previas de síntomas neurológicos inexplicables. De los que tenían síntomas neurológicos inexplicables, el 20% cumplía con todos los criterios del CIE-10 de Trastornos de Somatización. (10). El 75% había tenido enfermedad psiquiátrica previa, entre las más comunes la depresión (41%) y la ansiedad (15%). (10). A medida que pasaron los años, el Índice de Organicidad fue subiendo, hasta que el 5% más se volvió de origen orgánico.

Este estudio nos confirma que ésta es una entidad frecuente y que su origen tiene un componente psicológico importante. Además nos indica la recurrencia de los síntomas en un mismo paciente y su alta comorbilidad con otras patologías psiquiátricas.

Un estudio titulado "*Presentación de los Pacientes con Trastorno Conversivo en el Departamento de Emergencias*" (11) realizado en el Centro Médico de Geisiner, en Danville, Pensilvania, USA, que tenía como objetivo descubrir los síntomas y otras características con que estos pacientes se presentan a la emergencia y cuyo diagnóstico final fue Trastorno Conversivo indicó que de toda la población (42 pacientes, 57% mujeres, 43% hombres, el 50% fueron diagnosticados en la emergencia y 47% de estos fueron dados de alta de la emergencia. Los principales síntomas fueron: debilidad, dolor, pseudoconvulsiones y pérdida de la conciencia. El 29% tenía antecedentes de Trastornos Psiquiátricos, y el 5% tenía historia de crisis conversivas previas. A 71% de los pacientes se les realizó estudios de laboratorio en el servicio de emergencia, al 40% se le realizó Tomografía Axial Computarizada y al 12% Resonancia Magnética Nuclear.

Es importante recalcar del estudio anterior que a pesar de que en muchos de estos pacientes se realizó exámenes de laboratorio y gabinete muy específicos y de alto costo para diagnosticar problemas neurológicos, no se encontraron mayores hallazgos. Una gran

proporción fue dada de alta del servicio de emergencia sin necesidad de estudios posteriores.

Estos estudios nos indican la importancia de tener en cuenta el diagnóstico de Trastorno Conversivo, ya que muchos pacientes con síntomas neurológicos pueden tener como base una condición conversiva que amerite tratamiento psiquiátrico.

5. Justificación del Problema.

Los Trastornos Somatomorfos son un grupo de desórdenes que involucran síntomas físicos para los cuales no se puede encontrar una explicación médica plausible. Estos son consecuencia de factores psicológicos que pueden contribuir a empeorar la severidad y la duración del cuadro.

El DSM IV clasifica los Trastornos Somatomorfos en: Trastorno de Somatización, Trastorno Conversivo, Hipocondriasis, Trastorno Dismorfofóbico y Trastorno de Dolor, de los cuales el Trastorno Conversivo es el más frecuente e importante en la práctica médica (4), con incidencias variables de acuerdo al lugar donde se realiza el estudio, si este se efectúa en la población general, en un servicio de hospitalización (psiquiátrico o no), o en un servicio de urgencias.

Es más frecuente en pacientes hospitalizados, con una prevalencia del 10%, contra un 0.15% en pacientes ambulatorios. (12)

En un estudio realizado en Uruguay en el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de La Universidad de la República de Uruguay, se encontró que en el Eje I del Diagnóstico Multiaxial del DSM IV, *en la Emergencia* la tercera causa más frecuente de consulta fue el Trastorno Conversivo, con un porcentaje del 12.5% del total de consultas, siguiendo al Trastorno Depresivo Mayor, en primer lugar (33%) y al Trastorno Adaptativo en segundo lugar (22%). (8)

Teniendo en cuenta esta cantidad de pacientes y que estos consultan en repetidas ocasiones siendo de los más altos usuarios en los sistemas de salud (7) podemos hacernos una idea de los costos que implica para un hospital general en uso del servicio de emergencias, recursos humanos, exámenes de laboratorio y gabinete y hospitalización.

Durante nuestra experiencia como médicos internos en la emergencia de Medicina Interna en el Hospital San Rafael se observó una gran cantidad de pacientes que consultaban con síntomas neurológicos de diferentes clases que no se podían explicar por el examen físico ni tenían una evolución clínica lógica. Característicamente en muchos casos había antecedentes de conflictos emocionales y tendían a resolverse con terapia de apoyo. Todas

estas características mencionadas son muy compatibles con un cuadro de trastorno de conversión, patología que causa mucho sufrimiento a estos pacientes y se ha relacionado con trastornos de depresión mayor, ansiedad, trastornos de la personalidad, dismórficos, los cuales a la larga nos pueden llevar a consecuencias más graves como el abuso de sustancias, la depresión y el suicidio.

No se han encontrado registros de prevalencia o estudios previos de esta patología y su tratamiento en el Hospital San Rafael, los cuales podrían ser muy útiles para la planificación de servicios o en proyectos científicos futuros. Estas investigaciones servirían además para proponer protocolos de manejo de esta patología o dirigir a muchos de los pacientes a centros de salud menos especializados desaturando la demanda. Los pacientes con TC pueden tratarse satisfactoriamente en clínicas generales universitarias y otros centros de primer nivel que son no solamente más económicos sino más efectivos.

Todos estos puntos mencionados anteriormente han servido para considerar importante la presente investigación.

6. Objetivos.

6.1 Objetivos Generales:

1. Determinar la prevalencia del Trastorno Conversivo en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional San Rafael.
2. Determinar las formas de tratamiento más frecuentes con que se abordan los pacientes con Trastorno Conversivo en el Hospital Nacional San Rafael.

6.2 Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio-demográficas de los pacientes con TC.
2. Describir su comorbilidad orgánica y psiquiátrica.
3. Determinar el motivo de consulta con el que más frecuentemente se presentan los pacientes con TC.
4. Describir los síntomas con los que mas frecuentemente se presentan estos pacientes y compararlos con los de la literatura consultada.
5. Describir el diagnóstico con el que más frecuentemente se catalogan a los pacientes con TC.
6. Determinar, en los tipos de tratamiento cuales son los fármacos que son utilizados con mayor frecuencia para el manejo Trastorno Conversivo.
7. Hacer una comparación del tratamiento del Hospital San Rafael con el que recomienda la literatura internacional.

7. Marco Teórico.

7.1 Trastornos Somatomorfos.

Los Trastornos Somatomorfos (TS) constituyen un grupo de entidades que tienen en común síntomas somáticos para los cuáles no se encuentra una explicación médica adecuada y que además producen malestar significativo o menoscabo en el desempeño social u ocupacional. Estos trastornos no están bajo control voluntario y los síntomas no se producen intencionalmente como en la simulación o en el trastorno facticio. En todos ellos se considera que los factores psicológicos contribuyen de manera importante a su iniciación, severidad y duración. En general el paciente somatizador manifiesta su estrés a través de síntomas físicos. El DSM IV incluye bajo trastornos somatomorfos 5 patologías que son: Trastorno de somatización, Trastorno conversivo, Hipocondriasis, Trastorno dismorfofóbico, Trastorno de Dolor; de los cuales la literatura describe que el Trastorno Conversivo es el más común. (4, 5,12 ,13)

A pesar que los TS son los más frecuentes de todas las enfermedades psiquiátricas en hospitales generales, no se les ha dado la suficiente importancia por parte de médicos generales o especialistas. Bass, Peveler y House en su estudio *“Trastornos Somatomorfos: una enfermedad psiquiátrica severa descuidada por los psiquiatras”* describen razones por las que se está dando este desinterés por parte de los médicos generales y especialmente los psiquiatras y son, la primera, que en la práctica psiquiátrica se clasifican los TS como un grupo relativamente homogéneo con baja prevalencia en la práctica diaria; la segunda, que hay una mayor preocupación de los psiquiatras por las “enfermedades psiquiátricas serias” como son la esquizofrenia y el trastorno bipolar, dando prioridad a las enfermedades con diagnósticos severos y no a las que representan mayor necesidad o incapacidad; la tercera es que muchos psiquiatras no trabajan en hospitales generales, por lo tanto tienen limitada experiencia manejando pacientes con síntomas médicos inexplicables; y la cuarta, que el paciente no consulta al psiquiatra debido a que presenta síntomas físicos, por lo tanto busca ayuda de médicos de otras áreas.(6)

7.2 Trastorno Conversivo.

El TC se manifiesta con síntomas neurológicos, ya sean motores o sensitivos involuntarios a los que no se les pueden atribuir a una etiología orgánica. Producen deterioro social o laboral importante, casi siempre es precedido por un conflicto emocional y no se explica por otra patología psiquiátrica como abuso de alcohol o drogas. Como hemos dicho anteriormente este es el más frecuente de todos los TS (4), pero su importancia no radica únicamente en su alta prevalencia e incidencia, sino también en el hecho que estos pacientes están “casados” con las instituciones de salud como lo mencionan algunos textos (14), es decir que una vez consultan si no se les da el manejo y seguimiento adecuado acorde a su etiología psicológica, ya sea confrontando la enfermedad como si fuera de origen orgánico sin comunicar al paciente su probable origen psicológico o proporcionándole placebos, estos pacientes llegan a presentar una adicción la cual los lleva a consultar en múltiples ocasiones a las emergencias de hospitales, o centros de atención primaria y a que se les proporcione medicamentos de diversos tipos o uso de otro instrumental médico y recursos humanos, situación que además de aumentar los costos del sistema de salud, disminuye la efectividad en el tratamiento de otro tipo de patología por falta de tiempo, desgaste físico o emocional del personal médico-hospitalario, haciendo de esta enfermedad un problema de salud pública grande.(6, 14)

