



Universidad de Valladolid
Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

SÍNDROME DE TOURETTE

Estudiante: Raisa Maniega López

Tutelado por: Celia Zahara García Caballero

Soria, 13 de julio de 2016

ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E ÍNDICE DE TABLAS	PÁGINA 3
RESUMEN	PÁGINA 5
1. INTRODUCCIÓN	
1.1. MARCO TEORICO	PÁGINA 7
1.2. EPIDEMIOLOGÍA	PÁGINA 9
1.3. ETIOPATOLOGENÍA	PÁGINA 10
1.4. INICIO, CURSO Y CLÍNICA	PÁGINA 11
1.5. TRASTORNO DE LOS TICS	PÁGINA 12
• TIC TRANSITORIO	PÁGINA 13
• TIC CRÓNICO	PÁGINA 14
• TIC NO ESPECIFICADO	PÁGINA 15
• TRASTORNO DE LA TOURETTE	PÁGINA 15
1.6. TRASTORNOS ASOCIADOS	PÁGINA 16
1.7. DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	PÁGINA 20
1.8. TRATAMIENTO	PÁGINA 22
• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	PÁGINA 23
• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	PÁGINA 26
• OTROS TRATAMIENTOS	PÁGINA 28
2. JUSTIFICACIÓN	PÁGINA 29
3. OBJETIVOS	PÁGINA 30
4. MATERIAL Y METODOS	PÁGINA 31
5. RESULTADOS Y DISCUSIONES	PÁGINA 32
6. CONCLUSIONES	PÁGINA 35
7. BIBLIOGRAFÍA	PÁGINA 37

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ST	SINDROME DE TOURETTE O DE GILLES DE LA TOURETTE
TA	TRASTORNOS ASOCIADOS
TOC	TRASTORNOS OBSESIVO COMPULSIVO
TDHA	TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
AEP	ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRIA
DSM	MANUAL DE DIAGNOSTICOS PARA TRASTORNOS MENTALES

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

FIGURA/ TABLA	NOMBRE	PÁGINA
FIGURA 1	INCIDENCIA DE LOS TICS EN PEDIATRÍA	PÁGINA 8
FIGURA 2	TICS SIMPLES, COMPLEJOS, MOTORES, SONICOS/ VOCALES	PÁGINA 12
FIGURA3	CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TICS TRANSITORIOS	PÁGINA 13
FIGURA 4	CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE	PÁGINA 14

TICS CRÓNICOS

FIGURA 5	CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE LA TOURETTE	PÁGINA 15
FIGURA 6	PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS ASOCIADOS EN LA INFANCIA	PÁGINA 16
FIGURA 7	TRASTORNOS ASOCIADOS EN LA INFANCIA	PÁGINA 18
FIGURA 8	CONDICIONES COMORBIDAS DEL ST	PÁGINA 19
FIGURA 9	ESQUEMA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TICS EN ENFERMERÍA	PÁGINA 22
FIGURA 10	TABLA- RESUMÉN DE LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS EN NIÑOS PARA TRASTORNOS TIC Y TOC	PÁGINA 23

RESUMÉN:

Introducción: El ST o Síndrome de Tourette descubierto por el doctor Gilles Tourette en el año 1885, se caracteriza por la presencia de varios tics motores y sónicos además de fallos en la fluencia del habla. Este síndrome tiene un componente hereditario y las descompensaciones de dopamina parecen tener algo que ver con su aparición. Además del ST los enfermos pueden padecer otras formas de la enfermedad como el trastorno de tic crónico o transitorio. Esta enfermedad también se asocia con otros problemas neurobiológicos como el TDAH, el TOC, la ansiedad, depresión, cambios de humor llamados TA o trastornos asociados.

Justificación: aún hoy en día se sabe muy poco del ST, la sociedad esta desinformada y se desconoce la el grado de afectación y muchos otros aspectos de esta enfermedad. La realización de este trabajo se justifica por la necesidad de describirla y entenderla.

Objetivos: Los objetivos planteados para este estudio son describir la enfermedad y conocer los TA que están vinculados a ella, exponer los signos y síntomas para la detección y definir los diferentes trastornos se hay.

Material y métodos: El estudio realizado se fundamenta en la bibliografía encontrada en bases de datos (LILACS, MEDLINE, CUIDEN, DIALNET), libros (DSM), portales de revistas digitales como ScieLo, uso de Tesoros de donde surgen descriptores para iniciar la búsqueda combinados con operadores booleanos. Se han utilizado alrededor de 20 referencias bibliográficas en idiomas castellano, inglés y portugués.

Resultados y discusiones: en resulatados se expone y después se comenta la información que se ha recogido sobre la incidencia de los trastornos de tic, la prevalencia de la sintomatología en mujeres y hombres, la edad de inicio de ST, la evolución de tics y el porcentaje de personas que toman ciertos tratamientos. En este caso, los resultados y la discusión van unidos.

Conclusiones: Se concluye que es necesaria más investigación para averiguar sobre la implicación de los genes en el ST y la relación de los TA con

la penetración de la enfermedad. Los tratamientos además necesitan mejorar sus efectos secundarios. También, que la Enfermería juega un papel muy importante como agente de salud donde tiene que abrir camino.

Palabras clave: Tics, trastorno de los tics, Síndrome de Tourette, trastornos de la conducta, diagnóstico y tratamiento.

1.-INTRODUCCIÓN

1.1.-MARCO TEORICO

El síndrome de Tourette es un síndrome caracterizado por múltiples y fluctuantes tics motores y sónicos, fallos de la fluencia del habla y por su gran componente hereditario (1).

