

Evolución en cuatro años de los trastornos del movimiento en pacientes internados en un hospital psiquiátrico de pacientes crónicos

Trabajo original

Resumen

Se realizó un estudio longitudinal a 4 años de los trastornos del movimiento en una población hospitalaria de pacientes psiquiátricos crónicos. Se partió de una cohorte estudiada en el año 2006, realizándose un estudio observacional analítico. Se aplicó, con un intervalo de 4 años, las siguientes escalas: Escala de Acatisia de Barnes (EAB), Escala de Simpson-Angus en su versión breve (SAB) y Escala de Movimientos Involuntarios Anormales (AIMS). Se encontró una alta incidencia de trastornos del movimiento (del 42,4 % en 4 años, para los trastornos del movimiento tomados en conjunto) y un amplio rango de edad en el que pueden manifestarse. En 4 años se detectó una incidencia de parkinsonismo de 11,9 %, de acatisia de 5,1 % y de disquinesias tardías de 28,8 %. Se analiza el vínculo de esta evolución con diferentes variables, mostrando una población dinámica a pesar del contexto de institucionalización.

Palabras clave

Disquinesia
Parkinsonismo
Acatisia
Distonía
Patología psiquiátrica crónica

Summary

A follow-up longitudinal study was carried out throughout 4 years, assessing movement disorders in an inpatient population of chronically ill psychiatric patients. Departing from a cohort studied in 2006, a longitudinal observational analytic study was conducted. The following scales were used at two different cutoff points to assess patients, with an interval of 4 years: Barnes Akathisia Scale (BAS), Simpson-Angus Scale - Brief version - (SAB) and the Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS). A high incidence of movement disorders was found (42.4 % in 4 years, for movement disorders taken as a whole) occurring along a broad age range. Within the same time interval, an incidence of 11.9 % was detected for parkinsonism, 5.1 % for akathisia and 28.8 % for tardive dyskinesia. The link of this evolution with different variables is analyzed, emerging a dynamic population profile despite the context of institutionalization.

Keywords

Dyskinesia
Parkinsonism
Akathisia
Dystonia
Chronic psychiatric disorders

Autores

Marcelo Escobal

Profesor Adjunto de la Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Psiquiatra de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare.

Álvaro Cardozo

Ex Asistente de la Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Psiquiatra de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare.

Correspondencia:
Marcelo Escobal
marcelo.escobal@gmail.com

Introducción

Los trastornos del movimiento (TM) constituyen un fenómeno clínico frecuente y se describen en los textos básicos de psiquiatría.¹ Sus múltiples presentaciones abarcan formas puramente neurológicas, otras secundarias al tratamiento farmacológico o vinculadas a patologías psiquiátricas en donde pueden presentarse de manera espontánea.² Si bien algunos trastornos del movimiento tienen un marco temporal más o menos acotado (por ejemplo, la aparición de distonías agudas luego de la administración de un neuroleptico),³ otros pueden presentarse en un marco temporal muy amplio.

El tratamiento con antipsicóticos aumenta considerablemente el riesgo de aparición de movimientos anormales, como lo muestran los estudios que comparan pacientes expuestos y no expuestos a estos fármacos.⁴ Los estudios de prevalencia establecen rangos muy amplios para cada trastorno del movimiento: entre 2,5 % y 5 % para las distonías agudas, 20 % a 25 % para la acatisia, 40 % a 90 % para el parkinsonismo (dependiente de la población estudiada) y 20 % a 68 % para las disquinesias tardías.⁵ Varios estudios muestran que la incidencia de trastornos del movimiento es menor con el uso de antipsicóticos de segunda o tercera generación en relación con los antipsicóticos convencionales.⁶⁻⁸ También está demostrado que con el mantenimiento del tratamiento la prevalencia de los trastornos del movimiento va en aumento.⁹

Los trabajos sobre movimientos anormales en nuestro medio hacen referencia a estudios de caso,¹⁰ y en el caso de estudios descriptivos se centran en un solo movimiento anormal.¹¹

Con respecto a la población de pacientes crónicos, existe un estudio previo, pero que no contempla movimientos anormales.¹²

Existe un trabajo realizado en 2006 que tiene por objeto los movimientos anormales en pacientes psiquiátricos crónicos en nuestro país. Se trata de un trabajo descriptivo, de corte transversal.¹³

Material y método

Este trabajo toma como punto de partida el estudio descriptivo de movimientos anormales, ya citado, realizado en el 2006, teniendo en cuenta los datos originales obtenidos por sus autores. Los datos para el presente trabajo fueron recolectados en la misma institución durante julio y agosto de 2010.

En el estudio de 2006, de una muestra de 122 pacientes, 101 cumplieron con los criterios de inclusión. Estos mismos pacientes son objeto del presente estudio. Se mantuvieron los mismos criterios de inclusión que en el estudio anterior: disponibilidad y consentimiento del paciente para la aplicación de las escalas y ausencia de patología médica o psiquiátrica que impidiese una correcta aplicación del protocolo de examen.

De los 101 pacientes originales, 59 continuaron cumpliendo con los criterios de inclusión.

En un formulario diseñado para este propósito, se recabaron datos demográficos, diagnósticos y tratamientos. Se tomó como referencia el diagnóstico más reciente documentado en la historia clínica del paciente, realizado por el psiquiatra tratante y codificado según la CIE-10.¹⁴ Manteniendo el criterio usado en el trabajo de 2006, en casos de comorbilidad de esquizofrenia con retardo mental, se dio prioridad al diagnóstico de esquizofrenia.

