



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Facultad de Ciencias Médicas y Clínicas

Escuela de Ciencias Médicas y de la Enfermería

Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciado (a) en
Urgencias Médicas y Desastres

Tesis

Manejo de Pacientes con Crisis Convulsiva en el Sistema Único de
Manejo de Emergencias (SUME) en el área metropolitana de
Panamá de 2020 - 2021

Presentado por:

Almengor Martínez, Inis 8-939-1684

Asesor:

Mgter. Andrés Jones Lagrutta

Panamá, 2021

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por toda la sabiduría y fuerzas necesarias durante todo el proceso, por todas las oportunidades que me brindó para que se hicieran posibles mis estudios.

A mis abuelos Aura Meléndez y Oscar Martínez, por toda la motivación, entusiasmo y apoyo incondicional que me brindaron durante toda mi carrera y por ser esas personas encargadas de recordarme cada día, que era capaz de lograrlo sin importar lo difícil que fuera el proceso.

A mi papá Inis Almengor, por cada consejo y ayuda que me dio a lo largo de mi formación universitaria.

Inis Almengor

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, por ser el centro de mi vida y el inspirador que me motiva en cada etapa de mi vida y sobre todo durante mi carrera universitaria, aquel que me regaló la dicha e hizo posible la culminación de mis estudios.

A mis abuelos, aquellos que han estado conmigo desde mis primeros días de vida y sobre todo en los momentos más difíciles de la carrera, quiero agradecerles por todo ese apoyo que depositaron en mí para culminar mis estudios.

A mi papá, aquel que me aconsejaba y animaba después de todos esos días y turnos difíciles, el que me motivaba y decía que por más difícil y lejos que se viera el final, con la ayuda de Dios lo podía lograr y el que me enseñó a tomar todos los comentarios malos como impulso para llegar a la meta.

De forma muy especial a mis profesores Milkos Ruiz, Manuel Rodríguez (El Puma), Oliver Paredes, Ricardo Hughes, Samuel Atencio, que brindaron todos sus conocimientos con el fin de formar en mí una profesional. De igual forma al resto de los profesores que me impartieron clases durante toda mi carrera universitaria.

A la Dra. Margrethe Pittí, por todas las explicaciones y casos clínicos durante mis prácticas en el hospital. A todos los instructores del Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME) por todo el tiempo y conocimiento impartido durante mis prácticas universitarias.

A mis dos compañeras I. Gaona y L. Moreno. Que durante mi periodo universitario fueron de gran apoyo para mí.

Inis Almengor

RESUMEN

La siguiente investigación tiene como prioridad resaltar la atención y el manejo de pacientes con crisis conversivas a nivel prehospitalario, específicamente en el SUME. La misma tiene como propósito evaluar el manejo de los técnicos en urgencias médicas al abordar pacientes con crisis conversiva y determinar la prevalencia de atención de estos casos en el SUME. Así como, describir los factores desencadenantes de una alteración conversiva que presente un individuo sano e identificar las características clínicas más frecuentes en estos pacientes. Además de, construir protocolos adecuados para el manejo de los mismos a nivel prehospitalario y brindarle a los TUM una orientación que facilite el manejo de estos pacientes.

Esta investigación se realiza bajo un diseño mixto (con un enfoque exploratorio) con una población de 131 TUM. Se escogió de forma aleatoria una muestra de 51 técnicos a través de plataforma digital (Epiinfo). Los resultados de esta muestra nos dan a conocer una frecuencia de atención de pacientes con crisis conversiva en el 66.7% de los despachos, lo que nos indica una alta frecuencia en la atención para este tipo de pacientes. También, es importante resaltar que el 96.1% de estos pacientes son del sexo femenino y de estos 88.3% son de edades jóvenes entre los 15 – 35 años.

Como resultado se concluyó que al ser los TUM los implicados en brindar la primera atención durante la crisis, deben contar con un protocolo que les permita brindar una atención y un manejo adecuado para estos pacientes.

Palabras claves: Crisis conversiva, enfermedades mentales, trastornos somatomorfos, trastorno conversivo, contención mecánica.

ABSTRACT

The purpose of this following research is to highlight the management and care provided to patients with a conversion disorder at the prehospital level, specifically in the SUME. Its objective is to evaluate the EMTs management when approaching patients with a conversion crisis and determine the prevalence of these cases in the SUME. And thus, be able to describe the triggers of a conversion crisis in a healthy individual and identify the most frequent clinical characteristics in these patients. Also, build adequate protocols to provide the required care at the prehospital level and present the EMTs with a guide that facilitates their management.

This research is carried out under a mixed design (with an exploratory approach) between a population of 131 EMTs. A sample of 51 technicians was randomly chosen through a digital platform (Epiinfo). The results of this sample revealed a frequency of 66.7% of these cases among all their dispatches, which indicates a high frequency of attention for these patients. Also, it is important to highlight that 96.1% of these patients are female and from these, 88.3% are quite young, between 15 - 35 years old.

As a result, it was concluded that since the EMTs are those involved in providing the first care during the crisis, they must have a protocol that allows them to provide adequate management and care for these patients.

Keywords: Conversion crisis, mental illnesses, somatoform disorders, conversion disorder, mechanical restraint.

CONTENIDO GENERAL

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCION	9
CAPÍTULO I	11
CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1. Planteamiento del problema.....	12
1.1.1 Antecedentes teóricos.....	12
1.1.2 Situación actual.....	15
1.2 Problema de investigación.	18
1.3 Justificación.....	18
1.3.1 Importancia	18
1.3.2. Aportes.....	19
1.4 Hipótesis de la investigación	20
1.5 Objetivos	20
1.5.1 Objetivos generales:	20
1.5.2 Objetivos específicos:	21
CAPÍTULO II	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	23
2.1 Trastornos mentales.....	23
2.1.1 Concepto.....	23
2.1.2 Trastornos mentales más comunes	23
2.2. Trastorno somatomorfos	28
2.2.1 Concepto.....	28
2.2.2 Clasificación.....	30
2.3 Trastorno conversivo	31
2.3.1 Concepto.....	31
2.3.2 Historia.....	32

2.4 Crisis conversiva	33
2.4.1 Concepto.....	33
2.4.2 Manifestaciones clínicas	34
2.4.3 Causas.....	38
2.4.4 Diagnóstico diferencial	38
2.4.5 Manejo de pacientes con crisis conversiva	40
2.4.8 Manejo de paciente agitado, violento o poco colaborador	47
2.5 Comparación de un trastorno conversivo y una crisis conversiva.....	52
2.6 Comparación de una crisis de ansiedad y una crisis conversiva	53
CAPÍTULO III	55
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	56
3.1 Diseño de investigación	56
3.1.1 Tipo de estudio.....	56
3.2 Población, sujeto y muestra	56
3.2.1 Población	56
3.2.2 Sujetos	57
3.2.3 Muestra	57
3.3 Variables	58
3.4 Instrumento, herramientas de recolección de datos, materiales y equipos.....	60
3.4.1 Procedimiento	60
CAPÍTULO IV	63
CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	64
CAPÍTULO V.....	76
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	77
5.1 Análisis de resultados	77
CONCLUSIÓN	119
LIMITACIONES.....	122
RECOMENDACIONES	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
ANEXOS	126
ÍNDICE DE CUADROS	152

ÍNDICE DE GRÁFICAS..... 154
ÍNDICE DE IMÁGENES 157

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tendrá como tema principal el manejo de la crisis conversiva a nivel prehospitalario. Tomando en cuenta que la crisis conversiva es una alteración que afecta a nivel motor y sensorial a un individuo sano que se presenta de forma súbita a consecuencia de la exposición de diversos factores estresantes. La crisis conversiva tiene un mayor índice de ocurrencia en el sexo femenino que en el sexo masculino, el cual se presenta con mayor frecuencia en edades tempranas (adolescencia, adulto joven).

Los trastornos mentales en los últimos años han presentado un incrementado en la población mundial lo que arroja un aumento de pacientes con algún tipo de alteración psicológica, lo que ha obligado al personal de salud a capacitarse sobre esta área. La crisis conversiva como está dentro de los trastornos mentales no escapa de ser atendidas en el área prehospitalaria.

Debido a esto se realiza este trabajo de investigación con el fin de aclarar y orientar sobre el manejo de pacientes a nivel prehospitalario sobre la crisis conversiva.

En el capítulo I, se plantean los aspectos generales de la investigación como los antecedentes teóricos y situación del tema principal. De igual forma en este capítulo se exponen el problema de investigación, la justificación, hipótesis y los objetivos de la investigación.

En el capítulo II, se desarrolla el marco teórico que está conformado por todos los puntos relevantes e importantes a expresar sobre el tema central.

En el capítulo III, nombrado como marco metodológico, ya que en él se expresa el diseño, tipo, población, sujeto, muestra, variables e instrumentos utilizados en la investigación.

En el capítulo IV, se plantea una propuesta de intervención en busca de resolver el problema de investigación, conformado por dos protocolos sobre el manejo de pacientes con crisis convulsivas a nivel prehospitalario.

En el capítulo V, se presenta el análisis de los resultados obtenidos del instrumento de investigación aplicado a los Técnicos en Urgencias Médicas del Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME).

Para finalizar el trabajo de investigación, se muestran las conclusiones, limitaciones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexo de la investigación.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Los trastornos mentales con el pasar de los años han presentado un incremento en su tasa de incidencia y letalidad en la población lo que ha llegado a considerarse la epidemia moderna. Lo que trae como consecuencia el aumento de la atención de alteraciones mentales no solo a nivel hospitalario sino también en el área prehospitalaria, lo que ha despertado el deseo de investigar y ampliar conocimientos sobre los trastornos mentales sobre el personal de salud.

Los trastornos mentales abarcan un sinnúmero de patologías que tienen como enfoque alteraciones en la conducta, pensamiento, emoción y relación con el entorno de un individuo. Dentro de este sinnúmero de patologías se encuentra el trastorno conversivo (TC) el cual ha tomado un mayor auge en los últimos años principalmente afectando la población joven.

1.1.1 Antecedentes teóricos

Como ya antes se ha mencionado, el trastorno conversivo es un conjunto de signos y síntomas de tipo neurológico motor o sensorial o la combinación de ambos, que puede presentar un individuo sin explicación médica aparente, pero que puede estar relacionado con el entorno que lo rodea. Ya que es una alteración que tiene manifestaciones en el comportamiento, razonamiento y emociones del individuo puede ser considerado un desorden o enfermedad mental. Lo que lleva a resaltar que según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud los trastornos mentales o enfermedades mentales juegan un papel importante en la totalidad de patologías registradas a nivel mundial, lo cual constituye el 22,4% de la carga total de enfermedades en América Latina y del Caribe. (OPS Panamá, s.f.)

Según Bórquez (2016), refiere que los trastornos mentales tienen su mayor incidencia en edades tempranas entre la niñez y la adolescencia, lo que refleja que el 25% de la población joven en algún momento de su juventud desarrollarán alguna turbación mental. En su investigación argumentan que el 75% desarrollan una alteración mental antes de los 24 años, de igual forma deja evidencia de un 25,9% de predominio en las mujeres jóvenes, del cual solo 8,5% son diagnosticadas con un trastorno mental y solo el 4.7% reciben atención médica especializada.

Si la incidencia en población joven de sufrir una alteración mental es del 22,4%, solo el 6,6% del porcentaje total sufren un desorden somatomorfo, pero que a su vez solo el 2,5% padecen de trastorno conversivo.

Schnake Ferrer & Bennett (2003), publican un artículo sobre el diagnóstico diferencial entre crisis epiléptica (CE) y crisis histérica (CH), en el cual exponen que buscaban dar a conocer de forma global, la diferencia entre estas dos patologías sin tener que profundizar en ellas. La revista hace mucho énfasis en manifestaciones clínicas que ayudan al reconocimiento de estas dos patologías, en dicho artículo redactan que las crisis conversivas nunca suceden cuando la persona está sola mientras que una crisis epiléptica puede sucederle en cualquier momento, incluso cuando la persona duerme, de igual forma exponen que durante una CE la persona puede presentar alteraciones en la piel (palidez, cianosis) que en una CH no estarán presente, redactan que el reflejo corneal por lo general siempre estará presente en una crisis histérica mientras que en una crisis epiléptica no, y resaltan que durante una CE el paciente podrá presentar incontinencia de esfínteres mientras que en una CH no lo presentará.

Una investigación realizada en la universidad Dr. José Matías Delgado, en el antiguo Cuscatlán, en 2005, realiza un trabajo de investigación sobre prevalencia y patrones de tratamiento del trastorno conversivo en la unidad de emergencias de hospital nacional San Rafael, la cual dio a conocer que existe un índice muy bajo en esta región del país a comparación de países en desarrollo sobre la prevalencia de pacientes conversivos. Dicha investigación reflejó que los trastornos conversivos tienen un mayor nivel de incidencia en el sexo femenino con estado civil solteras y con residencia en áreas urbanas, teniendo como referencia que su motivo de consulta más frecuente a este centro de emergencias fue el dolor de cabeza y los desmayos. Esta investigación también expresa que el tratamiento más utilizado con estos pacientes fue el uso de sustancias placebos y ansiolíticos. (Chávez Ruiz & Flamenco Gómez, 2005)

La revista de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en 2008, publica un artículo sobre los trastornos somatomorfos en el cual destaca que las manifestaciones clínicas de un trastorno conversivo tienen una mayor posibilidad de que el cuadro sea verdaderamente conversivo cuando tiene un comienzo súbito, los movimientos o déficits remiten o vuelven espontáneamente, los cuales disminuyen o desaparecen cuando el enfermo se distrae y aumentan cuando el médico se concentra en el síntoma y dichos síntomas no son típicos de las enfermedades reconocidas y tiene una mejoría con uso de placebo o psicoterapia. La misma revista expone que es de suma importancia indagar en busca de otras enfermedades orgánicas y descartarlas, y que es fundamental que el evaluador no menosprecie la sintomatología del paciente y mantenga un respeto y credibilidad en relación especialista-paciente. (Cabrera Gaytán, Vallejos Paras, Jaimes Betancourt, & Ruíz Ruisánchez, 2008)

1.1.2 Situación actual

El trastorno conversivo es una patología que cuenta con muy pocos estudios tanto a nivel nacional como internacional, pero sí es un tema que ha tomado un gran auge en los últimos años lo que ha obligado a los especialistas a realizar investigaciones sobre el tema y ampliar estudios ya realizados para facilitar el manejo de estos pacientes.

Es importante resaltar que en el plano nacional no se encontraron investigaciones de actualidad sobre el TC. La mayoría de los estudios plasmados en este punto de la investigación sobre el trastorno conversivo son de origen internacional.

En la facultad de medicina de la Universidad de Chile, en abril del 2016, realizan una investigación sobre la prevalencia y variables asociadas a trastornos mentales comunes en centro de atención primaria, la investigación demostró un alto índice de incidencia de padecimiento de trastornos mentales en centros de atención primaria, en el que se consideraron las alteraciones más comunes, los trastornos depresivos y de ansiedad y los trastornos somatomorfos, en el que se destaca con un bajo índice las crisis conversivas en este nivel de atención. (Bórquez, 2016)

La revista de psiquiatría infanto-juvenil, en el 2017 publica un caso clínico sobre el trastorno conversivo infantil desde una orientación sistémico-experiencial en el cual expone el ingreso de un menor de 10 años a su hospital, con diagnóstico de vértigos paroxísticos benignos de la infancia, el mismo sin antecedentes de salud mental, pero sin antecedentes de migrañas intermitentes que ceden con ibuprofeno y extrasístoles supraventriculares sin repercusión hemodinámica con tratamiento por cardiología cada 1-2 años. La revista señala que familiares del paciente refieren mareos y posterior exacerbación alarmante de la misma, añadiendo episodios de desmayo, hipotonía y desconexión del medio, de

duración variable. Posteriormente a dichas crisis presenta en alguna ocasión sintomatología pseudo alucinatoria con marcada repercusión emocional. Exponen que el hospital al momento de su ingreso lo maneja con Sertralina 75 mg, Lorazepam 1mg, de igual forma resalta que el manejo de este paciente se dio a través de sesiones de frecuencia semanal individual, alternándose con sesiones conjuntas con los padres. Posteriormente se procede al alta de la sala de hospitalización y seguimiento desde el hospital de día. (Romero , García , & Morer, 2017)

Del Río Casanova, González Vázquez, & Justo (2018), presentan una investigación en la cual su objetivo es dar a conocer que los sujetos que padecen un TC presentan más disociación psico y somatomorfa, más ansiedad y depresión, mayores tasas de alexitimia y están más desregulados emocionalmente que los sujetos sanos.

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) plantea en su proyecto ISS que el trastorno conversivo es una alteración física que tiene inicio súbito y la misma sin presencia de patologías orgánicas presentes. Este proyecto da a conocer que el objetivo para el tratamiento de las crisis conversivas es centrarse en eliminar la crisis y tratar la sintomatología considerando la administración de sedantes y recomienda la utilización de benzodiazepinas, de igual forma resalta que estos pacientes necesitarán tratamiento de terapias psicológicas posterior al tratamiento antes mencionado (Climent López, y otros).

Todas estas investigaciones y publicaciones anteriores tienen diversos enfoques, pero con el mismo objetivo que es aclarar o brindar una actualización y un conocimiento sobre el reconocimiento, manejo y tratamiento de un trastorno conversivo en un individuo. Los mismos estudios demuestran que es

un tema poco estudiado lo que en muchas ocasiones limita al personal de salud brindar una adecuada atención a pacientes con una crisis conversiva ya que no existe suficiente literatura que plantee las principales manifestaciones clínicas o un protocolo o pasos a seguir con estos pacientes, lo que limita al profesional a solo brindar un manejo que alivie los primeros síntomas que refiere el paciente sin darse cuenta que su verdadero tratamiento va más allá de un medicamento sino más bien el tratamiento de estos pacientes debe ser dirigido a terapias psicológicas.

De igual forma, el sistema único de manejo de emergencias de Panamá cuenta con un protocolo de urgencias psiquiátricas dentro de sus protocolos de manejo de situaciones especiales, el cual puede ser una herramienta útil que le facilite y oriente al técnico en urgencias médicas sobre el manejo de pacientes con crisis conversivas a nivel prehospitalario, este protocolo en su revisión número 13, cuenta con una serie de pasos que el TUM debe seguir para el manejo de estos pacientes, esta guía inicia haciendo énfasis en la seguridad de la escena como paso principal seguido de la anamnesis, luego esta misma guía se subdivide dependiendo si el paciente es colaborador o no colaborador, este protocolo expone para el manejo de pacientes colaborador iniciar con la evaluación ABC y toma de signos vitales, seguido de una evaluación constante de signos indicadores de crisis de violencia inminente, el mismo indica mantener norma de contención verbal y ambiental con estos pacientes y traslado a un centro hospitalario. Este mismo protocolo indica el manejo que se le debe brindar a pacientes no colaboradores, indica que si el paciente se encuentra agitado se debe solicitar apoyo a entidades de seguridad o considerar contención física, reportar al médico de despacho y considerar la utilización de medicamentos antipsicóticos como el haloperidol en dosis de 5 – 10 mg intramuscular o el uso de un ansiolítico como el Midazolam o Diazepam, seguido de una evaluación ABC, toma de signos vitales, administración de oxígeno si es necesario y traslado a un centro médico. Si el paciente es no

colaborador, pero no está agitado expone el manejo para estos pacientes con contención verbal y ambientan y considerar de igual forma, una contención física de ser necesaria.

1.2 Problema de investigación.

Ante las situaciones expuestas surgen las siguientes interrogantes de investigación:

- **¿Cuál es el predominio del abordaje de pacientes con trastorno conversivo en prehospitalaria?**
- **¿El técnico en urgencias médicas (TUM) está capacitado para dar un diagnóstico diferencial de estos pacientes?**
- **¿El TUM está capacitado para dar el tratamiento correcto a los pacientes con trastornos de conversión?**

1.3 Justificación

1.3.1 Importancia

La atención prehospitalaria es aquella en la que se toman decisiones y acciones en situaciones de emergencias, lo que obliga a que todo el personal de salud que brinda este tipo de atención sea capacitado para el abordaje, diagnóstico y tratamiento de pacientes que estén pasando por alguna situación en la que se ve afectada su salud. Por lo que todo técnico en urgencias médicas es entrenado para tratar pacientes que estén pasando por cualquier emergencia que afecte su integridad física, como problemas cardíacos, gastrointestinales, afecciones a nivel cerebral, dificultades respiratorias, entre otros. Pero así como

es hábil para identificar y atender pacientes con los problemas ya antes mencionados, la mayor incógnita es si el técnico está entrenado para atender pacientes con trastornos conversivos.

Como el trastorno conversivo no es un tema común no es algo primordial que se le enseñe al técnico de cómo manejar a estos pacientes que presentan una crisis conversiva. Es por esto que se hace necesario el estudio y capacitación al personal de salud de cómo abordar, diagnosticar y dar un adecuado tratamiento con el fin de que el profesional en urgencias médicas sea capaz de reconocer a un paciente con trastorno conversivo así como es capaz de identificar y tratar un infarto agudo al miocardio, un accidente cerebro vascular y otras patologías que ponen en riesgo la vida del paciente.

Se sabe que con el pasar de los años se hace más común el manejo de pacientes con un desorden conversivo a nivel prehospitalario lo que hace indispensable proporcionar al personal medidas o protocolos estandarizados que le faciliten al técnico el reconocimiento y tratamiento de estos pacientes. Es cierto que estos pacientes no muestran afectación física y lo que requieren es una atención por especialistas en el tema (psicología), pero el técnico en urgencias médicas como es primer respondedor puede ser capaz de brindarle la primera ayuda y luego ser referidos con un personal idóneo y no solo ser catalogados como pacientes HI los cuales no necesitan un tratamiento por personal prehospitalario.

1.3.2. Aportes

Este estudio beneficiará al personal de salud como técnicos o licenciados en urgencia médicas, ya que se les facilitará una guía de cómo reconocer y tratar un paciente con trastorno conversivo en el área prehospitalaria, que aunque es un tema muy poco común, es indispensable saberlo ya que no se sabe cuándo

se tendrá la oportunidad de atender un paciente con esta patología y es mejor estar claros con el tema para saber cómo brindar una atención primaria a estos pacientes. Como es un estudio que está dirigido al personal de salud y busca aclarar las dudas sobre el manejo de paciente con una alteración conversiva puede ayudar de igual forma, a aclarar cuál debe ser el manejo que se le puede dar a pacientes con patologías mentales, lo cual puede ser una razón de un código de despacho de una ambulancia.

1.4 Hipótesis de la investigación

Según Pilar Baptista Lucio las hipótesis son las guías de una investigación o estudio. Las hipótesis indican lo que se trata de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado. Se derivan de la teoría existente y deben formularse a manera de proposiciones. De hecho, son respuestas provisionales a las preguntas de investigación.

- **Si al técnico en urgencias médicas se le provee capacitaciones sobre el manejo adecuado de pacientes con crisis conversiva y se le concientiza sobre la importancia de brindar una atención de calidad bajo los estándares y protocolos se lograría mejorar el tratamiento que se les da a pacientes conversivos.**

1.5 Objetivos

Los objetivos de una investigación son los que indican qué se quiere lograr o alcanzar en la investigación, por lo tanto, en esta investigación se plantean los siguientes objetivos.

1.5.1 Objetivos generales:

- Analizar los procedimientos que llevan a cabo los técnicos en urgencias médicas del sistema único de manejo de emergencias en el área metropolitana sobre el manejo de pacientes con crisis conversiva.

1.5.2 Objetivos específicos:

- Evaluar el manejo de los técnicos en urgencias médicas sobre el abordaje de pacientes con crisis conversiva.
- Determinar la prevalencia de atención de pacientes con crisis conversiva en el sistema prehospitalario en Panamá.
- Describir los factores desencadenantes de una crisis conversiva que se presente en un individuo sano.
- Identificar las características clínicas más frecuentes en pacientes con alteración conversiva en Panamá.
- Describir el tratamiento utilizado con mayor frecuencia en pacientes con crisis conversiva.
- Brindar una orientación que le facilite al TUM el manejo de pacientes con crisis conversiva.
- Construir protocolos sobre el manejo de pacientes con crisis conversiva a nivel prehospitalario.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Trastornos mentales

2.1.1 Concepto

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. De igual forma, plantea que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (Salud mental: fortalecer nuestra respuesta, 2018)

Si la salud mental va más allá de solo la ausencia de padecimientos o enfermedades, los trastornos mentales se pueden considerar como una enfermedad o afectación que se caracteriza por una alteración a nivel cognitivo, del comportamiento emocional de un individuo, y este trastorno le provocará alteraciones en las funciones básicas, y de igual forma se le dificulta adaptarse o dar a conocer sus emociones con el entorno que lo rodea.

2.1.2 Trastornos mentales más comunes

La organización mundial de la salud expone cinco trastornos mentales más comunes en la población en el cual señala la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia y el trastorno del desarrollo incluyendo el autismo. Estos antes mencionados son los trastornos mentales comunes a nivel mundial, los cuales tienen mayor predominio en la población y cuentan con diversas formas de manifestarse, pero en su mayoría causan

desorden a nivel del pensamiento, emociones y conducta de un individuo. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Existe una amplia gama de trastornos que son catalogados como enfermedades mentales, ya que se caracterizan por alteraciones a nivel emocional, de la conducta, pensamiento, y cognitivos en un individuo, sin embargo, de todos estos trastornos la mayoría no son comunes en la población, de esta totalidad solo una pequeña cantidad de estos cuentan con una mayor prevalencia en los individuos. Se puede mencionar que dentro de los trastornos más comunes en la población están la depresión, el trastorno bipolar, esquizofrenia, el trastorno somatomorfo, autismo, TDAH.

Depresión

Según Harley Zapata, “la depresión es un estado de abatimiento e infelicidad. (...), es un cuadro clínico que se asocia con pérdida de peso, alteraciones de la conducta social e ideas de muerte y suicidio” (Zapata Hernandez, 2013).

Es un trastorno que se caracteriza por la presencia de bajos niveles de estado de ánimo en un individuo en la mayoría de su tiempo, afectando sus funciones cotidianas, en la cual puede tener o no una causa aparente del porqué presenta ese sentimiento. Los síntomas más frecuentes en un individuo que padece de depresión son el desánimo, tristeza, ausencia o pérdida de interés, falta de energía, insomnio o dormir más de lo habitual, pérdida del apetito y en casos extremos deseo e intento de suicidio.

La depresión es una enfermedad que afecta al individuo en distintos periodos de vida, pero es más común en edades tempranas como la adolescencia y la tercera edad, este trastorno tiene una mayor prevalencia en mujeres que en los varones. Existen distintos tipos de depresión como aquella depresión que solo ocurre en

periodos cortos de la vida de un individuo como la depresión mayor leve como se le conoce porque solo ocurre una vez o dos veces en la persona, y de igual forma la depresión perinatal que es aquella que sufre la mujer durante o después del embarazo, pero también está el tipo de depresión que los síntomas son crónicos y persisten por mayor tiempo a la cual se le denomina distimia o trastorno distímico. Entre las causas más comunes de depresión están los factores de contar con antecedentes familiares, un alto nivel de estrés, conflictos en el entorno del individuo, pérdida de un ser querido y el abuso de alcohol y drogas. Esta alteración puede ser tratada por expertos en salud mental como los psicólogos o psiquiatras con medicamento, psicoterapias o la combinación de ambas para ayudar a disminuir y en algunos casos erradicar los síntomas en el paciente.

Esquizofrenia

Es una enfermedad mental que se caracteriza por presentar alteraciones a nivel del comportamiento, pensamiento y emociones del individuo, la misma presenta una combinación de signos y síntomas, a los cuales se le categorizan como síntomas positivos y negativos los que se califican para el diagnóstico de esta enfermedad. Es un trastorno mental en el que la persona que lo padece no logra distinguir entre lo que es real y lo que no lo es, causando desórdenes en su comportamiento y su ambiente social. Los síntomas más comunes en esta enfermedad son las alucinaciones, delirios y alteración del pensamiento y comportamiento a los cuales se les denomina como los síntomas positivos y el apagamiento emocional, anhedonia, abulia llamados síntomas negativos. No se conoce con exactitud las causas que provocan esta enfermedad, pero sí juega un papel importante los antecedentes familiares y el entorno que rodea al individuo.

La esquizofrenia es un trastorno grave del neurodesarrollo que dura toda la vida y que afecta la forma cómo una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden tener delirios, alucinaciones, lenguaje o

comportamiento desorganizado y capacidad cognitiva alterada. Pueden escuchar voces o ver cosas que no están allí. Pueden pensar que otras personas están leyendo sus mentes, controlando sus pensamientos o intentando hacerles daño. Estos comportamientos pueden asustar y desconcertar a las personas con la enfermedad y hacer que se aíslen de los demás o se pongan sumamente agitados. (La esquizofrenia, 2017)

Autismo

Es un trastorno del desarrollo que tiene sus inicios en los primeros años de vida, el cual provoca alteraciones en el individuo que lo padece como la falta o incapacidad de comunicación, dificultad para interactuar o socializar y le cuesta adaptarse a nuevos cambios. Es una alteración que afecta mayormente a los niños que a las niñas. De igual forma Francisco J. Rogel aclara que el autismo no es una enfermedad sino un síndrome clínico, presente desde los primeros meses de vida y que incluye alteraciones en conducta, comunicación verbal y no verbal e interacción social y emocional anómala. El niño autista habitualmente muestra un retardo importante en la adquisición del lenguaje, usa las palabras inadecuadamente y sin un adecuado propósito comunicativo. (Rogel Ortiz, 2005)

El grupo de infantes que padecen este síndrome en su gran mayoría son diagnosticados por presentar síntomas marcados en su lenguaje, su relación social con su entorno y un comportamiento repetitivo o manía. Estas manifestaciones clínicas son facilitadoras para el diagnóstico de autismo en un infante, tomando en cuenta otros hallazgos como la edad en la que presenta los síntomas, considerando que entre más pequeño sea el niño sus síntomas son más marcados y de igual forma su dificultad para desarrollarse es mayor. Este síndrome puede ser tratado para ayudar o mejorar la calidad de vida del niño con terapias que le ayuden a su desarrollo, de igual forma los padres del infante deben

recibir terapias para saber cómo manejar estos niños en sus hogares de una manera que le ayude.