7.2.1 Epidemiología.

Se reporta una incidencia anual de Trastorno Conversivo que varía según diferentes estudios entre 11 a 300/100,000 habitantes de acuerdo al nivel de desarrollo del país en el que se realiza, encontrando que la prevalencia del TC es inversamente proporcional al nivel de educación de la población en estudio. (5,13,15)

Díaz N y Ruiz AI en un estudio epidemiológico de la población asistida en el departamento de psiquiatría del Hospital de Clínicas de la Universidad de la República de Uruguay,

describe el TC como la tercera causa de consulta del eje I de diagnóstico multiaxial del DSM-IV en la emergencia con un porcentaje de 12.5% del total. (8)

Por otra parte, Crimslik, Bhatia, Cope y Ron en su estudio de seguimiento de pacientes con síntomas motores inexplicables encontraron que el 92% de los pacientes presentaban síntomas de probable origen psiquiátrico. (10)

Numerosos estudios a nivel mundial reportan variaciones de prevalencia entre el 5 y el 14% en pacientes de hospitales generales, y se ha visto que dicho porcentaje aumenta en países en vías de desarrollo, alcanzando cifras de hasta el 31%. (12, 15) Es curioso, que siendo una patología tan frecuente en países en vías de desarrollo, no se encuentran estudios y literatura disponible como en países del primer mundo, la cual también es escasa. Además, es curioso que habiendo enfermedades de similar prevalencia pero de origen orgánico se encuentren más estudios de éstas que del TC, poniendo en evidencia un problema relevante al cual los psiquiatras, salubristas y médicos de otras especialidades aparentemente no le dan mayor importancia. Esta falta de interés o descuido podría también ser explicada por el hecho que estos pacientes debido a sus síntomas somáticos se presentan generalmente a la emergencia o consulta de primer nivel de atención y son atendidos por un médico general, o especialista en medicina familiar, medicina interna o un neurólogo; que ya sea por las circunstancias, tiempo, intereses en su desempeño laboral o la frustración que producen descrita por Lin, katon y cols. (en su estudio: **“Pacientes frustrantes: perspectivas de médicos y pacientes entre pacientes desesperados altamente demandantes de servicios médicos”**), no consideran a estas personas como uno de sus pacientes, lo consideran de menor prioridad o que no corresponde a ellos según su función o área de conocimiento. (6, 7)

Por otra parte, las estadísticas indican que el Trastorno de Conversión predomina en poblaciones rurales, personas de bajo nivel educativo o menores niveles de sofisticación psicológica, procedencia de familias numerosas, aquellos con bajo coeficiente intelectual, personas de bajo estrato socio económico, personas involucradas en accidentes de trabajo y personal militar que ha sido expuesto a situaciones de combate (5), características que se relacionan con la realidad nacional y mas íntimamente con el tipo de población que

consulta al HNSR y otros hospitales generales de segundo nivel de atención, sin embargo esta patología a pesar de tener factores de riesgo o relacionados a su prevalencia alta, no figura entre las primeras causas de consulta en la emergencia de dicho hospital, lo cual puede hacer pensar que el TC se está comportando de manera diferente, que hay un subregistro de éste o que las primeras causas de consulta de la emergencia han aumentado mucho en su incidencia.

El Trastorno Conversivo puede tener su inicio a cualquier edad, desde la infancia hasta adultos mayores (rara vez inicia antes de los 10 años y después de los 35) siendo más común en adolescentes y en adultos jóvenes.(13) En un estudio realizado en la universidad de Iowa, USA la media de edades de pacientes con TC era de 41 años, con un rango entre 23 y 58 años.(16) Estudios recientes realizados por Akagi y House sugieren una carga por incapacidad asociada a TC mayor de la que los psiquiatras sospechan o de la que se refleja en libros de texto estándar de psiquiatría o de psicología clínica. Es importante recalcar de lo anterior la carga económica asociada a TC, debido a que la edad a la que más frecuentemente se da el TC coincide con la edad de la población económicamente activa y productiva. (6)

La incidencia de Trastorno Conversivo en el paciente pediátrico aumenta después de haber sido sometidos a abuso físico y/o sexual y predomina en el sexo femenino. La razón de mujer a hombre entre los pacientes adultos es por lo menos de 2:1 y hasta de 10:1 en algunos casos. (13)

7.2.2 Manifestaciones Clínicas:

Es importante resaltar que esta es una patología de inicio agudo, a diferencia de los demás trastornos somatomorfos que en general son de tipo crónico y sus síntomas involucran varios sistemas, y que en el TC el síntoma principal es de tipo neurológico (5). Básicamente el examen físico de estos pacientes va a ser incongruente con los síntomas que describen. (4)

Una característica importante que podemos mencionar, que está presente en estos pacientes es lo que los médicos franceses describieron como la bella indiferencia que se refiere principalmente a la actitud indiferente del paciente hacia sus síntomas, la falta de preocupación acerca de su enfermedad y sus síntomas, a diferencia de los pacientes con trastornos neurológicos quienes presentan gran angustia respecto a sus síntomas. (5, 12)

Los síntomas más comunes en el Trastorno Conversivo son: parálisis, ceguera, y mutismo. El Trastorno Conversivo puede ser frecuentemente asociado con esquizofrenia (8%) trastornos de personalidad: agresivo-pasivo, dependiente (9-40%), antisocial e histriónico (5-21%). Los síntomas de depresión mayor (30-41%) y ansiedad (15%) pueden a menudo acompañar al Trastorno Conversivo, y estos pacientes asociados están en riesgo de suicidio. (5, 10, 12)

Síntomas Sensoriales:

En el Trastorno Conversivo, anestesia y parestesia son comunes, especialmente de las extremidades. Todas las modalidades del sensorio pueden estar involucradas y la distribución de la molestia es incongruente con patología neurológica central o periférica. Se puede ver la típica anestesia media – guante de pies y manos o la hemianestesia del cuerpo, comenzando justo a lo largo de la línea media.

El Trastorno Conversivo puede involucrar órganos sensoriales especiales, produciendo sordera, ceguera y visión en túnel, estos síntomas pueden ser unilaterales o bilaterales. Sin embargo la evaluación neurológica revela las vías del sensorio intactas.

En ceguera por Trastorno Conversivo, el paciente camina sin colisiones o daños a diferencia de los pacientes con enfermedades neurológicas que sí sufren lesiones, además las pupilas son reactivas a la luz y los potenciales evocados son normales. (5)

Síntomas Motores:

Los síntomas motores incluyen anomalías en marcha y movimiento, malestar, debilidad y parálisis. Pueden presentarse temblores gruesos y rítmicos, movimientos coreiformes, tics, y sacudidas. Los movimientos generalmente empeoran si se les llama la atención. Una sacudida observada es la astasia – abasia (ataxia salvaje) en esta, aunque el paciente es

incapaz de caminar o mantenerse de pie, moviliza sus extremidades correctamente al estar en decúbito.

Pacientes con los síntomas rara vez se caen y si lo hacen no sufren daños.

Otras molestias motoras comunes son: parálisis, paresias, aunque esta distribución de los músculos involucrados, no están de acuerdo con las vías neurales, es decir que no se encuentran los patrones clásicos que normalmente se ven en la semiología neurológica cuando hay daño de neurona motora superior o inferior. Los reflejos son normales, no hay fasciculaciones o atrofia (excepto cuando el TC, es por largo tiempo), y la electromiografía es normal. (5, 12)

Síntomas Convulsivos:

Otros síntomas del TC, son las pseudoconvulsiones, que pueden ser difíciles de diferenciar de las convulsiones, aunque hay ciertas manifestaciones que nos pueden orientar a que estas convulsiones no son de origen neurológico, algunas de estas características son: que las convulsiones se presentan sin cambios en el estado de conciencia, con gritos y habla, sin relajación de esfínteres, sin signo de Babinski, con reacción pupilar normal, y el electroencefalograma es normal. Sin embargo, hay que tener en cuenta que un tercio de los pacientes con pseudoconvulsiones puede presentar problemas epilépticos coexistentes. (5, 12, 13)

Como se puede apreciar por las manifestaciones clínicas antes descritas de tipo físico, los pacientes con TC consultan a hospitales generales, donde los atiende un médico que bajo su punto de vista, a pesar de ser una patología sumamente frecuente, no considera que le corresponde ese trabajo debido a que la causa de estos síntomas es psicológica, por otra parte el psiquiatra que debería ser quien los atiende, no les da la importancia debida por ser una patología de poca prevalencia en su práctica diaria en la consulta psiquiátrica, y por otras causas descritas por Bass, Peveler y House ya mencionadas en apartados anteriores. Por lo tanto, se tiene una enorme cantidad de pacientes con una serie de necesidades e incapacidades, que necesitan de atención y ocupan las instalaciones de las instituciones de salud, que ninguno de los rubros de especialistas considera de importancia, lo que hace que estos pacientes en algún momento puedan ser mal diagnosticados o tratados.