Se seleccionaron las mismas escalas del trabajo de 2006 para poder realizar la comparación: Escala de Simpson-Angus en su versión breve (SAB), Escala de Acatisia de Barnes (EAB) y Escala de Movimientos Anormales Involuntarios (AIMS).^{15, 16}

El proceso de evaluación se sistematizó tomando como referencia el usado por Gervin y Barnes.¹⁷ Todo el proceso de aplicación de las escalas fue realizado por un equipo de dos técnicos, surgiendo por consenso la puntuación de cada ítem. De este modo se buscó minimizar errores dependientes del observador.

Se usó los mismos umbrales que en el estudio de 2006. Para la acatisia, una puntuación total de 2 o más en la escala de Barnes (escala de 4 ítems, cada uno con un rango de 0 a 5); para el parkinsonismo, un promedio de 0,3 o más en la escala SAB (escala de 6 ítems cada uno con un rango de 0 a 4); para la disquinesia

tardía* se aplicó el criterio de Schooler-Kane¹⁸ para puntuación de la AIMS: al menos un movimiento disquinético moderado en un área corporal o movimientos leves en dos áreas corporales.

Para el procesamiento de datos se usó el programa PSPP¹⁹ se realizó pruebas estadísticas sobre datos nominales (χ^2 , con las correcciones de Yates o prueba de Fisher si correspondía) y se comparó las medias mediante el test de Student para muestras pareadas.

Resultados

Datos poblacionales

Como fue mencionado, la muestra inicial fue de 101 pacientes. De estos, en un período de 4 años, el 19,8 % falleció y el 13,9 % no se encontraba en la institución, por alta o traslado. De los 67 pacientes que permanecieron en la institución, 59 cumplieron con los criterios de inclusión.

La media de edad actual de la población estudiada (n=57, media=55,8, de=13,54) es similar a lo observado en 2006 (n=101, media=54,4, de=14,3). La media de edad en 2006 de las personas fallecidas (n=20, media=66,55, de=12,31) es mayor a la media de edad en ese año de la población incluida en el estudio (n=57, media=51,8, de=13,54).

En cuanto al sexo, hay un 15 % de mujeres (n=9) y un 85 % de hombres (n=50). Los diagnósticos en el momento del estudio actual

fueron de 71,2 % de esquizofrenia y 28,8 % de retardo mental. De 59 pacientes incluidos, 42 permanecieron con diagnóstico inicial y 17 (28,8 %) sufrieron cambios diagnósticos. De 29 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en el 2006, 27 (93,1 %) mantuvieron ese diagnóstico, mientras que 2 (6,9 %) se rediagnosticaron como retardo mental. A su vez, de 18 pacientes con diagnóstico de retardo mental en el 2006, 15 (83,3 %) mantuvieron ese diagnóstico, mientras que 3 (16,7 %) se rediagnosticaron como esquizofrenia. Los 12 pacientes que en el 2006 recibieron otros diagnósticos (20,3 %) fueron rediagnosticados en 2010 como esquizofrenia.

Evolución de los movimientos anormales

Evolución de la prevalencia de los trastornos del movimiento

La tabla 1 muestra los cambios en la prevalencia de los diferentes trastornos del movimiento, tal como se definen operacionalmente según los puntos de corte de las escalas respectivas.

Se observa prevalencias similares en 2006 y 2010 para parkinsonismo (52,5 % y 50,9 %, respectivamente) y para acatisia (en ambos casos, 5,1 %).

En el caso de la disquinesia, se observa un aumento significativo de la prevalencia, pasando de 17,0 % en 2006 a 44,1 % en 2010 ($p < 0,01$). Por este motivo, también se afecta el número de pacientes que presentó algún trastorno del movimiento (definido en la tabla como «Cualquiera»).

Tabla 1. Cambios en la prevalencia de parkinsonismo

Trastorno del movimiento	2006	2010
Parkinsonismo	31 (52,5 %)	30 (50,9 %)
Acatisia	3 (5,1 %)	3 (5,1 %)
Disquinesia*	10 (17,0 %)	26 (44,1 %)
Cualquiera	35 (59,3 %)	42 (71,2 %)

* $p < 0,01$

* En el resto del trabajo se hace referencia a esta con el término «disquinesia».

Incidencia de trastornos del movimiento

Para el estudio de la evolución de cada trastorno del movimiento, se separó la población según el estado inicial y final de cada trastorno del movimiento, llegando a 4 categorías: aquellos que se mantuvieron con el diagnóstico («positivo mantenido»), los que se mantuvieron sin el diagnóstico («negativo mantenido»), los que comenzaron a presentar el trastorno en el lapso estudiado («nuevos casos») y los que tuvieron una remisión colocándose por debajo del punto de corte para ese trastorno del movimiento («remisión»). La tabla 2 muestra estos datos para cada trastorno del movimiento.

El 39,0 % de los pacientes con diagnóstico de parkinsonismo se mantuvo con ese diagnóstico

y 35,6 % se mantuvo negativo. Se encontró 7 nuevos casos (11,9 %) y 8 (13,6 %) presentaron remisión del cuadro. Por este motivo la prevalencia puntual se presenta con pocos cambios entre el 2006 y 2010.