Trastorno bipolar

Este trastorno es una enfermedad mental crónica que tiene como consecuencia alteraciones en el estado de ánimo y actividad de un individuo, los cambios que presenta la persona pueden ser de forma repentina y sin motivo alguno. Los individuos que padecen de un trastorno bipolar se caracterizan por su cambio brusco en su estado emocional, y dicho cambio es un punto esencial para su diagnóstico. Los individuos que padecen un trastorno bipolar pueden presentar limitaciones en su funcionamiento diario debido a su variabilidad en su estado de ánimo. Entre sus cambios emocionales estos pacientes presentan distintos episodios como la manía, excitabilidad o hiperactividad excesiva o periodos depresivos e hipo actividad.

La Universidad de Alcalá y la Asociación Española de Neuropsiquiatría exponen que el trastorno bipolar TB (antes llamado enfermedad maníaco-depresiva) se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. (Alonso Pinedo, Arce Cordón, & Benabarre Hernández, 2012)

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Es un trastorno que se distingue por ser desarrollado en los primeros años de vida de un individuo y se caracteriza por la presencia de síntomas específicos de este trastorno como la falta de capacidad para concentrarse y una conducta excesiva (hiperactividad). Es una alteración que no tiene cura al igual que la mayoría de los trastornos mentales, pero pueden ser tratados para disminuir el efecto de los

síntomas en los pacientes, este trastorno en particular si es manejado de forma eficiente los síntomas en el individuo pueden disminuir con el pasar de los años.

De igual forma se pueden clasificar los trastornos mentales más frecuentes según el tiempo de aparición y el área de afectación en el individuo como lo son los trastornos de ansiedad, somatomorfos, depresivos, en los cuales se sabe que tiene un alto nivel de afectación en el estado ánimo de los pacientes. Así mismo también se anexan los trastornos más comunes en la infancia como el autismo, TDAH, trastornos que se caracterizan por ser diagnosticados en los primeros años de vida del infante por el conjunto de alteraciones que repercuten en el comportamiento del niño.

Existe una amplia gama de trastornos mentales registrados a nivel mundial y es de suma importancia aclarar que la mayoría de estos trastornos no son frecuentemente atendidos o manejados extrahospitalarios. De la totalidad de estos trastornos mentales atendidos en el área prehospitolaria los más frecuentes que se pueden resaltar son la depresión, ansiedad, las hipocondrías, los trastornos bipolares y conversivos.

2.2. Trastornos somatomorfos

2.2.1 Concepto

La somatización es una tendencia a experimentar y comunicar distress somáticos y síntomas no explicados por hallazgos patológicos para atribuir la enfermedad física y buscar ayuda médica por ellos. (Navarro Ovando , 2009)

Por lo tanto, un trastorno somatomorfo es una patología que agrupa una serie de diversos sub-trastornos que se caracterizan por alterar el funcionamiento de la vida cotidiana de un individuo, mayormente está presente en individuos que no son capaces de expresar sus emociones, lo que provoca síntomas somáticos. Estos síntomas somáticos pueden ser diversos y dirigidos a alteraciones de los diferentes sistemas del organismo y comúnmente acompañado de quejas por dolor o cansancio.

Según (Riquelme I. & Schade Y., 2013) los Trastornos Somatomorfos, son un grupo de trastornos que abarcan síntomas físicos para los cuales no se ha hallado explicación médica que los justifique, pero que son lo suficientemente serios, como para causar al paciente una alteración en su funcionamiento laboral o social.

La revista CHIL NEURO-PSIQUIAT, describe en un artículo de investigación que los que padecen un trastorno somatomorfo son pacientes que presentan distintas dolencias físicas, sin una causa de naturaleza orgánica, sino más bien de carácter psicosocial. Son pacientes definidos como “hiperfrecuentadores” y/o “policonsultantes”, ya que asisten y utilizan los servicios de salud en forma frecuente, gastando una importante cantidad del tiempo de trabajo del cuerpo médico y recursos económicos significativos. (Schade Y., González C., Beyebach, & Torres C., 2010)

Esto quiere decir que la presencia de un trastorno somatomorfo en un individuo es a consecuencias de una acumulación de diversos sentimientos los cuales no puede exteriorizar de la forma correcta, provocando una alteración física sin causa orgánica explicable que refleje la alteración psicológica en este sujeto. Es la razón de la alta demanda de pacientes que acuden o utilizan servicios de salud por quejas y dolores que a la evaluación no tiene sustento patológico.

2.2.2 Clasificación

La clasificación de los trastornos somatomorfos según estudios está conformada por un conjunto de sub-trastornos que tienen como principal característica alteraciones de tipo somático.

Los trastornos somatomorfos se describen en los siguientes: trastorno de somatización, trastorno somatormo indiferenciado, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal, trastorno somatormo no especificado. (Cabrera Gaytán D. , Vallejos Paras, Jaimes Betancourt, & Ruíz Ruisánchez, 2008)

Navarro Ovando (2009), señala la existencia de ocho trastornos existentes dentro del trastorno somatormo, en el cual expone los siguientes: trastorno por somatización, trastorno somatormo indiferenciado, hipocondría, trastorno de conversión, trastorno por dolor, trastorno dismórfico corporal, trastorno somatormo no especificado y el trastorno facticio.

- **Trastorno por somatización:** el más común de todos los trastornos somatomorfos. Es un trastorno polisintomático, el mismo afecta varios sistemas sin explicación médica.
- **Trastorno somatormo indiferenciado:** es la presencia de síntomas físicos no congruentes con un padecimiento orgánico, estos síntomas persisten por seis meses o más, pero los mismos son insuficientes para ser diagnosticados como un trastorno somatormo.

- **Trastorno de conversión:** se caracteriza por la presencia de síntomas físicos de tipo motor o sensorial de inicio súbito sin comprobación orgánica, en consecuencias a alteraciones emocionales.
- **Trastorno por dolor:** este trastorno se caracteriza por la presencia de dolor como síntoma predominante, dicho síntoma puede llegar a crear una incapacidad en el paciente que provoque alteraciones en el funcionamiento normal del individuo, y altere su vida cotidiana.
- **Hipocondría:** es una alteración que se caracteriza por presentar una sensación constante y exagerada de padecer una enfermedad, basándose en la presencia de molestias, y dichos síntomas persisten aún con la comprobación de no padecerlos.
- **Trastorno dismórfico corporal:** este trastorno se caracteriza por la inconformidad del individuo de su físico, el mismo percibe con mayor frecuencia sus defectos corporales. Este desorden es más común en adolescentes y disminuye con el pasar de los años a la adultez.
- **Trastorno somatomorfo no específico:** esta clasificación antes conocida como trastornos somatomorfos atípicos, se le conoce de esta forma por abarcar distintas alteraciones mentales que no cumplen con todos los criterios o síntomas para ser diagnosticados como un trastorno de somatización.

2.3 Trastorno conversivo

2.3.1 Concepto

El trastorno conversivo es una patología psiquiátrica dentro de los trastornos somatomorfos que se caracteriza por presentar alteraciones tanto motoras como sensitivas en un individuo físicamente sano, que en su mayoría ocurren por exposición a un factor estresante en su entorno. En el que la mayoría de los casos afecta la población joven de sexo femenino.

El trastorno conversivo se presenta de manera súbita asociada a sintomatología neurológica bizarra de tipo motor, sensitivo o sensorial, donde no hay enfermedad orgánica que la sustente y hay evidencia de factores psicológicos relevantes como precipitantes y acompañantes. (Zapata Hernandez, 2013, p. 14-15)

De igual forma (Vaamonde Gamo, 2014, p. 714) exponen que las personas que padecen de estos trastornos presentan síntomas motores o sensitivos, o de ambos tipos, que se asemejan a una enfermedad neurológica, pero que no tienen origen en una enfermedad física conocida ni se puede explicar su origen, dándose la particularidad de que el enfermo no es consciente de lo que le ocurre.

2.3.2 Historia

El término trastorno conversivo es un concepto muy utilizado en la actualidad por especialistas de la psicología para describir la presencia de síntomas o alteraciones a nivel motor como sensitivo el cual no demuestra una explicación clínica de su causa. Los síntomas presentados en un trastorno conversivo tienen mucha relación con lo que en siglos anteriores se le conocía como histeria. Por lo que el término histeria y trastorno conversivo tiene en la actualidad una amplia relación, y podría considerarse el trastorno conversivo por sus síntomas como la histeria de la actualidad. Ya que en este siglo el término histeria no es utilizado para un diagnóstico. Por lo tanto, lo que antes se conocía como histeria en la actualidad se le identifica como trastorno por conversión, el cual se engloba dentro de los trastornos somatomorfos.

La utilización de la palabra histeria era manejada en la antigüedad para dar a conocer el padecimiento de una enfermedad que atacaba primordialmente al sexo femenino, en el cual se planteaba que las mujeres que eran diagnosticadas con histeria era a causa de la migración del útero lo cual ocasionaba la compresión de otros órganos y lo que causaba los síntomas característicos de esta enfermedad. De igual forma, en otras épocas estudios demostraron que la histeria era causada por espíritus demoníacos. Con el pasar de los años el término fue tomando un enfoque psicológico y no fue hasta que Sigmund Freud, el cual planteó el término trastorno conversivo para describir la presencia de una disconformidad del individuo lo que provocaba la aparición de síntomas somáticos. (Amoruso, 2010)

Lo que hoy conocemos como trastorno de conversión en el DSM-IV-TR, en otra época, junto con el trastorno de somatización, se denomina histeria. Este trastorno es una alteración somática que no se ajusta a los conceptos anatómicos y fisiológicos del SNC y periférico. (psiquiatría.com, 2020)

2.4 Crisis conversiva

2.4.1 Concepto

La crisis conversiva es una manifestación o episodios agudos de un trastorno conversivo de inicio súbito y espontáneo a consecuencia de una exposición a una situación estresante, que detona una serie de síntomas en el paciente que van desde alteraciones motoras, sensoriales y puede llegar a presentar irregularidades en otros sistemas. Esta crisis se caracteriza por presentar diversos síntomas sin evidencia médica aparente que sustente una patología orgánica de fondo.

Un alto índice de pacientes que padecen un trastorno conversivo y sufren episodios de crisis conversivas al momento de su evaluación presenta una estabilidad en todas sus constantes vitales, lo que se convierte en un punto a favor para el técnico en urgencias médicas que descarte patologías sistémicas y sospechar y reconocer que los síntomas que presentan estos pacientes son de tipo conversivos.

La Revista Argentina de Clínica Psicológica define las crisis conversivas como Crisis No Epilépticas Psicógenas (CNEP), las cuales presentan cambios paroxísticos en la conducta, en la sensopercepción o en la actividad cognitiva, limitados en el tiempo, que simulan crisis epilépticas generalizadas o parciales, pero que no obedecen a una descarga neuronal anómala, sino que están generadas por distintos mecanismos psicológicos. (Korman, y otros, 2017)

Esto da a entender que las crisis conversivas no siguen un patrón normal o secuencial de una patología por daño a nivel cerebral, pero que más bien estas crisis tienen un trasfondo psicológico que altera el pensamiento, la conducta y la manera de expresarse de un individuo.

2.4.2 Manifestaciones clínicas

La crisis conversiva es una situación que presenta diversa sintomatología que puede causar confusión entre el personal de salud, ya que puede manifestarse con presencia de alteración a nivel motriz como sensorial en la cual se pueden tener diversas sospechas de otras patologías. Por esto el libro Tintinalli expone que los pacientes con Trastornos Conversivos presentan síntomas inconscientemente que indican un trastorno físico o neurológico. Los síntomas no son producidos de manera consciente por el paciente. Por lo general surgen en respuesta a un factor estresante o a un conflicto, no se limitan al dolor o la

disfunción sexual y no son explicables por una causa orgánica conocida o un patrón de respuesta culturalmente aceptada. (Cline, Cydulka , & Handel)

Como el TC tiene un conjunto de síntomas, lo que se busca es enfatizar cuáles son los síntomas más comunes que caracterizan a una crisis conversiva. Por lo tanto la revista CHIL NEURO-PSIQUIAT expone la diferencia entre los síntomas de un trastorno somatomorfo y un trastorno conversivo, en su artículo plasman que la sintomatología más común de un TS son el dolor abdominal, cefalea, dolor torácico, vómitos e intolerancia alimenticia, mientras que en un TC los síntomas que mayor están presente son los desmayos, ataxia y las convulsiones psicógenas no epilépticas (CPNE) y estas dos últimas pueden ser fluctuantes, atípicas, exageradas, sin correlato lesional atribuible y con pobre reflejo emocional. (Arancibia M., Sepúlveda A., Martínez-Aguayo, & Behar A., 2016)

Tomando en cuenta diversos estudios previos a esta investigación se puede plantear que las manifestaciones clínicas más comunes en pacientes con una alteración conversiva van desde síntomas leves y más frecuentes a síntomas severos y atípicos. Por lo tanto, se expone la sintomatología más común la cual le ayudará al TUM al reconocimiento temprano de pacientes con crisis conversiva en prehospitalaria. Dichos síntomas con mayor frecuencia son los siguientes:

Sintomatología:

- Cefaleas
- Mialgias
- Dolor abdominal
- Mutismo, afonía
- Lipotimia o síncope

- Parálisis o debilidad localizada
- Alteración del equilibrio
- Alteración de la visión (ceguera, visión borrosa o visión doble)
- Retención urinaria (sensación o incapacidad de no poder orinar)
- Movimientos involuntarios o tics
- Respiración rápida y superficial
- Convulsiones psicógenas

El cuadro clínico antes mencionado puede ser la sintomatología leve y más frecuente que puede presentar una persona durante una crisis conversiva, sin embargo, no quiere decir que el paciente presentará todos los síntomas antes mencionados de forma simultánea, tomando en cuenta que cada paciente manifestará la crisis de una manera diferente. Lo que obliga al personal de salud a evaluar estos pacientes de forma minuciosa en busca de síntomas que reflejan y aclaren una alteración conversiva.

Este cuadro clínico puede variar dependiendo del paciente y el tipo de conversión que presente el mismo, ya que los pacientes pueden manifestar crisis conversivas con alteración a nivel motor o podría presentar una crisis con déficit sensitivo, como también puede manifestarse un déficit conversivo con síntomas viscerales o con crisis convulsivas. De igual forma, los pacientes presentarán estos síntomas de forma continua o intermitente.

Se sabe que la valoración de los pacientes depende mucho de cuanto el paciente exprese sus padecimientos o lo que siente en el momento de la intervención del TUM, pero de igual forma se atienden pacientes inconscientes en el cual el reconocimiento y manejo puede ser un poco diferente, ya que el técnico no cuenta con suficiente información sobre el paciente. Por lo que un técnico en urgencias médicas puede ser despachado para atender pacientes con crisis conversivas que

al momento de su llegada se encuentra inconsciente y se cuenta con poca o escasa información sobre el mismo. Por lo tanto, se plantea una serie de signos que el paciente con crisis conversiva puede presentar al momento de estar inconsciente.

El paciente con una crisis conversiva que esté inconsciente presentará signos que facilitarán su reconocimiento como, movimientos rápidos de los párpados y labios del paciente, quejas, extremidades rígidas, y si el paciente llegara a reaccionar, el mismo puede presentar una mirada perdida y desorientada, balbuceos y respiraciones rápidas y superficiales, el mismo se notará exaltado.

Uno de los puntos a favor para el TUM que le ayudará a reconocer que los síntomas que presentan estos pacientes pueden ser de tipo conversivo que buscan respuesta a una problemática, puede ser la presencia de un cuadro clínico de forma transitoria y ser más marcados al momento de la evaluación, de igual forma las manifestaciones del paciente que pueden asegurar que estos síntomas son de origen conversivo es la conservación de un buen estado de los reflejos corneales, pupilar y osteotendinosos, lo que descarta un daño a nivel cerebral en estos pacientes. Los desmayos y convulsiones en estos pacientes son muy comunes en su cuadro clínico, sin embargo, es fácil de descartar este tipo de sintomatología, ya que el paciente cuidará la forma de presentarlos sin tener que sufrir golpes al momento de padecerlos, siempre buscará la forma de caer, hacer las flexiones y extensiones sin tener contacto con su entorno, se sabe que en un desmayo o convulsiones verdaderas el paciente no controlará el momento o lugar donde le pasará y siempre tendrá contacto de forma negativa con lo que lo rodea. De igual forma, la ausencia de confusión, un estado post-ictal, relajación de esfínteres, laceración de la mucosa, puede indicar la presencia de una convulsión

psicógena. Todo esto antes mencionado le facilitará al TUM a reconocer que es un síntoma conversivo.

Es indispensable destacar la importancia de realizar una evaluación neurológica que descarte que la presencia de las convulsiones no son de origen neurológico, sin embargo, que los resultados del examen sean negativos no descarta la posibilidad de que lo sean, pero sí arroja un alto nivel de validación que no sea de origen neurológico.

2.4.3 Causas

Siempre hay que resaltar que la presencia de una crisis conversiva o sintomatología conversiva no tiene relación o no se debe al uso de alcohol, drogas o fármacos que alteran al paciente y causan estos síntomas, la presencia de estos síntomas no tiene una explicación aparente o algo que confirme la presencia de una patología orgánica de fondo. Pero sí existen factores predisponentes en un individuo que lo haga susceptible a padecer o pasar por un trastorno conversivo. Entre los factores más frecuentes se pueden mencionar:

- Problemas familiares
- Problemas de parejas
- Sobrecarga de trabajo
- Estrés
- Depresión

2.4.4 Diagnóstico diferencial

Existe una serie de características que le facilita al TUM el reconocimiento e impresión diagnóstica de una crisis conversiva en un individuo. Cuando estas

características próximas a mencionar están presentes, la posibilidad de que el suceso sea verdaderamente conversivo es mucho mayor.

Dichas características son las siguientes:

- Comienzo súbito.
- Los movimientos o déficits remiten o vuelven espontáneamente.
- Son generalmente marcados, pero atípicos o extraños.
- Disminuyen o desaparecen cuando el enfermo se distrae.
- Aumentan cuando el médico se concentra en el síntoma.
- Presencia de signos que no son típicos de las enfermedades reconocidas.
- Carecen de signos típicos de estas enfermedades.
- Resolución con placebo o psicoterapia.
- Siguen el patrón psicológico del déficit motor y no el orgánico.

(Gaedicke Hornung & González Hernández , 2010)

El paciente que presente los parámetros antes mencionados tiene una mayor probabilidad de estar padeciendo una crisis conversiva que cualquier otra patología, de igual forma este cuadro se comprueba o va en conjunto con la presencia de síntomas de tipo conversivo. Tanto la sintomatología como el progreso o presencia de estos síntomas va a determinar si el paciente está pasando por una crisis conversiva o no. Lo que obliga al técnico en urgencias médicas a realizar una anamnesis exhaustiva y pruebas en busca de signos y síntomas que descarten una patología de fondo y realce el padecimiento de una crisis conversiva en un individuo.

Como es importante la sintomatología y signos del paciente para determinar si está pasando por una crisis conversiva, de igual forma es indispensable contar

con estudios de laboratorio para tener una mayor seguridad en el diagnóstico de estos pacientes y descartar la presencia de una patología orgánica.

Sí es cierto que a nivel prehospitalario no se cuenta con los equipos necesarios para realizar exámenes de laboratorios, sin embargo, el hecho de no contar con estos exámenes no nos quita el criterio de sospechar que el paciente pudiera estar presentando una alteración conversiva por su inicio, factor detonante, estabilidad en sus constantes vitales, la falta de signos y síntomas que completen una patología orgánica, los síntomas remiten con psicoterapias, población afectada (edades jóvenes-femenino), todo lo antes mencionado puede facilitar al TUM a sospechar la presencia de una crisis conversiva.

2.4.5 Manejo de pacientes con crisis conversiva

No existen protocolos o guías sobre el manejo y tratamiento de pacientes con crisis conversiva a nivel prehospitalario, sin embargo, estos pacientes al igual que todos deben recibir una atención eficiente y que ayude a disminuir y aliviar sus síntomas, por lo tanto, se expresa que el tratamiento para estos pacientes va a depender de los síntomas conversivos que presente el individuo y el grado de afectación que provoque en él. Se sabe que existen una amplia gama de síntomas conversivos que van desde síntomas leves a otros con mayor severidad y dependiendo de la intensidad y afectación que provocan estos síntomas así se le debe asignar el tratamiento correspondiente para disminuir dichos síntomas. De igual forma, el tratamiento que se les brinde a estos pacientes también va a tener una influencia en la fase en la que se atiende al paciente, esto depende de si se brinda el tratamiento en el justo momento de la crisis o es una atención de un padecimiento crónico o tratamiento a largo plazo. El tratamiento para estos pacientes siempre tiene el mismo objetivo que es disminuir o erradicar los síntomas y las causas de la patología.

Se habla de terapias psicológicas como tratamiento obligatorio para pacientes que padecen de un trastorno conversivo tanto en el momento de la crisis conversiva como en el manejo del padecimiento crónico de la enfermedad. Esta terapia debe dársele a todo individuo que presente síntomas conversivos en que se hayan descartado patologías orgánicas.

El manejo que se le da a pacientes con crisis conversiva va a variar un poco su enfoque al de un trastorno crónico por ser un tratamiento que busca hacer cesar los síntomas en el preciso momento de la crisis, por lo que se recomienda la utilización de medicamento que disminuyan los síntomas como analgésicos, sedantes como las benzodiazepinas o los antipsicóticos, los cuales buscan disminuir el nivel de estrés del paciente y relajarlo, este tratamiento va de la mano con una psicoterapia que busca ayudar en el comportamiento, bienestar físico y mental en el paciente. El tratamiento que se dé durante la crisis conversiva va a depender de los síntomas y nivel de alteración y agitación del paciente.

Según Chávez Ruiz & Flamenco Gómez (2005), refiere que 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.

Como el técnico en urgencias médicas brinda sus servicios en situaciones de emergencias, se recomienda al TUM que durante una crisis conversiva puede aplicar el protocolo de primeros auxilios psicológicos a estos pacientes para ayudarles a disminuir sus síntomas. Este protocolo se basa en brindarle al paciente seguridad, protección, confianza y aliviar sus síntomas. De igual forma tiene como objetivo buscar en el paciente equilibrio y aceptación con la realidad

de la situación actual. Estos objetivos se obtienen con la escucha activa del paciente de manera respetuosa y sin invadir el espacio personal del mismo, esto garantizará la confianza y exteriorización del paciente con el personal de salud que le brinde la ayuda en el momento de la crisis. Una vez la crisis ha cesado en el paciente, debe considerarse el traslado a una unidad hospitalaria que cuente con un especialista, el cual se encargará de brindarle un tratamiento a largo plazo que busca acabar con el trastorno.

Existe una guía que ayuda a implementar los primeros auxilios psicológicos en los pacientes, con una nemotecnia denominada ACERCARSE que busca organizar los pasos a seguir durante la intervención de los pacientes en crisis. El protocolo cuenta con una serie de ocho fases a seguir: Ambiente, Contacto, Evaluación, Restablecimiento emocional, Comprensión de crisis, Activar, Recuperación de funcionamiento, Seguimiento.

Ambiente

Primera fase. Busca tener contacto con la crisis y situación actual que le sucede al paciente y conocer lo sucedido y el volumen de la situación antes de tener contacto directo con el mismo paciente. Más que nada es obtener una impresión inicial de la escena. De igual forma, en esta fase se realiza un TRIAGE si existe más de un paciente.

Contacto

Segunda fase. En esta fase se busca el contacto directo con la persona afectada. Se debe mostrar empático, cercano y respetuoso con el paciente sin juzgarlo por lo sucedido. Esta fase da lugar para hacer las primeras preguntas que van encaminadas a conocer lo sucedido, y dichas preguntas deben ser fáciles y sencillas de comprender como: ¿Qué sucedió? ¿Qué hiciste en ese momento? Entre otras preguntas que busquen aclararle al personal lo sucedido.

Evaluación

Tercera fase. Aquí se debe evaluar el estado mental del paciente, en busca de las emociones que estarán presentes en el momento e identificar la forma en la que el individuo afronta la situación, y sobre todo tener presente los recursos disponibles tanto personal como social para afrontar la crisis.

Restablecimiento emocional

Cuarta fase. Tiene como objetivo facilitar la comunicación emocional del paciente, en el cual se realizan preguntas sencillas y fáciles de comprender como ¿Cómo te sientes?, siempre que el paciente tenga la disposición de dar a conocer sus emociones, no se le debe obligar a contar lo que siente, una técnica efectiva en esta fase sería la de escucha activa y técnica de activación y desactivación fisiológica. Para que este paso sea efectivo y se logre que el paciente exteriorice lo que siente en el momento, es importante que el personal se muestre empático y respetuoso desde el primer punto de contacto con el paciente.

Comprensión de crisis

Quinta fase. En esta fase se busca darle a entender la problemática al paciente, por lo que se le brinda información detalladamente y específica de lo sucedido. Se debe lograr responder todas las dudas del individuo para mayor comprensión de la situación.

Activar

Sexta fase. En este paso se debe lograr recuperar el funcionamiento cognitivo y elaborar un plan de acción.

Recuperación de funcionamiento

Séptima fase. Aquí se busca el funcionamiento normal e independización del paciente, planificando tareas y actividades individuales y en compañía.

Seguimiento

Octava fase. Aquí se brinda una continuidad en el tratamiento brindado a corto o mediano plazo. La finalidad de esta fase es que el paciente sienta el seguimiento en su atención psicológica para ayudarlo a mejorar.

La mnemotecnia antes mencionada puede llegar a ser un punto clave en el manejo de pacientes con crisis conversivas, ya que el técnico durante su implementación buscará el acercamiento y confianza del paciente, lo que beneficiará al mismo de forma positiva. Es cierto que la mnemotecnia consta de ocho pasos que inicia con pasos sencillos como la identificación y acercamiento a la crisis que presenta el individuo hasta la última fase que se basa de un seguimiento del tratamiento (terapias), pero durante la actividad prehospitalaria se cuenta con poco tiempo para brindar una atención, por lo que esta mnemotecnia se podría implementar hasta la fase quinta o sexta, las cuales buscan el equilibrio emocional y acercamiento a la realidad de la situación en el paciente, y dejarle las dos últimas fases al personal experto y experimentado en esta situación.

El tiempo que se invierte con un paciente durante una atención prehospitalaria en la mayoría de los casos suele ser un tiempo reducido que busque garantizar la mejoría de las manifestaciones clínicas que presenta el paciente. Por lo que la implementación de protocolos de primeros auxilios psicológicos con pacientes de crisis conversivas debe ser ejecutada de forma breve y eficiente de tal forma que le favorezca al paciente y le ayude con sus síntomas conversivos, que el tiempo sea reducido no quiere decir que no se le brindará la atención de la forma correcta. El técnico en urgencias médicas debe ser capaz de poner en práctica todos los pasos necesarios para la implementación de una intervención en crisis que va desde su presentación ante el paciente, escucha activa, hasta el punto de ayudarlo a recuperar su funcionamiento normal o equilibrio emocional con poco tiempo hasta ser emitido a un centro especializado.

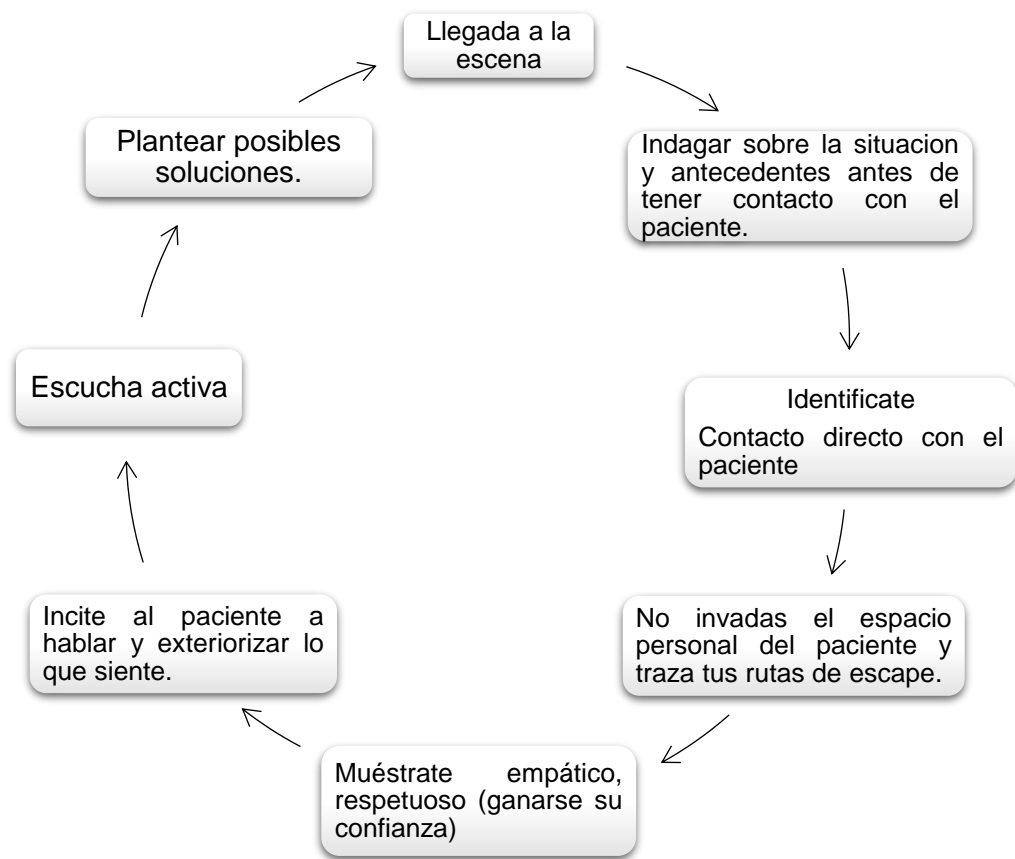
2.4.6 Contención verbal

La contención verbal es una terapia que debe ser utilizada como primera opción para el manejo de pacientes que presenten algún tipo de crisis, ya que esta terapia tiene como finalidad fomentar en el paciente la exteriorización de sus emociones siempre que el mismo desee hacerlo y no haya perdido por completo el control de sus emociones (agitación, agresividad o violencia). Dicha terapia cuenta con objetivos primordiales: alcanzar una buena relación o confianza entre el entrevistador y paciente, disminuir la agitación o agresividad, buscar posibles soluciones.