El médico francés Gilles de la Tourette fue quien descubrió la enfermedad en el año 1885 y le dio el nombre “Síndrome de Gilles de la Tourette” (ST); además publicó una descripción detallada de pacientes que mostraban tics motores y vocales. De un total de nueve casos estudiados cinco presentaban coprolalia y seis de ellos ecolalia, conceptos que se aclararon con posterioridad (1).

Hoy en día sus conclusiones siguen vigentes, aunque con el tiempo se han ido encontrado diferentes trastornos asociados a esta enfermedad. Más de cien años después se ha seguido investigando y se ha relacionado el ST con alteraciones del metabolismo y la neurotransmisión de la dopamina en los circuitos frontales y subcorticales (Cornelio, Nieto 2008; Harris y Singer 2006 entre otros) (1).

Por otra parte, se han descrito problemas neurobiológicos asociados a este síndrome como comportamientos obsesivo-compulsivos, ansiedad, fobias e hiperactividad (1,2).

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su cuarta edición, que es el decálogo por excelencia para trastornos mentales; el ST se caracteriza por tics motores, múltiples y uno o más tics vocales presentes en algún momento durante la enfermedad, aunque no necesariamente al mismo tiempo. (3)

Los tics ocurren repetidas veces al día, casi a diario o de manera intermitente durante un tiempo superior a un año (1); aunque en caso de que hubiera un lapso en los tics éste no se observará durante un periodo de más de tres meses consecutivos libres de ellos. El inicio de los tics ocurre antes de los 18 años de edad y generalmente disminuyen hacia la edad adulta (1,3).

Según Emilio Fernández (4), profesor titular de Pediatría de la Universidad de Barcelona y fundador del Servicio de Neuropediatría del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, a través de una publicación en la Asociación Española de Pediatría define: “los tics son movimientos estereotipados, involuntarios, inoportunos, no propositivos, absurdos, irresistibles, de los músculos esqueléticos o faríngeo-laríngeos. Estos últimos son los responsables de la emisión de sonidos o ruidos”. Además, en su obra “Entender los Tics” (5) asegura que en el año 2004 había aproximadamente, unos 25.000 niños con el Síndrome de Tourette en España (6).

Dentro de los tics, se debe hacer una división entre los tics motores simples (pestañear, mover la cabeza, sacudir los brazos), complejos (saltar, tocar objetos o personas, doblar o retorcer el cuerpo) y tics sónicos simples (chillar, aclararse la garganta, hacer ruidos) o complejos (repetir palabras o sonidos, hacer de animales, decir palabras o frases inaceptables socialmente) (7). Algunos autores como Tijero B, Gómez J.C., Zarranz J.J incluyen los tics sensitivos que son aquellos que no suponen repeticiones estereotipadas del movimiento (8).

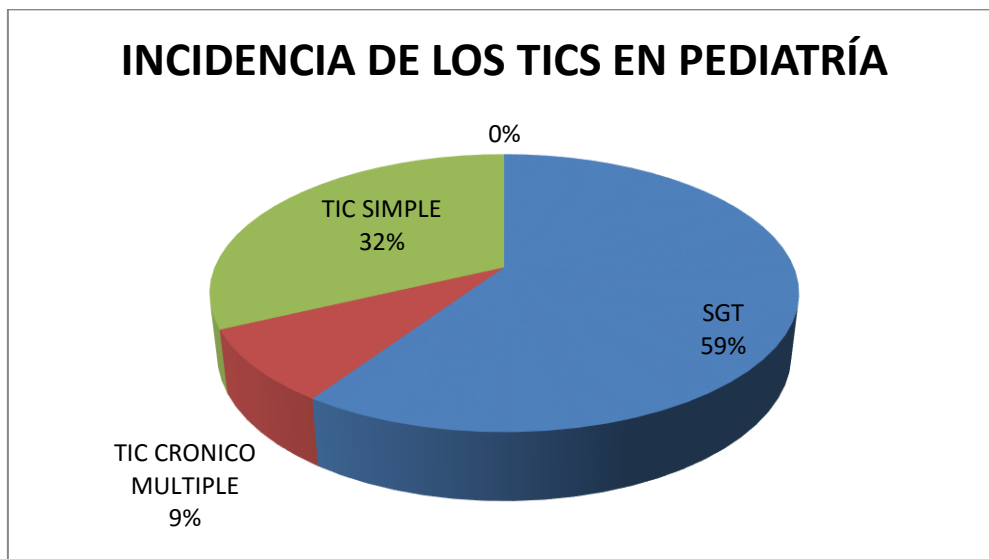


FIGURA 1: Grafica de la incidencia de los tic

FUENTE: Tics y síndrome Gilles de la Tourette (8)

Los trastornos asociados más frecuentes que suelen acompañar al ST son el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) (2, 3, 7). También hay trastornos del sueño, problemas de conducta, problemas de control de impulsos, depresión y ansiedad. En muchos casos, son estos trastornos los que afectan más la calidad de vida de estas personas. Muchas veces los problemas conductuales dificultan más el ritmo de vida normal para un niño y/o adolescente que los síntomas propios de la enfermedad (7).

Este síndrome se inicia en torno a los dos años, aunque puede que los síntomas no aparezcan hasta la edad de 7 años incluso a los 10 años (1, 2, 3, 9) afectando con más frecuencia al género masculino.

1.2.-EPIDEMIOLOGÍA

Antiguamente el ST era una enfermedad poco conocida y se creía que era rara. Actualmente se dan a conocer múltiples casos y se diagnostican los distintos tipos de trastornos tic crónico, trastorno del tic transitorio, tics no especificados o trastorno de Tourette con incidencias significativas en niños en edad escolar en los tic simples, tics crónicos motores o ST como muestra la gráfica de la página 8 (9). Sin embargo existen casos aún sin diagnosticar o diagnosticados erróneamente debido a la aparición discreta de los síntomas (2).