Para el diagnóstico de acatisia, 53 pacientes (89,8 %) se mantuvieron negativos. Se presentaron 3 nuevos casos (5,1 %) y 3 remisiones (5,1 %), por lo cual la prevalencia puntual no cambió.

En el caso del diagnóstico de disquinesia, 9 pacientes (15,3 %) mantuvieron ese diagnóstico, mientras que 32 (54,2 %) se mantuvieron negativos. Se encontró 17 nuevos casos (28,8 %) y una remisión (1,7 %).

Si tomamos como nuevo caso de TM la aparición de cualquier TM nuevo en un paciente,

Tabla 2 | Evolución de cada trastorno del movimiento

Trastorno del movimiento	Positivo mantenido	Negativo mantenido	Nuevo caso	Remisión	Total
Parkinsonismo	23 (39,0 %)	21 (35,6 %)	7 (11,9 %)	8 (13,6 %)	59 (100,0 %)
Acatisia	0 (0,0 %)	53 (89,8 %)	3 (5,1 %)	3 (5,1 %)	59 (100,0 %)
Disquinesia	9 (15,3 %)	32 (54,2 %)	17 (28,8 %)	1 (1,7 %)	59 (100,0 %)

vemos que el 42,4 % (n=25) de los pacientes presentó al menos un nuevo trastorno del movimiento en los últimos 4 años.

Medias de puntuaciones en diferentes escalas

La evolución de las medias de las puntuaciones de cada ítem de la escala SAB en 2006 y 2010 se muestra en la tabla 3. Aparece un aumento en los ítems que evalúan expresión

facial, temblor y aquinesia. Entre estos, solo la expresión facial mostró un aumento estadísticamente significativo. Los ítems que evalúan rigidez y acatisia disminuyeron. La rigidez disminuyó en forma estadísticamente significativa. En ninguno de los dos años se registraron casos de distonía.

En la EAB se observa una disminución en todos los ítems; sin embargo, las cifras no son estadísticamente significativas.

Tabla 3 | Evolución de la media de la puntuación de cada ítem de la escala SAB

Ítem	2006	2010
1. Expresión facial*	0,58	0,80
2. Temblor	0,56	0,66
3. Aquinesia	0,24	0,37
4. Rigidez**	0,54	0,20
5. Acatisia	0,20	0,12
6. Distonía	0,00	0,00

* p < 0,05, **p < 0,01

La evolución de ítems de la AIMS se muestra en la tabla 4. Exceptuando el ítem que evalúa conciencia del trastorno del movimiento, se evidenció un aumento de la puntuación media en todos los ítems. Se encontró diferencias estadísticamente significativas en los ítems: cara superior, labios y perioral, mandíbula, miembros superiores e inferiores y gravedad.

Relación de movimientos anormales con otras variables

Edad

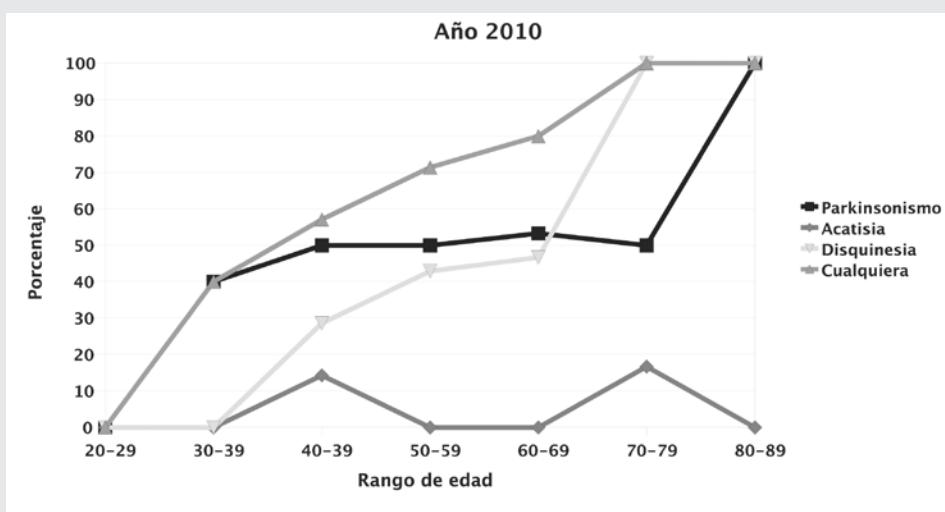
En el 2010 la prevalencia de los TM se distribuyó como lo muestra el gráfico 1. De 29 casos de parkinsonismo, se observó un pico en el rango de edad entre 80 a 89 años (100,0 %, que corresponde al total de 2 individuos en ese

Tabla 4 | Evolución de la media de la puntuación de cada ítem de la AIMS

Ítem	2006	2010
1. Mandíbula*	0,27	0,58
2. Labios - perioral**	0,44	1,19
3. Cara superior**	0,19	0,58
4. Lengua	0,46	0,51
5. Miembros superiores**	0,19	0,81
6. Miembros inferiores**	0,25	0,69
7. Tronco	0,15	0,36
8. Gravedad**	0,24	0,64
9. Incapacidad	0,08	0,21
10. Conciencia	0,03	0,03

* p < 0,05, ** p < 0,01

Gráfico 1 | Prevalencia de TM por edad



rango de edad). Se registró 2 casos de acatisia entre los 40 a 49 años y uno en el rango 70 a 79 años. Se observó un aumento progresivo de la prevalencia de disquinesias con la edad, siendo del 100 % a partir de los 70 años.