La contención verbal más que nada busca implementar la escucha activa por parte del entrevistador y la libre expresión del paciente.

Contención verbal

Grafica N°1: Pasos para la aplicación de la contención verbal.



Fuente: Almengor, 2021.

- **Indagar:** es de suma importancia conocer sobre la situación y antecedente del paciente antes de ingresar o tener contacto directo con el mismo, ya que esto te da un pantallazo breve de lo que posiblemente puede estar detonando la crisis que presente el paciente.
- **Identificarse:** el personal de salud debe identificarse ante el paciente en busca de una aprobación de acercamiento (que no invada su espacio personal y no provoque hostilidad a la situación).
- **Confianza:** muéstrate ante el paciente con disposición de ayudarlo, no lo señales, juzgues o culpes de la situación, esto te ayudará a ganarte su confianza y que el paciente quiera exteriorizar lo que siente.

- Escuchar: escucha de forma atenta todo lo que el paciente quiera contarle, no fuerce la conversación y busque preguntas sencillas que promuevan en el paciente querer hablar sobre lo que le está pasando. ¿Qué sucedió? ¿Qué hiciste en ese momento?
- Solución: buscar una solución o acuerdo de cómo manejar la situación.

2.4.7 Contención ambiental

La contención ambiental es una medida que se debe implementar en conjunto con la contención verbal, ya que esta medida busca brindarle al paciente un ambiente tranquilo, relajado, seguro, libre de estimulantes y objetos peligrosos. Este lugar debe proporcionarle al paciente tranquilidad y confianza que le ayude a querer hablar con su entrevistador sin sentirse amenazado, estresado o inseguro.

De este espacio se debe retirar toda persona u objeto que irrumpa con la tranquilidad e incite la agitación del paciente y se torne en una situación hostil o insegura para el personal de salud.

Estudios plantean que a todo paciente se debe entrevistar en presencia de un familiar o persona de confianza, pero nunca solo, sin embargo, en el caso de que esta persona presente sea un detonante o incitador a la agitación, agresividad o hostilidad del paciente debe ser retirado del lugar para mantener una contención ambiental adecuada y seguir brindándole al paciente un ambiente tranquilo y libre de estímulos que provoquen el aumento de la crisis.

2.4.8 Manejo de paciente agitado, violento o poco colaborador

El manejo de este tipo de pacientes es complicado lo que convierte la escena en una situación hostil y peligrosa para el técnico en urgencias médicas, pero es indispensable que el TUM tenga en cuenta su propia seguridad como punto

primordial. El técnico puede asegurar su escena pidiendo apoyo ya sea de agentes de seguridad o unidades especiales que se encarguen del manejo de estos pacientes, sino se cuenta con este tipo de apoyo y la escena sigue siendo hostil el técnico puede recurrir a la utilización de medidas menos invasivas como:

- Proporcionar un ambiente tranquilo.
- Alejar al paciente del lugar de conflicto.
- No invadir el espacio del paciente, y colocarse en lugares que estén cerca de salidas.
- Manejar al paciente en compañía de un familiar que le ayude a la relación y confianza.
- Retirar a familiares de la escena que inciten a la agresividad del paciente.
- Evitar actividades que promuevan la agitación del paciente (llamadas telefónicas, utilización de radios de comunicación).
- Incentivar técnicas de relajación, ya sea relajación muscular o respiratoria.
- Promover al paciente a que hable.
- Escuchar atentamente lo que expresa el paciente y mostrar empatía.
- Comunicarle al paciente la situación en la que está, encaminándolo a la realidad de la situación.

Si el TUM utiliza las medidas antes mencionadas y la escena sigue siendo hostil o aumenta su inseguridad, el mismo debe recurrir a medidas más invasivas o terapia farmacológica que disminuya la agitación psicomotriz del paciente.

- **Contención mecánica:**

Para el manejo de pacientes agitados, violentos o poco colaboradores se puede aplicar la contención mecánica como último recurso cuando las medidas menos invasivas no han funcionado como técnica que ayude a disminuir la agitación y que de esta forma facilite al personal de salud su manejo adecuado. Aclarando que la contención mecánica es una técnica que tienen como finalidad limitar e

impedir todo movimiento, la cual se utiliza en situaciones de emergencias en las que corre peligro la vida de un individuo y de los que lo rodean.

Para la aplicación de técnicas de contención mecánicas es necesario contar con el personal suficiente y capacitado, que cuente con el material y equipos necesarios para su aplicación. Es indispensable tener equipos de sujeción estandarizado que no causen lesiones y de fácil utilización para restringir, limitar e inmovilizar las extremidades del paciente.

Para restringir, limitar e inmovilizar al paciente agitado, violento o poco colaboradores se deben seguir los siguientes pasos:

- Informar al paciente la razón por la que se va a restringir.
- Sujetar las extremidades superiores en dos puntos de sujeción (muñecas y codo para evitar su flexión y extensión), luego colocar los instrumentos de restricción por encima de la articulación de las muñecas para permitir el acceso venoso y administración de medicación por venas antecubitales.
- Sujetar extremidades inferiores igual en dos puntos de sujeción (tobillo y rodillas para evitar su flexión y extensión), seguido por la colocación del instrumento de restricción por encima de las articulaciones de los tobillos.
- El líder de la escena se colocará y sujetará la cabeza del paciente, tomando en cuenta que la cabeza del paciente se inmoviliza después de haber inmovilizado las cuatro extremidades.
- Traslado.

Se debe tomar en cuenta que para realizar esta serie de pasos se debe estar capacitado, haber planificado con anterioridad y contar con un personal mínimo de cuatro personas, y lo óptimo sería contar con cinco profesionales uno para cada extremidad y uno para la cabeza. La duración de la contención mecánica va a depender del tiempo que tome el paciente en tranquilizarse y se debe ir retirando las sujeciones escalonadamente y nunca retirar todos los puntos de sujeción de forma inmediata. El personal de salud que esté encargado de aplicar la contención

mecánica debe utilizar un uniforme sencillo y que no dificulte su aplicación, evitar portar objetos que puedan ser utilizados por el paciente y causar un tipo de lesión tanto al personal como a él mismo como bolígrafos, tijeras, cintas, vinchas, collares, aretes u otros objetos punzocortantes.

2.4.9 Tratamiento farmacológico

El uso de fármacos para el manejo de pacientes con trastorno conversivo es un tema controversial, ya que existen estudios que solo hacen énfasis que el tratamiento para estos pacientes se debe basar solo en psicoterapias, ya que su padecimiento es a consecuencia de un factor estresante, el cual provoca los síntomas conversivos en el individuo, sin embargo, de igual forma existe literatura que resaltan la utilización de terapia farmacológica como tratamiento en conjunto con las terapias psicológicas.

Se debe aclarar que el uso de una terapia farmacológica como tratamiento para aliviar o disminuir los síntomas de tipo conversivo solo debe ser utilizada si el paciente presenta una crisis conversiva en la que el paciente esté agitado y agresivo en la cual corre peligro su vida y la del personal de salud. Cuando el técnico en urgencias médicas se enfrente a este tipo de paciente poco colaborador, es de suma importancia garantizar la seguridad de la escena y considerar la administración de medicamentos que minimicen la agitación motora que presente el mismo, durante la crisis por seguridad de todos en la escena.

Se debe tomar en cuenta que con el uso de fármacos en estos pacientes lo que se busca es calmar la agitación, agresividad o poca colaboración del mismo con la ayuda que se le quiere brindar, por lo que hay que evitar el uso de dosis altas o excesivas que seden al paciente por completo. Por lo tanto, se recomienda el uso de dosis bajas o dosis mínimas.

Como antes se ha mencionado, el objetivo de esta terapia es disminuir los síntomas sin necesidad de sedar por completo al paciente, por lo tanto, estudios recomiendan el uso de antipsicóticos como primera elección por su mecanismo de acción, pero colocándolo al contexto prehospitalario lo que se necesita es un fármaco que haga su función en los pacientes con la mayor brevedad posible, por lo tanto lo recomendable es la administración de benzodiacepinas las cuales tienen una absorción e inicio de efecto mucho más rápido que un antipsicótico, por esta razón se hace énfasis en el uso de benzodiacepinas como la Diazepam, Clonazepam, Lorazepam como primera elección y Midazolam como última opción por su efecto depresor respiratorio.

De igual forma las literaturas hacen hincapié en la utilización de terapia farmacológica en combinación de benzodiacepinas y antipsicóticos, ya que al estar juntas causan una mayor respuesta terapéutica y se evita en menor probabilidad la presencia de efectos secundarios.

Se recomienda la administración de estos fármacos con las siguientes dosis:

Antipsicóticos

Haloperidol 5 - 10 mg IM / 1 - 2 mg IV

Ansiolíticos

Diazepam 5 – 10 mg

Lorazepam 0.5 – 2 mg IM / <2 mg IV

Midazolam 2.5 - 5 mg IM / 1 - 2 mg IV

El uso de los medicamentos antes mencionados va a depender mucho de la capacidad que tenga el TUM para su aplicación y con cuál de estos fármacos cuente en el momento de la atención. Para la administración de dichos fármacos el técnico en urgencias médicas debe estar consciente de sus contraindicaciones y efectos adversos en un paciente.

2.5 Comparación de un trastorno conversivo y una crisis conversiva

Cuadro N°1. Comparación entre un trastorno conversivo y una crisis conversiva.

	TRASTORNO CONVERSIVO	CRISIS CONVERSIVA
Clasificación	Enfermedad psiquiátrica	Manifestación clínica de un TC
Duración	Crónico	Agudo
Aparición	Progresivo	Súbito
Etiología	Neuropsiquiátricos	

Fuente: Almengor, 2021.

Es importante aclarar que el trastorno conversivo es una patología psiquiátrica que conlleva una serie de estudios y exámenes para corroborar su diagnóstico como un padecimiento psiquiátrico el cual altera el comportamiento, las emociones y cognición en un individuo, mientras que una crisis conversiva más que nada es una manifestación clínica que puede presentar un individuo que padece de un trastorno conversivo que tiene su inicio de forma brusca, espontánea o súbita.

2.6 Comparación de una crisis de ansiedad y una crisis conversiva

Cuadro N°2. Comparación entre la crisis de ansiedad y una crisis conversiva.

	Crisis de ansiedad	Crisis conversiva
Aparición súbita	Sí	Sí
Evolución progresiva	Sí	No
Mayor prevalencia en mujeres	Sí	Sí
Síntomas depresivos	Sí	Poco probable
Afecta actividades cotidianas del individuo	Sí	Sí
Miedo y preocupación excesiva	Sí	No
Indiferencia por los síntomas	No	Sí
Síntomas de origen pseudoneurológicos	No	Sí
Miedo a morir	Sí	No
La distracción hace desaparecer los síntomas	Sí	Sí
Síntomas de aprehensión	Sí	Poco probable

Fuente: Almengor, 2021.

El personal de salud a nivel prehospitalario tiende a confundir o no saber diferencia entre la crisis conversiva y la crisis de ansiedad, por lo tanto, la balanza se inclina más en una alta sospecha a dar un diagnóstico diferencial sobre una crisis de ansiedad que a una alteración conversiva. Por lo cual es importante aclarar o dar a conocer que la ansiedad es una sensación o estímulo inminente de preocupación por miedo, amenaza o peligro que puede llegar a percibir un individuo. Sin embargo, en la crisis conversiva no existe un estímulo de temor o miedo sino más bien, su aparición es a causa de estímulos estresantes que detonan síntomas motores y sensitivos. En la crisis conversiva el paciente que lo padece convierte el estímulo estresante o el conflicto en una alteración física que le provoca la incapacidad motora o sensitiva.

Por lo tanto, algo que ayudará a distinguir una de otra al técnico en urgencias médicas, es saber cuál fue el detonante de la crisis, de esta forma podrá sospechar en un diagnóstico diferencial certero y correcto ya que ambas crisis pueden presentar síntomas similares, por lo tanto, el TUM está obligado a hacer una anamnesis en busca del detonante.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de investigación

El presente trabajo de investigación tiene un diseño mixto, ya que se investiga, analiza y se recolectan datos de forma cuantitativa y cualitativa en el mismo estudio. Porque se busca recolectar y resaltar la literatura sobre la prevalencia y manejo de los técnicos en urgencias médicas en la atención de pacientes con crisis convulsiva en el ámbito prehospitalario.

3.1.1 Tipo de estudio

Según Roberto Hernández Sampieri los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes.

La investigación empleada para este estudio además de tener un diseño de estudio mixto tiene un enfoque exploratorio, es decir, un estudio que se centre en la recolección de datos poco estudiados o conocidos en el ámbito prehospitalario. Lo que se busca con este enfoque es esclarecer dudas acerca del tema central, ya que es una investigación que cuenta con muy poca literatura disponible.

3.2 Población, sujeto y muestra

3.2.1 Población

La población para esta investigación va dirigida al personal de salud a nivel Prehospitalario (Técnicos en Urgencias Médicas) del Sistema Único de Manejo de

Emergencias (SUME). El SUME es una institución pública encargada de la planificación, asistencia, dirección y supervisión de la atención Prehospitalaria a nivel nacional, la cual cuenta con 18 sitios de lanzamiento a nivel nacional de los cuales seis de ellos se mantienen a nivel metropolitano, tres ubicados en Panamá Oeste, dos en la provincia de Colón, cuatro de ellos en Chiriquí, dos en Herrera y uno en la provincia de Los Santos.

3.2.2 Sujetos

El sujeto utilizado para esta investigación son los técnicos en urgencias médicas a nivel metropolitano del Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME), el cual cuenta con seis sitios de lanzamiento en el área metropolitana del país con un total de 131 técnicos, ubicados en los puestos de INADEH, Villa Olímpica, UTP, Pan de Azúcar, Atlapa, Cinta Costera.

3.2.3 Muestra

La muestra encuestada para este trabajo de investigación es de 62 Técnicos en Urgencias Médicas, ubicados en la ciudad de Panamá en los sitios de lanzamiento de INADEH, Villa Olímpica, Atlapa y UTP. Los técnicos fueron elegidos de forma aleatoria sin tomar en cuenta características en específico.

Se utilizó la siguiente fórmula para establecer las muestras de los técnicos en urgencias médicas:

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N - 1) + z^2 pq}$$

n= muestra

N= Población

Z= nivel de confianza

p= probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso

e= margen de error

- Reemplazo de fórmula

n: muestra

Z: 95% = 1.96

N: 131

p: 50%

q: 50%

e: 9%

$$n = \frac{(131)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.09)^2(131 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = 62$$

3.3 Variables

Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse... El concepto de variable se aplica a personas u otros seres vivos, objetos, hechos y fenómenos, los cuales adquieren diversos valores respecto de la variable referida. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN)

Variable dependiente

Su existencia y desenvolvimiento depende de la independiente. Viene a ser el efecto o aspecto determinado. (Sánchez Sánchez, 2015). Esto quiere decir que la existencia de la variable dependiente va a ser por la presencia de la variable independiente, esto quiere decir que la variable dependiente es el resultado o la consecuencia de la variable independiente. Para este trabajo de investigación la variable dependiente sería la crisis conversiva que es una manifestación clínica o una consecuencia por padecer una patología psiquiátrica de fondo como el trastorno conversivo.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
Crisis conversiva	Son Crisis No Epilépticas Psicógenas (CNEP) las cuales presentan cambios paroxísticos en la conducta, en la sensopercepción o en la actividad cognitiva, limitados en el tiempo, que simulan crisis epilépticas generalizadas o parciales, pero que no obedecen a una descarga neuronal anómala, sino que están generadas por distintos mecanismos psicológicos (Korman, y otros, 2017).	El SUME cuenta con un protocolo para el manejo de pacientes psiquiátricos donde clasifica su abordaje para pacientes colaboradores y no colaboradores, en donde definen al paciente colaborador: paciente está tranquilo, sin alteraciones significativas, sin gestos agresivos, responde a las preguntas con normalidad y su cuadro clínico no ha presentado crisis de agresividad previamente.

		Paciente No Colaborador: paciente agresivo en evaluación de escena, presenta movimientos bruscos y agresivos, presenta un tono de voz ofensivo, está hiperactivo, antecedentes de crisis de violencia previas (SUME, 2017).
--	--	---

3.4 Instrumento, herramientas de recolección de datos, materiales y equipos

Para la elaboración de esta investigación se emplea una encuesta para la recolección de datos, en la cual se mide habilidades, conocimientos y actitudes de los técnicos en urgencias médicas sobre el manejo de pacientes con crisis conversivas en el área prehospitalaria. Se utilizó un cuestionario de selección múltiple como instrumento para la aplicación de la encuesta con preguntas cerradas lo que limita al encuestado a responder solo lo que se le pregunte, las mismas fueron aplicadas de forma individual al personal prehospitalario de los sitios de lanzamiento seleccionados. Los materiales y equipos utilizados para la recolección de datos son: computadoras, celulares.

3.4.1 Procedimiento

Para el desarrollo de la investigación, se implementan distintas fases para su cumplimiento:

Fase 1: Como primer punto se eligió el tema indicado, se discutió y se hizo una revisión bibliográfica. Luego se creó un anteproyecto el cual contaba con puntos principales para el desarrollo de la investigación como el planteamiento de los antecedentes teóricos, la situación actual, objetivos generales y específicos, hipótesis y un posible índice del desarrollo del marco teórico. Se trabajó en este anteproyecto por un periodo de cuatro meses en sus correcciones y mejoras con la ayuda de la profesora Damaris Tejedor, de la materia de metodología de la investigación.

Fase 2: Se presenta el anteproyecto al asesor el profesor Andrés Jones, el mismo revisó y aceptó el anteproyecto. Luego de estos cuatro meses y de haber pasado por las correcciones y aprobación del asesor, pasa a ser revisado por la profesora Nini, la cual envió sus respectivas correcciones de la investigación a fin de encaminar la investigación a las pautas señaladas por el manual de la universidad. Luego de tomarse en cuenta las correcciones de ambos profesores, se procede a hacer las correcciones y modificaciones para ser enviado a la institución en la que se va a realizar la investigación.

Fase 3: Se continúa avanzando y anexando información en el marco teórico de la investigación, con el fin de estructurar una investigación que cuente con toda la información necesaria para su mayor comprensión. En esta misma fase se crea el capítulo III de la investigación que plantea el marco metodológico, donde se describe el diseño del trabajo, tipo de estudio, población, sujeto, muestra.

Fase 4: Se crea el instrumento para la recolección de datos estadísticos de la investigación. Una encuesta que consta de 31 preguntas la cual mide habilidades, conocimientos y actitudes de los técnicos en urgencias médicas sobre el manejo

de pacientes con crisis convulsivas en el área prehospitalaria, dicho cuestionario estaba formado por preguntas de selección múltiple con preguntas cerradas.

Fase 5: Para la recolección de datos se aplicó la encuesta a los técnicos en urgencias médicas del sistema único de manejo de emergencias. La aplicación del instrumento tuvo una duración de 3 meses. Luego de encuestar la muestra total se procede a tabular la información y anexar las gráficas correspondientes a los resultados obtenidos.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1 Diseño de la propuesta

4.1.1 Introducción

La propuesta que se presentará a continuación tiene como principal finalidad mejorar el abordaje y manejo que brindan los técnicos en urgencias médicas a los pacientes con crisis conversiva a nivel prehospitalario en la región metropolitana del país, por lo que se implementa una guía o protocolo que ayude y facilite al TUM el manejo de estos pacientes de tal forma que si se sigue esta guía o protocolo beneficie en forma positiva al paciente.

4.1.2 Justificación

Existen diversos estudios, guías y protocolos que plantean el manejo de pacientes psiquiátricos tanto a nivel hospitalario como prehospitalario y de igual forma, hay literaturas que explican el manejo de pacientes con crisis conversivas, sin embargo, no existe una herramienta, guía o protocolo que oriente al técnico en urgencias médicas sobre el abordaje y manejo de pacientes con crisis conversivas en un ámbito prehospitalario, y esta es la razón por la que se busca crear, plantear y dar a conocer un protocolo que guía al TUM en una escena a la que se enfrente con un paciente con una crisis conversiva.

4.1.3 Objetivos

General

- Crear una guía o protocolo de pasos que debe seguir el técnico en urgencias médicas dirigido para el manejo de pacientes con crisis conversiva a nivel prehospitalario.

Específicos

- Crear protocolo para el manejo de pacientes con crisis conversiva.
- Crear protocolo para el manejo de pacientes en el que se identifiquen síntomas conversivos, pero se encuentre agitado, violento o poco colaborador.

4.2 Desarrollo de la propuesta

Para el desarrollo de la propuesta de intervención se implementarán talleres y charlas en los sitios de lanzamientos establecidos con el fin de dar a conocer a los técnicos en urgencias médicas sobre el manejo de pacientes con crisis conversivas a nivel prehospitalario.

Para la implementación de la parte teórica de la propuesta de intervención se realizaron charlas donde se busca compartir y realzar conocimientos sobre el abordaje y manejo de pacientes con crisis conversiva a nivel prehospitalario.

Charlas

- Compartir información sobre el concepto de una crisis conversiva.
- Diferencia sobre una crisis conversiva y crisis de ansiedad.

- Implementar protocolos sobre el manejo de crisis convulsivas.
- Implementar protocolo sobre el manejo de pacientes agitado, violento, poco colaborador.

Para la implementación de la parte práctica de la propuesta de intervención se realizarán talleres en los cuales se imparte medidas estándares para el manejo de pacientes con crisis convulsiva en el área prehospitalaria.

Talleres

- Técnicas de contención verbal.
- Técnicas de contención ambiental.
- Técnicas de contención mecánica.

Técnicas de contención verbal

- Indagar: sobre la situación y antecedente del paciente antes de ingresar o tener contacto directo con el paciente, ya que esta intervención brinda de forma breve lo que posiblemente puede estar detonando la crisis en el paciente.
- Identificarse: el personal de salud debe presentarse ante el paciente en busca de una aprobación de acercamiento (que no invada su espacio personal y no provoque hostilidad a la situación).
- Confianza: mostrarse ante el paciente con disposición de ayudarlo, no señalar, juzgar o culpar de la situación, esto te ayudará a ganarte su confianza y que el paciente quiera exteriorizar lo que siente.
- Escuchar: escucha de forma atenta todo lo que el paciente quiera contarle, no fuerce la conversación y busque preguntas sencillas que promuevan en el paciente querer hablar sobre lo que le está pasando. ¿Qué sucedió? ¿Qué hiciste en ese momento?

- Solución: buscar una solución o acuerdo de cómo manejar la situación.

Técnicas de contención ambiental

Son medidas que se deben implementar en conjunto con la contención verbal, ya que la finalidad de esta técnica es brindarle al paciente un ambiente relajado que le ayude a sentirse en confianza con el personal de salud (TUM) y tenga la intención de contar lo sucedido. Este lugar debe ser:

- Tranquilo
- Seguro
- Libre de estimulantes (personas, ruidos, entre otros)
- Libre de objetos peligrosos

Técnicas de contención mecánica

Las técnicas de contención física es un método que se utiliza para restringir, limitar e inmovilizar al paciente agitado, violento o poco colaboradores, el cual debe ser considerado como una de las últimas intervenciones para el manejo de pacientes durante una crisis cuando no se da su agitación con técnicas menos invasivas como la verbal y ambiental. Para la implementación de técnicas de contención mecánica se deben seguir los siguientes pasos:

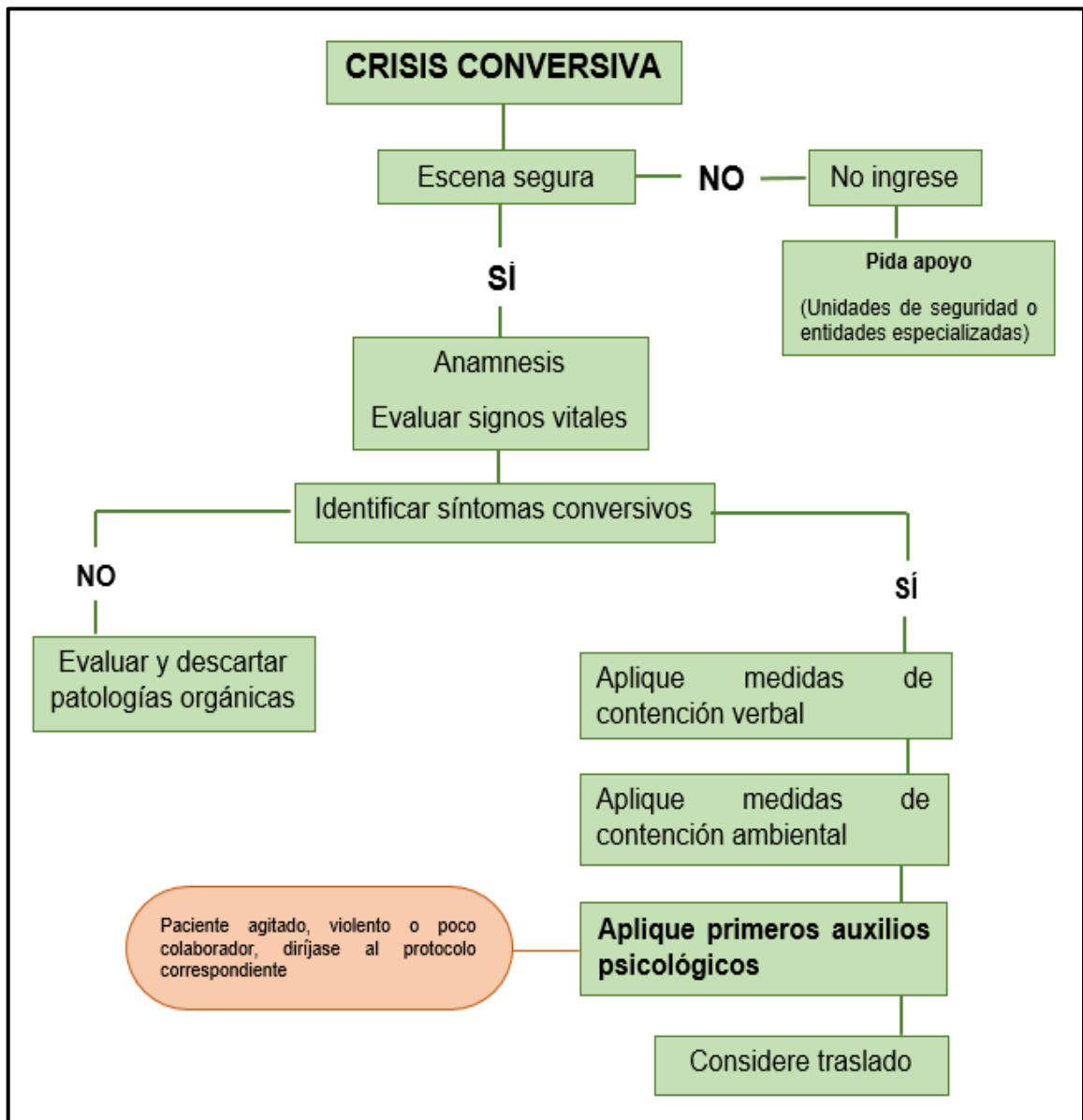
- Informar al paciente la razón por la que se va a restringir.
- Sujetar las extremidades superiores en dos puntos de sujeción (muñecas y codo para evitar su flexión y extensión), luego colocar los instrumentos de restricción por encima de la articulación de las muñecas para permitir el acceso venoso y administración de medicación por venas antecubitales.
- Sujetar extremidades inferiores igual en dos puntos de sujeción (tobillo y rodillas para evitar su flexión y extensión), seguido por la colocación del instrumento de restricción por encima de las articulaciones de los tobillos.

- El líder de la escena se colocará y sujetará la cabeza del paciente, tomando en cuenta que la cabeza del paciente se inmoviliza después de haber inmovilizado las cuatro extremidades.
- Traslado.

Guía, protocolo para manejo de pacientes con crisis conversiva

La crisis conversiva es una manifestación clínica de un trastorno conversivo que se caracteriza por ser de inicio súbito y espontáneo, por exposición a una situación estresante, la cual provoca los síntomas conversivos en el paciente. Los síntomas conversivos más frecuentes que presentan estos pacientes son las cefaleas, mialgias, dolor abdominal, mutismo, lipotimias o síncope, parálisis o debilidad localizada, alteraciones del equilibrio, alteraciones visuales, movimientos involuntarios, respiraciones rápidas y superficiales y pueden llegar a presentar movimientos que simulan una convulsión. Las principales causas que detonan estos síntomas de tipo conversivo antes mencionados es la exposición constante o repetitiva a problemas familiares, problemas de parejas, la sobrecarga de trabajo, un alto nivel de estrés, e incluso padecer de depresión son factores que favorecen en un individuo el padecer de una crisis conversiva.

Protocolo para el manejo de pacientes con crisis conversiva



Fuente: Almengor, 2021.