Según el artículo publicado por Tijero B, Gómez JC y Zarranz JJ (8) “Los tics son el trastorno del movimiento más frecuente en pediatría. La prevalencia del ST se estima en torno a 200 casos por cada 100.000 niño”.

En nuestra sociedad el ST no afecta por igual a hombres y mujeres (2, 3). Hay publicaciones que afirman que esa desigualdad se da en 4 hombres por cada mujer con ST (1, 2, 7,10). Sin embargo, la proporción 4:1 es para muestras clínicas y no para muestras comunitarias donde la desigualdad entre sexos se sitúa en 2 a 1(3). Además si se tienen en cuenta los casos de TOC, que probablemente estén más estrechamente vinculados a casos de ST femeninos, esta desigualdad disminuye (2).

1.3.- ETIOPATOGENÍA

Anteriormente se creía que la vulnerabilidad del ST se debía a causas psicogénicas, sin embargo hoy en día se reconoce el carácter genético y hereditario que tiene tanto el ST como otros trastornos afines (2, 3, 9,10). Esta vulnerabilidad significa que el niño tiene mayor carga genética que cualquier otro niño para desarrollar un trastorno del tic sea cual sea el tipo de trastorno. Además, a lo largo de la vida del niño hay factores extrínsecos (no genéticos) que pueden alterar el curso de la enfermedad por ejemplo incidiendo en el tipo de trastorno que padecerán o en el grado de afectación. Según el DSM (3) “No todos los sujetos que heredan la vulnerabilidad genética expresaran los síntomas de un trastorno de tics. El rango de formas en que puede expresarse tal vulnerabilidad incluye el trastorno de la Tourette, el trastorno de tics motores o vocales crónicos y algunas formas del trastorno obsesivo-compulsivo”.

La etiología del ST es aún desconocida (10), el componente genético es complejo de averiguar y puede variar de una familia a otra (2). Además, hay disconformidad en los estudios e investigaciones que se han publicado algunos estudios iniciales sugirieron un tipo de transmisión compatible con un patrón autosómico dominante y otros apuntan a otros modos de transmisión más complejo. La realidad es que no sea encontrado ningún gen susceptible (3).

Por otro lado, se sugieren otras posibles causas del trastorno. Varias publicaciones apuntan a una descompensación de dopamina siendo un factor importante la hiperactividad de las vías dopimenergicas en la fisiopatología de los tics (3, 9). Además, otras publicaciones sugieren un aumento en la incidencia de tics motores secundarios a una infección. Esta infección tiene como responsable el agente infeccioso estreptococo beta hemolítico del grupo A (4, 9).

1.4.-INICIO, CURSO Y CÍNICA DEL ST

Según el DSM (IV) y otras publicaciones el inicio del ST sucede relativamente pronto, en la etapa infantil entorno a los 2 años (3). La enfermedad se presenta comúnmente durante la época infantil y la adolescencia, pudiendo haber un amplio margen entre el inicio de la enfermedad y el inicio de los síntomas y con fluctuaciones de la enfermedad con periodos de mejora y empeoramiento. Generalmente, la presentación de la enfermedad aparece antes de los 18 años y el inicio de la enfermedad en la edad adulta es raro y con una afectación de menor gravedad.

El ST, como casi todas las patologías de la medicina, sigue un desarrollo lógico. Los tics van de más a menos siguiendo el siguiente orden: los tics motores dan comienzo al ST antes que los tics sónicos siendo de extrañar el inicio de la enfermedad con tics sónicos. Como queda reflejado en la siguiente cita textual de Calderón - González y Calderón- Sepúlveda (2) “en una minoría de los pacientes, los tics sónicos representan la manifestación inicial de la enfermedad: generalmente aparecen dos o más años después que los tics motores”.

Por otra parte, se deben diferenciar los tics en simples también denominados discretos o complejos: “Los tics además de ser motores y vocales también son simples o discretos (solo realizados por una parte del cuerpo); o complejos, (involucrando a varias partes, pudiendo seguir un patrón)” (8). En general, los tics evolucionan de manera típica o en el orden lógico que se ha mencionado anteriormente. Esto quiere decir que los tics que aparecen al principio son los denominados simples y que estos tienden a cambiar a complejos. Además, se ha publicado que al inicio del ST los tics ocurren en la línea media del cuerpo, en la parte proximal, pero a medida que la enfermedad progresa los tics afectan a zonas dístales como son las extremidades tanto del miembro superior como inferiores (brazos, piernas...) (2).

Tabla I. Tipos de tics.

Tic motor simple

Parpadear, desviar los ojos, gestos faciales, contraer la nariz, abrir la boca, contraer los hombros, sacudir la cabeza, cerrar las manos, contorsionar los dedos

Tic motor complejo

Sacudir la cabeza, lanzar el brazo, frotarse, flexionar el tronco, patear, sacar la lengua, hacer sentadillas, golpearse o morderse, volver a caminar los pasos, tocarse a sí mismo, contorsiones al caminar, tocar a terceras personas u objetos, copropraxia, olfateo de objetos, brincar, saltar, ecopraxia

Tic sónico simple

Toser, soplar, sorber, sorber por la nariz, chupar, aclararse la garganta, ladrar, gruñir, rechinar, bufar, emitir ruidos, quejidos, gritos

Tic sónico complejo

Cantar, silbar, tararear, ecolalia, palilalia, coprolalia, frases fuera de contexto

FIGURA 2: Tabla con ejemplos de tics, simples, complejos, motores y sónicos.