La incidencia de los TM en el período 2006-2010 se muestra en el gráfico 2. Los 7 nuevos casos de parkinsonismo se registraron entre los 30 y los 69 años, con un pico en la incidencia porcentual entre los 30 y 39 años (40,0 %). Se registraron 2 nuevos casos de acatisia entre los 40 y 49 años (14,3 %) y 1 caso nuevo entre los 70 y 79 años (16,7 %). Los nuevos casos de disquinesia se presentaron en un amplio rango de edad (entre 40 y 89 años), con un pico en el rango de 80 a 89 años (50,0 %).

Sexo

El 55 % de las mujeres y el 40 % de los hombres presentaron algún nuevo trastorno del movimiento en el período que abarca el estudio. Esta diferencia no es significativa desde el punto de vista estadístico. En el cruzamiento de sexo por tipo de trastorno del movimiento en cada período, solo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los casos de disquinesia en el sexo masculino.

Estadía

En el período que abarca el estudio, de los 25 pacientes que presentaron un nuevo trastorno del movimiento, 88 % eran pacientes con más de 10 años de estadía en la institución. Sin embargo, no hubo diferencia significativa en la incidencia de movimientos anormales según

Gráfico 2 | Incidencia de TM por rango de edad

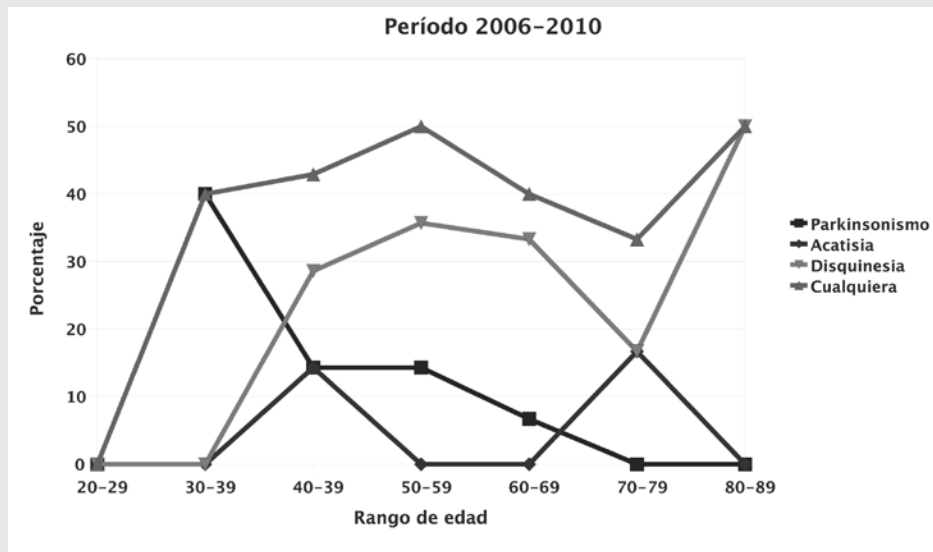


Tabla 5 | Prevalencia e incidencia de disquinesias por diagnóstico en 2006 y 2010

Diagnóstico	2006	2010	Nuevos casos
Esquizofrenia (n=42)	11 (26,2 %)	23 (54,8 %)*	13 (31,0 %)
Retardo mental (n=17)	2 (11,8 %)	7 (41,2 %)	4 (23,5 %)
Total (n=59)	13 (22,0 %)	30 (50,8 %)	17 (28,8 %)

* p < 0,01 (p < 0,05 si se aplica la corrección de Yates).

el tiempo de internación mayor a 10 años o no. La media de tiempo de estadía registrada en 2006 para la población estudiada actualmente fue de 19,52 años (Desvío Estándar 14,82).

La media de tiempo de estadía para pacientes con nuevos trastornos anormales fue de 23,88 con un DE de 14,70.

Diagnóstico

Parkinsonismo

De los pacientes con diagnóstico actual de esquizofrenia, 28 (66,7 %) tenían parkinsonismo en 2006. En 2010, ese número bajó a 24 (57,1 %), registrándose 3 nuevos casos (7,1 % de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, 5,1 % de la población total). En el caso de pacientes con diagnóstico actual de retardo mental, 3 (17,6 %) tenían parkinsonismo en 2006, mientras que 6 (35,3 %) lo presentaron en 2010. Se registró 4 casos nuevos de parkinsonismo en pacientes con diagnóstico actual de retardo mental (el 23,5 % de los pacientes con retardo mental, el 6,8 % de la población estudiada).

Acatisia

Se registraron 3 casos de acatisia en 2006: 2 en pacientes que actualmente tienen el diag-

nóstico de esquizofrenia y uno en un paciente con diagnóstico actual de retardo mental. En 2010 se produce idéntica distribución, pero se trata de nuevos casos distribuidos de igual manera.

Disquinesia

En la tabla 5 se muestra las prevalencias de disquinesia en 2006 y 2010 por diagnóstico. El aumento en la prevalencia que se observa en el 2010 en pacientes con esquizofrenia es estadísticamente significativo, pasando de 11 casos (26,2 %) a 23 (54,8 %). No hubo una diferencia significativa en el caso del retardo mental.