Observaciones

- Seguridad de la escena: es indispensable que el TUM tenga presente que si la escena no es segura no debe ingresar y pedir apoyo de entidades de

seguridad (unidades policiales) o entidades especializadas (unidades de psiquiatría).

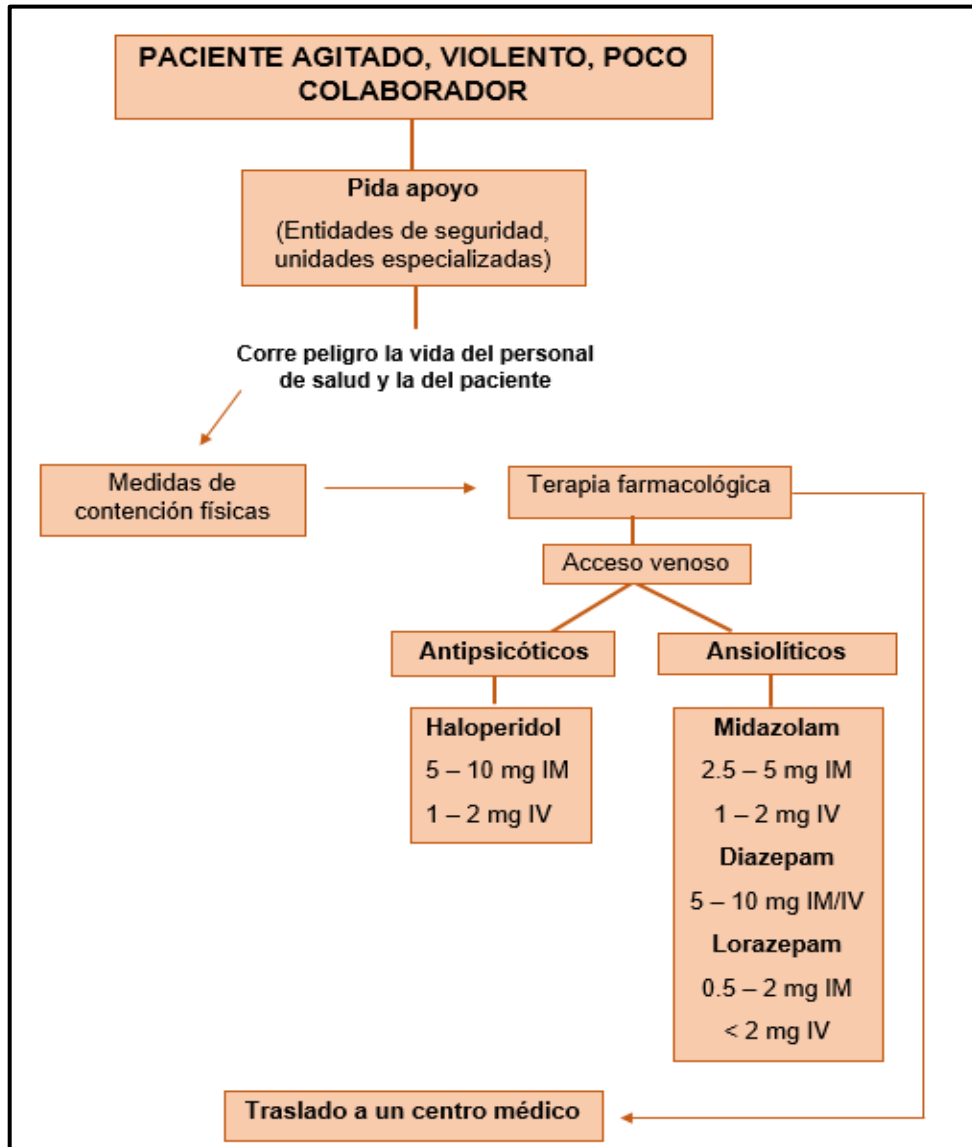
- Situaciones que hacen una escena insegura: armas como cuchillos, pistolas y objetos punzocortantes; objetos que pueden causar algún tipo de trauma como sillas, cajones, mesas, entre otros.
- La evaluación de estos pacientes debe ser en compañía de un familiar. En caso tal el familiar incite a la agitación del paciente, el mismo debe ser retirado de la escena.
- Para la evaluación de signos vitales es indispensable informarle al paciente lo que se le va a hacer y contar con equipos necesarios como esfigmomanómetro, estetoscopio, oxímetro de pulso, glucómetro, o la utilización de un monitor que cuente con la opción de medir las constantes vitales. Si el paciente está colaborando con la evaluación informarle al momento de tomarle la glucemia, de tal forma que este procedimiento no incite su agitación.
- No invadir el espacio personal de los pacientes, ya que puede ser un punto en contra que no favorezca la confianza entre el paciente y el TUM.
- Durante la evaluación muéstrase empático, respetuosos y con toda la disposición de escuchar al paciente.
- No señale, regañe o culpe al paciente de la situación en la que está.
- El paciente debe ser evaluado y manejado fuera del lugar de conflicto, en un lugar tranquilo y que favorezca la cooperación del paciente, debe ser un lugar sin ruidos y con buena iluminación.
- Contención verbal:
 - Muéstrate empático, relajado y dispuesto a ayudarlo.
 - Incite al paciente a hablar y exteriorizar lo que siente.
 - Escucha activa.
 - Utilice un tono de voz moderado, sin forzar su voz ya que el paciente lo tomará como una imposición de autoridad.

- No hablarle varios términos técnicos a la misma vez ya que puede causarle confusión e incrementaría su agitación, agresividad.
 - No mire de manera fija al paciente (porque puede ser desafiante para el mismo), pero no evite la mirada (ya que puede demostrarle desinterés o inseguridad), lo recomendable es utilizar ambas de una forma alternada.
- Contención ambiental:
 - Atienda al paciente en un lugar tranquilo, fuera del lugar de conflicto.
 - Proporcionar un ambiente libre de objetos peligrosos.
 - Evitar ruidos estimulantes que inciten la agitación (golpes repetitivos).
 - Primeros auxilios psicológicos:
 - Identifíquese: al llegar a la escena preséntese, pida autorización del paciente para ingresar y utilice un tono de voz moderado.
 - Escucha activa: muéstrese interesado en escuchar lo que el paciente quiere informales.
 - Permitir libre expresión: incite al paciente a que hable y exteriorice sus sentimientos.
 - Transmitir aceptación: no señale, regañe o culpe al paciente de lo sucedido.
 - Proporcione información: explique y dirija al paciente a la realidad de la situación actual.
 - Activación: ayude al paciente a lograr un plan de acción que busque reanudar la estabilidad emocional del mismo.

Guía, protocolo para el manejo de paciente agitado, violento, poco colaborador

El paciente agitado, violento, poco colaborador es aquel individuo que presenta un estado de agitación psicomotriz acompañado de una alteración emocional desproporcionada, que trae como consecuencias la incapacidad de brindar una atención médica, lo cual se atribuye a trastornos psiquiátricos u orgánicos. Estos pacientes pueden presentar una serie de manifestaciones clínicas como alteraciones de la conducta, confusión, hiperactividad, hostilidad y agresividad, sudoración, taquicardia, tono de voz elevado.

Protocolo para el manejo de paciente agitado, violento, poco colaborador



Fuente: Almengor, 2021.

Observaciones:

- Seguridad de la escena: es indispensable que el TUM tenga presente que si la escena no es segura no debe ingresar y pedir apoyo de entidades de

seguridad (unidades policiales) o entidades especializadas (unidades de psiquiatría).

- Situaciones que hacen una escena insegura: armas como cuchillos, pistolas y objetos punzocortantes; objetos que pueden causar algún tipo de trauma como sillas, cajones, mesas, entre otros.
- Para la evaluación de signos vitales es indispensable contar con equipos necesarios como esfigmomanómetro, estetoscopio, oxímetro de pulso, o la utilización de un monitor que cuente con la opción de medir las constantes vitales. Es fundamental excluir la toma de la glucemia si el paciente está agitado ya que este procedimiento puede aumentar la violencia del paciente.
- En la evaluación de pacientes agitados, violentos o poco colaboradores es de suma importancia que el TUM tenga trazado su ruta de salida en caso tal la escena se torna insegura. Esta ruta debe estar libre de obstáculos que impidan su rápida salida y debe ser cercana a puertas.
- Demostrar calma, seguridad y control al momento de la evaluación.
- No invadir el espacio personal de los pacientes, ya que puede ser un punto en contra que no favorezca la confianza entre el paciente y el TUM.
- El TUM que ingrese a la evaluación de estos pacientes debe ingresar con una vestimenta sencilla para evitar que sea utilizada como arma, por lo que se recomienda ingresar a la escena sin collares, aretes, piercing, pulseras, bufandas o pañuelos.
- Nunca darle la espalda a los pacientes durante la evaluación.
- En qué momento implementar la contención física: Riesgo de lesión tanto para el mismo como para los demás ya sean familiares o el mismo personal de salud, deterioro significativo de la conducta.
- En caso de necesitar una terapia farmacológica y no se ha logrado tomar un acceso venoso, implementar esta terapia por vía intramuscular.
- Contención física:
 - Contar con un mínimo de cuatro TUM capacitados.

- Informarle al paciente lo que se le va a hacer.
- Contar con equipos de sujeción.

Terapia farmacológica

Haloperidol:

Dosis de 5-10 mg IM / 1-2 mg IV. Dosis máxima de 10 mg/día. Su administración está contraindicada en hipersensibilidad al medicamento, embarazo, lactancia, depresión del S.N.C. por alcohol o por otros fármacos depresores, enfermedad de Parkinson, insuficiencia hepática y renal.

Diazepam:

Dosis de 5-10 mg IM/IV. Dosis máxima de 30 mg. Contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida a las benzodiazepinas, embarazo, lactancia, insuficiencia hepática, miastenia grave, insuficiencia cardíaca o respiratoria.

Midazolam:

Dosis de 2.5-5 mg IM/ 1-2 mg IV. Dosis máxima de 15 mg. Contraindicado en hipersensibilidad conocida a las benzodiazepinas, embarazo, lactancia, glaucoma de ángulo estrecho, miastenia grave, insuficiencia respiratoria severa, síndrome de apnea del sueño.

Lorazepam:

Dosis de 0.5-2 mg IM/ <2 mg IV. Dosis máxima de 5 mg/h y 10 mg/día. Contraindicado en hipersensibilidad conocida a las benzodiazepinas, miastenia grave, insuficiencia respiratoria severa, síndrome de apnea del sueño, insuficiencia hepática.

- El traslado de estos pacientes debe ser a un centro médico que cuente con la unidad de psiquiatría.

CAPÍTULO V

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Análisis de resultados

El Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME) cuenta con un departamento encargado de contabilizar, organizar, reunir de forma estadística todos los despachos, atenciones, a través de una plataforma que arroja si se debe o no enviar la ayuda al solicitante dependiendo de lo que informa el mismo, a través de un ProQA que determina el código por el cual debe ser despachada la ambulancia.

El SUME cuenta con 33 códigos de despacho conformado por distintas patologías orgánicas. Dentro de estos treinta y tres códigos se encuentra un código en específico para el manejo de pacientes psiquiátricos (#25), en donde el departamento de estadística contabilizó 147 despachos de recursos por este código entre el mes de enero a mayo del 2020.

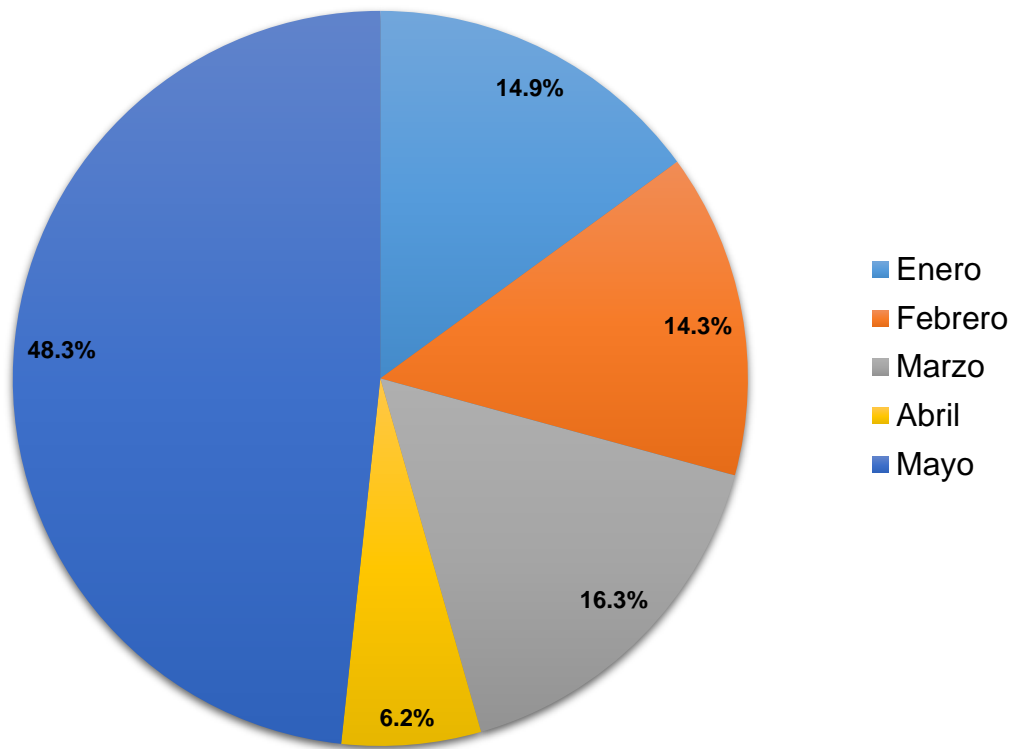
5.1.1 Datos estadísticos del departamento de estadística del SUME

Cuadro N°3. Distribución de frecuencia de despachos por mes.

Mes	Frecuencia	Porcentaje
Enero	22	14.9%
Febrero	21	14.3%
Marzo	24	16.3%
Abril	9	6.2%
Mayo	71	48.3%
Total	147	100%

Fuente: datos obtenidos del departamento de estadística del SUME, 2020.

Gráfica N°2. Distribución gráfica de la frecuencia de despachos por mes.



Fuente: cuadro N°3, 2020.

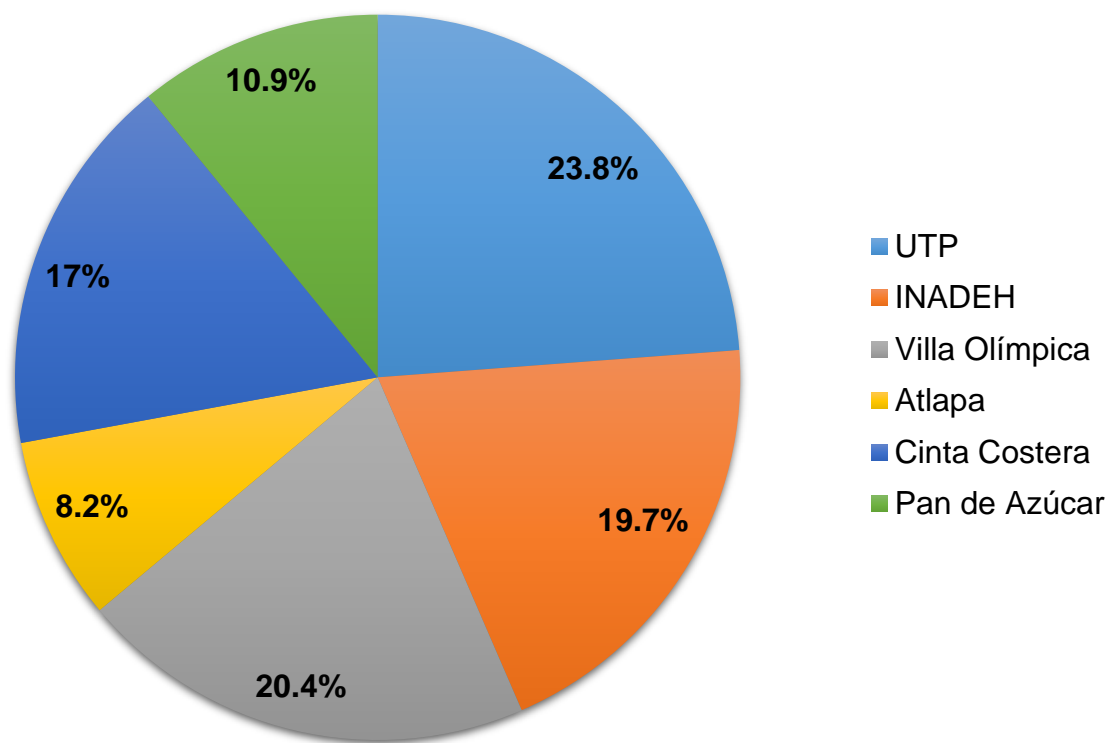
El departamento de estadística del sistema único de manejo de emergencias (SUME) durante los primeros cinco meses del año 2020 contabilizó un total de 147 despachos con el código #25, de estos 147 despachos, 22 de ellos se dieron en el mes de enero, lo que corresponde a un 14.9% del total de despachos, 14.3% fueron en el mes de febrero, contabilizando 21 despachos de recursos utilizados durante este mes, 24 de los 147 se dieron en el mes de marzo, arrojando un 16.3% de atenciones, solo 9 despachos se dieron en el mes de abril con un porcentaje de 6.2%, elevándose este índice en el siguiente mes hasta un 48.3% demostrando que fue el mes de mayor incidencia de despachos por el código #25.

Cuadro N°4. Distribución de los despachos del código #25 por sitios de lanzamiento.

Sitio de lanzamiento	Frecuencia	Porcentaje
UTP	35	23.8%
INADEH	29	19.7%
Villa Olímpica	30	20.4%
Atlapa	12	8.2%
Cinta Costera	25	17%
Pan de Azúcar	16	10.9%
Total	147	100%

Fuente: datos obtenidos del departamento de estadística del SUME, 2020.

Gráfica N°3. Distribución gráfica de los despachos por sitios de lanzamiento.



Fuente: cuadro N°4, 2020.

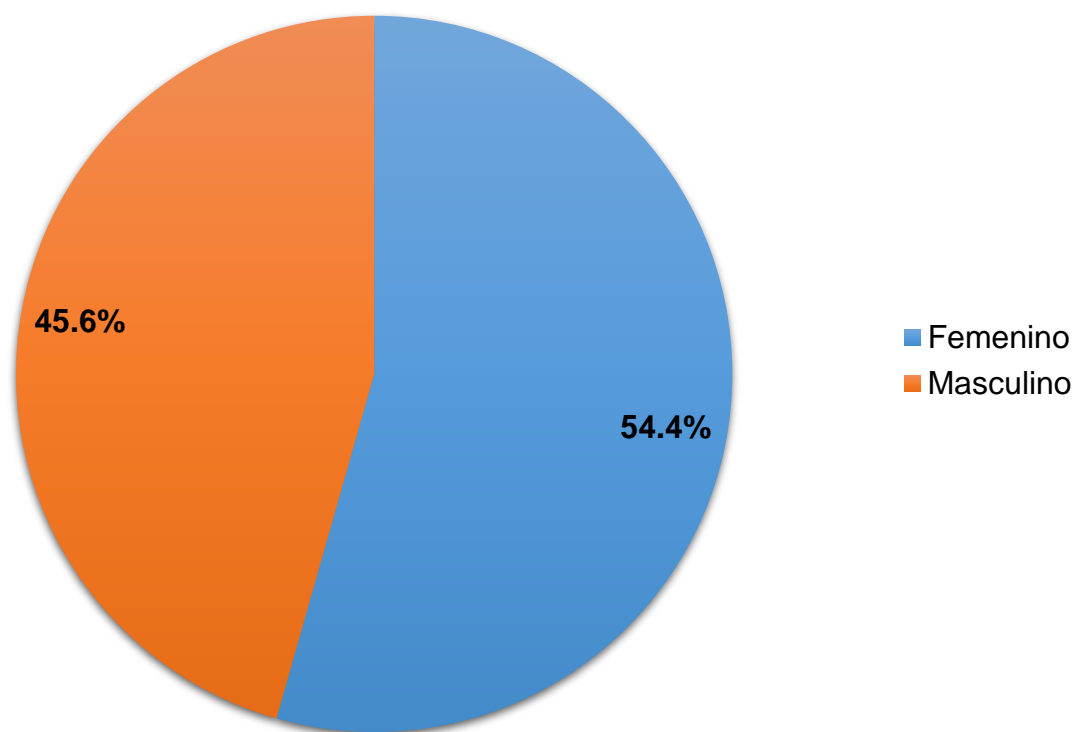
La distribución gráfica para el índice de despachos dependiendo del sitio de lanzamiento, el departamento de estadística comparte que un 23.8% es para el puesto de UTP, 29 despachos de los 147 son para el puesto de INADEH con un 19.7%, 20.4% para el puesto de Villa Olímpica con 30 despachos, para el sitio de lanzamiento ubicado en Atlapa se lleva un porcentaje mínimo a comparación de los otros de un 8.2%, 25 de los despachos fueron atendidos por el puesto ubicado en la Cinta Costera y un 10.9% se contabilizó para Pan de Azúcar con 16 despachos.

Cuadro N°5. Distribución por sexo de los pacientes atendidos.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	80	54.4%
Masculino	67	45.6%
Total	147	100%

Fuente: datos obtenidos del departamento de estadística del SUME, 2020.

Gráfica N°4. Distribución gráfica por sexo de los pacientes atendidos.



Fuente: cuadro N°5, 2020.

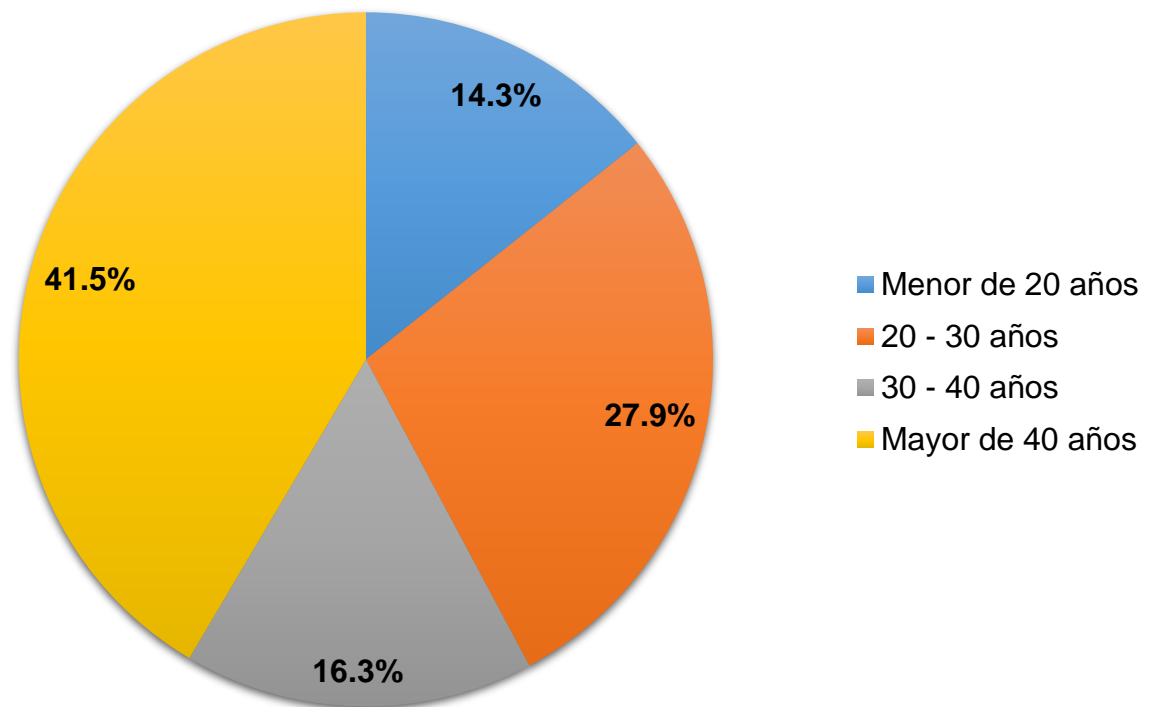
De los 147 despachos contabilizados por el departamento de estadística del SUME, 80 de ellos fueron de pacientes del sexo femenino siendo un 54.4% y 67 para el sexo masculino arrojando un porcentaje de 45.6%.

Cuadro N°6. Distribución por edades de los pacientes atendidos.

Edades	Frecuencia	Porcentaje
<20 años	21	14.3%
20 – 30 años	41	27.9%
30 - 40 años	24	16.3%
>40 años	61	41.5%
Total	147	100%

Fuente: datos obtenidos del departamento de estadística del SUME, 2020.

Gráfica N°5. Distribución gráfica por edades de los pacientes atendidos.



Fuente: cuadro N°6, 2020.

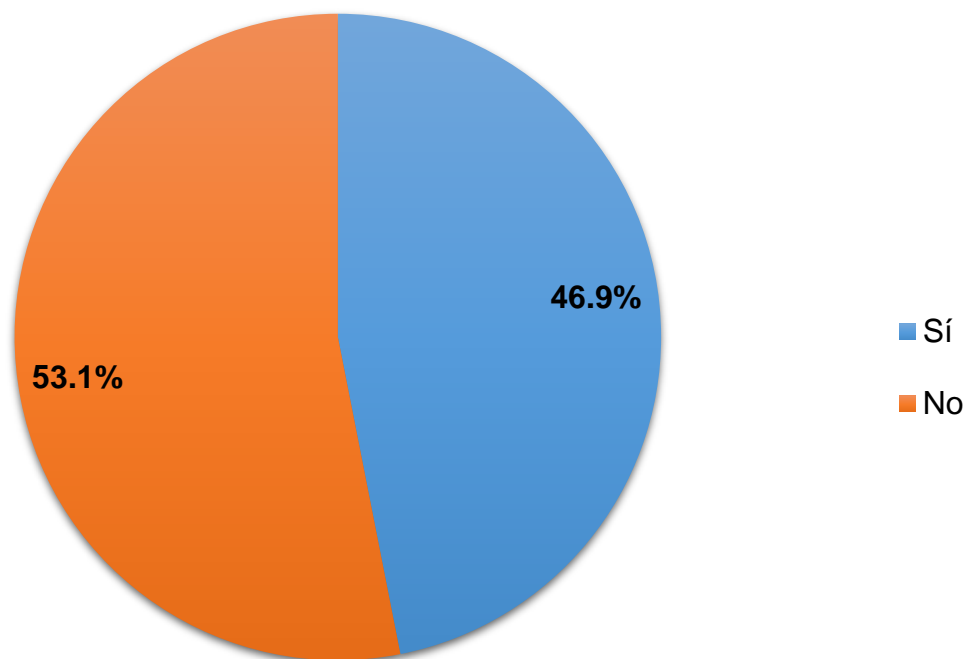
La anterior gráfica demuestra la frecuencia en el rango de edades de pacientes atendido por el código #25, en el cual 21 pacientes fueron menores de 20 años de edad arrojando un índice de 14.3%, un 27.9% fueron pacientes entre los 20 y 30 años con 41 atenciones, 24 de los 147 despachos tenían un rango de edad entre los 30 y 40 años, arrojando un 16.3%, mientras que 61 pacientes atendidos por el SUME bajo el código #25 eran mayores de 40 años, llevándose un índice de 41.5% del total.

Cuadro N°7. Distribución por antecedentes psiquiátricos de los pacientes atendidos.

App psiquiátrico	Frecuencia	Porcentaje
Sí	69	46.9%
No	78	53.1%
Total	147	100%

Fuente: datos obtenidos del departamento de estadística del SUME, 2020.

Gráfica N°6. Distribución gráfica de los antecedentes psiquiátricos de los pacientes atendidos.



Fuente: cuadro N°7, 2020.

La gráfica anterior da a conocer si la población atendida por el código #25 tiene o no antecedentes psiquiátricos, por lo tanto, los valores demuestran que 69 pacientes de los 147 atendidos sí padecían de alguna patología psiquiátrica,

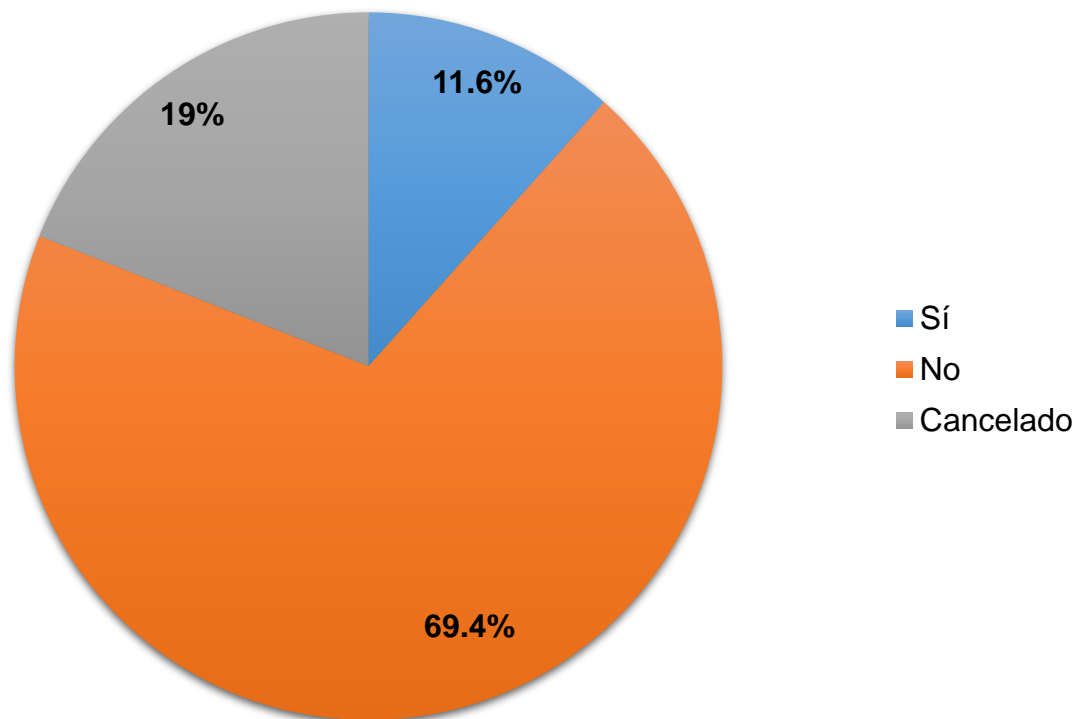
arrojan un porcentaje de 46.9% del total, mientras que un 53.1% de los pacientes atendidos no padecían de problemas psiquiátricos.