FUENTE: Artículo Síndrome Gilles de Tourette: espectro clínico y tratamiento (2)

1.5.-TRASTORNOS DE LOS TIC

El ST contiene cierta complejidad a la hora de detectarlo derivada de la co-existencia de varios trastornos de tics y su amplia sintomatología por ello se ha decidido incluir un apartado únicamente dedicado a los distintos tipos de trastornos que existen. En este apartado se explican uno a uno todos los tipos de trastornos del tic, incluyendo los criterios de cada tipo que el profesional debe valorar.

Desde un punto de vista clínico es útil distinguir los distintos tipos de trastornos de tics que se manifiestan, los cuales pueden ser englobados en cuatro en total. El DSM diferencia entre los distintos trastornos de los tics en

base a su duración, la variedad de los mismos y la edad de inicio en la persona afectada (3). Según esta publicación, existen los siguientes tipos de trastornos en este campo dependiendo de la duración y dividiéndolos en transitorios, crónicos y recurrentes:

1. Trastorno de tics transitorios
2. Trastorno de tics crónicos
3. Tics no especificados
4. Trastorno de Tourette (ST)

Tics transitorios

Se trata de tics motores y/ o vocales que aparecen varias veces al día durante al menos un mes (pero no más de un año) y que no cumplen los criterios para la enfermedad de Gilles de la Tourette (3).

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE TICS TRANSITORIOS

A Tics motores y/o sónicos simples o múltiples.

B Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos cuatro semanas, pero no más de doce meses consecutivos.

C El inicio es anterior a los dieciocho años de edad.

D La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (p.ej., estimulante) o de una enfermedad médica (p.ej., enfermedad de Huntington o encefalitis postvirica).

E Nunca se han cumplido criterios de trastorno de la Tourette ni de trastorno de tics crónicos motores o vocales.

FIGURA 3: Criterios para el diagnóstico de trastorno de tics transitorios.

FUENTE: DSM 4ª edición. (3).

Tics crónicos

Estos tics difieren del ST debido a que en el ST deben coexistir tics motores múltiples y uno o más tics sónicos (3), mientras que en los tics motores o vocales crónicos existen tics sónicos o motores durante algún momento de la enfermedad, pero no ambos a la vez. Según publica el Palencia, R. los tics motores simples incluyen el parpadear, levantar los hombros, hacer muecas faciales, toser; los tics motores complejos incluyen hacer gestos faciales, gestos relacionados con el aseo, saltar, tocar, pisotear, olfatear objetos. Los tics sónicos simples más frecuentes incluyen gruñir, «aclara» la garganta, inspirar, resoplar, «ladrar»; los tics vocales complejos incluyen repetir palabras o frases fuera de contexto, coprolalia (uso de palabras obscenas), palilalia (repetir sonidos o palabras), ecolalia (repetir el sonido o palabra que se acaba de oír) (11).

La tabla que se ha incluido anteriormente en la página 12 recoge la clasificación de manera más extensa de los tics motores o sónicos complejos y /o simples. Dicha tabla se ha extraído del artículo de Calderón R. y Calderón R.F. (2).

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE TICS MOTORES O SÓNICOS CRONICOS

A En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics sónicos o motores simple o múltiples.

B Los tics aparecen varias veces al día casi cada día o intermitentemente a lo largo de un periodo de más de un año, y durante este tiempo nunca hay un periodo libre de tics superior a más de tres meses consecutivos

C El inicio es anterior a los dieciocho años de edad.

D La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (p.ej., estimulante) o de una enfermedad médica (p.ej., enfermedad de Huntington o encefalitis pos vírica).

E Nunca se han satisfecho criterios del trastorno de la Tourette.

FIGURA 4: Criterios para el diagnóstico de trastorno de tic motores o vocales crónicos.

FUENTE: DSM4^a edición. (3)

Tics no especificados

Se incluyen en este apartado los tics que no cumplen los criterios de un tipo de tics específico como los que hemos comentado en los apartados anteriores. (3)

Trastorno de la Tourette

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE LA TOURETTE

A En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics sónicos, aunque no necesariamente de modo simultaneo.

B Los tics aparecen varias veces al día(habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente a lo largo de un periodo de más de un año, y durante este tiempo nunca hay un periodo libre de tics superior a más de tres meses consecutivos

C El inicio es anterior a los dieciocho años de edad.

D La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (p.ej., estimulante) o de una enfermedad médica (p.ej., enfermedad de Huntington o encefalitis pos vírica).

FIGURA 5: Criterios para el diagnóstico de trastorno de la Tourette.

FUENTE: DSM4^a edición. (3)

Se debe aclarar que los trastornos de tic crónico y el ST tienen una duración crónica y que en general el ST es una enfermedad con fluctuaciones de periodos de mejora y empeoramiento como se ha tratado en el apartado de inicio, curso y clínica de los tics. “Los tics varían en el tiempo, cambian de tipo,

frecuencia, ubicación y gravedad” (12). Esto indica que puede haber variaciones en cuanto a los tipos de trastorno de tic a lo largo de la vida de una persona. Las personas afectadas con esta enfermedad pueden empezar padeciendo un trastorno por tic transitorio y acabar teniendo a un trastorno del tic crónico o partiendo de este evolucionar hasta el ST.

1.6.-TRASTORNOS ASOCIADOS

La mayoría de autores (2, 4, 7) deciden incluir los TA en sus publicaciones al describir el ST, en consonancia a lo que refleja el DSM en la cuarta edición (2), la publicación aceptada mundialmente por profesionales de la salud mental. Para la mayoría de autores y médicos entendidos en el área de la psiquiatría son de vital importancia, pues ayudan a entender mejor la enfermedad y lo que le ocurre al paciente. Sin embargo, la Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette (ASTTA) (13, 14) a través de las informaciones que publica sobre las jornadas que organizan asegura que no es suficiente referencia la que el DSM en su 4ª edición realiza sobre estos trastornos al no incluirlos dentro de los criterios básicos del ST o trastorno de tics crónicos y que puede llegar a repercutir de manera negativa en el diagnóstico de este trastorno. Además, este hecho visto desde un enfoque sanitario hace que el tratamiento y los cuidados enfermeros que deben procurar buscar el bienestar bio-psico-social (teoría de Watson) de la persona afectada pierdan calidad.