7.2.3 Diagnóstico:

El TC data desde la época de los antiguos Egipcios, durante mucho tiempo se utilizó el término de histeria para referirse a esta patología. Dicen algunos textos: *“la histeria tiene algo en común con el elefante: es muy difícil de definir, pero se le reconoce al verla”*. Es decir que al ver al paciente, rápidamente despierta altas sospechas del diagnóstico.(17) Sin embargo, hoy en día nos valemos de instrumentos científicamente probados para el diagnóstico del TC.

El diagnóstico del Trastorno Conversivo se realiza por medio de los criterios del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) utilizados por la Asociación Americana de Psiquiatría para dicha enfermedad, los cuales se mencionan a continuación (18):

- Uno o más síntomas o déficit que afecten las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad médica o neurológica.
- Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
- Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.
- El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
- El síntoma o déficit no se limita a dolor o Disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

7.2.4 Tratamiento.

No existe un tratamiento exclusivo para este cuadro (20). A pesar de esto es importante realizar el diagnóstico y tratamiento del TC de forma rápida, debido a que entre más tiempo pasa un paciente sin tratamiento adecuado, hay más posibilidades que los síntomas se vuelvan crónicos. Una vez se desarrollan síntomas que duran más de 6 meses, más difíciles de tratar serán y llevaran a estos pacientes a depender de alguna forma de los recursos del estado. (6, 17)

A raíz de ello es posible sugerir algunas intervenciones basadas en algunos principios generales. El manejo de esta patología se puede dividir en dos grandes fases: el manejo en crisis y el manejo a largo plazo.

El manejo de crisis es el que se realiza en el momento del cuadro agudo de TC, el cual tiene como objetivo extinguir la crisis y tratar la sintomatología concomitante, como la ansiedad, sin olvidar que el paciente necesitará un trabajo psicoterapéutico durante la crisis.

En el tratamiento no hospitalario se trata al paciente como si sus síntomas son de origen orgánico. El personal no hospitalario difícilmente podrá distinguir entre un trastorno de conversión y un trastorno orgánico. (16)

En el tratamiento de la emergencia, el médico tratante debe estar consiente que el diagnóstico de trastorno conversivo no excluye una enfermedad concomitante. Una vez realizado el examen clínico adecuado, excluida una causa orgánica y establecido el diagnóstico se procede a tratar al paciente en crisis. (16)

Inicialmente es recomendable hacer uso de medicamentos como ansiolíticos suaves y antidepresivos se recomiendan en tratamientos de corto plazo. Sedando al paciente se logra el manejo de la ansiedad y se facilita el abordaje psicoterapéutico de crisis: se recomienda el uso de benzodiazepinas en la forma descrita para ansiedad. (12, 19)

Una vez el nivel de ansiedad del paciente ha disminuido el médico debe plantear el diagnóstico de conversión sin confrontar al paciente, pues éste puede pensar "el médico cree que estoy loco o no considera mis síntomas seriamente". Se sugiere usar frases como: "Hemos realizado numerosos exámenes y creemos que sus síntomas no se deben a una enfermedad neurológica seria. Desafortunadamente los exámenes no nos dicen la causa de

su problema. Se debe plantear al paciente la necesidad de consultar a un psiquiatra, para que colabore en el tratamiento de esté. Si el paciente se molesta frente a la alternativa de que exista una causa psicológica de su problema, es útil explicarles que el cuerpo y la mente reaccionan en conjunto frente al estrés y la ansiedad y que incluso estados depresivos pueden producir síntomas físicos. (20)

El uso de placebo para diagnóstico y terapia es controversial. Algunos pacientes pueden interpretarlo como una confrontación y volverse más resistentes al diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Se aconseja en algunos casos el uso de placebo cuando es difícil hacer el diagnóstico de trastorno conversivo. En todo caso es necesario mantener una actitud de reserva respecto a su uso y nunca utilizarlo como una manera de confrontar o aclarar al paciente, debido a que como dijimos anteriormente crea una dependencia del paciente a consultar repetidas veces cada vez que tenga síntomas neurológicos a causa de conflictos psicológicos. En resumen el médico debe de valorar cuidadosamente cuando va a hacer uso de estos evaluando cada caso individualmente. (14, 20)

Una vez el paciente ha mejorado y los síntomas agudos se han extinguido se le deben programar al paciente consultas periódicas y así seguir con la siguiente fase del tratamiento, que es el manejo a largo plazo.

El manejo a largo plazo es el que se da en una clínica fuera de la emergencia del hospital y debe de ser multidisciplinario (psiquiatra, internista, neurólogo, médico general, fisioterapeuta, etc.). Tiene como objetivo reducir el número de consultas que el paciente realiza a médicos y la cantidad y diversidad de medicamentos que ingiere. Consiste principalmente en psicoterapia, rehabilitación física o fisioterapia e hipnosis dependiendo de la evaluación individual de cada paciente por el grupo de médicos. (14, 20)

También es imperativo que sean reevaluados cada cierto tiempo con un examen neurológico completo y con exámenes psicológicos de control, ya que en algunos casos el síntoma neurológico no explicable puede convertirse en una patología orgánica real, en un estudio realizado en el instituto neurológico-psiquiátrico de Londres, en el que se le dio seguimiento a pacientes con síntomas neurológicos motores inexplicables, según un índice de organicidad el primer año se encontró que en el 92% de pacientes los síntomas

correspondían a causas Psiquiátricas, 6 años después este porcentaje había bajado al 68%. (10,20)

No existen estudios prospectivos controlados publicados que evalúen la eficacia de la psicoterapia como tratamiento exclusivo, probablemente porque es difícil entregar una modalidad estándar a todos los pacientes ya que ésta debe evaluarse en forma individual y, además, porque los especialistas son reuentes a negarla en el caso del grupo control. En líneas generales diremos que la meta a largo plazo de un tratamiento psicoterapéutico es prevenir futuras recaídas permitiendo que el paciente enfrente los conflictos sin somatizarlos. (20)

Tanto la fisioterapia como la rehabilitación física aumentan la expectativa de recuperación y mejora los síntomas neurológicos crónicos, en algunos casos incluso en ausencia de otros tratamientos. La terapia física puede ayudar a los pacientes con dificultad a aceptar que su recuperación se base sólo en intervenciones psiquiátricas, aparte de los beneficios evidentes que puede entregar a pacientes con atrofia secundaria por desuso o contracturas secundarias a los trastornos de movimientos.(20)

La hipnosis es una técnica útil en pacientes bien seleccionados, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. En pacientes susceptibles a ésta los síntomas conversivos pueden ser provocados, empeorados o disminuidos usando la inducción hipnótica. En conjunto con la psicoterapia, la autohipnosis puede ser útil con el fin de educar al paciente para controlar sus síntomas. Una función importante de la hipnosis es exponer al paciente al fenómeno disociativo, el cual se piensa es esencial en la dinámica del fenómeno conversivo. (20)



8. Hipótesis de Investigación.

- Existe una alta prevalencia de TC en el Hospital Nacional San Rafael entre los pacientes que consultan a la Unidad de Emergencia
- Existe un alto subregistro de este trastorno.
- El Abordaje Terapéutico que se le da a los pacientes con Trastorno Conversivo en el Hospital San Rafael es empírico.



9. Materiales y Métodos.

9.1 Tipo de Estudio.

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, basado en una ventana epidemiológica y fundamentado en revisiones de expedientes clínicos

9.2 Población de estudio.

Se trabajó con los expedientes clínicos del universo de pacientes mayores de 12 años, de ambos sexos que consulten a la unidad de emergencia de medicina interna del Hospital Nacional San Rafael en el período de agosto y septiembre del año 2004.

9.3 Criterios de inclusión.

- Paciente masculino o femenino mayor de 12 años.
- Que consultó a la emergencia de medicina interna del Hospital Nacional San Rafael en los meses de agosto y septiembre del 2004.

9.4 Criterios de exclusión.

- Patología orgánica encontrada o fuertemente sospechada.
- Que sus síntomas se expliquen mejor por una patología psiquiátrica diferente del TS o TC.

9.5 Limitantes del estudio.

El trastorno conversivo es una patología de difícil diagnóstico debido a que se debe hacer un minucioso examen clínico así como variados estudios de gabinete y laboratorio. Ulteriormente, y luego de excluir patologías orgánicas, se diagnostica en base a criterios diagnósticos.

Por esta razón y por la dificultad de encontrar ciertos datos en expedientes clínicos, ya sea por una historia clínica incompleta o por dificultades metodológicas, la obtención de casos con criterios completos en base al DSM-IV se hace difícil por lo que los casos se han clasificado en dos grupos: Los Casos Probables y los Casos Muy Probables, según cumplan con criterios que se explicarán más adelante (definición conceptual y operacional de variables).

En caso de los pacientes que son registrados en los casos como “no responde” o “no contesta”, nos referimos a los pacientes que consultan a la emergencia y por ciertas circunstancias se fueron de este departamento sin que se le realizara una historia médica adecuada.

Este grupo de pacientes será tomado en cuenta en la población total al sacar la prevalencia, sin embargo cualquiera de ellos podría haber cumplido con criterios diagnósticos para Trastorno Conversivo, por lo que cuantificamos el número de pacientes con esta condición, sin poder evitar de alguna manera la fuga de casos de TC.