Cuadro N°8. Distribución por traslados de los pacientes atendidos.

Traslado	Frecuencia	Porcentaje
Sí	17	11.6%
No	102	69.4%
Cancelados	28	19%
Total	147	100%

Fuente: datos obtenidos del departamento de estadística del SUME, 2020.

Gráfica N°7. Distribución gráfica por traslados de los pacientes atendidos.



Fuente: cuadro N°8, 2020.

El sistema único de manejo de emergencias (SUME) cuenta con protocolos que ayudan a la determinación del traslado de los pacientes atendidos, por lo tanto de estos 147 pacientes atendidos bajo el código #25, solo 17 fueron trasladados a un centro médico para recibir atención especializada, siendo un 11.6%, mientras que 102 pacientes, arrojando un 69.4% no fueron trasladados y se dejaron en casa bajo recomendaciones, pero el 19% de estos despachos fueron cancelados antes de que el recurso llegara a la escena.

Después de cumplir con la muestra total de encuestados la misma da a conocer los resultados de la investigación sobre el manejo de pacientes con crisis convulsiva a nivel prehospitalario en el sistema único de manejo de emergencias (SUME), en la cual se busca dar respuesta a los objetivos específicos.

Por lo tanto, se utilizó un cuestionario de selección múltiple con preguntas cerradas que limitaban al técnico en urgencias médicas a elegir las opciones que se encontraban dentro del cuestionario.

5.1.2 Datos generales de los encuestados

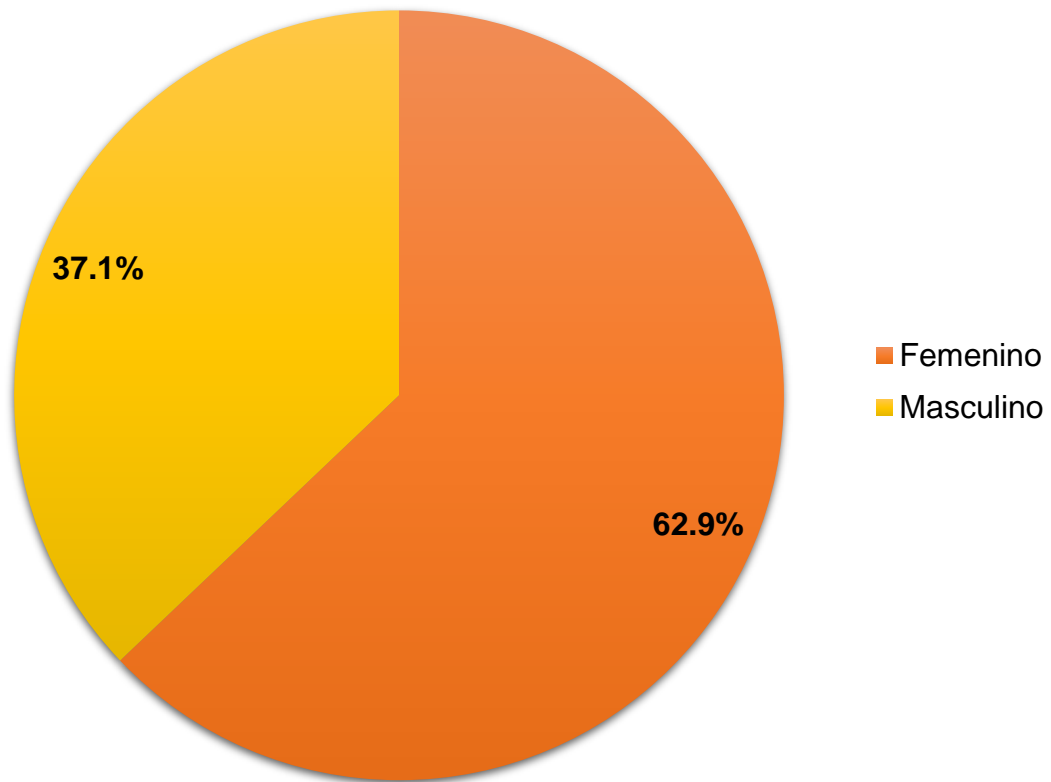
Para una mayor comprensión de los resultados obtenidos se tomaron en cuenta datos generales de los técnicos en urgencias médicas del SUME como el sexo, la edad y el sitio de lanzamiento. De los cuales se obtuvieron dichos resultados:

Cuadro N°9. Distribución por sexo de los TUM del SUME.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	39	62.9%
Masculino	23	37.1%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°8. Distribución gráfica por sexo de los TUM del SUME.



Fuente: cuadro N°9, 2021.

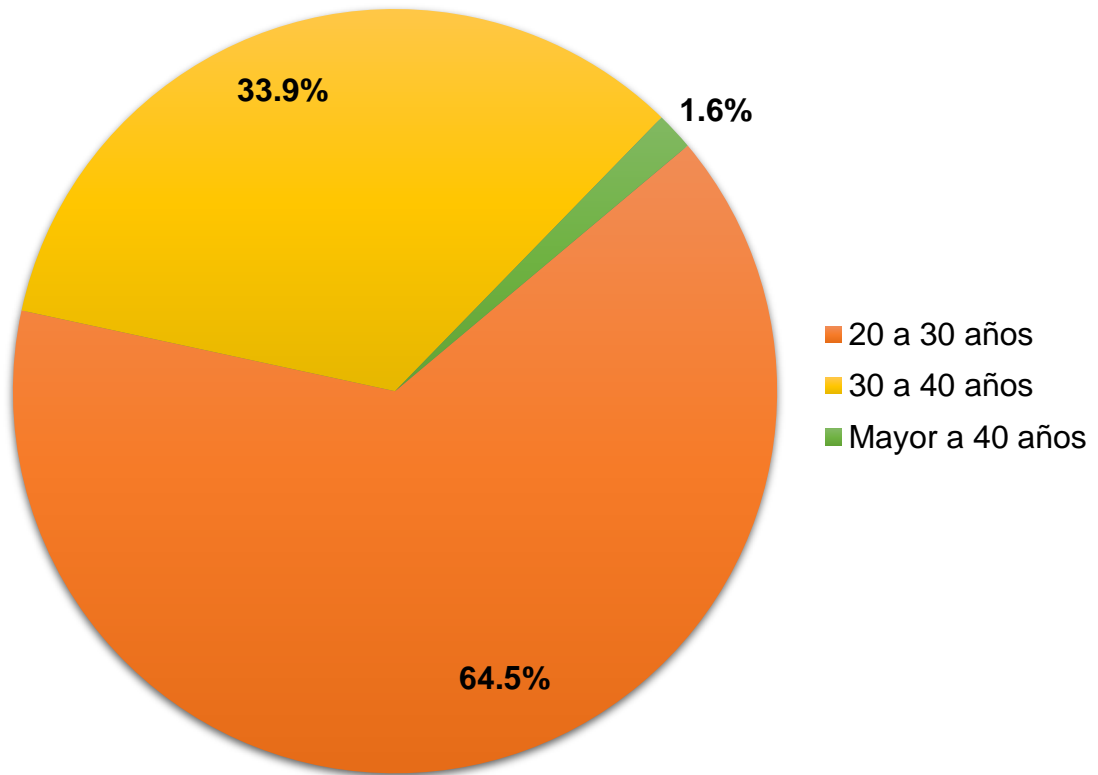
La muestra fue de 62 técnicos en urgencias médicas del Sistema Único de Manejo de Emergencias (SUME). De la cual un 62.9% de la población encuestada fue del sexo femenino y el 37.1% restante fue del sexo masculino.

Cuadro N°10. Distribución por edades de los TUM del SUME.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 a 30 años	40	64.5%
30 a 40 años	21	33.9%
Mayor a 40 años	1	1.6%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°9. Distribución gráfica de edades de los TUM del SUME.



Fuente: cuadro N°10, 2021.

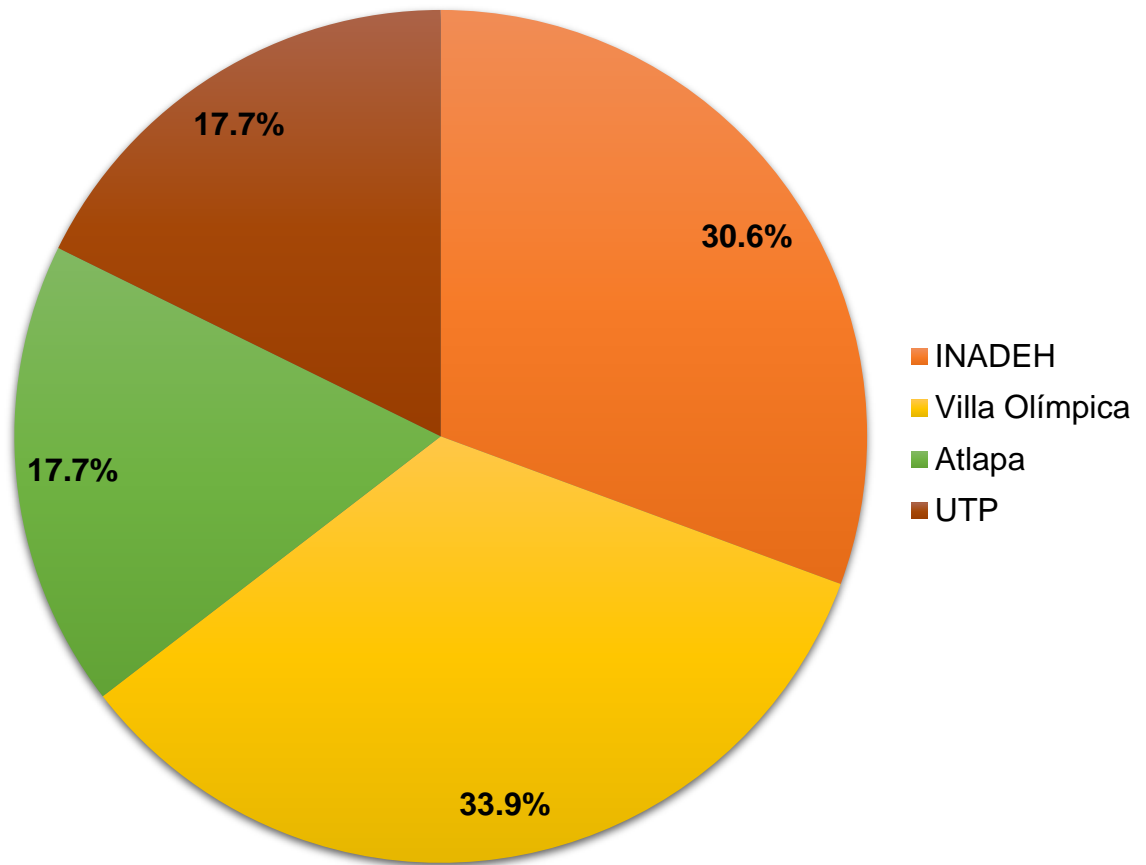
La encuesta realizada demuestra los valores sobre las edades de los técnicos en urgencias médicas del Sistema Único de Manejo de Emergencias, donde da a conocer que la población total encuestada tiene un predominio del 64.5% con un rango de edad entre los 20 a 30 años y de esta población solo un 33.9% están en una categoría de 30 a 40 años de edad, mientras que solo un 1.6% de los encuestados sobrepasa los 40 años de edad, dando a conocer que la muestra encuestada son relativamente jóvenes de los cuales no sobrepasan los 40 años.

Cuadro N°11. Distribución por sitios de lanzamiento de los TUM del SUME.

Sitio de lanzamiento	Frecuencia	Porcentaje
INADEH	19	30.6%
Villa Olímpica	21	33.9%
Atlapa	11	17.7%
UTP	11	17.7%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°10. Distribución gráfica por sitios de lanzamientos de los TUM del SUME.



Fuente: cuadro N°11, 2021.

La distribución de los TUM por los cuatro sitios de lanzamiento elegidos para la aplicación del cuestionario realizado demostró que un 33.9 % de estos técnicos eran del sitio de lanzamiento de Villa Olímpica, de igual forma un 30.6% eran de INADEH, 17.7% del puesto de UTP y de igual forma, un 17.7% de la muestra total eran del puesto de Atlapa.

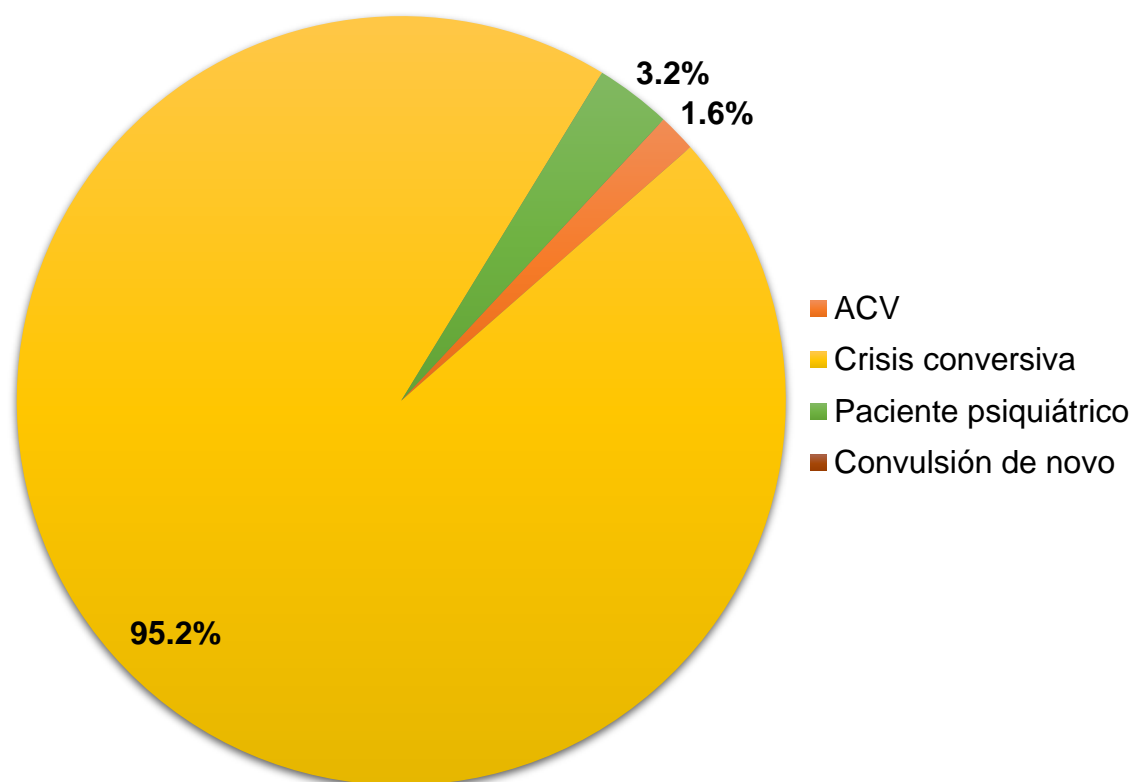
4.3 Datos específicos de la encuesta

Cuadro N°12. Impresión diagnóstica sobre un caso clínico expuesto.

Patología	Frecuencia	Porcentaje
ACV	1	1.6%
Crisis conversiva	59	95.2%
Paciente psiquiátrico	2	3.2%
Convulsión de novo	0	0%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°11. Distribución gráfica sobre la impresión diagnóstica sobre un caso clínico expuesto.



Fuente: cuadro N°12, 2021.

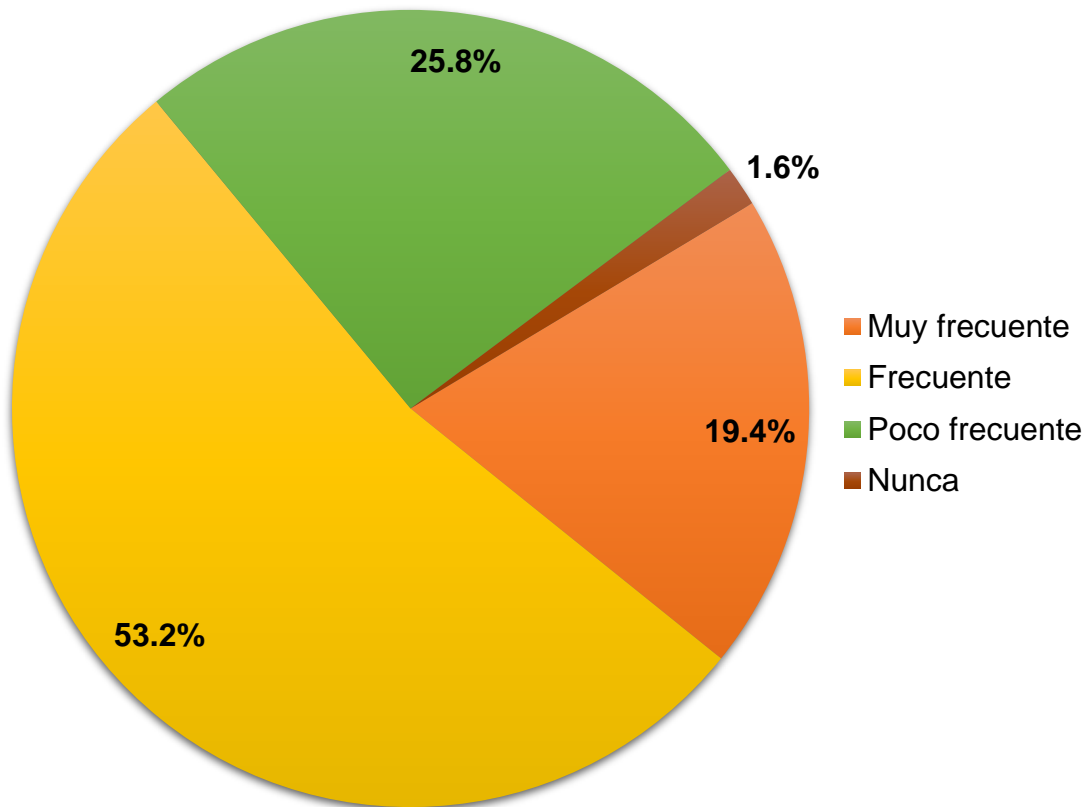
A los técnicos en urgencias médicas del SUME se les presenta un caso clínico donde son despachados para atender una femenina de 26 años de edad, la cual no tiene APP y la misma refiere sensación de desmayo, debilidad generalizada y pérdida de movimiento en sus extremidades inferiores, la misma no ha presentado relajación de esfínteres, sus signos vitales están estables y el familiar expone que sostuvo una discusión con la paciente antes de que la misma presentara sus síntomas. Al presentar este caso clínico los TUM sospechan con mayor frecuencia y se inclinan por dar un diagnóstico diferencial de que la paciente puede estar presentando una crisis conversiva, el porcentaje de técnicos que eligieron esta opción fue del 95.2% del total encuestado, el resto de técnicos se inclinan con que es una paciente psiquiátrica con un índice de frecuencia del 3.2% y solo un técnico sospecha por un accidente cerebrovascular con un porcentaje de 1.6%, mientras que ningún TUM sospecha que la paciente pudiera estar presentando una convulsión de novo. Lo que demuestra que la gran mayoría de los TUM a los que se les aplicó dicho cuestionario, dan con el diagnóstico diferencial adecuado o correcto frente a la paciente presentada.

Cuadro N°13. Frecuencia de despacho para atender paciente con crisis conversiva.

	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	12	19.4%
Frecuente	33	53.2%
Poco frecuente	16	25.8%
Nunca	1	1.6%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°12. Distribución gráfica de la frecuencia de despachos para atender pacientes con crisis conversiva.



Fuente: cuadro N°13, 2021.

El gráfico anterior expone por experiencia de los técnicos que existe un índice de despachos de un 53.2% para atender frecuentemente a pacientes con crisis conversiva, un 25.8% de la población expone que es poco frecuente atender este tipo de alteración en un paciente, pero del total encuestado arroja que el 19.4% atiende de forma muy frecuente estos casos y que solo un 1.6% dice que nunca han tenido la oportunidad de atender pacientes con crisis conversiva en el ámbito prehospitalario. Lo que demuestra que la incidencia de casos de pacientes con crisis conversivas a nivel prehospitalario es alta, ya sea que el técnico ha atendido con mayor o menor frecuencia, pero refleja que este tipo de afectación sí se

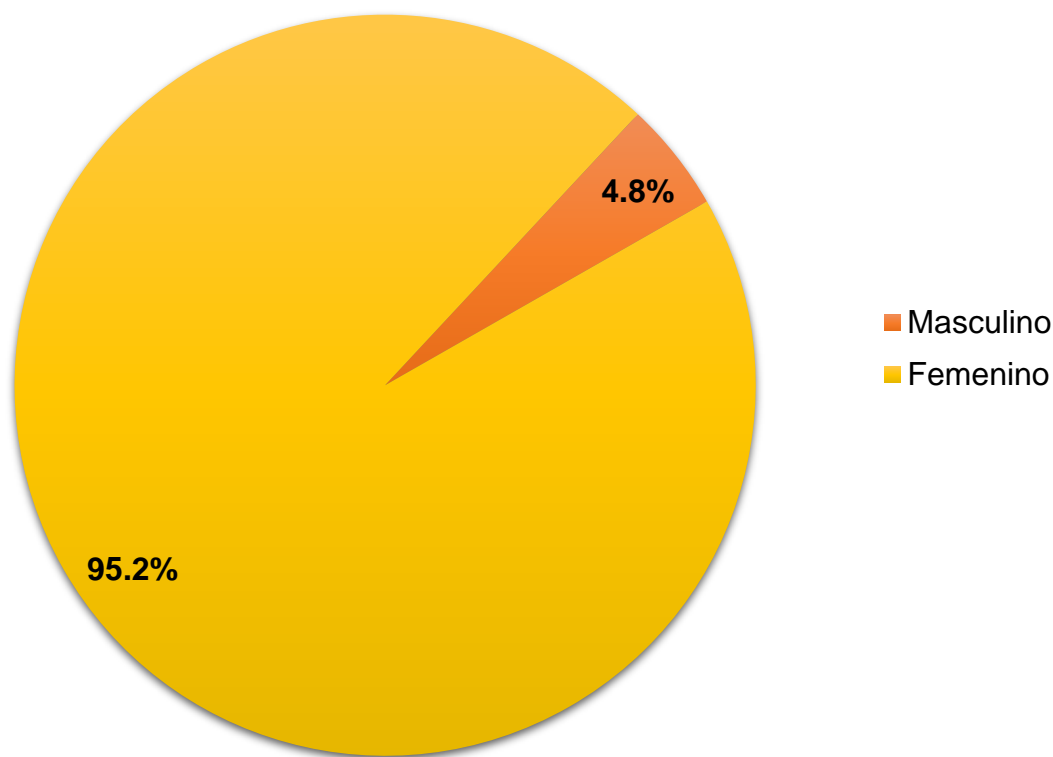
maneja en prehospitalaria, ya que el 72.6% del personal encuestado da a conocer que sí han atendido estos pacientes, solo que algunos con mayor frecuencia que otros, por lo tanto, es un tema que debe ser expuesto y manejado por todo el personal de salud en el ámbito prehospitalario.

Cuadro N°14. Sexo de pacientes que presentan con mayor incidencia una crisis conversiva.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	3	4.8%
Femenino	59	95.2%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°13. Distribución gráfica por sexo de pacientes que presentan con mayor incidencia una crisis conversiva.



Fuente: cuadro N°14, 2021.

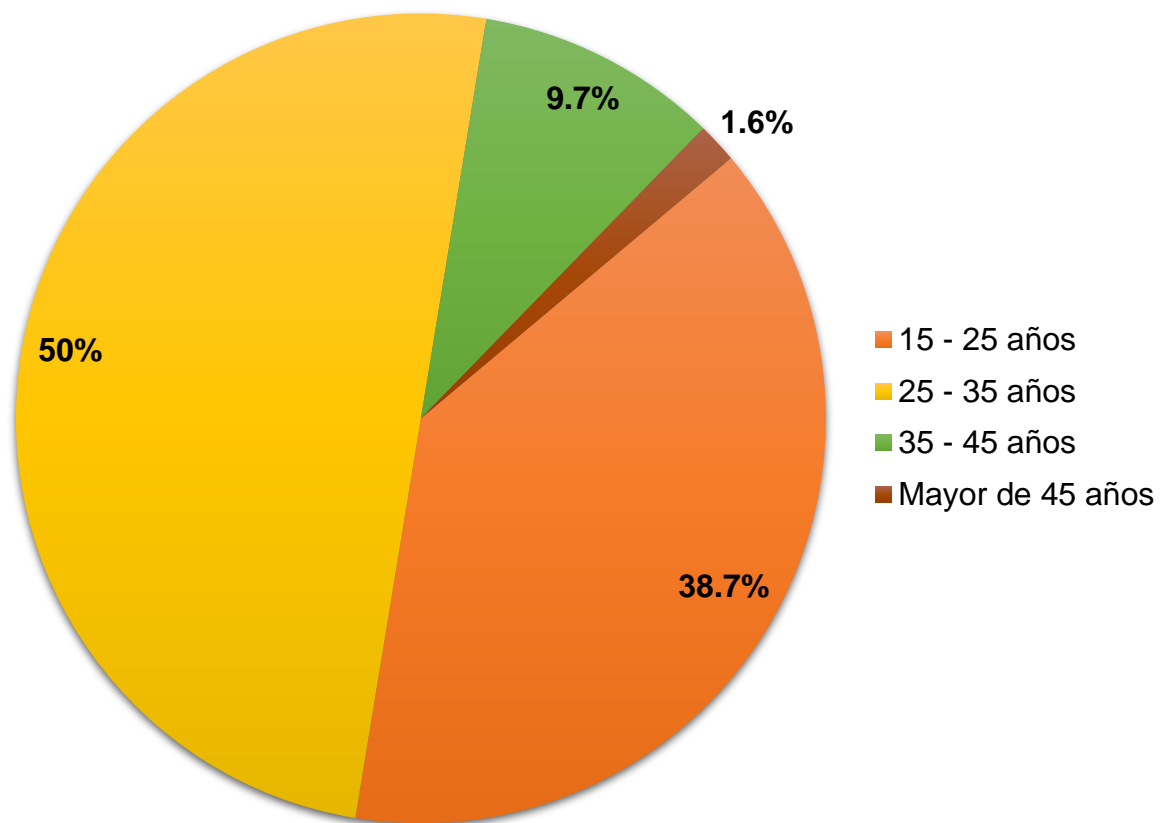
La opción de mayor elección por parte de los TUM se inclinó hacia el género femenino arrojando un porcentaje de un 95.2% sobre el género masculino con un valor de 4.8%. Dando a conocer por experiencia del personal de salud a nivel prehospitalario que el sexo que mayormente es afectado y atendido por los técnicos en urgencias médicas a nivel prehospitalario que presentan una crisis conversiva son féminas, demostrando que esta afectación no es muy común en el sexo masculino.

Cuadro N°15. Rango de edad en pacientes con crisis conversiva.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
15 – 25 años	24	38.7%
25 – 35 años	31	50%
35 – 45 años	6	9.7%
> 45 años	1	1.6%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°14. Distribución gráfica del rango de edad en pacientes con crisis conversiva.



Fuente: cuadro N°15, 2021.

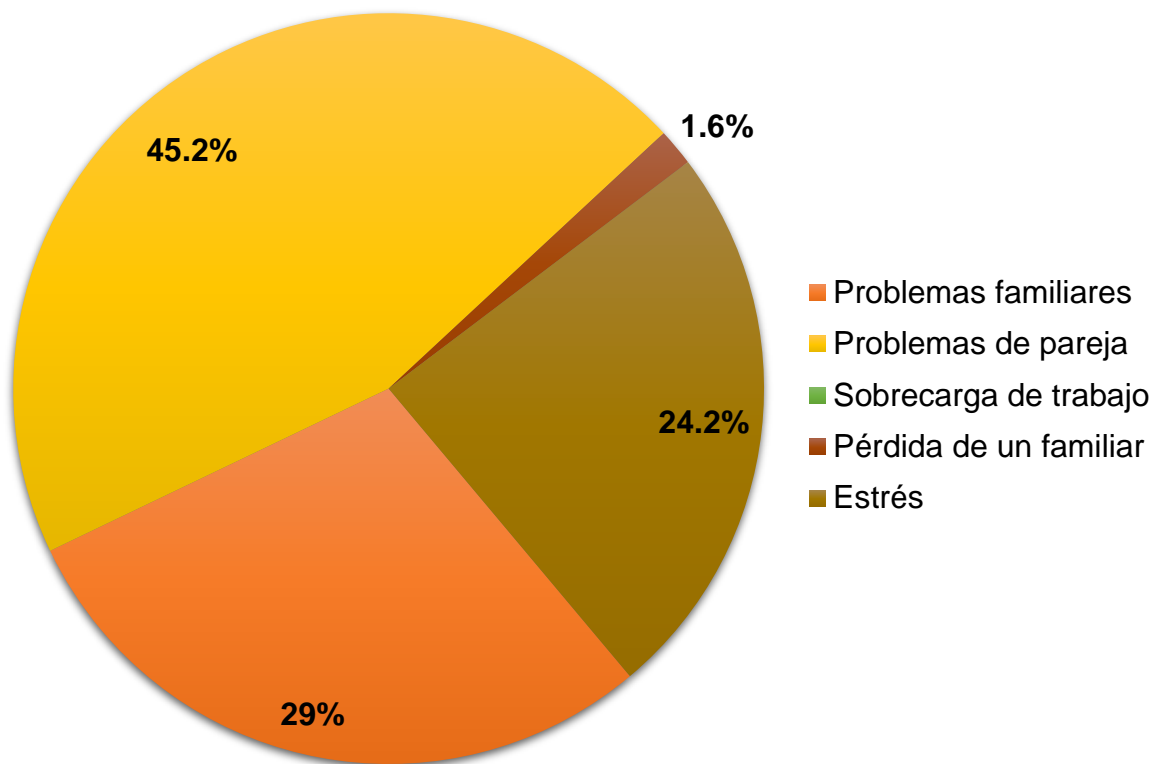
La gráfica anterior da a conocer que el rango de edad de mayor incidencia de pacientes con crisis convulsivas a nivel prehospitalario es de 25 – 35 años de edad arrojando un porcentaje del 50% sobre las demás opciones, de las cuales el 38.7% arroja que el rango de edad es entre los 15 – 25 años, un 9.7% se inclina por un rango de edad de 35 – 45 años, mientras que solo un 1.6% de la población encuestada eligió la opción mayor de 45 años. Lo que demuestra que la población que mayormente es atendida por un TUM por presentar una crisis convulsiva es una población joven entre los 15 y 35 años de edad con un porcentaje de 88.7%, mientras que no es una alteración muy común en las edades mayores de 35 años con un índice del 11.3%.