FIGURA 6: Grafica prevalencia de trastornos asociados

FUENTE: Tics. Emilio Fernández Álvarez (4)

Calderón, R. y Calderón, R.F (2) respecto a los TA dicen que: “Habitualmente, la alteración debida a los tics es superada por las manifestaciones asociadas, incluso su inicio puede preceder a los tics. Aunque no se requiere de la presencia de problemas neuro-conductuales para el diagnóstico del ST, su repercusión clínica en los pacientes es con frecuencia los tics mismos”.

Entre todos los trastornos asociados que hay, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el déficit atencional más hiperactividad (TDHA) juntos son los TA más frecuentes, con una elevada incidencia, que se sitúa en torno al 86%(10). Además, el déficit atencional junto con el trastorno de hiperactividad (TDHA) constituye el trastorno conductual mayoritario dentro del grupo de TA situándose en primer lugar. Se estima que su frecuencia está por encima del 60% como indican los autores Ortega B. y Torres E. (7, 10) en sus trabajos aunque las cifras no coinciden en ambas publicaciones. Estos datos sobre la prevalencia de los TA más comunes se han querido representar en una gráfica con datos tomados del autor Fernández E. (4) que sitúan el TDAH como primer trastorno del grupo con un 50-60% de los TA; el TOC entre un 26-67% en segundo lugar y los demás en minoría.

Varias publicaciones científicas están de acuerdo con que los tic que a menudo se resuelven espontáneamente (11) y que el TOC puede llegar a ser incluso más incapacitante que los propios tics (7). Además el elevado porcentaje de mujeres que padece este trastorno hace que la desigualdad de género que existe en la prevalencia de este síndrome disminuya (2).

Los porcentajes de personas con TOC sitúan este trastorno asociado en el segundo lugar después del TDAH (2, 4, 10). Además se ha demostrado la relación entre padres- hijos de este trastorno en niños con ST y padres que mostraban características de la personalidad obsesiva – compulsivas (3).

Por otro lado, hay trastornos como el insomnio, la depresión, tristeza, ansiedad, cambios de personalidad, problemas de conducta (negativista, desafiante, opositor) que también se deben vigilar pues tienen una gran incidencia entre los niños. También se dan casos de auto agresividad: mordidas, arañazos o pegarse a sí mismos (2, 3, 10, 15).

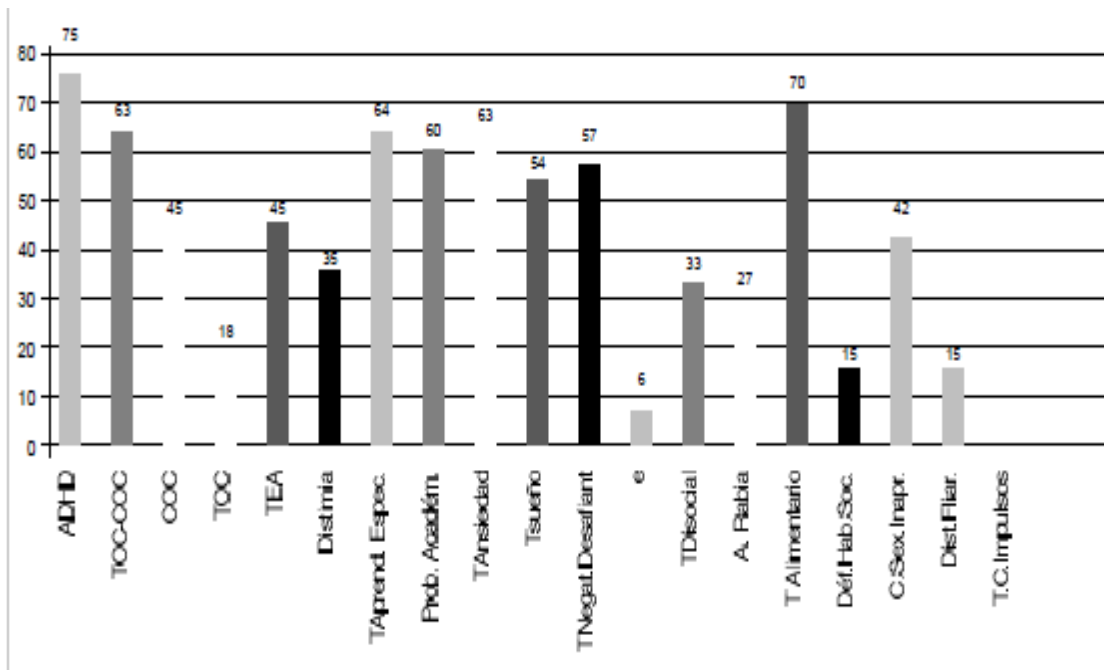


FIGURA 7: Grafica de trastornos asociados en la infancia.

FUENTE: Importancia de la detección Precoz de los Trastornos Psicopatológicos Asociados al Trastorno de Gilles de la Tourette (15)

Para que quede constancia de que hay un amplio espectro de TA además de los trastornos mencionados (TOC y el TDAH) en esta página se ha añadido una gráfica con porcentajes de todas las condiciones comórbidas que hay (15) y en la siguiente página se añade una tabla con la lista de las condiciones comórbidas que se dan en el ST publicada por Calderón R. y Calderón R.F. (2)

Tabla III. Condiciones comórbidas (neuroconductuales) del síndrome de Gilles de la Tourette.