Cualquier TM

De 42 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en 2010, 17 (40,5 %) presentaron algún trastorno del movimiento nuevo. De 17 pacientes con retardo mental en 2010, 8 (47,1 %) presentaron algún trastorno del movimiento nuevo.

Los gráficos 3 y 4 muestran la prevalencia e incidencia de distintos trastornos del movimiento según diagnóstico.

Gráfico 3 | Prevalencia de TM por diagnóstico

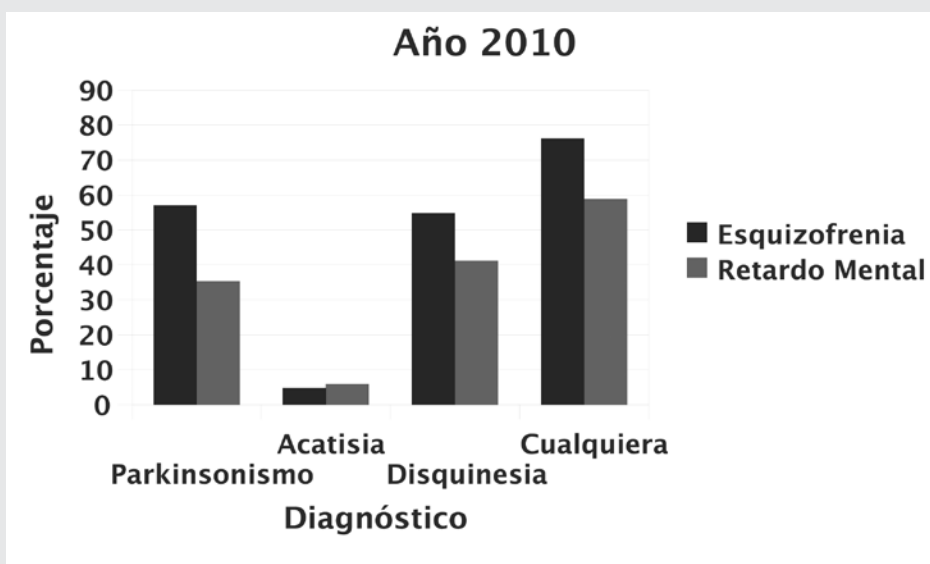
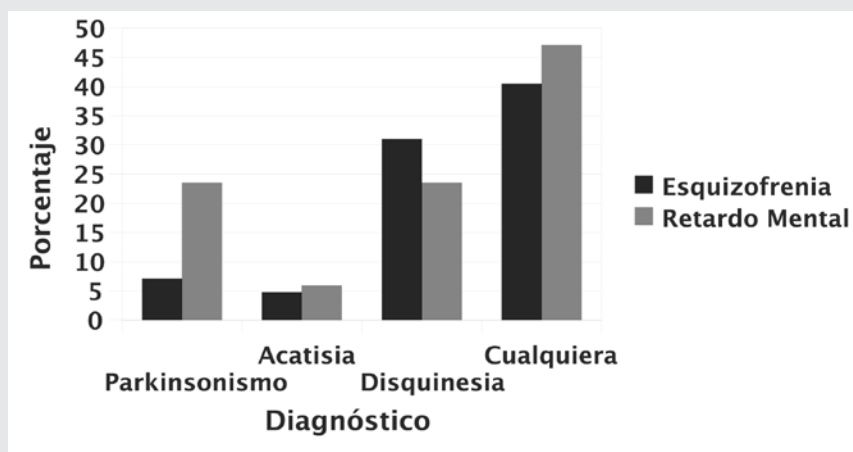


Gráfico 4 | Incidencia de TM por diagnóstico



Uso de medicación

En la tabla 6 se muestra la diferencia en la modalidad de indicación de antipsicóticos entre 2006 y 2010. La diferencia en el uso de la mezcla de antipsicóticos comunes y de segunda generación fue estadísticamente significativa, aumentando en 2010. También lo fue la diferencia en el uso de antipsicótico común de forma exclusiva, que presentó un descenso con relación al 2006.

El 11,9 % de los pacientes (n=7) tenía indicada una combinación entre antipsicóticos atípicos y medicación de depósito en el 2006. En el 2010, 32,2 % de los pacientes (n=19) presentaba esa combinación. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Con respecto a la combinación entre clozapina y antipsicóticos típicos, no se registró casos en 2006 y se registró un caso en 2010.

Con respecto a la polifarmacia, en el 2006 la media de fármacos por paciente era de 3,14 (DE=1,77). En 2010 pasó a 3,39 (DE=1,96). La diferencia no es estadísticamente significativa.

Si separamos la población que presentó algún TM en 2006 y 2010, vemos que no hay diferencias estadísticamente significativas en el uso de medicación entre ambos años. Se destaca el aumento en el uso de estabilizadores, que es importante, pero no alcanza a superar el límite de $p < 0,05$.

De los 42 pacientes que en 2010 presentaban algún trastorno del movimiento, 3 (7,1 %) no tuvieron indicado ningún antipsicótico en ninguno de los períodos analizados.