Cuadro N°16. Factor causal más común en pacientes con crisis convulsiva.

Factor causal	Frecuencia	Porcentaje
Problemas familiares	18	29%
Problemas de pareja	28	45.2%
Sobrecarga de trabajo	0	0%
Pérdida de un familiar	1	1.6%
Estrés	15	24.2%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°15. Distribución gráfica del factor causal más común en pacientes con crisis convulsiva.



Fuente: cuadro N°16, 2021.

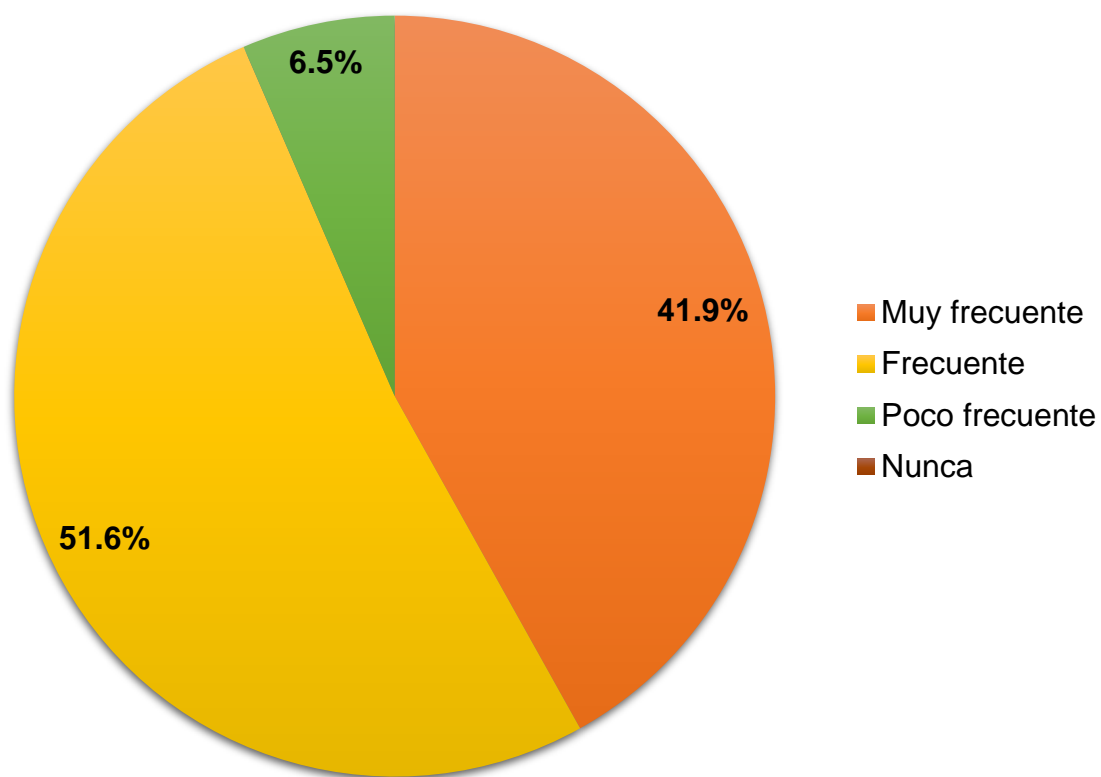
Los técnicos en urgencias médicas tras la aplicación de la encuesta elijen con un índice del 29% que el factor causal en pacientes con crisis conversiva es por problemas familiares, mientras que un mayor índice elijen que los problemas de pareja son el factor causal más común en estos pacientes con un 45.2%, pero de igual forma un 24.2% deciden que el estrés juega un papel importante como detonante en estos pacientes, mientras que solo un 1.6% opta por inclinarse que lo que puede llegar a provocar una alteración conversiva en un paciente es la pérdida de un familiar, mientras que de estos técnicos ninguno eligió la sobrecarga de trabajo como un factor causal. La opinión de los técnicos en esta pregunta da a conocer que el factor causal o detonante con mayor frecuencia en los pacientes que ellos han atendido son los problemas entre parejas.

Cuadro N°17. Manifestaciones clínicas más comunes en una crisis conversiva.

Frecuencia de las M. clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	26	41.9%
Frecuente	32	51.6%
Poco frecuente	4	6.5%
Nunca	0	0%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°16. Distribución gráfica de las manifestaciones clínicas más comunes en una crisis conversiva.



Fuente: cuadro N°17, 2021.

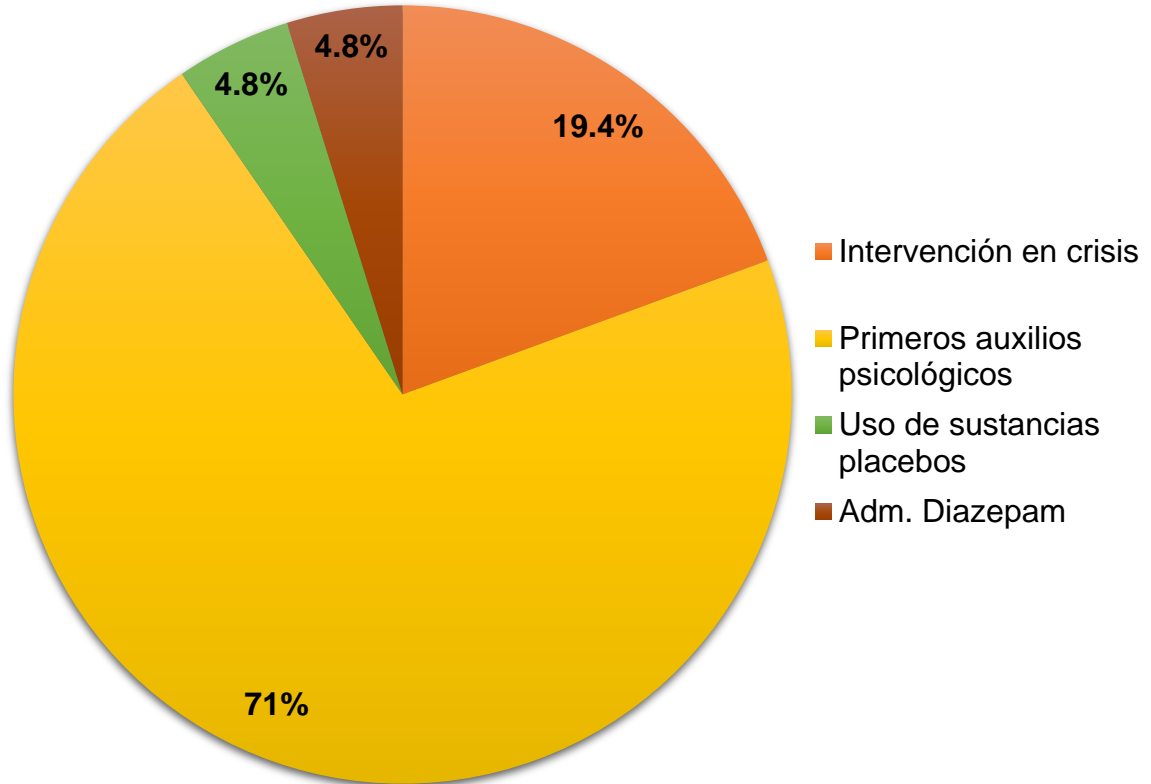
La gráfica anterior nos da a conocer la variación que existe por parte de los TUM al momento de elegir la manifestación clínica más común en un paciente que presenta una crisis conversiva en la cual se puede ver involucrada la experiencia de los mismos, ya que existe un índice de 41.9% que dicen que es muy frecuente encontrar alteración motora y sensitiva, dolor, desmayos, falta de la respiración en pacientes con crisis conversivas, mientras que un 51.6% de estos técnicos encuestados eligen que estas manifestaciones son frecuentes en estos pacientes, pero solo un 6.5% dicen que esta sintomatología es poco frecuente en individuos que presenten este tipo de alteración, pero llama mucho la atención que ninguno de estos técnicos encuestados optan por la opción de nunca frente a esta sintomatología, dando a conocer que las manifestaciones clínicas antes mencionadas sí son comunes verlas en estos pacientes ya sea con mucha o poca frecuencia pero sí pueden llegar a presentar este tipo de alteraciones.

Cuadro N°18. Manejo para pacientes con crisis conversiva.

Manejo de C. Conversiva	Frecuencia	Porcentaje
Intervención en crisis	12	19.4%
Primeros auxilios psicológicos	44	71%
Uso de sustancias placebo	3	4.8%
Adm. Diazepam	3	4.8%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°17. Distribución gráfica para el manejo de pacientes con crisis conversiva.



Fuente: cuadro N°18, 2021.

El manejo de los pacientes con crisis conversiva a nivel prehospitalario puede ser muy incierto o controversial ya que no existen protocolos establecidos sobre su manejo o tratamiento pero los técnicos en urgencias médicas del SUME al preguntarles qué manejo les daría a estos pacientes, deciden con un 119.4% manejarlos a través de intervención en crisis, otros utilizarían primeros auxilios psicológicos llevándose el mayor porcentaje con un 71%, el resto de los encuestados prefieren manejarlos con uso de sustancias placebos con un porcentaje de 4.8% y el 4.8% restante los trataría administrándole Diazepam. Es importante aclarar que la diferencia del manejo de un técnico con el otro de estos pacientes podría ser por la experiencia que ha tenido uno del otro al manejar estas alteraciones en pacientes conversivos, sin embargo, la mayoría ha manejado

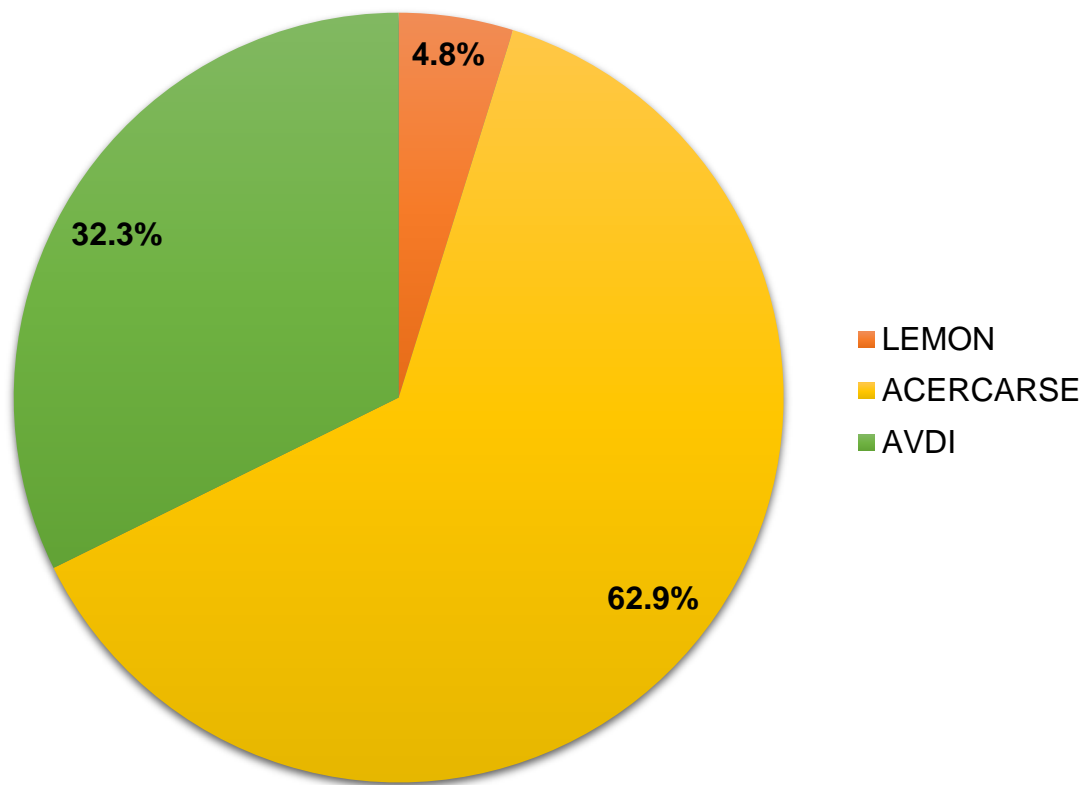
estos pacientes con primeros auxilios psicológicos lo que podría demostrar que la utilización o aplicación de esta técnica puede ser buena y efectiva para el manejo de pacientes con crisis conversivas a nivel prehospitalario.

Cuadro N°19. Mnemotecnia de primeros auxilios psicológicos de Martin y Muñoz.

Mnemotecnia	Frecuencia	Porcentaje
LEMON	3	4.8%
ACERCARSE	39	62.9%
AVDI	20	32.3%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°18. Distribución gráfica de la mnemotecnia de primeros auxilios de Martin y Muñoz.



Fuente: cuadro N°19, 2021.

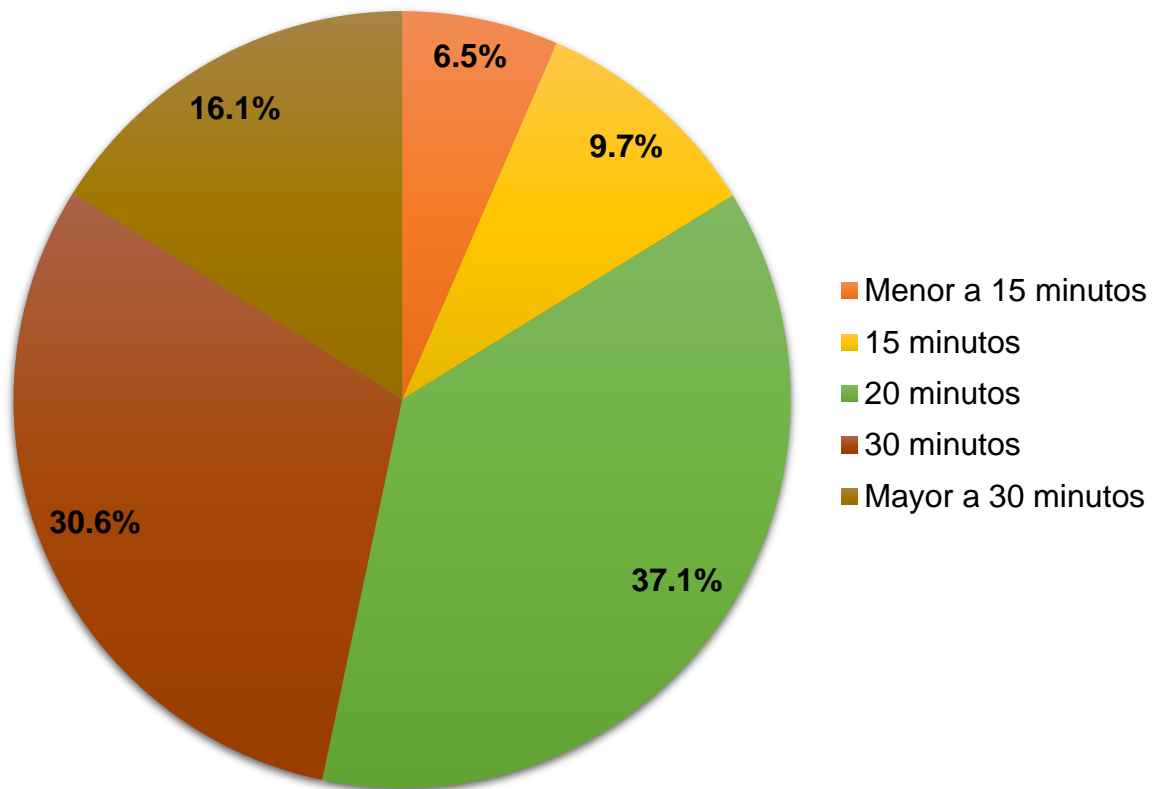
A los técnicos del SUME se les hace una pregunta de conocimiento para saber si conocían la mnemotecnia de primeros auxilios de Martín y Muñoz en la cual la gráfica anterior demuestra de que de la cantidad total de técnicos eligieron con un 62.9% la mnemotecnia ACERCARSE, un 32.3% se inclinaron por AVDI y solo un 4.8% de la población total optaron por que la mnemotecnia de primero auxilios se trataba de LEMON, creando una gran incógnita de si verdaderamente los técnicos conocen la auténtica mnemotecnia o solo respondieron por descarte a la pregunta que se les hizo. Tomando en cuenta que la verdadera opción era ACERCARSE la cual fue elegida por una cantidad de 39 técnicos, pero en qué se basaron los demás para decidir por LEMON y AVDI si son mnemotecnias que tratan de valorar el estado de alerta de un paciente y la vía aérea difícil.

Cuadro N°20. Tiempo en que se les brindaría una atención a pacientes con una alteración conversiva en prehospitalaria.

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
<15 minutos	4	6.5%
15 minutos	6	9.7%
20 minutos	23	37.1%
30 minutos	19	30.6%
>30 minutos	10	16.1%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°19. Distribución gráfica del tiempo que se les brindaría una atención a pacientes con una alteración conversiva prehospitalaria.



Fuente: cuadro N°20, 2021.

El tiempo que los técnicos le brindarían una atención a un paciente con una crisis conversiva a nivel prehospitalario varía mucho ya que de los 62 técnicos encuestados solo 23 de ellos dicen que les tomaría 20 minutos para manejarlos que equivaldría a un 37.1%, de igual forma un 30.6% de estos 62 técnicos dicen un tiempo de 30 minutos, mientras de 10 TUM eligen un tiempo mayor a los 30 minutos, siendo este grupo un 16.1% del total, pero un 9.7% dicen que 15 minutos son suficientes para abordar y manejar estos casos, mientras que un 6.5% dicen que solo los manejarían con un tiempo menor de 15 minutos.

Llama la atención la variación de tiempo que los técnicos eligieron, puede ser la importancia que cada TUM les dé a estos pacientes asimismo sería su tiempo

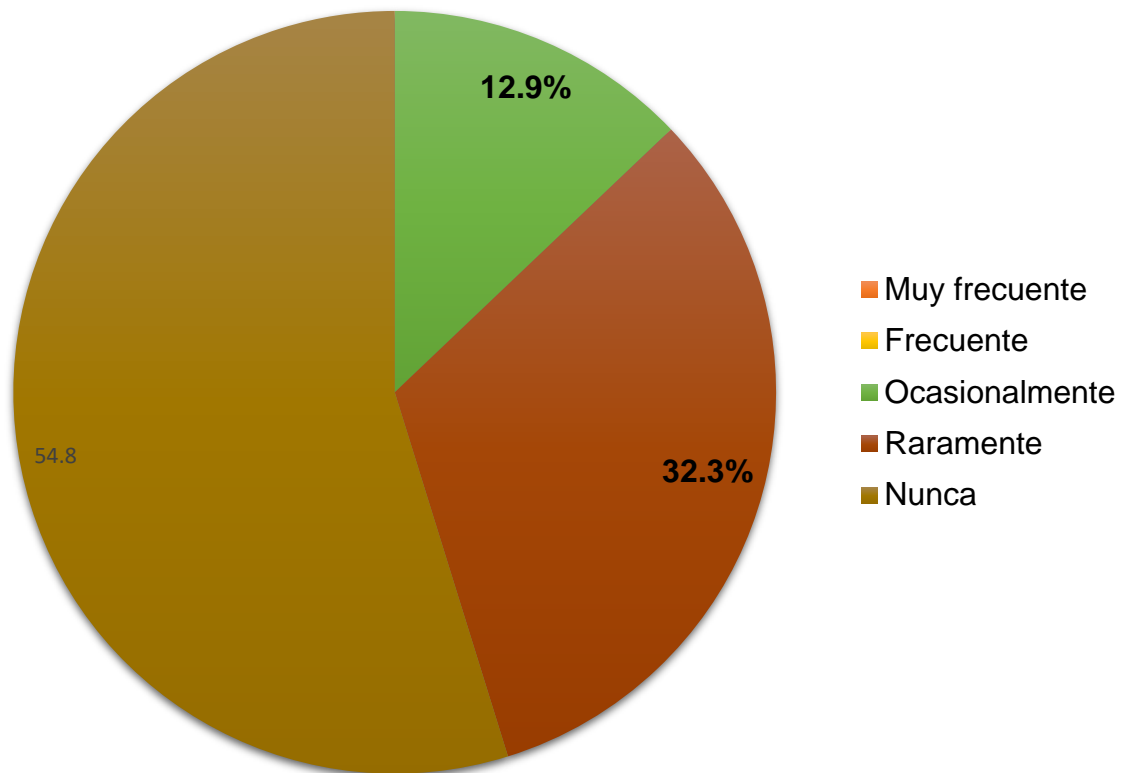
para brindarle una adecuada atención o manejo, también se puede jugar un punto a su favor la experiencia que cada TUM tenga al momento de abordar estos casos y su tiempo de respuesta sería mucho menor. Pero es importante recalcar que un 67.7% del total de los técnicos encuestados opinan que entre 20 y 30 minutos sería un tiempo óptimo para brindarle un adecuado manejo a estos pacientes en un ámbito prehospitalario.

Cuadro N°21. Frecuencia de traslado de pacientes con crisis convulsivas a centros hospitalarios.

Frecuencia de traslado	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	0	0%
Frecuente	0	0%
Ocasionalmente	8	12.9%
Raramente	20	32.3%
Nunca	34	54.8%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°20. Distribución gráfica de la frecuencia de traslados de pacientes con crisis convulsiva a centros hospitalarios.



Fuente: cuadro N°21, 2021.

La frecuencia de traslado de un paciente que presente una crisis conversiva a un centro hospitalario por la gráfica es muy evidente que muy pocas veces se traslada un paciente de este tipo a un hospital, ya que la distribución gráfica arroja que un 54.8% de técnicos nunca han trasladado un paciente con este tipo de alteración mientras que un 32.3% raramente ha trasladado estos casos a un hospital, pero un 12.9% dice que ocasionalmente ha trasladado a un centro hospitalario estos casos, lo que quiere decir que de los 62 técnicos encuestados solo 8 de ellos ha tenido que trasladar a estos pacientes a un centro hospitalario para recibir atención especializada. Pero estos resultados dan a conocer por un 87.1% que estos pacientes, en su gran mayoría, no ameritan un traslado por parte de una ambulancia de soporte vital avanzado en el momento de la atención, pero no

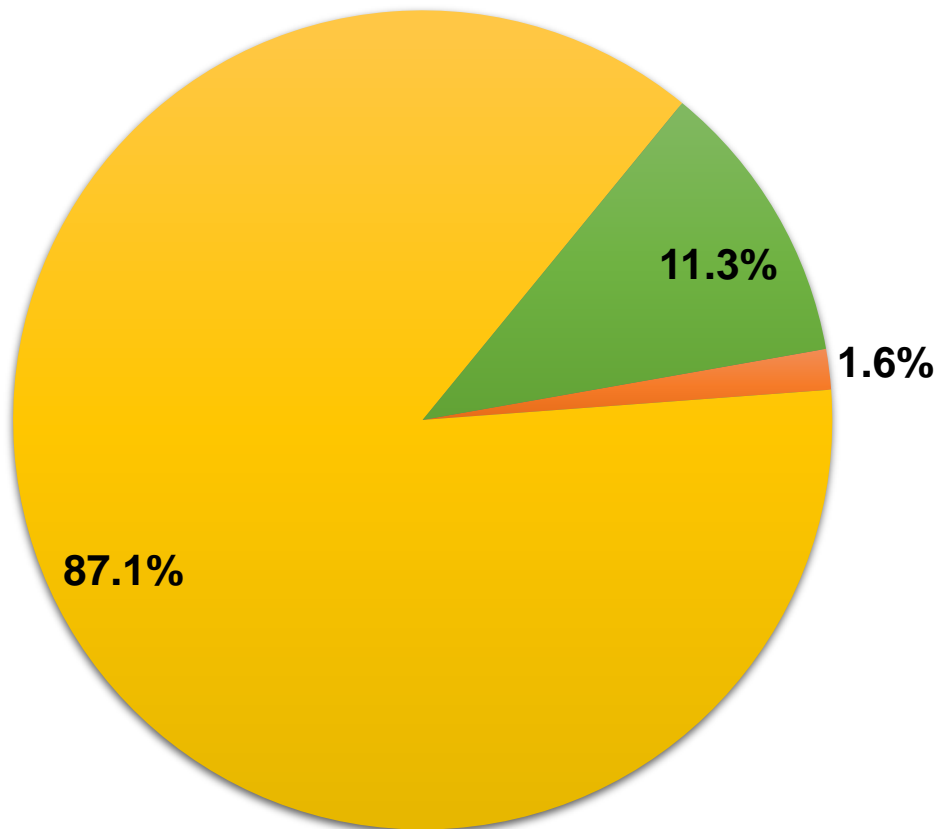
quiere decir que no necesiten una atención con un especialista en las que ellos puedan asistir por sus propios medios.

Cuadro N°22. Concepto que los TUM consideran de la crisis conversiva.

Concepto	Frecuencia	Porcentaje
Alteración neurológica, tipo crónica que afecta solo a la población adulta mayor de 50 años.	1	1.6%
Patología psiquiátrica, se caracteriza por presentar alteraciones tanto motoras como sensitivas en un individuo físicamente sano, que en su mayoría ocurren por exposición a un factor estresante en su entorno.	54	87.1%
Patología que tiene afectación a nivel cerebral, lo que provoca incapacidad a nivel motor y sensorial.	7	11.3%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°21. Distribución gráfica sobre el concepto que los TUM consideran de la crisis conversiva.



- Alteración neurológica, tipo crónica que afecta solo a la población adulta mayor de 50 años.
- Patología psiquiátrica, se caracteriza por presentar alteraciones tanto motoras como sensitivas en un individuo físicamente sano, que en su mayoría ocurren por exposición a un factor estresante en su entorno.
- Patología que tiene afectación a nivel cerebral, lo que provoca incapacidad a nivel motor y sensorial.

Fuente: cuadro N°22, 2021.

El concepto que más se acerca a la realidad para los técnicos del SUME para describir la crisis conversiva es una patología psiquiátrica, la cual se caracteriza por presentar alteraciones tanto motoras como sensitivas en un individuo físicamente sano, que en su mayoría ocurren por exposición a un factor estresante

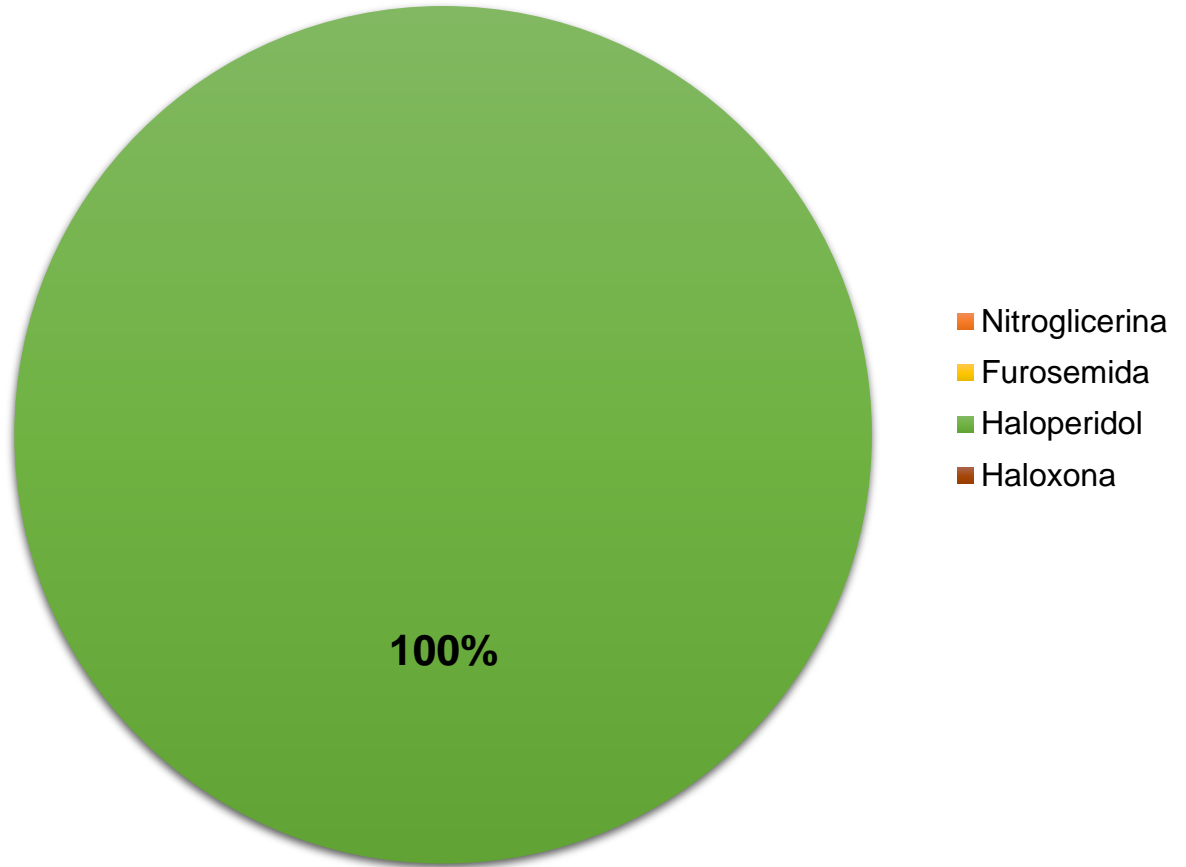
en su entorno, al ser elegido con un porcentaje de incidencia de un 87.1% sobre los demás, mientras que el 11.3% entienden por crisis conversiva como una patología que tiene afectaciones a nivel cerebral, provocando incapacidad a nivel motor y sensitivo, pero de los 62 técnicos solo 1.6% piensan que la crisis conversiva es una alteración neurológica tipo crónica que afecta solo a los adultos mayores de 50 años. Lo que da a conocer que la mayoría de los TUM encuestados tiene un concepto claro de lo que se trata una crisis conversiva y sus afectaciones.