9.6 Definición Conceptual y Operacional de las Variables.

Trastorno orgánico: cualquier paciente que se presente con síntomas clínicos que son totalmente explicado por el examen clínico adecuado (examen físico, estudios de laboratorio y gabinete)

Trastorno somatomorfo: es el que se presenta con síntomas que no puede encontrarse una explicación médica adecuada. Entre estos síntomas se incluirán síntomas generales (náuseas, mareos, cefaleas) síntomas neurológicos que afectan sensibilidad y motricidad (ya descritos en trastorno conversivo) síntomas torácicos (disnea, taquicardia, tos, dolor torácico) o síntomas gastrointestinales (diarrea, vómitos, distensión abdominal, dolor abdominal). Se tomará como caso de trastorno somatomorfo al paciente que se presente con síntomas en cualquiera de los sistemas antes descritos, examen clínico (examen físico, de laboratorio y gabinete) negativo a padecimiento orgánico y con diagnóstico inespecífico sea neurológico o de otro sistema.

Diagnóstico inespecífico: cualquier diagnóstico sindrómico o no concluyente registrado en el censo de medicina interna del hospital (ejemplo; cefalea tensional, lumbalgia incapacitante, síndrome vertiginoso, síndrome migrañoso, gastritis, colitis, ansiedad o somatización)

Diagnóstico inespecífico neurológico: cualquier diagnóstico inespecífico que involucre síntomas neurológicos o mentales (ejemplo, síndrome vertiginoso, cefalea tensional, parálisis facial, síndrome de ansiedad, etc.)

Trastorno conversivo; es el tipo de trastorno somatomorfo que se presenta en forma aguda, con síntomas neurológicos ya sean motores, sensitivos, o pseudo convulsiones el cual se diagnostica con los criterios diagnósticos del DSM-IV para dicha patología que a continuación se presentan con su respectivo indicador:

Uno o más síntomas o déficit que afecten las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad médica o neurológica. Para evaluar este criterio se registró cualquier tipo de déficit o síntoma motor (debilidad, parálisis, hemiplejía, paraplejía,

cuadriplejía, imposibilidad de hablar o de tragar, ataxia, temblores, tics) o sensitivos (anestesia, parestesia, ceguera, sordera).

Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes (18). Para evaluar este criterio se buscó en el expediente clínico historia de haber tenido algún problema emocional reciente.

Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales. Para evaluar el *examen clínico adecuado* se tomaron del expediente clínico datos del examen físico y exámenes de laboratorio o gabinete que expliquen el síntoma neurológico.

El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica. Este se evaluó con el simple hecho que el paciente ha consultado a la emergencia en busca de ayuda médica por el malestar que ha sentido.

El síntoma o déficit no se limita a dolor o disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental. Se evaluó al revisar los antecedentes en el expediente clínico, si el síntoma se había presentado antes y si no habían antecedentes de enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada por un psiquiatra que pudiese explicar mejor el síntoma actual.



Los trastornos conversivos se dividieron en dos modalidades:

1. *Caso muy probable de TC*; considerando al paciente que presente cualquiera de los siguientes criterios.

- Que tenga 4 ó más de los 5 criterios diagnósticos de trastorno conversivo del DSM-IV.
- Que tenga 2 ó 3 de estos criterios y haya sido manejado ya sea con psicoterapia, placebo, ansiolíticos o referido al psiquiatra.
- Que tenga 2 ó 3 criterios de los anteriores y haya sido catalogado con un diagnóstico neurológico o mental inespecífico.

2. *Caso probable de TC* : considerando al paciente que cumpla cualquiera de los siguientes criterios:

- Tiene 2 ó 3 criterios del DSM-IV para TC.

Manejos

Antidepresivos: cualquier medicamento que pertenezca a alguna de las familias de fármacos utilizados en el manejo de la depresión y que a su vez se ha visto que son efectivos en el manejo de otras patologías psiquiátricas. Entre ellos los antidepresivos tricíclicos, Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la mono amino oxidasa entre otros.

Ansiolíticos: cualquier medicamento de los llamados sedantes o ansiolíticos que son utilizados para producir sedación con el alivio concomitante de la ansiedad, con poco o ningún efecto sobre las funciones motoras o mentales.

Psicoterapia: cualquier tipo de apoyo psicológico brindado al paciente con TC durante su estancia en la emergencia.

Placebo: cualquier medicamento usado en una enfermedad para el cual no está indicado. Generalmente con pocos efectos adversos dentro de sus propiedades farmacodinámicas, que se da al paciente con el fin de crear sugestión en él. (Ejemplo; acetaminofén, agua bidestilada, ibuprofeno, solución salina normal, por vía oral, nebulización o inyectada).

Control con psiquiatría: acción considerada dentro del plan de tratamiento en la que se refiere a un paciente a la consulta externa para su seguimiento con el psiquiatra.

Otros tratamientos: cualquier tipo de tratamiento que se le haya dado a pacientes que cumplen criterios de trastorno conversivo, que no se encuentren en los apartados anteriores de manejo.

Otros tratamientos psiquiátricos: cualquier otro fármaco utilizado en el tratamiento de las enfermedades mentales, el cual no pertenece a ninguno de los grupos mencionados anteriormente.

9.7 Recolección de Datos.

Se realizó por medio de una tabla de recolección de datos (ver anexo) previamente validada por un psiquiatra, la cual fue construida con base a los criterios del DSM-IV para trastorno conversivo y otros datos que nos sirvieron para clasificarlos como casos muy probables y casos probables de trastorno conversivo, trastorno somatomorfo, trastorno orgánico o caso que no responde. Además contiene datos como variables socio-demográficas, ya descritas y los tipos o patrones de tratamiento.

Esta tabla de recolección de datos fue utilizada con todos los pacientes que cumplieran criterios de inclusión para este estudio y fueron rellenas por los investigadores, tomando la información directamente de la hoja de historia contenida en el expediente clínico de los 1997 pacientes en el período ya especificado.

Una vez sustraída la información y contenida en la tabla de recolección de datos, para cada uno de los miembros de la población de estudio realizamos la tabulación y análisis de los datos que se presentan a continuación.

10. Resultados

Como hemos mencionado anteriormente, se trabajó con la población de pacientes que consultaron a la emergencia de medicina interna del HNSR en el periodo especificado, la cual fue de 1,997 pacientes. Estos pacientes fueron divididos según criterios en 5 grupos:

- Trastorno orgánico
- Trastorno Somatomorfo
- Trastorno Conversivo muy probable
- Trastorno Conversivo probable
- No responde.

Para obtener la prevalencia de trastorno conversivo se utilizó la siguiente fórmula convencional:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Total de Casos}}{\text{Población}} \times 100$$

Y la prevalencia de TC entre los trastornos somatomorfos:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Total de Trastornos Conversivos}}{\text{Total de TC} + \text{Otros T. Somatomorfos}} \times 100$$

Para el análisis de los datos, se utilizó el Software SPSS versión 10.0 y el Programa Excel de Microsoft.

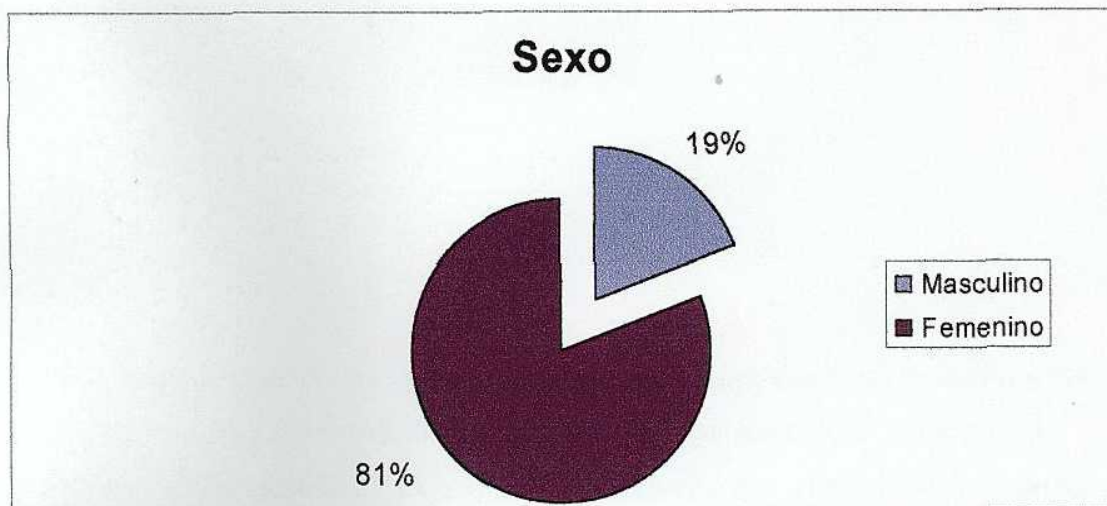
Para las variables de tipo cualitativo se utilizaron proporciones.

Para las variables de tipo cuantitativo se utilizaron medidas de tendencia central (Media y Moda).