Comportamientos/trastorno obsesivo
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
Trastorno de ansiedad/fobias
Trastornos de comportamiento disruptivo
Trastorno de conducta
Trastorno negativo desafiante
Depresión
Comportamiento de autolesión
Ataques de cólera
Trastornos del sueño
Insomnio
Parasomnias (sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis)
Trastorno del aprendizaje (dislexia)
Trastorno en las funciones ejecutivas

FIGURA 8: Condiciones comórbidas del ST

FUENTE: Síndrome de Gilles de la Tourette: espectro clínico y tratamiento. (2)

Escalas de valoración

Tanto en el caso de los tics como en el caso de los trastornos asociados se utilizan escalas donde los parámetros objetivos valoran la respuesta clínica del paciente (7, 15,16). Existen diferentes escalas de valoración:

- Escala Global de Severidad de Tics de Yale: valoración objetiva de los tics motores y vocales (7,15).
- Escala de Yale- Brown para niños y adolescentes: escala adaptada para niños y adolescentes en base a su nivel cognoscitivo. Para valorar las obsesiones y las compulsiones. Consta de varios ítems para su cuantificación (7).
- Escala de Hamilton: valora el grado de ansiedad (16,17).
- Escala de medición de Montgomery- Asberg: valora el grado de depresión (16, 17).

- Cuestionario de Conners: para maestros y padres. Sirven para evaluar la presencia de problemas de aprendizaje y déficits cognitivos (15).

1.7.-DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Según el DSM 4ª edición (3) el bajo porcentaje de personas que acuden a la consulta de salud mental ante la aparición discreta de los síntomas hace que haya muchos casos de ST que no lleguen a conocerse en el hospital y no sean tratados por un especialista. En la etapa discreta de la enfermedad los síntomas no suponen un malestar para el niño, que no es consciente de ellos y al parecer no generan un problema en su desarrollo por lo que en el entorno no sugiere un signo de alarma. Debido a este discreto inicio la enfermedad muchos padres con niños afectados no acuden en busca de ayuda. (3)

El DSM 4ª edición (3) también ha descrito otro perfil de usuarios con ST: “usuarios que son conscientes de sus síntomas y están abrumados por sus tics motores y vocales invasores, recurrentes, intensos y socialmente estigmatizantes”. En estos casos se podría decir que no acuden a la consulta del médico por el principal motivo que es la vergüenza, teniendo problemas para asumir y aceptar sus síntomas.

Con una sintomatología tan amplia, cuando un niño llega a la consulta de psiquiatría puede ser necesario hacer un diagnóstico diferencial correcto. Para el DSM 4ª edición (3) y el neuropediatra Palencia R. (11) los tics deberán diferenciarse otros trastornos hiperkinéticos del movimiento, como pueden ser:

- Movimientos propios del Párkinson
- Movimientos anormales de ciertas enfermedades: corea de Huntington, enfermedad de Wilson, corea de Sydenham, esclerosis múltiple, síndrome de pos encefalitis
- Epilepsias: en especial con las que cursan crisis parciales motoras o mioclonías que tienen un carácter paroxístico, con comienzo y final brusco, con movimientos coreiformes, atetósicos, sincinesias, trastornos del movimiento inducidos por medicamentos o cuadros de hiperactividad.

Para realizar el diagnóstico de ST, los facultativos se basan en la sintomatología clínica del paciente y es importante saber que no existen pruebas complementarias, es decir, pruebas de laboratorio o marcadores biológicos para realizar un diagnóstico (2, 3, 7, 11). Según la publicación del neuropediatra R. Palencia (11) “la exploración puede mostrar hallazgos en casi la mitad de los pacientes: en niños, muestra hallazgos clínicos como asimetría de reflejos, movimientos diatónicos, signo de Babinski”. Además, pueden valerse de la revisión de obras de otros autores, historial médico familiar y del niño (debido al componente hereditario).

Aun así, en casos raros, pueden usarse estudios con neuro-imágenes, como imágenes de resonancia magnética (IRM) o tomografía computarizada (CT), electroencefalogramas (EEG) o ciertos análisis de sangre para descartar otras afecciones que puedan ser confundidas con ST cuando los antecedentes o los resultados del examen clínico sean atípicos.

Sobre el uso de pruebas en el ST la Sñra. Torres E.(7):

“En algunos casos, muchos pacientes con ST tienen hallazgos de EEG anormales e inespecíficos. Por el contrario, utilizando IRM, se ha detectado adelgazamiento cortical en los lóbulos frontal y parietal. Este adelgazamiento, es más prominente en las partes ventrales de los homúnculos sensoriales y motores que controlan la musculatura facial, oro lingual y laríngea, que están comúnmente involucrados en los tics. Además, las correlaciones de grosor cortical en las regiones del cerebro son importantes en la patogénesis del ST”.

Para el diagnóstico de la enfermedad de ST es importante observar la relación que hay entre los TA que y el tic. Trastornos como son la ansiedad, depresión y trastornos de la conducta pueden darse dentro de otro cuadro clínico mayor como el ST (secundarias a este) o de forma aislada. Es importante profundizar en el diagnóstico respecto a estos trastornos asociados. Para profundizar y observar el curso de la sintomatología del tic como de los TA, los psicólogos y psiquiatras cuentan con la ayuda de la observación de los síntomas que hace la familia, educadores, enfermeros y pediatras

A continuación se ha incluido un esquema resumido por Palencia, R. (11). En él se explica de manera esquematizada el proceso de detección en niños y su tratamiento.