Tabla 6 | Uso de antipsicóticos en la población estudiada en 2006 y 2010 (n=59)

Medicación	2006	2010
Antipsicóticos comunes	35 (59,32 %)	36 (61,02 %)
Antipsicóticos atípicos	30 (50,85 %)	39 (66,10 %)
Mezcla de antipsicóticos	14 (23,73 %)	26 (44,07 %)*
AP común solo	21 (35,59 %)	10 (16,95 %)*
AP atípico solo	16 (27,12 %)	13 (22,03 %)
Sin antipsicóticos	8 (13,56 %)	10 (16,95 %)
Clozapina	4 (6,78 %)	4 (6,78 %)
Medicación de depósito	16 (27,12 %)	21 (35,59 %)
Atípico + depósito	7 (11,9 %)	19 (32,2 %)*

* $p < 0,05$

Discusión

Datos poblacionales

El presente trabajo toma como punto de partida el realizado en 2006, ya citado. En ese estudio se describen las características de la población. La muestra tomada inicialmente era representativa de la población de la institución, pero, al realizar un estudio longitudinal de cohorte, ya no es posible extrapolar los datos a la población total.

La población estudiada tiene una media de edad alta (54 años), pero similar al estudio de 2006. Si bien hay envejecimiento por el lapso del estudio y tampoco se incluyen nuevos casos, la mortalidad ya analizada (cerca al 20 %, que incluye pacientes con una edad media mayor) compensa esta diferencia.

En 4 años, el 28,8 % de los pacientes presentó un cambio de diagnóstico en relación con el realizado en 2006.

Evolución de los TM

Evolución de las prevalencias

Las prevalencias observadas en 2006 y 2010 se comparan con trabajos similares anteriores^{20, 21} en la tabla 7.

Se observa que las cifras de 2010 para disquinesia y para cualquier TM se asemejan más a la de los trabajos de 2002 y 2004, no siendo así para acatisia o parkinsonismo. Esto puede deberse al diseño de los trabajos citados. Por ejemplo, el de Janno incluye a

pacientes esquizofrénicos con más de 6 meses de tratamiento. El trabajo de Halliday incluye a pacientes hospitalizados y ambulatorios. Ambos trabajos abarcaban una población más homogénea con respecto al sexo que el presente estudio. Debe tomarse en cuenta el posible efecto de la mortalidad en estas cifras.²²

Incidencias

Los cambios en las prevalencias puntuales de trastornos del movimiento entre 2006 y 2010 no siempre reflejan la movilidad de los diagnósticos. Solamente las disquinesias tardías mostraron diferencias significativas en la prevalencia puntual entre estos dos años; sin embargo, al analizar la evolución de los diagnósticos, se observa cambios ostensibles tanto en la acatisia (3 nuevos casos y 3 remisiones) como en el parkinsonismo (7 nuevos casos y 8 remisiones).

Es de destacar la alta tasa de nuevos casos (28,8 %) y la baja tasa de remisiones que se hallaron para las disquinesias (1,7 %), lo que fue descrito ya en investigaciones previas.^{23, 24}

Globalmente, la incidencia hallada de trastornos del movimiento en los 4 años fue alta (43,4 %, aproximadamente 11 % al año).

El sexo masculino se asoció a un riesgo estadísticamente significativo para desarrollar disquinesias ($p < 0,01$).

La presencia de algún nuevo TM en el período estudiado fue alta: 55.6 % para los hombres y 40.0 % para las mujeres.

Tabla 7 | Prevalencia de TM en diferentes estudios

	Cualquiera	Parkinsonismo	Acatisia	Disquinesias
Janno, 2004	62 %	23 %	31 %	32 %
Halliday, 2002	-	35 %	15 %	43 %
Cardozo, 2007	63 %	60 %	7 %	18 %
Población 2006	59 %	53 %	5 %	17 %

Medias de puntuaciones

Cuando se evalúan las escalas ítem por ítem se observa, globalmente, una mayor gravedad en los trastornos del movimiento. No todos los cambios fueron estadísticamente significativos, pero muchos de ellos son clínicamente relevantes.

En el caso del parkinsonismo, la peoría en el ítem expresión facial y la mejoría en la rigidez fueron estadísticamente significativas. En ambos cortes se mantuvo la ausencia de registros de distonías crónicas, lo que es esperable por su muy baja prevalencia.²⁵

Para la acatisia, no se encontraron diferencias significativas, a pesar de una tendencia a la disminución de la media en todos los ítems de la escala de Barnes. La baja prevalencia de acatisia hace que se requiera una muestra mayor para obtener resultados significativos.

La disquinesia tuvo un más claro agravamiento en casi todos sus ítems, siendo varios de ellos estadísticamente significativos. Es especialmente relevante del punto de vista clínico la evolución deficitaria del ítem «gravedad». Esta evolución es consistente con el envejecimiento de la población estudiada.²² Las diferencias significativas en los ítems que abarcan cara, labios y zona perioral pueden estar vinculadas a la aparición más precoz de trastornos del movimiento en estas zonas.²⁶ Al igual que en el trabajo de 2006 y como consta en otros trabajos,²⁷ la escasa conciencia del trastorno por parte del paciente se mantiene y no está vinculada al agravamiento del trastorno.

Relación de los TM con otras variables

Edad

Los picos en parkinsonismo y disquinesias se mantienen en el rango 70 a 79 años, tanto en la población estudiada en 2006 como en el subconjunto de esta población que fue incluido en el presente estudio. En 2010, el pico de prevalencia por edad del parkinsonismo aumenta al rango 80-89 años, mientras que el de disquinesia aumenta a un 100 % de los casos a partir de los 70 años.