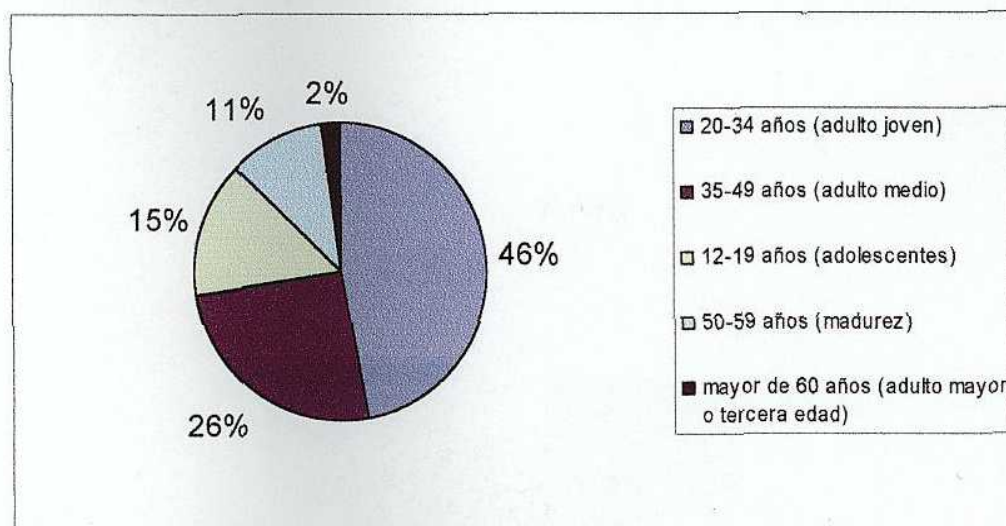
Prevalencia de Trastornos en la población general.		
Población	Número de casos	Porcentaje
Trastornos Orgánicos	1875	93.90%
Trastorno conversivo muy probable	47	2.35%
trastorno conversivo probable	0	0%
Otros trastornos somatomorfos	25	1.25%
No contesta	50	2.5%
Total	1997	100.0%

Como resultado se encontró que de la población de 1,997 pacientes, 1,875 pacientes (93.9%) pertenecían al grupo de los trastornos orgánicos (alteración médica establecida o demostrable), 50 pacientes (2.5%) a los pacientes que “No contesta”, 47 pacientes (2.35%) al TC muy probable, 25 pacientes (1.25%) a otros trastornos somatomorfos y ningún paciente al grupo de TC probable. Por lo tanto la prevalencia de trastorno conversivo está dada únicamente por los trastornos conversivos muy probables con un valor de 2.35 % y la prevalencia de trastornos somatomorfos en general esta dada por la suma de la prevalencia de TC mas la prevalencia de otros trastornos somatomorfos, la cual da un valor de 3.6% de la población general. A su vez, los trastornos conversivos representan el 65.3% de los trastornos somatomorfos.

Debido a que nuestro interés fundamental son los TC, procederemos a describir las características epidemiológicas de este grupo (n = 47).



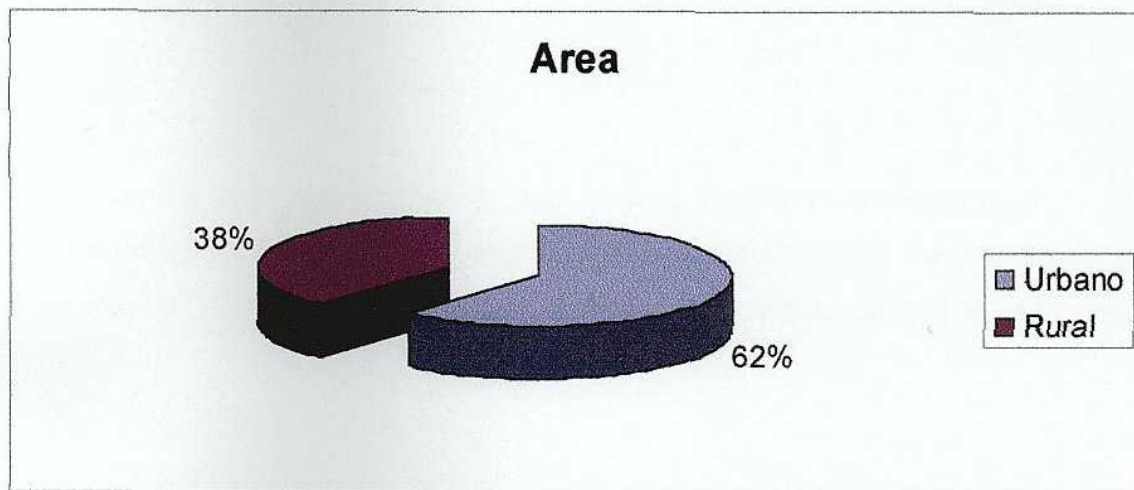
De los 47 pacientes 9 (19.1%) pertenecían al sexo masculino y 38 (80.90%) al sexo femenino con una relación de 1:4.



En la distribución por edades predominó el grupo de los adultos jóvenes con una frecuencia de 22 pacientes (46.8%) seguida por el grupo de adulto medio con 12 pacientes (25.5%), luego los adolescentes con 7 pacientes (14.9%), la madurez con 5 pacientes (10.6%) y el adulto mayor con 1 paciente (2.1%), con una edad media de 33.04 años una mediana de 31 años con una desviación estándar de 12.96 años y una moda de 17 años.

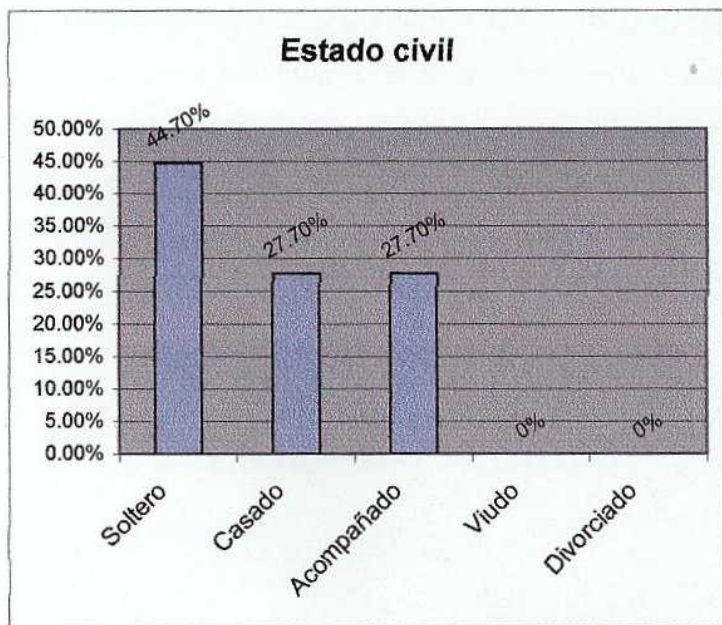
Edad	
Medidas de tendencia central	Edad en años
Media	33.04
Mediana	31
Moda	17

El área geográfica nos da una idea del nivel socioeconómico y cultural de la población estudiada, ya que en los expedientes clínicos no se menciona el nivel académico ni económico de los pacientes y en la literatura se describe que el nivel socioeconómico y cultural bajo se asocia frecuentemente con esta patología, así como también el habitar en zonas rurales. De los 47 pacientes con alta probabilidad de haber presentado TC, 29 (61.7%) eran del área urbana, y 18 (38.3%) del área rural.

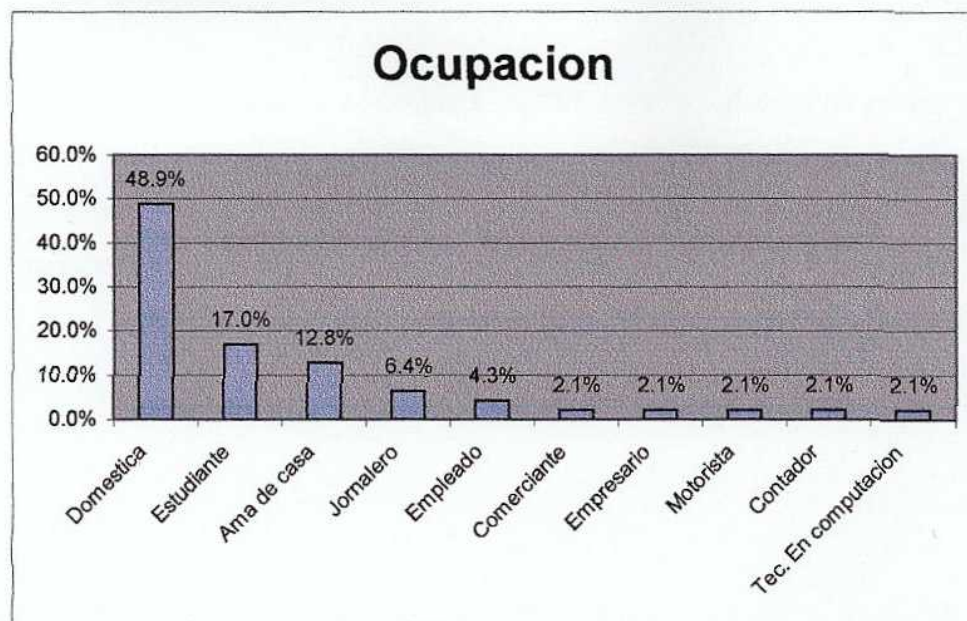


Domicilio		
Domicilio	Frecuencia	Porcentaje
Santa Tecla (La Libertad)	11	23.4%
Colón (La Libertad)	7	14.9%
San Juan Opico (La Libertad)	5	10.6%
San Salvador (San Salvador)	3	6.4%
Nuevo Cuscatlán (La Libertad)	3	6.4%
Puerto de La Libertad (La Libertad)	2	4.3%
Comasagua (La Libertad)	2	4.3%
Zaragoza (La Libertad)	2	4.3%
Antiguo Cuscatlán (La Libertad)	2	4.3%
Quezaltepeque (La Libertad)	2	4.3%
Ciudad Arce (La Libertad)	1	2.1%
Sacacoyo (La Libertad)	1	2.1%
Armenia (Sonsonate)	1	2.1%
Chalchuapa (Santa Ana)	1	2.1%
Santa Ana (Santa Ana)	1	2.1%
Cara Sucia (Ahuachapán)	1	2.1%
Olocuilta (La Paz)	1	2.1%
Cojutepeque (Cuscatlán)	1	2.1%
Total	47	100%

Los municipios con mayor índice de TC fueron: Santa Tecla en primer lugar con 11 pacientes (23.4%), Colón en segundo lugar con 7 pacientes, (14.9%), y San Juan Opico en tercer lugar, con 5 pacientes (10.6%), todos pertenecientes al departamento de La Libertad.