Cuadro N°23. Terapia farmacológica que se le administraría a un paciente agitado, violento, poco colaborador.

Medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Nitroglicerina	0	0%
Furosemida	0	0%
Haloperidol	62	100%
Naloxona	0	0%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°22. Distribución gráfica de la terapia farmacológica que se le administraría a un paciente agitado, violento y poco colaborador.



Fuente: cuadro N°23, 2021.

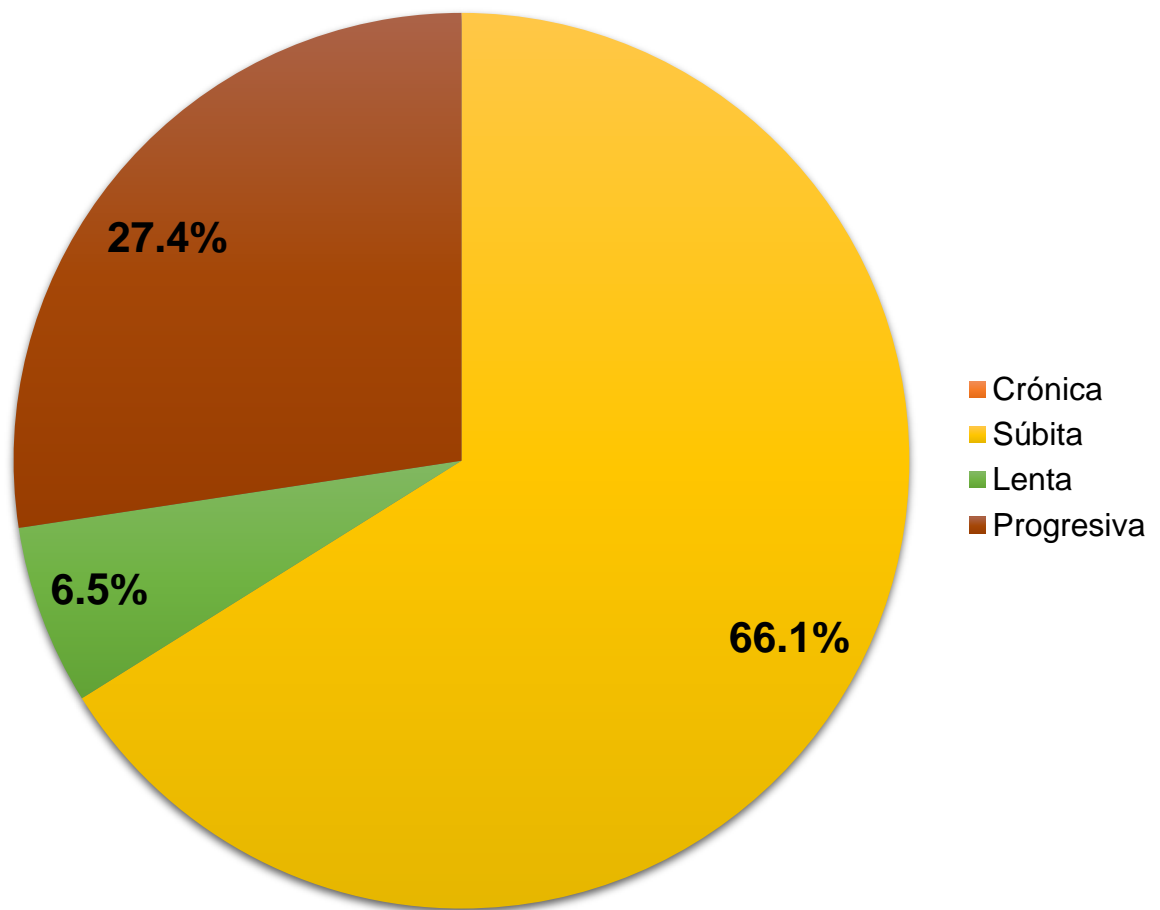
Los técnicos en urgencias médicas tienen muy claro cuál es la terapia farmacológica para el manejo de pacientes con crisis conversivas que presenten alguna alteración psicomotriz, paciente agitado, violento o poco colaborador, eligiendo con un 100% como terapia farmacológica administrarles haloperidol.

Cuadro N°24. Inicio de una crisis conversiva.

Inicio	Frecuencia	Porcentaje
Crónica	0	0%
Súbita	41	66.1%
Lenta	4	6.5%
Progresiva	17	27.4%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°23. Distribución gráfica del inicio de una crisis conversiva.



Fuente: cuadro N°24, 2021.

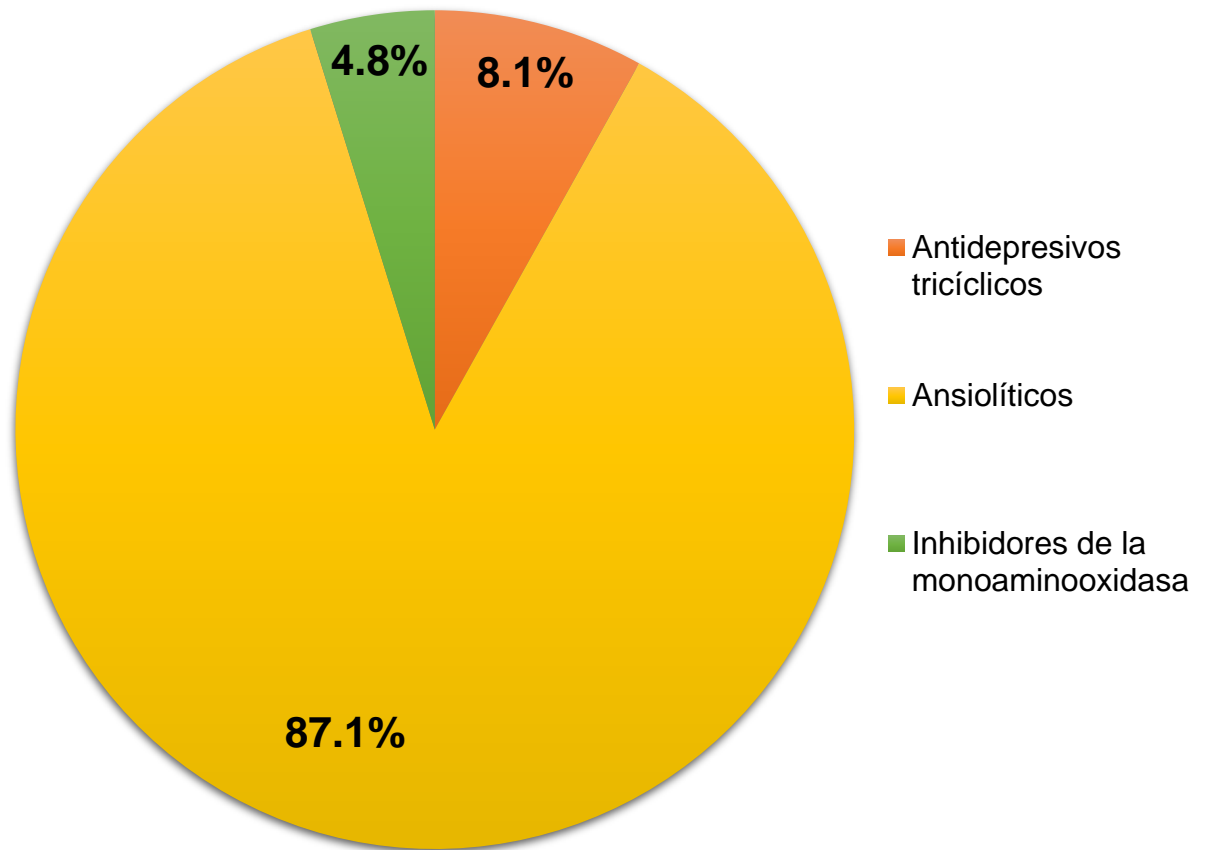
La gráfica anterior arroja valores precisos sobre el inicio de una crisis conversiva y por opinión de los técnicos en urgencias médicas del SUME el inicio de esta alteración es súbito con un porcentaje del 66.1%, de estos 62 técnicos encuestados 17 de ellos deciden que su inicio es progresivo con un índice de frecuencia del 27.4%, mientras que el otro 6.5% de la muestra dice que el inicio de esta crisis es lenta, pero ninguno de los encuestados eligen que el inicio de la crisis conversiva es crónica, teniendo claro que el estado de esta alteración es aguda. Teniendo en cuenta que 41 técnicos del personal prehospitalario está informado y acertó con el inicio correcto de esta patología ya que el inicio de esta crisis es súbita.

Cuadro N°25. Los fármacos adecuados para el manejo de una crisis conversivas si el paciente está agitado.

Fármaco	Frecuencia	Porcentaje
Antidepresivos tricíclicos	5	8.1%
Ansiolíticos	54	87.1%
IMAO	3	4.8%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°24. Distribución gráfica para el manejo de una crisis conversiva si el paciente está agitado.



Fuente: cuadro N°25, 2021.

La gráfica anterior demuestra que los técnicos en urgencias médicas del SUME en su gran mayoría tienen claro cuál es el tratamiento adecuado para pacientes con crisis conversivas si el mismo está agitado, violento, poco colaborador, ya que 54 de los técnicos encuestados decidieron que ellos manejarían estos pacientes a través de ansiolíticos que son medicamentos inhibidores del sistema nervioso central los cuales no producen sueño o sedación en el paciente, teniendo una mayor elección del 87.1% del resto de fármacos, mientras que un 8.1% se lo lleva los antidepresivos tricíclicos y un 4.8% para los inhibidores de la monoaminoxidasa. Por lo tanto, un 12.9% de la población decide tratarlo con

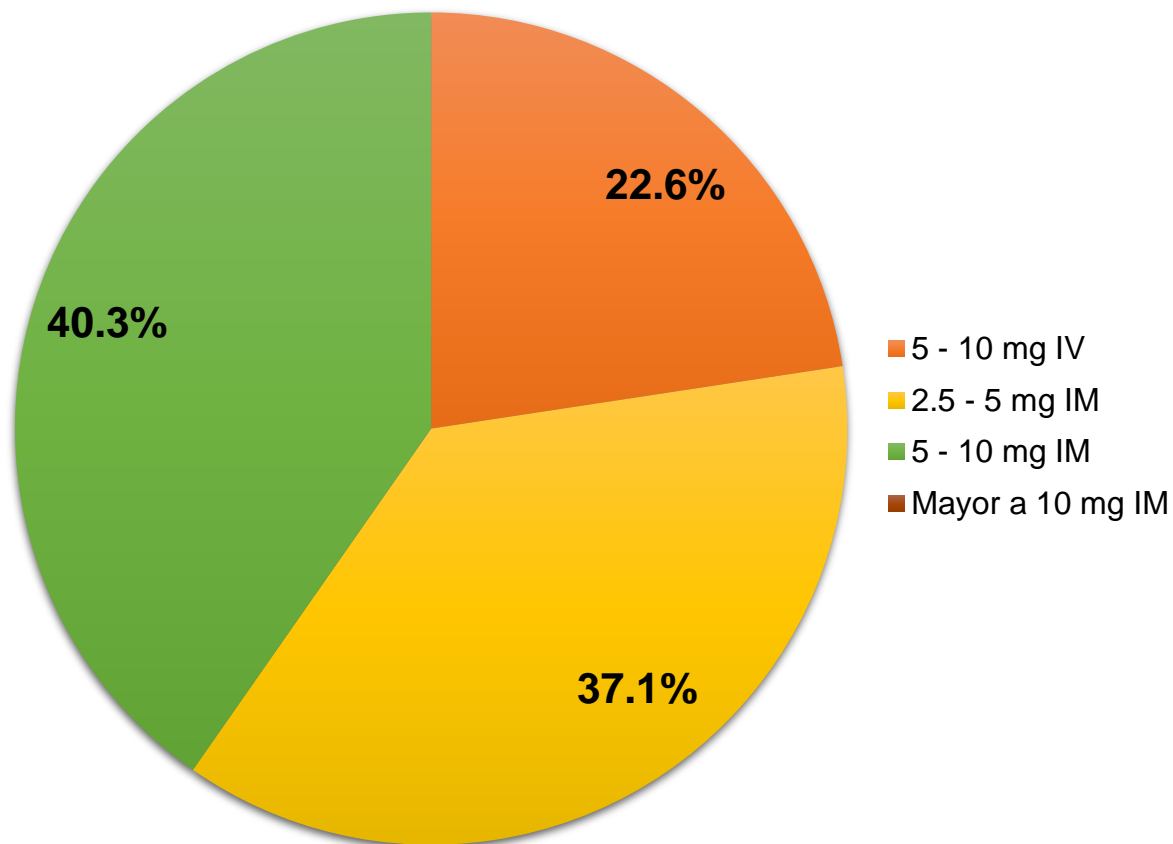
otros tipos de medicamento que no sean ansiolíticos, que aunque tiene efectos inhibidores sobre el sistema nervioso central, no tiene el efecto requerido para el manejo de pacientes con alteraciones conversivas que presenten una agitación psicomotriz al momento de la evaluación.

Cuadro N°26. Dosis de haloperidol para el manejo de paciente agitado, violento, poco colaborador.

Dosis	Frecuencia	Porcentaje
5 – 10 mg IV	14	22.6%
2.5 – 5 mg IM	23	37.1%
5 – 10 mg IM	25	40.3%
> 10 mg IM	0	0%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°25. Distribución gráfica de la dosis del haloperidol para el manejo de paciente agitado, violento, poco colaborador.



Fuente: cuadro N°26, 2021.

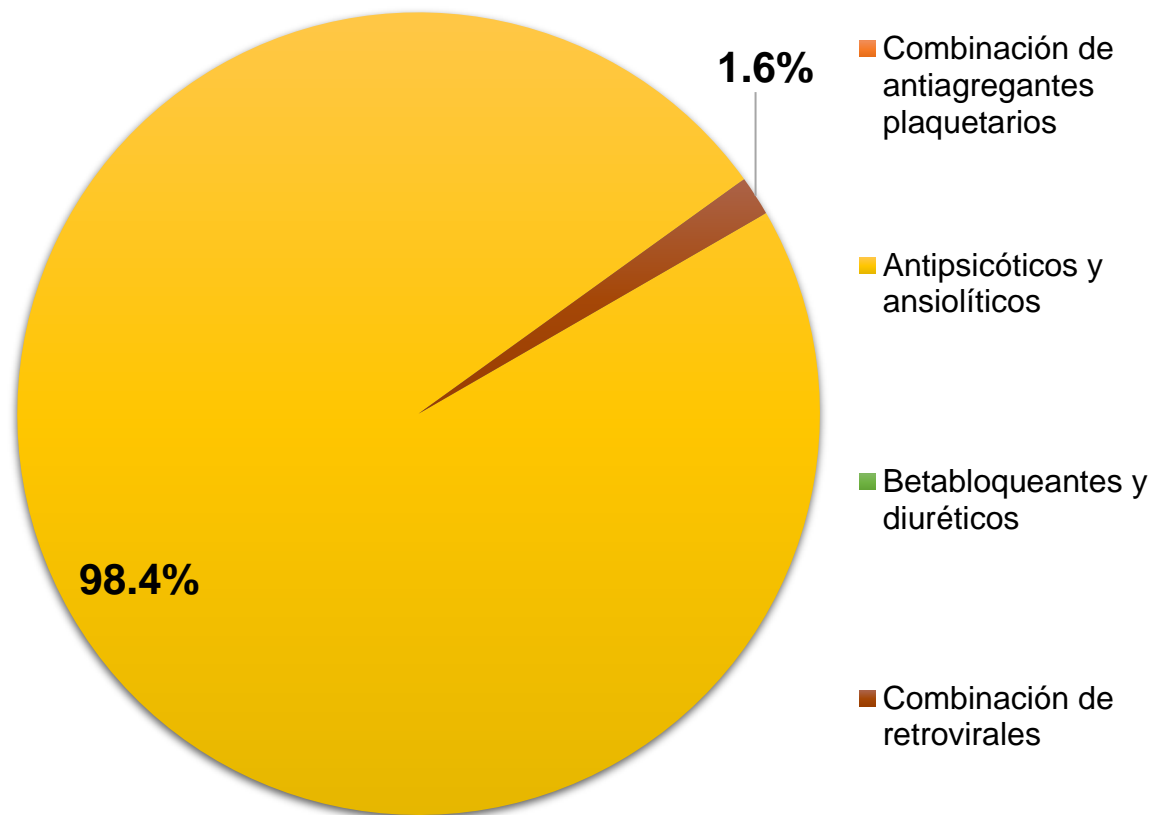
La dosis del haloperidol es de 5 – 10 mg IM, pero los datos estadísticos de la gráfica anterior arrojan cifras muy distintas para cada opción, tomando en cuenta que es un medicamento que no se utiliza en el sistema único de manejo de emergencias, con esta pregunta de conocimiento los técnicos del SUME responden 14 TUM siendo un 22.6% eligen que la dosis del haloperidol es de 5 – 10 mg intravenosa, mientras que 23 técnicos escogen que la dosis es de 2.5 – 5 mg IM lo que refleja un porcentaje del 37.1% de total, pero el 40.3% recalcan que el haloperidol se administra en dosis de 5 – 10 mg intramuscular, sin embargo los técnicos están claros en que la dosis no debe sobrepasar los 10 mg IM ya que fue una opción no escogida por ninguno de los 62 técnicos encuestados.

Cuadro N°27. Terapia en combinación para el manejo de paciente agitado, violento, poco colaborador.

Terapia	Frecuencia	Porcentaje
Antiagregantes plaquetarios	0	0%
Antipsicóticos y ansiolíticos	61	98.4%
Betabloqueantes y diuréticos	0	0%
Combinación de retrovirales	1	1.6%
Total	62	100%

Fuente: datos obtenidos de la encuesta realizada a TUM del SUME, 2021.

Gráfica N°26. Distribución gráfica de la terapia en combinación para el manejo de paciente agitado, violento, poco colaborador.



Fuente: cuadro N°27, 2021.

El manejo para pacientes agitados, violentos o poco colaboradores es la terapia en combinación de antipsicóticos que bloquean los canales dopaminérgicos y los ansiolíticos que inhiben el sistema nervioso central del paciente sin causar sueño o sedación en el individuo y en la gráfica se ve reflejado ya que 61 técnicos de la muestra deciden que la terapia en combinación para el manejo de estos pacientes son la combinación de antipsicóticos y ansiolíticos siendo un 98.4% de la población total, sin embargo, solo un 1.6% dice que lo manejaría con combinación de retrovirales. Llama mucho la atención la elección de ese técnico que decide manejarlo con combinación de retrovirales por lo que hace pensar que lo

manejaría con retrovirales por la falta de interés hacia ese tipo de pacientes o utilizaría los retrovirales como sustancias placebo en estos pacientes.

CONCLUSIÓN

El anterior trabajo de investigación se llevó a cabo para determinar el manejo que los técnicos en urgencias médicas pueden brindarles a los pacientes que presenten una crisis conversiva a nivel prehospitalario, por lo tanto, luego de las investigaciones correspondientes, se concluye que:

- Según el objetivo planteado en esta investigación (Analizar los procedimientos que llevan a cabo los técnicos en urgencias médicas del Sistema Único de Manejo de Emergencias en el área metropolitana sobre el manejo de pacientes con crisis conversiva) se da a conocer por parte de las investigaciones, charlas, talleres y conversatorios impartidos a los TUM del SUME, que los mismos conocen y manejan el término crisis conversiva y que para los mismos no es un término nuevo o desconocido. Esto está evidenciado y plasmado en los porcentaje de las gráficas de las encuestas implementadas al personal de prehospitalaria del SUME, que en su gran mayoría tiene claro cómo identificar, reconocer y sobre todo, conocen la aplicación de la terapia psicológica como terapia de primera elección para el manejo de pacientes con crisis conversiva a nivel prehospitalaria, sí es cierto que cada técnico tiene su propia forma de implementar las terapias en los pacientes, pero esto se puede deber a que no existen investigaciones o protocolos que brinden una secuencia o guía estándar de cómo manejar esta alteración. De igual forma, la diferencia en la aplicación sobre el manejo de dichos pacientes en cada técnico puede ser a consecuencia de la falta de entrenamiento, capacitación e interés sobre estos pacientes, lo que ha orillado a los TUM a utilizar distintas técnicas a

base de ensayo y error y darse cuenta por sí mismos cuál es el mejor manejo para estos pacientes en la escena.

- Existe un alto índice de despachos en el área prehospitalaria para atender pacientes con crisis convulsivas. Todo esto lo demuestra la gráfica N°2. Sí es cierto que no existe un código de despachos para este tipo de pacientes dentro del proQA del SUME, pero en la mayoría de los casos estos pacientes a la hora de la llamada son categorizados por su sintomatología como puede ser el caso de los códigos #6 (problemas respiratorios), #12 (convulsiones/epilepsia), #25 (problemas psiquiátricos), #26 (persona enferma), #28 (ACV), #31 (inconsciencia/desmayo), entre otros, que al llegar a la escena y ser evaluados arroja que los pacientes verdaderamente están pasando por un desorden convulsivo y no por una patología orgánica, y al hacer el cálculo de todos los despachos que al final no coinciden con el proQA de despachos arrojan un alto índice de atención de pacientes con crisis convulsiva.
- Basado en los talleres y charlas realizadas en los sitios de lanzamientos estipulados sobre el abordaje, manejo y tratamiento de pacientes con crisis convulsiva, deja en los técnicos en urgencias médicas del SUME una orientación y base clara de cómo deben ser tratados estos pacientes a nivel prehospitalario. A base de técnicas sobre contención verbal, ambiental y mecánica que mejor se ajuste al ámbito prehospitalario y sobre todo, brindándole un guía (protocolo) que los ayudará durante la atención de estos pacientes de una forma clara que cumple con una serie de pasos de tal forma que no se obvие o escape ningún paso para el buen manejo de estos pacientes. Lo cual da respuesta al objetivo específico sobre construir protocolos sobre el manejo de pacientes con crisis convulsiva a nivel prehospitalario, lo cual hace hincapié en la necesidad e importancia de crear e implementar protocolos en el área prehospitalaria sobre el manejo

de pacientes con una alteración conversiva y de esta forma estandarizar el tratamiento que se les debe dar.

LIMITACIONES

Durante la realización de este trabajo de investigación, hubo ciertas limitaciones que impedían su ejecución, las cuales son mencionadas a continuación:

- La escasa información sobre el tema principal de la investigación.
- No existía documentación suficiente que hablara sobre la crisis conversiva a nivel prehospitalario, tanto a nivel nacional como internacional.
- La pandemia por covid-19, jugó un papel en contra a la realización del trabajo de investigación, ya que impedía la realización de las encuestas necesarias.
- El elevado costo de las prácticas de grado que van en conjunto con la realización de dicha investigación, ya que por motivos de la pandemia por covid-19 era necesario la utilización de equipos de protección personal que en su momento tenían un elevado costo.
- Falta de disponibilidad por parte del personal TUM del lugar de aplicación del trabajo de investigación al momento de la aplicación de las encuestas.

RECOMENDACIONES

Después de las conclusiones a las que se llegó en este trabajo de investigación se pueden brindar una serie de recomendaciones respecto al manejo de pacientes con crisis convulsivas a nivel prehospitalario, las cuales son mencionadas a continuación:

- Promover la importancia en los técnicos en urgencias médicas sobre el manejo de pacientes con crisis convulsivas a nivel prehospitalario.
- Promover la importancia sobre la salud mental.
- Crear un protocolo para el manejo de pacientes con crisis convulsiva a nivel prehospitalario.
- Capacitar a los técnicos en urgencias médicas sobre la atención y manejo de pacientes con alteraciones convulsivas.
- Impartir clases a nivel universitario sobre el manejo de pacientes con crisis convulsivas en prehospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (19 de septiembre de 2020). Obtenido de psiquiatria.com: <https://psiquiatria.com/glosario/trastorno-de-conversion>
- Alonso Pinedo, M., Arce Cordón, R., & Benabarre Hernández, A. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid : Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Amoruso, L. (2010). Una perspectiva neurocientífica sobre la histeria. *revista colombiana de psicología*, 85-95.
- Arancibia M., M., Sepúlveda A., E., Martínez-Aguayo, J. C., & Behar A., R. (2016). Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. *CHIL NEURO-PSIQUIAT*.
- BÓRQUEZ, S. S. (2016). PREVALENCIA Y VARIABLES ASOCIADAS A TRASTORNOS MENTALES COMUNES EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN.
- Cabrera Gaytán, D. A., Vallejos Paras, A., Jaimes Betancourt, L., & Ruíz Ruisánchez, A. (2008). Trastornos somatomorfos. *Medigraphic Artemisa en línea*, 147-149.
- Cabrera Gaytán, D., Vallejos Paras, A., Jaimes Betancourt, L., & Ruíz Ruisánchez, A. (2008). Trastornos somatomorfos. *Rev Fac Med UNAM Vol. 51*.
- chávez Ruiz , E. R., & Flamenco Gómez, D. (2005). *Prevalencia y Patrones de Tratamiento del Trastorno Conversivo en la Unidad de Emergencia del Hospital Nacional San Rafael*. Antiguo Cuscatlán.
- Climent López, D. E., Castrillón Muñoz, D., Miranda, D. A., González Caro, D. H., Conde Ramírez, D. A., & Torres, D. (s.f.). GUIAS DE PRACTICA CLINICA BASADAS EN LA EVIDENCIA. *URGENCIAS PSIQUIATRICAS*. Colombia.
- Cline, D. M., Cydulka , R. K., & Handel , D. A. (s.f.). *Manual de medicina de urgencias 7a edición* . McGraw-Hill education.
- del Río Casanova, L., González Vázquez, A. I., & Justo, A. (2018). *El papel de la desregulación emocional en el Trastorno Conversivo*.
- Gaedicke Hornung , A., & González Hernández , J. (2010). Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Revista Memoriza.com*, 1-14.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. . (s.f.). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. México D.F.: MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (s.f.). *Metodología de la investigación (sexta edición)*. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A.
- Korman, G. P., Sarudiansky, M., Lanzillotti, A. I., Areco Pico, M. M., Tenreyro, C., Scévola, L., . . . D'Alessio, L. (2017). *Intervenciones Psicológicas para las*

- Crisis No Epilépticas de Origen Psicógeno (CNEP). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 115-124.
- LA ESQUIZOFRENIA. (2017). *Instituto Nacional de la Salud Mental*. Estados Unidos.
- Navarro Ovando , L. (2009). Trastornos somatomorfos. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 34-43.
- OPS Panamá. (s.f.). *OPS presenta la publicación Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Obtenido de OPS Panamá: https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=201:ops-presenta-publicacion-epidemiologia-trastornos-mentales-america-latina-caribe&Itemid=273
- Organizacion Mundial de la Salud* . (28 de Noviembre de 2019). Obtenido de Trastornos mentales: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#>
- Riquelme I., M., & Schade Y., N. (2013). Trastorno somatomorfo: resolutiveidad en la atención primaria. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 255-262.
- Rogel Ortiz, F. J. (2005). Autismo. *Gac Méd Méx Vol. 141 No. 2*, 143-147.
- Romero , M., García , M., & Morer, A. (2017). El trastorno conversivo infantil desde una orientación sistémico-experiencial. *REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL*.
- Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. (30 de Marzo de 2018). Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Sánchez Sánchez, I. (Enero de 2015). *UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO* . Obtenido de Hipótesis y Variables: <https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/16699/LECT131.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Schade Y., N., González C., A., Beyebach, M., & Torres C., P. (2010). Trastornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*, 20-28.
- Schnake Ferrer, C. E., & Bennett, V. (26 de Noviembre de 2003). *Revista psicologiacientifica.com*. Obtenido de Diagnóstico diferencial entre crisis epiléptica y crisis histérica: <https://www.psicologiacientifica.com/epilepsia-histeria-diagnostico/>
- Sistema Unico de Manejo de Emergencias (SUME). (Agosto de 2017). Protocolos de atención prehospitalaria . Panamá.
- Vaamonde Gamó, J. (2014). SINDROMES CONVERSIVOS EN NEUROLOGIA: CARACTERISTICAS CLINICAS DE 16 PACIENTES. *SIICSALUD*.
- ZAPATA HERNANDEZ, H. A. (2013). GUÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO A NIVEL PREHOSPITALARIO.