Es de destacar el amplio rango de edad en el que pueden presentarse nuevos casos de cualquiera de los TM analizados: por encima

de los 30 años la incidencia nunca es menor al 30 %.

Sexo

No se encontraron diferencias significativas en la evolución de la prevalencia puntual de diferentes trastornos del movimiento con relación al sexo, excepto para la disquinesia tardía en el sexo masculino, que pasa de una prevalencia de 18 % en el año 2006 a 42 % en el año 2010.

Estadía

No se halló un vínculo significativo entre los TM y el tiempo de estadía mayor o menor de diez años, observándose solo cambios ostensibles para acatisia, que pasó de una media de 7,33 a 23,0 años.

Diagnóstico

No se encontraron diferencias significativas en las prevalencias puntuales de parkinsonismo según diagnóstico en los períodos estudiados. Lo mismo sucede con la acatisia, que adopta una distribución por diagnóstico idéntica en ambos períodos.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de disquinesias en pacientes esquizofrénicos en el 2010 (55 %) con relación al 2006 (26 %), registrándose un aumento a más del doble. El 31 % correspondía a nuevos casos. No se encontró una diferencia significativa en pacientes con retardo mental. Esto puede deberse al vínculo documentado en otros trabajos entre esquizofrenia y disquinesias, como epifenómenos y como producto de el uso mayor y por tiempos más prolongados de antipsicóticos.^{28, 29}

Tampoco se encuentran diferencias significativas cuando se toma en cuenta la prevalencia de cualquier trastorno del movimiento, que de todos modos es superior al 70 % en ambos cortes para pacientes esquizofrénicos y presenta una incidencia superior al 40 % para cualquier diagnóstico.

Medicación

Se observa en general una tendencia al aumento del uso de antipsicóticos atípicos sin

una disminución correspondiente en el uso de antipsicóticos convencionales. Esto lleva a un aumento estadísticamente significativo del porcentaje de pacientes con una mezcla de antipsicóticos (de 24 % a 44 %), a una disminución estadísticamente significativa del uso de antipsicóticos convencionales solos (de 36 % a 17 %) y un aumento significativo del uso conjunto de medicación de depósito con antipsicóticos atípicos (de 12 % a 32 %).

No se observó diferencias significativas en el uso de otros fármacos (a pesar de un aumento notorio en el uso de estabilizadores del humor, que algunos autores vinculan a cambios en TM).³⁰ No se encontró diferencias en la prevalencia de TM según el uso de benzodiazepinas, hecho constatado en el trabajo tomado como referencia, así como por otros autores.³¹

El 7,1 % de los pacientes que presentaron TM no recibió medicación antipsicótica en ningún periodo.

Con los datos actuales, no fue posible establecer un vínculo entre el uso de antipsicóticos y los cambios en las prevalencias de trastornos del movimiento.

Conclusiones

Se realizó un trabajo de tipo descriptivo, longitudinal, de una cohorte de pacientes hospitalizados con patología psiquiátrica crónica en dos cortes transversales, realizados con 4 años de diferencia.

De los datos recabados destacamos la alta prevalencia e incidencia de trastornos del movimiento en general y de parkinsonismo y disquinesias, en particular.

Nos parece clínicamente relevante el hecho de que, a pesar de tratarse de pacientes psiquiátricos crónicos, es una población muy dinámica, tanto en relación con diagnósticos (casi 30 % presentó un cambio en el diagnóstico) como en relación con los propios trastornos del movimiento: amplio rango de edad y tiempo de estadía en la aparición de nuevos casos. Los pacientes esquizofrénicos mostraron un aumento notorio en la prevalencia de disquinesias.

Destacamos como limitaciones del estudio la reducción de la muestra inicial de 101 pacientes a 59, lo que limita la posibilidad de encontrar diferencias significativas en algunos casos. También es una limitante lo acotado de la población (pacientes institucionalizados), que impide extrapolar los datos a la población de pacientes psiquiátricos crónicos en general.

Los datos recabados constituyen el único estudio longitudinal de movimientos anormales en nuestro medio, aporte que consideramos relevante para la práctica clínica.

Agradecimientos

Al equipo de la Dirección de la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi, al personal de la institución y a los pacientes por su colaboración en la realización de este estudio.

Referencias bibliográficas

1. **Sadock BJ, Sadock VA.** Sinopsis de Psiquiatría. 10.^a ed. Barcelona: Ed. Lippincott, Williams & Wilkins; 2008, 1470pp.
2. **Lennox BR, Lennox GG.** Mind and Movement: the Neuropsychiatry of Movement Disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72(suppl I):i28-i31.
3. **Virani AS, Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ.** Clinical Handbook of Psychotropic Drugs. 18th ed. Hogrefe & Huber Publishers; 2009, 372pp.
4. **Honer WG, Kopala LC, Rabinowitz J.** Extrapyramidal symptoms and signs in first-episode, antipsychotic exposed and non-exposed patients with schizophrenia or related psychotic illness. *J Psychopharmacol* 2005; 19(3):277-285.
5. **Arana GW.** An overview of side effects caused by typical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 8):5-11.
6. **Correll CU, Leucht S, Kane JM.** Lower Risk of Tardive Dyskinesia Associated with Second Generation Antipsychotics:

- A Systematic Review of 1-Year Studies. *Am J Psychiatry* 2004; 161:414-425.
7. **Chakos M, Lieberman J, Hoffman E, Bradford D, Sheirman B.** Effectiveness of Second Generation Antipsychotics in Patients with Treatment-Resistant Schizophrenia: A Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *Am J Psychiatry* 2001; 158:518-526.
 8. **Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M, Green AI, Gur RE, Kahn R et al.** Comparative Efficacy and Safety of Atypical and Conventional Antipsychotic Drugs in First-Episode Psychosis: A Randomized Double-Blind Trial of Olanzapine Versus Haloperidol. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1396-1404.
 9. **Marder SR, Glynn SM, Wirshing WC, Wirshing DA, Ross D, Widmark C et al.** Maintenance Treatment of Schizophrenia With Risperidone or Haloperidol: 2 Year Outcomes. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1405-1412.
 10. **Castillo R, Labraga F.** A propósito de un caso de Disquinesia Precoz. *Rev Psiquiatr Urug* 1986; 51(301):42-46.
 11. **Da Silva F, Castillo R.** Disquinesia Tardía en 30 pacientes del Hospital Psiquiátrico tratados con neurolépticos. *Rev Psiquiatr Urug* 1989; LIV:185-192.
 12. **Arduino M, Cáceres D, Grasés E.** Aspectos histórico-estadísticos acerca de los pacientes esquizofrénicos internados en las colonias Dres. Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi en un período de 80 años. *Rev Psiquiatr Urug* 1995; 59(330):19-34.
 13. **Cardozo A, Escobal M, Frontini MA, Katz I, Marrero MC, Valerio J.** Prevalencia de trastornos del movimiento en pacientes internados en un hospital psiquiátrico de pacientes crónicos. *Rev Psiquiatr Urug* 2007; 71(1):51-60.
 14. OMS, CIE-10. Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales. Descripciones y Pautas de Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992: 315pp.
 15. **Bobes J, Portilla MPG, Bascarán M, Sáiz PA, Bousoño M.** Banco de instrumentos básicos para la práctica clínica. Barcelona: Ed. Ars Medica; 2002: 142pp.
 16. **Calvo-Gómez JM, Sánchez-Pedraza R, Jaramillo-González LE, Tarcisio-Mantilla C.** Validación de una Escala para la Evaluación de Síntomas Colaterales Extrapiramidales de Simpson-Angus. *Rev Salud Pública* 2006; 8(1):74-87.
 17. **Gervin M, Barnes TRE.** Assessment of drug-related movement disorders in schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6:332-343.
 18. **Schooler NR, Kane JM.** Research diagnoses for tardive dyskinesia. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:486-487.
 19. PSPP. Versión 0.6.2. Disponible en: <<http://www.gnu.org/software/pspp/>. 2009>. (Consulta: oct. 2010.)
 20. **Janno S, Holli M, Tuisku K, Wahlbeck K.** Prevalence of Neuroleptic-Induced Movement Disorders in Chronic Schizophrenia Inpatients. *Am J Psychiatry* 2004; 161:160-163.
 21. **Halliday J, Farrington S, Macdonald S, MacEwan T, Sharkey V, McCreadie R.** Nithsdale Schizophrenia Surveys 23: movement disorders, 20-year review. *Br J Psychiatry* 2002; 181:422-427.
 22. **Dean CE, Thuras PD.** Mortality and tardive dyskinesia: long-term study using the US National Death Index. *Br J Psychiatry* 2009; 194, 360-364.
 23. **Saltz BL, Woerner MG, Kane JM, Lieberman JA, Alvir JM, Bergmann KJ, et al.** Prospective Study of Tardive Dyskinesia Incidence in the Elderly. *JAMA* 1991; 266(17):2402-2406.
 24. **Jeste DV, Lacro JP, Palmer B, Rockwell E, Harris MJ, Caligiuri MP.** Incidence of Tardive Dyskinesia in Early Stages of Low-Dose Treatment With Typical Neuroleptics in Older Patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:309-311.

25. **Friedman JH, Kucharski LT, Wagner RL.** Tardive dystonia in a psychiatric hospital. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987; 50:801-803.
26. **Brown T.M, Stoudemire A.** Psychiatric Side Effects of Prescription and over the medication. USA: American Psychiatric Press; 1998.
27. **Arango C, Adami H, Ser JD, Thaker GK, Carpenter WT Jr.** Relationship of Awareness of Dyskinesia in Schizophrenia to Insight Into Mental Illness. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1097-1099.
28. **McCreadie RG, Padmavati R, Thara R, Srinivasan TN.** Spontaneous dyskinesia and parkinsonism in never-medicated, chronically ill patients with schizophrenia: 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 2002; 181:135-147.
29. **Chatterjee A, Chakos M, Koreen A, Geisler S, Shertman B, Woerner M et al.** Prevalence and Clinical Correlates of Extrapiramidal Signs and Spontaneous Dyskinesia in Never-Medicated Schizophrenic Patients. *Am J Psychiatry* 1995; 152(12):1124-1729.
30. **Simpson, GM.** The Treatment of Tardive Dyskinesia and Tardive Dystonia. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 4):39-44.
31. **Pies R. W.** Manual de Psicofarmacología básica. Barcelona: Masson; 2000, 382pp.