El estado civil, que predominó en los pacientes con TC, fue soltero, con 21 pacientes (44.7%), seguido de los casados y los acompañados con 13 pacientes (27%), cada uno, y ningún paciente viudo ni divorciado.



En esta gráfica se puede observar que la ocupación que predomina con una amplia diferencia sobre las demás, es la de doméstica con 23 pacientes (48.9%), seguida de estudiantes con 8 pacientes (17%) y amas de casa con 6 (12.8%).



El motivo de consultas más frecuentes fue “El dolor” y “El dolor de cabeza”, ambos con un porcentaje de 17 cada uno (8 pacientes), seguido por “El desmayo” con un porcentaje de 14.9 (7 pacientes), y luego por “Los nervios, la angustia y la ansiedad”, con el 10.6% (5 pacientes).

Porcentaje de pacientes que presentó cada síntoma		
Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Cefalea	26	55.3%
Parestesia	21	44.7%
Debilidad general, adinamia, sensación de desmayo	13	27.7%
Mareos y vértigo	11	23.4%
Pérdida de conciencia	8	17%
Parálisis	8	17.0%
Hiperestesia	7	14.9%
Visión borrosa	6	12.8%
Temblor de manos o cuerpo	4	8.5%
Ansiedad	3	6.40%
Rigidez, espasticidad y calambres	2	4.3%
Sensación de nudo en la garganta	1	2.1%
Pseudoconvulsión	1	2.1%
Insomnio	1	2.1%
Pérdida del habla	1	2.1%

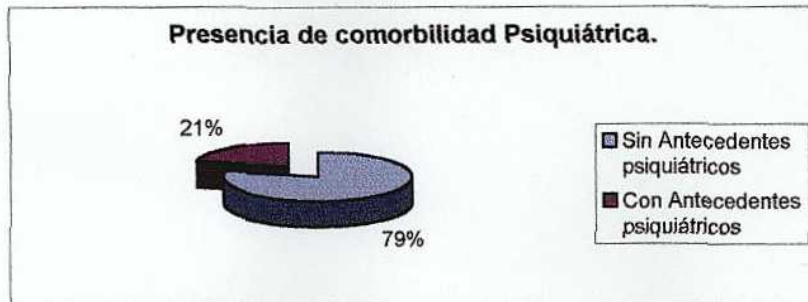
Los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia fueron cefalea, la cual se presentó en el 55.3% de los pacientes, seguido por parestesias en el 44.7% y debilidad general, adinamia y sensación de desmayo presente en el 27.7%.



Se encontró que el 28% de los pacientes presentaba una patología crónica, concomitantemente con TC, pero que al momento de la consulta, la enfermedad crónica se encontraba controlada, con un examen clínico negativo.

Comorbilidad Médica		
Comorbilidad Médica	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	5	10.6%
Diabetes Mellitus	3	6.40%
Cardiopatía	2	4.30%
Epilepsia	2	4.30%
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	1	2.10%
Hemorragia Uterina Anormal	1	2.10%

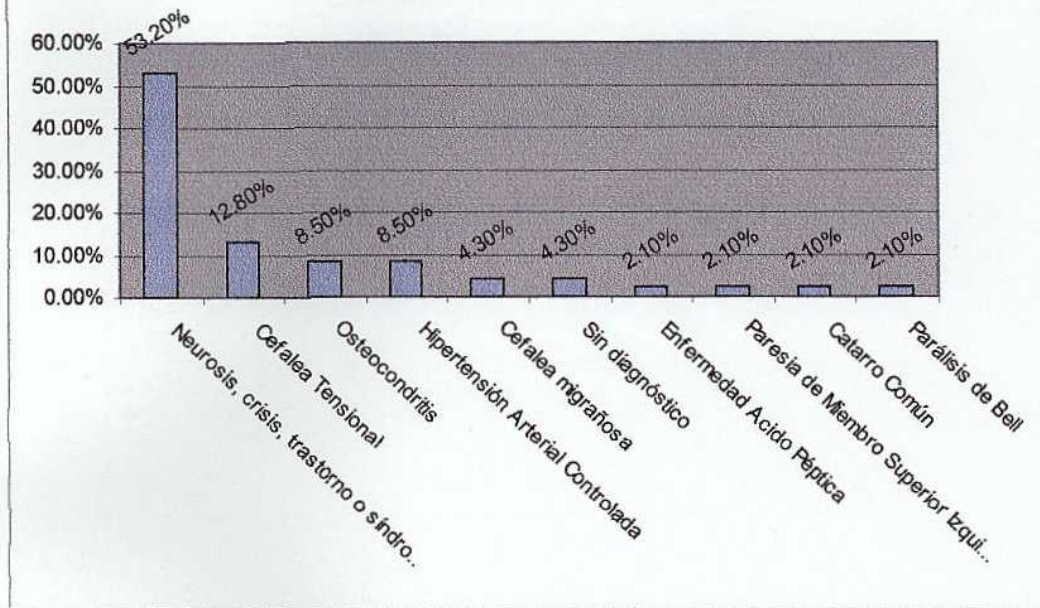
En la tabla anterior se muestra la comorbilidad médica encontrada en los pacientes con TC.



Se ha visto que el TC puede estar asociado a diferentes tipos de enfermedad psiquiátrica, en este estudio encontramos que el 21% (10) de los pacientes presentaban antecedentes psiquiátricos, los cuales fueron:

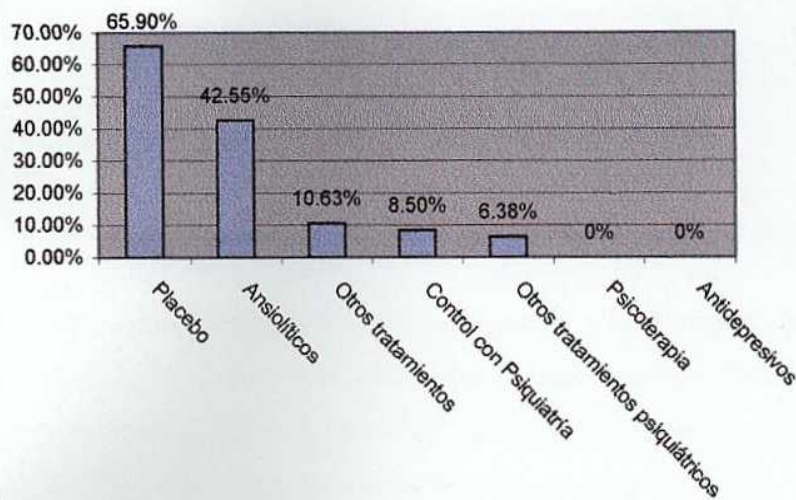
Antecedentes psiquiátricos		
Patología	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno Conversivo	7	14.90%
Depresión	1	2.10%
Trastorno de Ansiedad	1	2.10%
Esquizofrenia	1	2.10%
Total	10	21.30%

Diagnostico Principal



Esta tabla nos muestra los diagnósticos con los que más frecuentemente se clasifican a los pacientes con Trastorno Conversivo. En primer lugar tenemos a la “neurosis”, “crisis”, “trastorno o síndrome de ansiedad” con el 53.2% (25 pacientes), seguido por “cefalea tensional” con el 12.8% (6 pacientes), y luego por “osteocondritis” e hipertensión arterial controlada con el 8.5% (4 pacientes) cada una.