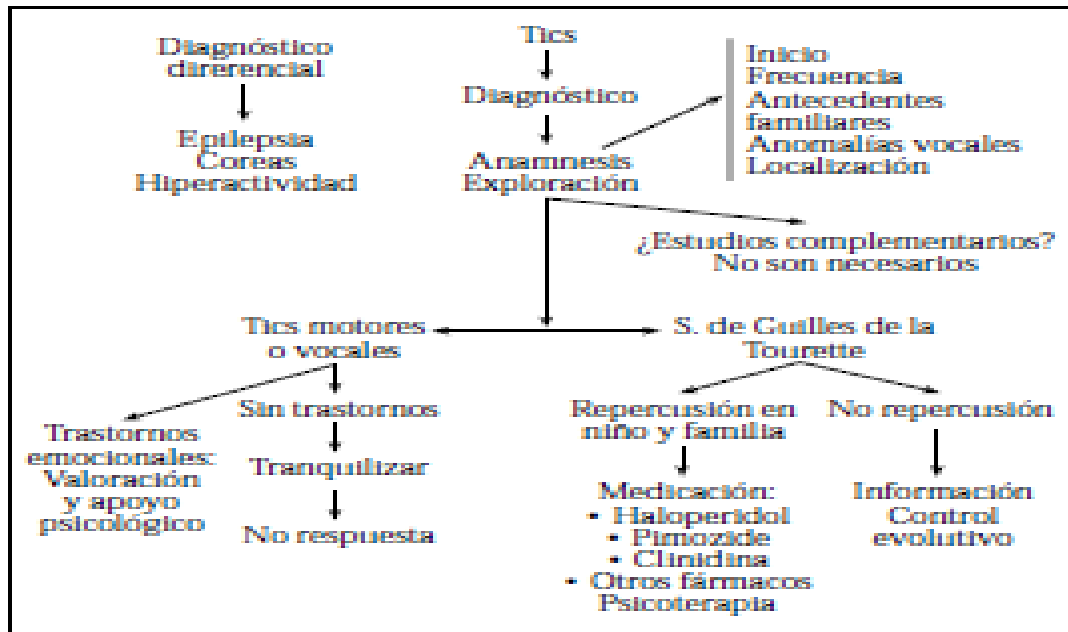


Figura 1. Esquema para el diagnóstico y tratamiento de los tics en la infancia.

FIGURA 9: esquema para el diagnóstico y tratamiento de los tics en la infancia.

FUENTE: Tics en la infancia. Diagnóstico y tratamiento (11).

1.8.- TRATAMIENTO

De acuerdo a lo que opinan algunos psiquiatras, Palencia, R. (11) indica que “en la mayoría de los casos de personas con ST o trastornos de los tics no sufren un proceso neurológico o psiquiátrico grave subyacente”. Del mismo modo los psiquiatras advierten que frecuentemente los pacientes con trastorno de tic y en algunos casos los pacientes con ST no precisan de tratamiento farmacológico ya que en un porcentaje elevado el tic no causa deterioro en los pacientes y los tics generalmente tienden a revertirse espontáneamente. Por lo tanto, las personas con ST que no tengan problemas con su tic generalmente no necesitarán medicamentos para la supresión de ellos y se les aplicaran otras terapias no farmacológicas como la educación psico-conductual.

Sin embargo, cuando los síntomas interfieren en el funcionamiento de las personas la primera elección terapéutica para el alivio de los síntomas es la prescripción de fármacos (13).

Tanto el tratamiento farmacológico como el uso de terapias alternativas se centran en una etapa en concreto, la infancia. Esto es debido a que el ST es un trastorno que da comienzo en ella.

Tratamiento farmacológico

La sintomatología clínica del enfermo de ST es muy variada. Por ello los autores de varias publicaciones hacen diferenciación entre el tratamiento para los síntomas de tics y los TA (2, 7, 11, 13). Además, en la mayoría de la bibliografía encontrada se diferencia el tratamiento para: tics, trastorno Obsesivo-Compulsivo, trastorno por falta de atención con o sin hiperactividad, la ansiedad y los cambios de humor.

Sin embargo, el abanico de fármacos es más reducido en los niños y adolescentes que en el resto de las personas afectadas con ST debido a que toleran peor sus efectos secundarios (4, 11). A continuación, se ha realizado una tabla con los medicamentos más utilizados en niños con esta afectación. También se indica su uso y sus riesgos. Este hecho se contrarresta con otras opciones: las terapias alternativas y las medidas terapéuticas que ayudaran al infante a resolver sus problemas de autoestima.

MEDICACIÓN	USO	RIESGOS
Neurolépticos “clásicos” (Haloperidol y Pimozida):	EFEECTO ANTITICS HALOPERIDOL EN CASO DE DESCONMPENSACIÓN GRAVE	Aparición de manifestaciones extra piramidales como sedación, temblor, sequedad de boca, disminución de la atención, distonía aguda y/o disquinesia/ discinesia tardía. En niños, la disquinesia/ discinesia tardía frecuentemente toma la forma de disquinesia/ discinesia por suspensión.

Tetrabenazina,	EFEECTO ANTITICS	La tetrabenazina no tiene efectos extra piramidales y no provoca disquinesia tardía.
Clonidina	EFEECTO ANTITICS y TDAH	Hipotensión, sedación. Riesgo cardiaco bajo, recomendable realizar un electrocardiograma. Cuidado con el inicio y retirada: debe de ser gradual. Efectos adversos ligados a la retirada brusca: ansiedad, aparición de ticsehipertensión
Fluoxetina	TOC	Debido a la necesidad de una mayor dosis para los TOC que para su efecto anti depresor hay riesgo de una mayor aparición de los efectos secundarios por aumento de dosis.
Clomipramina	TOC	No recomendada por efectos cardiotóxicos y por potenciador de crisis epilépticas.
Aripiprazol y Risperidona	EFEECTO ANTITICS y FORMAS GRAVES DE ST	Aumento de peso, sedación, disquinesia/ discinesia tardia.