ANEXOS

ANEXO N°1
ENCUESTA



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Facultad de Ciencias Médicas y Clínicas

Manejo de Pacientes con Crisis Convulsiva en Prehospitalaria

I. Introducción

El siguiente cuestionario está dirigido a técnicos en urgencias médicas del área metropolitana del país, la encuesta ha sido diseñada para conocer la prevalencia, manejo y tratamiento de pacientes con crisis convulsiva a nivel prehospitalario en Panamá. Le pido responda con toda sinceridad.

Indicaciones. Lea cuidadosamente cada pregunta y escoja la respuesta que mayor se acerque a su realidad, o que considere que sea la correcta. Encierre en un círculo la letra correcta.

II. Datos de clasificación

Sexo: Masculino Femenino

Edad: 20-30 años 30-40 años >40 años

Sitio de lanzamiento: INADEH Villa Olímpica Atlapa UTP

III. Cuestionario

1. ¿Cuál sería la impresión diagnóstica que usted le daría a una femenina de 26 años que refiere sensación de desmayo y debilidad general con

pérdida del movimiento de sus extremidades inferiores de inicio súbito, la misma sin APP y sin alteración del estado de consciencia, no presenta relajación de esfínteres y sus signos vitales están estables, el familiar expone haber tenido una discusión antes de que la paciente presenta estos síntomas?

- a. Accidente cerebro vascular
- b. Crisis conversiva
- c. Paciente psiquiátrico
- d. Convulsión de novo

2. ¿Con qué frecuencia usted es despachado para atender pacientes con crisis conversiva?

- a. Muy frecuente
- b. Frecuente
- c. Poco frecuente
- d. Nunca

3. ¿Cada qué tiempo usted es despachado por un código #31 (inconsciente) y al evaluar la escena es un paciente con una crisis conversiva?

- a. Cada turno
- b. 1 vez a la semana
- c. 1 vez al mes

4. ¿Cuál considera usted es el sexo de mayor incidencia de pacientes que presentan una crisis conversiva?

- a. Masculino
- b. Femenino

- 5. ¿Cuál es el rango de edad en pacientes con crisis conversivas que usted ha atendido?**
- a. 15 – 25 años
 - b. 25 – 35 años
 - c. 35 – 45 años
 - d. > 45 años
- 6. ¿Cuál es el factor causal más común en pacientes con alteración conversiva que usted le ha brindado una atención?**
- a. Problemas familiares
 - b. Problemas de parejas
 - c. Sobrecarga de trabajo
 - d. Pérdida de un familiar
 - e. Estrés
- 7. ¿Con que frecuencia son despachados por un código #25 (Problemas psiquiátricos)?**
- a. Muy frecuente
 - b. Frecuente
 - c. Poco frecuente
 - d. Nunca
- 8. ¿Considera usted que las manifestaciones clínicas más frecuentes que presentan los pacientes con crisis conversiva son alteración motora o sensitiva, dolor, desmayo, falta de la respiración?**
- a. Muy frecuente
 - b. Frecuente
 - c. Poco frecuente
 - d. Nunca

- 9. ¿Conoces las medidas estándares o protocolos para el manejo de pacientes con alteración conversiva?**
- a. Sí
 - b. No
- 10. ¿Usted como técnico en urgencias médicas qué manejo le daría a un paciente con crisis conversiva?**
- a. Intervención en crisis
 - b. Primeros auxilios psicológicos
 - c. Uso de sustancias placebos
 - d. Adm. Diazepam
- 11. ¿Cuál es la mnemotecnica de primeros auxilios psicológicos de Martin y Muñoz?**
- a. LEMON
 - b. ACERCARSE
 - c. AVDI
- 12. ¿Usted considera que el personal prehospitalario brinda la atención que necesita este tipo de pacientes en su totalidad?**
- a. Nunca
 - b. Casi nunca
 - c. Ocasionalmente
 - d. Casi siempre
 - e. Siempre
- 13. ¿A nivel prehospitalario cuánto tiempo considera usted sería prudente brindarle una atención a pacientes con alteración conversiva?**
- a. <15 minutos

- b. 15 minutos
- c. 20 minutos
- d. 30 minutos
- e. > 30 minutos

14. Si es despachado y al llegar a la escena usted considera que es un paciente que presenta una crisis conversiva ¿usted qué haría?

- a. Sigue con la evaluación del paciente.
- b. Hace preguntas en busca de una patología de fondo que amerite un traslado.
- c. Informa que es un paciente que no necesita atención y se retira de la escena.

15. ¿Usted ha trasladado a un centro hospitalario pacientes con crisis conversiva?

- a. Muy frecuente
- b. Frecuente
- c. Ocasionalmente
- d. Raramente
- e. Nunca

16. ¿Usted considera que los pacientes que presenten una crisis conversiva deben ser manejados con la misma importancia que un paciente que presente otras patologías?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Indeciso
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

17. ¿Considera usted que los pacientes con un trastorno conversivo son conscientes de lo que les sucede en el momento de la crisis?

- a. Casi siempre
- b. Usualmente
- c. Ocasionalmente
- d. Usualmente no
- e. Casi nunca

18. ¿Qué haría usted si el paciente que presenta una alteración conversiva se torna agresivo y peligroso?

- a. Abandona la escena
- b. Pide apoyo de personal de seguridad
- c. Enfrenta al paciente
- d. Se aleja del paciente y espera que se tranquilice

19. ¿Usted cree que la concientización y educación sobre la salud mental podría disminuir los casos de pacientes con alteración conversiva?

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Indeciso
- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

20. ¿Considera que los pacientes con crisis conversivas pueden dejar de presentar los síntomas sin necesidad de ir a un especialista?

- a. Casi siempre
- b. Usualmente
- c. Ocasionalmente
- d. Usualmente no
- e. Casi nunca

21. ¿Los pacientes con crisis conversivas siempre presentan los síntomas cuando están acompañados?

- a. Casi siempre
- b. Usualmente
- c. Ocasionalmente
- d. Usualmente no
- e. Casi nunca

22. ¿Considera usted que los síntomas de un paciente con crisis conversiva pueden desaparecer de forma rápida?

- a. Casi siempre
- b. Usualmente
- c. Ocasionalmente
- d. Usualmente no
- e. Casi nunca

23. ¿Piensa usted que durante el tiempo de pandemia los casos de crisis conversivas aumentaron?.

- a. Muy frecuente
- b. Frecuente
- c. Ocasionalmente
- d. Raramente
- e. Nunca

24. ¿Estima usted que el TUM pudo presentar crisis conversivas durante la pandemia por covid-19?.

- a. Totalmente de acuerdo
- b. De acuerdo
- c. Indeciso

- d. En desacuerdo
- e. Totalmente en desacuerdo

25. ¿Cuál es el término que mejor define el trastorno conversivo?

- a. Alteración neurológica, tipo crónica que afecta solo a la población adulta mayor de 50 años.
- b. Patología psiquiátrica, se caracteriza por presentar alteraciones tanto motoras como sensitivas en un individuo físicamente sano, que en su mayoría ocurren por exposición a un factor estresante en su entorno.
- c. Patología que tiene afectación a nivel cerebral, lo que provoca incapacidad a nivel motor y sensorial.

26. ¿Qué terapia farmacológica le administra a un paciente agitado, violento y poco colaborador?

- a. Nitroglicerina
- b. Furosemida
- c. Haloperidol
- d. Naloxona

27. ¿Cómo es el inicio de una crisis conversiva?

- a. Crónica
- b. Súbita
- c. Lenta
- d. Progresiva

28. ¿Cuál es la etiología de un trastorno conversivo y una crisis conversiva?

- a. Pulmonar
- b. Neuropsiquiátrico

- c. Cardíaco
- d. Neurológico

29. ¿Qué fármacos son los adecuados para el manejo de una crisis conversiva si el paciente está agitado?

- a. Antidepresivos tricíclicos
- b. Ansiolíticos
- c. Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO)

30. ¿Cuál es la dosis de haloperidol para manejo de paciente agitado, violento, poco colaborador?

- a. 5-10 mg IV
- b. 2.5-5 mg IM
- c. 5-10 mg IM
- d. >10 mg IM

31. ¿Cuál es la terapia en combinación de elección para el manejo de pacientes que presenten una crisis conversiva y estén agitados, violentos, poco colaboradores?

- a. Combinación de antiagregantes plaquetarios
- b. Antipsicóticos y ansiolíticos
- c. Betabloqueantes y diuréticos
- d. Combinación de retrovirales

ANEXO N°2
ALFA DE CRONBACH

- Cálculo del coeficiente de Alfa de Cronbach

Instrum entos aplicado s	Pregu nta 1	Pregu nta 2	Pregu nta 3	Pregu nta 4	Pregu nta 5	Pregu nta 6	Pregu nta 7	Pregu nta 8	Pregu nta 9	Pregu nta 10	SU M A
1	3	1	4	3	3	4	4	2	2	3	29
2	3	4	4	4	5	5	5	3	2	1	36
3	3	1	4	3	4	4	5	2	2	1	29
4	1	3	4	3	3	4	2	2	2	3	27
5	3	1	4	3	3	5	5	2	2	1	29
6	3	3	4	5	5	5	4	2	2	3	36
7	3	1	5	5	4	5	4	2	2	2	33
8	2	3	4	4	4	5	4	2	2	3	33
9	3	4	5	5	4	5	5	1	2	1	35
10	3	4	3	4	4	5	5	2	2	3	35
11	3	3	5	1	3	5	4	2	2	3	31
12	2	3	5	3	4	4	3	2	2	3	31
13	3	1	5	5	5	2	2	2	2	3	30
14	2	3	4	2	4	5	3	2	2	3	30
15	3	3	5	3	4	5	5	2	2	3	35
16	2	3	4	4	3	5	3	2	2	1	29
17	3	3	5	3	2	5	5	1	2	3	32
18	3	1	5	3	3	5	4	2	2	3	31
19	3	3	4	3	3	5	4	2	2	3	32
20	3	3	4	5	3	4	4	2	2	3	33
21	2	3	4	5	4	4	3	2	2	3	32
22	3	3	5	4	5	5	5	1	2	1	34
23	3	3	5	4	5	5	5	1	2	1	34
24	2	3	5	4	5	5	5	1	2	1	33
25	3	1	4	4	4	4	4	2	2	1	29
26	3	1	5	3	3	2	4	2	2	1	26
27	3	1	5	3	3	2	4	2	2	1	26
28	4	1	5	3	2	5	3	2	2	3	30
29	3	1	5	4	3	4	4	2	2	1	29
30	3	1	4	2	2	4	3	2	2	1	24
31	4	3	5	4	4	5	2	2	2	1	32
32	3	3	4	4	4	5	4	1	2	3	33
33	4	4	5	3	5	4	4	2	2	2	35
34	3	3	5	5	4	2	1	2	2	2	29
35	4	1	4	3	3	4	4	2	2	1	28
36	3	3	5	1	3	5	4	2	2	3	31
37	4	3	5	1	3	5	4	2	2	3	32
38	3	4	4	5	5	4	1	2	3	2	33

39	3	3	4	4	4	4	4	2	2	3	33
40	3	3	4	3	4	4	4	2	2	3	32
41	3	4	5	4	4	4	4	2	2	3	35
42	3	3	5	4	4	4	4	2	2	3	34
43	3	4	5	3	4	4	4	2	2	3	34
44	4	4	2	4	4	5	2	2	2	3	32
45	3	3	5	4	4	4	3	2	2	3	33
46	3	3	5	4	4	4	4	2	2	3	34
47	4	4	5	5	3	5	4	2	2	3	37
48	3	1	4	3	3	4	3	2	2	1	26
49	3	3	4	3	4	5	3	2	2	3	32
50	3	3	5	4	4	4	4	2	2	3	34
51	2	4	5	3	4	4	4	2	2	3	33
52	3	1	5	2	3	5	4	2	2	1	28
53	4	3	5	4	4	4	4	2	2	3	35
54	3	3	5	2	4	5	3	2	2	2	31
55	3	4	5	1	2	5	5	2	2	3	32
56	2	4	5	4	4	5	4	2	2	3	35
57	3	3	5	5	4	5	4	2	2	3	36
58	3	4	5	5	4	5	5	2	2	3	38
59	3	3	5	5	5	4	4	2	2	3	36
60	3	3	5	5	4	4	4	2	2	3	35
61	4	4	5	5	5	4	3	2	2	3	37
62	4	4	5	4	4	4	4	2	2	3	36
Nunca/ Muy frecuent e/ Totalme nte de acuerdo/ Casi siempre	0	0	39	14	10	31	12	0	0	0	0
Casi nunca/ Frecuent e/ De acuerdo/ Usualme nte	10	15	21	21	31	27	33	0	0	0	0
Ocasion almente/ Ocasion almente/ Indeciso/ Ocasion almente	43	32	1	19	17	0	11	1	1	40	0

Casi siempre/ Raramente/ En desacuerdo/ Usualmente	2
Siempre/ Nunca/ Totalmente en desacuerdo/ Casi nunca	1

ANEXO N°3
TRÍPTICO

Crisis Conversiva

La crisis conversiva es una manifestación de un trastorno conversivo de inicio súbito y espontáneo a consecuencia de una exposición a una situación estresante, que detona una serie de síntomas en el paciente que van desde alteraciones motoras, sensoriales y puede llegar a presentar irregularidades en otros sistemas. Esta crisis se caracteriza por presentar diversos síntomas sin evidencia médica aparente que sustente una patología orgánica de fondo.

Causas

Entre los factores más frecuentes podemos mencionar:

- Problemas familiares
- Problemas de parejas
- Sobrecarga de trabajo
- Estrés
- Depresión



Crisis de Ansiedad vs Crisis Conversiva

	Crisis de ansiedad	Crisis conversiva
Aparición súbita	Si	Si
Evolución progresiva	Si	No
Mayor prevalencia en mujeres	Si	Si
Síntomas depresivos	Si	Poco probable
Afecta actividades cotidianas del individuo	Si	Si
Miedo y preocupación excesiva	Si	No
Indiferencia por los síntomas	No	Si
Síntomas de origen psicosomático	No	Si
Miedo a morir	Si	No
La distracción hace desaparecer los síntomas	No	Si
Síntomas de aprehensión	Si	Poco probable



Manejo de Pacientes con Crisis Conversiva



Manifestaciones clínicas



Sintomatología:

- Cefaleas
- Mialgias
- Dolor abdominal
- Lipotimia o síncope
- Parálisis o debilidad localizada
- Alteración del equilibrio
- Alteración de la visión (ceguera, visión borrosa o visión doble)
- Movimientos involuntarios o tics
- Respiración rápida y superficial

Paciente inconsciente:

- Movimientos rápidos de los párpados y labios
 - Quejas
 - Extremidades rígidas
- Si el paciente reacciona el mismo puede presentar una mirada perdida y desorientada, balbuceos y respiraciones rápidas y superficiales, el mismo se notará exaltado.

Diagnóstico diferencial

Cuando estas características próximas a mencionar están presentes la posibilidad de que el suceso sea verdaderamente conversivo es mucho mayor.

- Comienzo súbito
- Movimientos o déficits remiten espontáneamente.
- Son marcados, pero atípicos, extraños.
- Disminuyen o desaparecen cuando el paciente se distrae.
- Aumentan durante la evaluación.
- Presencia de signos que no son típicos de las enfermedades.
- Carecen de signos típicos de estas enfermedades.
- Resolución con placebo o psicoterapia.
- Siguen el patrón psicológico del déficit motor y no el orgánico.



Manejo

Las terapias psicológicas son el tratamiento obligatorio para pacientes que padecen de un trastorno conversivo tanto en el momento de la crisis conversiva como en el manejo del padecimiento crónico de la enfermedad.

Nemotecnia de primeros auxilios psicológicos de Martín y Muñoz denominada **ACERCARSE**, busca organizar los pasos a seguir durante la intervención de los pacientes en crisis.



Ambiente: contacto con la crisis y situación actual.

Contacto: contacto con la persona afectada.

Evaluación: evaluación del estado mental.

Restablecimiento emocional: comunicación emocional.

Comprensión de crisis: darle a entender la problemática.

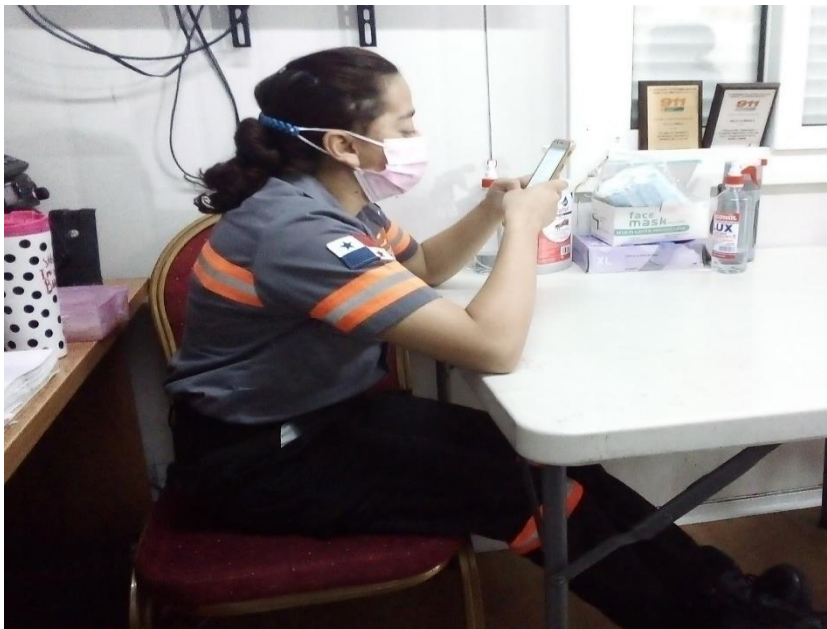
Activar: recuperar el funcionamiento cognitivo y elaborar un plan de acción

Recuperación de funcionamiento: independización del paciente.

SEguimiento: continuidad en el tratamiento.

ANEXO N°3
EVIDENCIA

Imagen N°1: Aplicación de la encuesta.



Fuente: Imagen extraída durante la aplicación de la encuesta a los TUM del SUME.

Imagen N°2: Aplicación de la encuesta.



Fuente: Imagen extraída durante la aplicación de la encuesta a los TUM del SUME.

Imagen N°3: Técnicos en urgencias médicas del SUME.



Fuente: Imagen extraída de la entrega de trípticos a los TUM del SUME.

Imagen N°4: Técnicos en urgencias médicas del SUME.



Fuente: Imagen extraída de la entrega de trípticos a los TUM del SUME.

Imagen N°5: Técnicos en urgencias médicas del SUME.



Fuente: Imagen extraída de la entrega de trípticos a los TUM del SUME.

Imagen N°6: Técnicos en urgencias médicas del SUME.



Fuente: Imagen extraída de la entrega de trípticos a los TUM del SUME.

Imagen N°7: Técnicos en urgencias médicas del SUME.



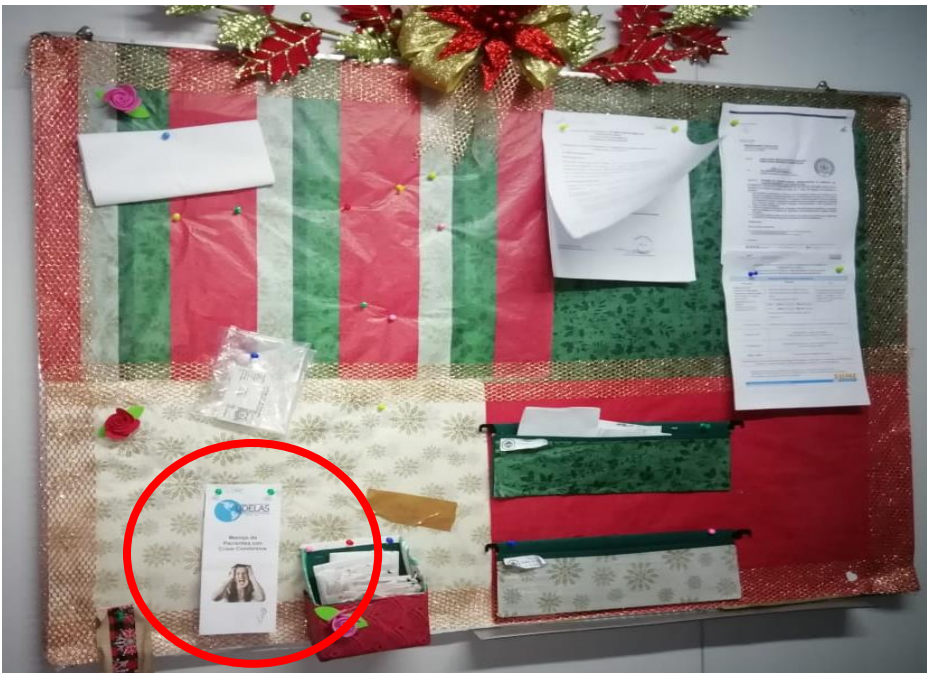
Fuente: Imagen extraída durante la impartición de talleres en los sitios de lanzamiento del SUME.

Imagen N°8: Técnicos en urgencias médicas del SUME.



Fuente: Imagen extraída durante la impartición de talleres en los sitios de lanzamiento del SUME.

Imagen N°9: Trípticos sobre el manejo de pacientes con crisis convulsiva.



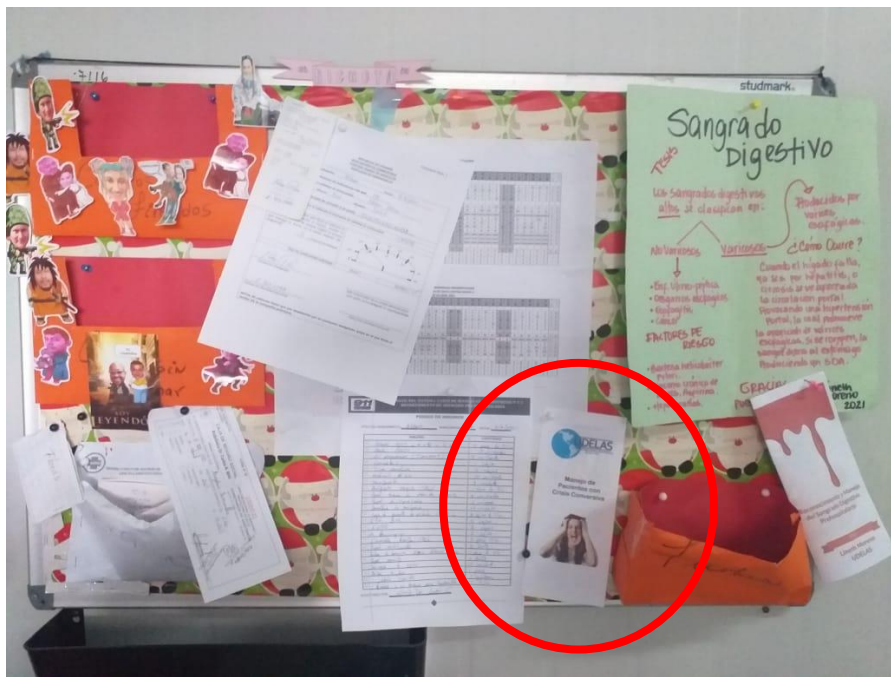
Fuente: Imagen extraída de la entrega de trípticos en los sitios de lanzamiento del SUME.

Imagen N°10: Trípticos sobre el manejo de pacientes con crisis convulsiva.



Fuente: Imagen extraída de la entrega de trípticos en los sitios de lanzamiento del SUME.

Imagen N°11: Trípticos sobre el manejo de pacientes con crisis convulsiva.



Fuente: Imagen extraída de la entrega de trípticos en los sitios de lanzamiento del SUME.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No.	Descripción	Página
Cuadro N°1.	Comparación entre un trastorno conversivo y una crisis conversiva	52
Cuadro N°2.	Comparación entre la crisis de ansiedad y una crisis conversiva	53
Cuadro N°3.	Distribución de frecuencia de despachos por mes	77
Cuadro N°4.	Distribución de los despachos del código #25 por sitios de lanzamiento	79
Cuadro N°5.	Distribución por sexo de los pacientes atendidos	80
Cuadro N°6.	Distribución por edades de los pacientes atendidos	81
Cuadro N°7.	Distribución por antecedentes psiquiátricos de los pacientes atendidos	83
Cuadro N°8.	Distribución por traslados de los pacientes atendidos	84
Cuadro N°9.	Distribución por sexo de los TUM del SUME	85
Cuadro N°10.	Distribución por edades de los TUM del SUME	87
Cuadro N°11.	Distribución por sitios de lanzamiento de los TUM del SUME	88
Cuadro N°12.	Impresión diagnóstica sobre un caso clínico expuesto	90
Cuadro N°13.	Frecuencia de despacho para atender paciente con crisis conversiva	91
Cuadro N°14.	Sexo de pacientes que presentan con mayor incidencia una crisis conversiva	93
Cuadro N°15.	Rango de edad en pacientes con crisis conversiva	95

Cuadro N°16.	Factor causal más común en pacientes con crisis conversiva	96
Cuadro N°17.	Manifestaciones clínicas más comunes en una crisis conversiva	98
Cuadro N°18.	Manejo para pacientes con crisis conversiva	99
Cuadro N°19.	Mnemotecnia de primeros auxilios psicológicos de Martin y Muños	101
Cuadro N°20.	Tiempo que se les brindaría una atención a pacientes con una alteración conversiva en prehospitalaria	103
Cuadro N°21.	Frecuencia de traslado de pacientes con crisis conversivas a centros hospitalarios	105
Cuadro N°22.	Concepto que los TUM consideran de la crisis conversiva	106
Cuadro N°23.	Terapia farmacológica que se le administraría a un paciente agitado, violento, poco colaborador	109
Cuadro N°24.	Inicio de una crisis conversiva	111
Cuadro N°25.	Los fármacos adecuados para el manejo de una crisis conversivas si el paciente esta agitado	112
Cuadro N°26.	Dosis de haloperidol para el manejo de paciente agitado, violento, poco colaborador	114
Cuadro N°27.	Terapia en combinación para el manejo de paciente agitado, violento, poco colaborador	116

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No.	Descripción	Página
Gráfica N°1.	Pasos para la aplicación de la contención verbal	45
Gráfica N°2.	Distribución grafica de la frecuencia de despachos por mes	78
Gráfica N°3.	Distribución gráfica de los despachos por sitios de lanzamiento	79
Gráfica N°4.	Distribución gráfica por sexo de los pacientes atendidos	80
Gráfica N°5.	Distribución gráfica por edades de los pacientes atendidos	82
Gráfica N°6.	Distribución gráfica de los antecedentes psiquiátricos de los pacientes atendidos	83
Gráfica N°7.	Distribución gráfica por traslados de los pacientes atendidos	84
Gráfica N°8.	Distribución gráfica por sexo de los TUM del SUME	86
Gráfica N°9.	Distribución gráfica de edades de los TUM del SUME	87
Gráfica N°10.	Distribución gráfica por sitios de lanzamientos de los TUM del SUME	88
Gráfica N°11.	Distribución gráfica sobre la impresión diagnóstica sobre	

	un caso clínico expuesto	90
Gráfica N°12.	Distribución gráfica de la frecuencia de despachos para atender pacientes con crisis conversiva	92
Gráfica N°13.	Distribución gráfica por sexo de pacientes que presentan con mayor incidencia una crisis conversiva	93
Gráfica N°14.	Distribución gráfica del rango de edad en pacientes con crisis conversiva	95
Gráfica N°15.	Distribución gráfica del factor causal más común en pacientes con crisis conversiva	96
Gráfica N°16.	Distribución gráfica de las manifestaciones clínicas más comunes en una crisis conversiva	98
Gráfica N°17.	Distribución gráfica para el manejo de pacientes con crisis conversiva	99
Gráfica N°18.	Distribución gráfica de la mnemotecnia de primeros auxilios de Martin y Muñoz	101
Gráfica N°19.	Distribución gráfica del tiempo que se les brindaría una atención a pacientes con una alteración conversiva en prehospitalaria	103
Gráfica N°20.	Distribución gráfica de la frecuencia de traslados de pacientes con crisis conversiva a centros hospitalarios	105
Gráfica N°21.	Distribución gráfica sobre el concepto que los TUM consideran de la crisis conversiva	107

Gráfica N°22.	Distribución gráfica de la terapia farmacológica que se le administraría a un paciente agitado, violento y poco colaborador	109
Gráfica N°23.	Distribución gráfica del inicio de una crisis conversiva	111
Gráfica N°24.	Distribución gráfica para el manejo de una crisis conversiva si el paciente esta agitado	112
Gráfica N°25.	Distribución gráfica de la dosis del haloperidol para el manejo de paciente agitado, violento, poco colaborador	114
Gráfica N°26.	Distribución gráfica de la terapia en combinación para el manejo de paciente agitado, violento, poco colaborador	116

ÍNDICE DE IMÁGENES

Gráfica No.	Descripción	Página
Imagen n°1.	Aplicación de la encuesta	146
Imagen N°2.	Aplicación de la encuesta	146
Imagen N°3.	Técnicos en urgencias médicas del SUME	147
Imagen N°4.	Técnicos en urgencias médicas del SUME	147
Imagen N°5.	Técnicos en urgencias médicas del SUME	148
Imagen N°6.	Técnicos en urgencias médicas del SUME	148
Imagen N°7.	Técnicos en urgencias médicas del SUME	149
Imagen N°8.	Técnicos en urgencias médicas del SUME	149
Imagen N°9.	Trípticos sobre el manejo de pacientes con crisis convulsiva	150
Imagen N°10.	Trípticos sobre el manejo de pacientes con crisis convulsiva	150
Imagen N°11.	Trípticos sobre el manejo de pacientes con crisis convulsiva	151