Tipos de Tratamiento



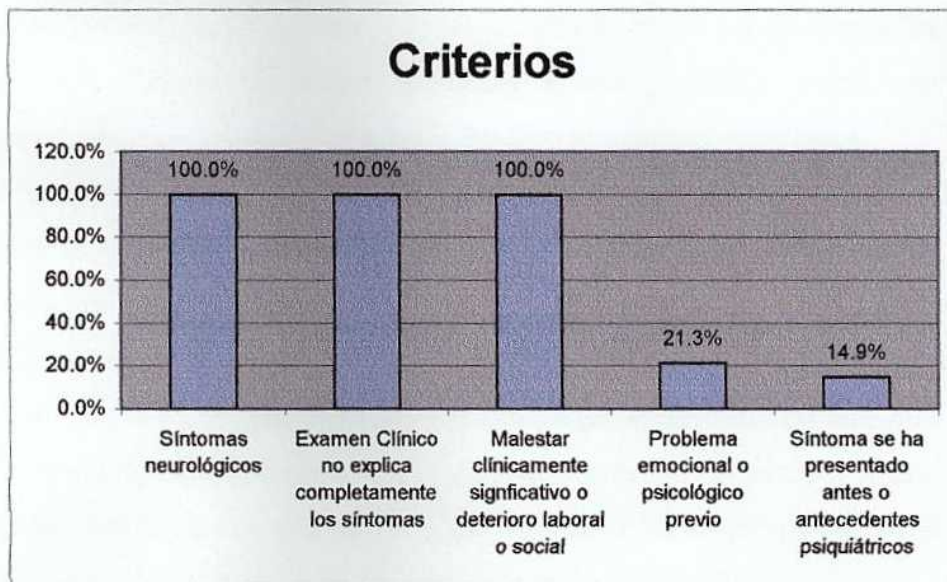
Entre los tipos de tratamiento que se administraron a los pacientes con TC, los usados como placebos se utilizaron en el 65.9% (31 pacientes), seguido por ansiolíticos los cuales se prescribieron al 42.5% (20 pacientes). Cabe mencionar que sólo al 8.5% (5 pacientes) se les refirió al psiquiatra y ninguno fue manejado con antidepresivos ni psicoterapia.

En las siguientes tablas presentamos los placebos y ansiolíticos utilizados:

Tipos de placebos administrados a los pacientes		
Placebos	Frecuencia	Porcentaje
AINES	20	42.0%
Complejo B	10	21.3%
Acetaminofén	3	6.4%
Antihistamínicos H1	3	6.4%
Relajante muscular	3	6.4%
Solución Salina Normal (Nebulización)	1	2.1%

Ansiolíticos		
Ansiolíticos	Frecuencia	Porcentaje
Diazepám + Vit B1, B6, B12 (AnsioVit, Ansio-B)	11	23.40%
Diazepám + Vit B1, B6, B12 + Sulpirida (Psicotrán)	5	10.60%
Bromacepám + Acetaminofén (Bromafén)	4	8.50%
Diazepám	1	2.10%
Total	21	

De los criterios del DSM-IV, Síntomas neurológicos, Examen Clínico no explica completamente los síntomas, y Malestar clínicamente significativo o deterioro laboral o social se presentaron en el 100% (47) de los pacientes; problema emocional o psicológico previo 21.3% (10), y Síntoma se ha presentado antes 14.9% (7).



El 100% de los pacientes cumplieron al menos 3 criterios, el 36.7%, 4 criterios, y ninguno cumplió los 5 criterios. Es preciso indicar en este punto que de acuerdo al DSM-IV sólo se necesitan tres criterios para establecer el diagnóstico.

Porcentaje de pacientes que cumplieron los criterios		
3 Criterios	47	100%
4 Criterios	17	36.17%
5 Criterios	0	0%

11. Discusión

De los pacientes que consultaron al Servicio de Emergencia de Medicina Interna del HNSR, en el periodo de agosto y septiembre del 2004 se encontró una población de 1,997, de los cuales 1875 (93.3%) presentaban un Trastorno Orgánico, es decir que sus síntomas eran explicados completamente por una enfermedad médica. Por otra parte, se encontró un total de 50 pacientes (2.5%), que fueron registrados como "No contestan", sin saber si estos hubiesen cumplido con criterios diagnósticos para Trastorno Conversivo. Se encontraron 47 pacientes (2.35%) que cumplían con criterios para ser clasificados como Trastorno Conversivo muy probable, y ningún paciente para clasificarse como Trastorno Conversivo probable, por lo tanto, el número total de pacientes con TC, fue de 47, lo cual nos indica que la prevalencia es de 2.35% (menor de la esperada) debido a que en países del primer mundo, como Estados Unidos Dufel describe 1% de prevalencia y Neelkamal describe de 5 a 15% de la población general, y hasta un 31% en países vía de desarrollo, en poblaciones con altos factores de riesgo asociados a esta patología, como son el bajo nivel socioeconómico y cultural, área rural, familias numerosas, entre otros.

Por otro lado, el total de Trastornos Somatomorfos fue de 3.6% de la población general, siendo el Trastorno Conversivo el 65.3% de los Trastornos Somatomorfos, por lo tanto es el más frecuente de estos.

Todo esto nos indica que la prevalencia del TC en el HNSR, aparentemente no es alta, por lo tanto la primera hipótesis es nula. Sin embargo, se encontró un total de 47 pacientes con el diagnóstico de TC durante los 2 meses que se realizó el estudio, lo cual difiere con los registros del Departamento de Epidemiología del HNSR, que indica que sólo hay un caso de TC desde 1 de enero hasta el 30 de septiembre del año 2004.

El DSM IV reporta que el sexo que más frecuentemente se asocia al TC es el femenino, con una relación hombre mujer de 1:6, y de 1:2 hasta 1:10 según Neelkamal. En nuestro estudio se encontró una prevalencia del sexo femenino del 81% contra 19% del sexo masculino, con una relación de hombre mujer de 1:4.

Neelkamal menciona que el TC puede presentarse a cualquier edad con una media de 41 años, en comparación con esta investigación en la cual la media es de 33 años.

Los grupos etéreos que con más frecuencia presentaron TC fueron de 20-34 años con un porcentaje del 45% y de 35-49 años con el 26%, el cual coincide con la población económicamente activa y productiva, al igual que lo descrito por Bass y cols. en su estudio.

El 62% de los pacientes con TC pertenecía al área urbana y el 38% al área rural, a diferencia de lo descrito en Kaplan que menciona que es más frecuente en el área rural, esto puede deberse a que mucha población rural no consulta al HNSR, al menos para este tipo de condiciones.

Kaplan refiere que el bajo nivel socioeconómico y educativo es un factor relacionado con el TC, el cual no pudimos corroborar, ya que los datos de los expedientes revisados, no contenían el nivel educativo ni socioeconómico de la población, por lo que utilizamos la ocupación como medida indirecta de estos parámetros, con un predominio de empleadas domésticas del 48.9%, seguido de estudiantes (17%) y amas de casa (12.6%), donde podemos observar que la prevalencia disminuye a medida que la ocupación requiere de mayor instrucción. Esta relación indirecta nos orienta a una conformidad con lo descrito en la literatura.

El TC es más frecuente en solteras (44.7%), casadas (27.7%) y acompañadas (27.7%). El término solteras es un tanto ambiguo ya que incluye a las personas que estuvieron acompañadas pero que ya no lo están. La separación marital podría ser entonces un factor de riesgo que habría que investigar.

El motivo de consulta más frecuente fue "El dolor" y "Dolor de cabeza", con un porcentaje de 17% cada uno, seguido de "El desmayo" 14.9%.

Los síntomas más frecuentes fueron: Cefalea (55.3%), parestesias (44.7%) y debilidad general, adinamia y sensación de desmayo (27.7%) en comparación con el estudio de Dula y colaboradores que encontraron como síntomas principales debilidad, dolor,

pseudoconvulsión y pérdida de conciencia, en contraste con Crimlick que encontró como síntomas principales actividad motora anormal (52%), debilidad (48%), ataxia y distonía (18%); Kaplan menciona que los síntomas principales son parálisis, ceguera y mutismo. Esta situación podría ser resultado de los criterios para las agrupaciones de síntomas o por las definiciones empleadas.

El 100% de los pacientes presentaron examen clínico negativo, por lo que aunque el 28% de pacientes presentaba comorbilidad con otra patología médica, los motivos por los que consultaron no tenían relación con dicha patología, las cuales se encontraban controladas al momento de la consulta. Según Dula, el 7% de pacientes presentaba comorbilidad médica. Las patologías medicas encontradas en los pacientes con trastorno conversivo fueron hipertensión arterial (10.6%) y diabetes mellitus (6.4%).

De los pacientes con TC se encontró que el 21% de los pacientes presentaban antecedentes psiquiátricos, a diferencia de los descritos por Dula con el 29%, y Bhatia 75%.

Dula por su parte describe un 5% de pacientes con TC previos, Bhatia con 44% de antecedentes de TC, y en este estudio 14.9%.

La literatura consultada para realizar esta investigación reporta una comorbilidad de esquizofrenia del 8%, ansiedad del 15%, y depresión del 30-41%, en contraste con 2.1% de cada uno de estos encontradas en este estudio. En esta investigación la comorbilidad se estableció en base a antecedentes específicos y consultas previas y no a test directos, lo cual podría explicar esta baja asociación.

Entre los primeros diagnósticos con los que se catalogaron los 47 pacientes con Trastorno Conversivo, figuraban en primer lugar, neurosis, crisis, trastorno o síndrome de ansiedad con 53.2%, seguido por cefalea tensional con 12.6% y luego osteocondritis e hipertensión arterial controlada con 8.5% cada una. Es importante recalcar que ninguno de los 47 pacientes fue clasificado como TC, lo cual nos da un elemento más para respaldar la validez de la segunda hipótesis, acerca del subregistro. Por otro lado es importante enfatizar la necesidad de hacer un diagnóstico adecuado para brindar un buen tratamiento.

En términos generales la literatura consultada describe que el tratamiento del TC debe realizarse inicialmente en el momento agudo prescribiendo un ansiolítico para eliminar la ansiedad, luego abordando al paciente con una intervención en crisis (psicoterapia), para posteriormente referir al paciente a un tratamiento psicoterapéutico por un psiquiatra (idealmente) o su médico de cabecera, y así brindar si lo consideran necesario el uso de tratamientos como psicoterapia, antidepresivos, ansiolíticos y fisioterapia (esta última en casos crónicos). El uso de placebos debe hacerse con el fin de establecer el diagnóstico en casos en que este es confuso y no como un abordaje estándar.

En nuestro estudio encontramos que el 100% de los pacientes fue dado de alta de la emergencia, lo cual sugiere que estos pacientes no eran considerados por el médico tratante con un pronóstico desfavorable.

El tipo de tratamiento más utilizado fue el placebo que se prescribió al 65.9%, seguido por ansiolíticos, el cual se administró al 42.55% de los pacientes, lo cual nos indica que los tratamientos farmacológicos fueron los más frecuentes. Entre los fármacos más utilizados se encontraron los AINES (placebo) con 42.3%, seguido de un ansiolítico Diazepam + Vit B1, B6, B12 (AnsioVit, Ansio-B), con 23.4%, y complejo B (placebo), con 21.3%.

Únicamente 8.5% de los pacientes fueron referidos con el psiquiatra, y a ningún paciente se le proporcionó psicoterapia en el momento de la crisis.

Todo esto nos demuestra que la tercera hipótesis de esta investigación es válida, ya que con esto se demuestra que el manejo que se les brinda a estos pacientes en el HNSR es de tipo empírico, ya que no se sigue ningún protocolo específico ni se realiza prevención para futuras recaídas.

Establecer pautas correctas de diagnóstico y tratamiento para los TC con los que se evite tanto en subregistro y los tratamientos subóptimos resulta altamente recomendable.



12. Recomendaciones.

De acuerdo a las conclusiones de este trabajo de investigación damos las siguientes recomendaciones:

1. Promover la realización de un protocolo de manejo del Trastorno Conversivo, tanto en la atención primaria como en los hospitales generales, elaborado por el psiquiatra del HNSR en conjunto con otros especialistas y personas con amplios conocimientos acerca de esta patología.
2. Realizar una hoja de historia clínica especializada para TC o para Trastornos Somatomorfos en general con el fin de facilitar y disminuir el tiempo asignado a cada consulta, de estos pacientes a la emergencia así como también con fines epidemiológicos.
3. Promover la educación del personal de salud que está en contacto directo con estos pacientes, en relación al diagnóstico y tratamiento de esta patología.
4. Promover la investigación del TC y de los Trastornos Somatomorfos y extenderla a los centros de primer nivel de atención, como Unidades de Salud.
5. Gestionar con centros menos especializados y de menor costo como clínicas psicológicas universitarias o Unidades de Salud, la derivación o apoyo en cuanto al tratamiento psicoterapéutico, con el fin de evitar recaídas y disminuir la dependencia de esta población de pacientes a placebos, y a centros de salud, para evitar la saturación de estos.
6. Implementar en el Programa de Salud de la Mujer del MSPAS la prevención de dichas patologías debido a la alta prevalencia en dicho sexo y edad que este programa comprende.
7. Implementar en el Programa de Medicina Interna de las universidades que tienen alumnos realizando prácticas hospitalarias en el HNSR, una ponencia haciendo énfasis en estos tipos de trastorno, su frecuencia y su manejo.

13. Bibliografía.

- 1. María Mercedes Fuentmayor Argotte.**
Estudio de morbilidad psiquiátrica de pacientes egresados del Hospital psiquiátrico de Maracaibo durante el quinquenio 1986-1990 y los años 1991-2-3-6-7.
FUENTE:INTERPSIQUIS.2001; Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2588>
- 2. Torres de Galvis, Y.** Epidemiología de los trastornos psiquiátricos- Estudio Nacional Colombia. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero –15 de marzo 2000 [citado: 20/5/04]. Conferencia 9-CI-C: [35 pantallas]. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa9/conferencias/9_ci_c.htm
- 3. Carbajal de la Torre, A.** Somatizaciones 29/4/2002 Guías Clínicas 2002; 2 (25).
Disponible en: www.fisterra.com/guias2/somatizaciones.htm.
- 4. Toro G.RJ, Yepes R LE.** Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 3ª edición.
Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 1998.
- 5. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA.** Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Behavior sciences clinical psychiatry. Seventh edition. Baltimore, Maryland: William and Wilkins; 1994.
- 6. Bass C, Peveler R, House A.** Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. *The British Journal of Psychiatry* (2001) 179: 11-14.
Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/bjprpsych;179/1/11>
- 7. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Bush T, Lipscomb P, Russo J, Wagner E.**
Department of Health Services, University of Washington School of Public Health, Seattle. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med.* 1991 May-Jun;6(3):259-60.
Disponible en:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=2066830
- 8. Díaz N, Ruiz AI** Estudio epidemiológico de la población asistida en el Departamento de Psiquiatría de Hospital de Clínicas. Periodo 1999-2000. *Rev Med Uruguay* 2002; 18: 48-58. Disponible en:
<http://www3.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2002v1/art-6.pdf>

9. **Montero N, Rojas C.** Fundamentos Diagnósticos del Plan Nacional de Salud Mental. 1992-2000. División de Salud Mental. M.S.A.S. Venezuela, 1992.

10. **Crimlisk H, Bhatia K, Ron M, Slater** revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *British Medical Journal* 1998; 316:582-586 (21 February) Disponible en:
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/316/7131/582>

11. **Dula DJ, DeNaples L.** Acad Emerg Med. 1995 Feb; 2(2) :120-3. Emergency department presentation of patients with conversion disorder. Geisinger Medical Center, Department of Emergency Medicine, Danville, Philadelphia PA 17822, USA.

12. **Psicofarmacología On Line.** Otros Trastornos psiquiátricos Generalidades. Trastorno de Conversión. Disponible en:
<http://www.psicofarmacologia.bizland.com/SMO.html>

13. **Neelkamal Soares, MD,** Fellow Somatoform Disorder: Conversión Last Updated: February 7, 2003, Department of Pediatrics, Division of Behavioral Pediatrics, University of Maryland at Baltimore. Disponible en:
<http://www.emedicine.com/ped/topic2780.htm>

14. **Gill, Kokko, Mandell, Ockner, Smith.** Cecil Tratado de Medicina Interna, Vol II. 20ª edición, México D.F. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. 1997. Pág. 2316-2317.

15. **Hale R, Yudofsky S.** Sinopsis de Psiquiatría Clínica basado en The American Psychiatric Press DSM-IV Tratado de Psiquiatría. 3ª edición. Editorial Masson, S.A. Barcelona, 2000. Págs. 440-445.

16. **Dufel S.** Conversion Disorder. 2004, Division of Emergency Medicine, University of Connecticut, School of Medicine. emedicine.com, Inc. 4 de junio 2001. Disponible en: <http://www.emedicine.com/emerg/topic112.htm>

17. **William E, Murria T.** Neurología Clínica. 2ª edición. Editorial El Manual Moderno. S.A. de C.V. México D.F. 1996. Págs. 71-77.

18. **American Psychiatric Association.** DSM-IV Breviario Criterios Diagnosticos. 1995. Masson, S.A. Primera Edición 1999.

19. **Climent López C, Castrillón Muñoz E, Miranda C, González Caro C, Conde Ramirez S, Torres F.** Urgencias Psiquiátricas. 8.2 Trastorno Conversivo Pg 42 Proyecto ISS Ascofame. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME. Disponible en: <http://www.ascofame.org.co/guiasmbe/urgenc~1.pdf>

20. **Araya P, Baeza S, Barros J.** /Trastorno Conversivo Motor, Cuadernos de Neurología, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile. Vol. XXIV, 2000 Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/Cuadernos/2000/pub_02_2000.html

21. **Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista Lucio P.** Metodología de la Investigación. McGraw-Hill 3a Edición 2003

Anexo.

Tabla de Recolección de Datos.

Nombre: _____.

Número de expediente: _____.

Domicilio: _____.

Edad:

Adolescentes (12 a 19 años) _____ adultos jóvenes (20 a 34 años) _____

adulto medio (30 a 49 años) _____ Madurez (49 a 59 años) _____

adulto mayor (60 años ó más). _____

Sexo: M F

Estado civil:

Soltero Casado Acompañado Viudo

Escolaridad:

Nula Primaria Secundaria Bachillerato Educación Superior.

Consulta por: _____.

Síntomas neurológicos

Antecedentes médicos: sí _____ no _____ ¿cuáles? _____.

Antecedentes Psiquiátricos: sí _____ no _____ ¿cuáles? _____.

Examen físico negativo: sí _____ no _____.

Diagnóstico principal: _____

Otros diagnósticos:

Tratamiento:

Antidepresivos _____

Ansiolítico _____

Psicoterapia _____

Placebo _____

Control con psiquiatra _____

Otros tratamientos Psiquiatricos _____

Otros tratamientos _____

Criterios:

1. Síntomas neurológicos que simulan enfermedad médica o neurológica _____.
2. Problema emocional o psicológico previo _____.
3. Examen clínico no explica completamente los síntomas (examen físico negativo, de laboratorio y gabinete) _____.
4. Malestar clínicamente significativo, deterioro social o laboral _____.
5. El síntoma se ha presentado antes o tiene antecedentes psiquiátricos _____.

Clasificación:

Trastorno conversivo muy probable _____.

Trastorno conversivo probable _____.

No responde _____.

Otros trastornos somatomorfos _____.

Trastorno orgánico _____.