FIGURA 10: tabla- resumen de los medicamentos administrados en niños para trastornos de tic y TOC.

FUENTE: Tics (4)/ Tics en la infancia. Diagnóstico y tratamiento (11).

La medicación para adultos consta de antidepresivos, hipnóticos, sedantes, antiepilépticos, psicoestimulantes como haloperidol, pimozide, sulpiride, olanzapina, tetrabenazina, le-vetiracetam, pergolide, toxina botulínica entre otros (13, 18).

Por otro lado, en la bibliografía aparecen claros ejemplos de cómo la dosis máxima entre un niño y un adulto varía de una publicación a otra, pudiendo llegar a duplicarse. Es el caso de la Pimozida, un neuroléptico clásico: “la pimozida (dosis de 1-2mg/día repartida en dos tomas)” y “*Pimozide*:(0,5-4 mg/día, máx. 10 mg)” (11, 7). Además de la dosis se deben tener en cuenta los riesgos y complicaciones que trae consigo la terapia farmacológica. En el caso de los neurolépticos generalmente aparecen muchos efectos (19), que reciben el nombre de manifestaciones extra piramidales. Algunas de las manifestaciones extra piramidales que Palencia, R. (11) define son:

- Temblor
- Sequedad de boca
- Sedación
- Disminución de la atención

Otros efectos secundarios que se dan tras la toma de neurolépticos son el aumento de peso y la lentitud cognitiva (12). Además de estos efectos secundarios se dan las reacciones distónicas (movimientos de torsión), síntomas de tipo Parkinson y otros movimientos involuntarios.

Por último, Torres Elena, E. (7) expone que “el tiempo de duración del tratamiento se debe de considerar al menos, de 12 a 18 meses habiendo logrado una buena respuesta con pocos efectos colaterales, antes de iniciar reducción y suspensión de la terapia”. La retirada y suspensión de los neurolépticos se debe hacer de manera gradual, ya que de no hacerlo supone la aparición de disquinesias/ discinesias tardías, tics por efecto rebote, etc. Para Venegas P., Millán M.E. y Miranda M. (20) sobre las disquinesias/ discinesias: “El término disquinesia se refiere a un trastorno del movimiento, siendo por tanto un concepto muy amplio, que no representa un diagnóstico en sí mismo. Disquinesia Tardía (DT) se refiere a un trastorno del movimiento que aparece con el uso crónico de fármacos”. Sin embargo según Velázquez J.M. y Marsal C. (20) las distonías agudas ocurren habitualmente al inicio del tratamiento o al incrementar la dosis, entre los días 2 y 4.

Tratamiento no farmacológico

1. Técnicas de inversión de hábitos

Se tolere bien o no el tratamiento farmacológico, se recurre a técnicas de inversión de hábitos, procediendo al entrenamiento en adquirir una nueva conducta que no puede suceder a la vez que el tic (7, 10).

Estas técnicas se usan principalmente para controlar y reducir los tics y también para controlar los episodios de comportamiento obsesivo (7). Según el NIH (National Institute Of Neurological Disorders and Stroke) (12) sobre su uso para la reducción de tics: “un estudio de control reciente patrocinado por NIH, múlticentrico, aleatorio, denominado Intervención Conductual Cognitiva para Tics, o CBIT demostró que el entrenamiento para moverse voluntariamente en respuesta a una urgencia premonitoria puede reducir los síntomas de tic”. Por esta razón su uso es muy recomendable.

En primer lugar, se le enseña al niño o adolescente a reconocer su tic. Posteriormente, se comienza con el entrenamiento para incrementar la concientización y entrenamiento en la respuesta incompatible o sustituta. En la parte del entrenamiento en la concientización, la persona identifica cada tic en voz alta.

Por el contrario, en la parte de la respuesta sustituta, el niño aprende una conducta nueva que no puede suceder al mismo tiempo que el tic poniendo en práctica la respuesta premonitoria. Por ejemplo, si el paciente con ST tiene un tic que le hace tocarse la cabeza con el hombro derecho, una conducta nueva para esa persona sería poner las manos en las rodillas o cruzarse los brazos.

2. Medidas terapéuticas

Igual de importantes que el tratamiento farmacológico son las medidas terapéuticas (10, 11). Estas medidas ayudaran a que el curso del ST sea positivo. Además, el enfermero como agente de salud que se le reconoce debe ponerlas en práctica en la misma consulta y fomentar buenos hábitos en el niño. El enfermero puede educar al niño y a su familia con hábitos y costumbres beneficiosas para él:

- Sueño suficiente
- Evitar situaciones de estrés
- Fatiga
- Evitar el alcohol y estimulantes

Por otro lado, el enfermero debe estar preparado para intervenir en el tratamiento de este síndrome haciendo participes de él tanto al paciente, a la familia y a los individuos que tratan a diario con él (profesores, por ejemplo). El enfermero aclarará dudas e invitará a referir todos los pensamientos y emociones sobre la patología.

3. Psico-educación, terapias de apoyo

A través de la psico-educación se puede llegar a una mejor comprensión de la patología. La comprensión y la información que se les da tanto a los padres como al niño o paciente de esta enfermedad es fundamental ya que a veces existe la creencia errónea de que el ST es un problema fundamentalmente psicológico(11). Las terapias de apoyo además hacen que la persona afectada con ST o Trastorno de Tic Crónico sobrelleve mejor las dificultades propias de la enfermedad y secundarios a problemas sociales, emocionales que sufren (12).

Sin embargo para algunas familias, la aceptación del síndrome es difícil (9), sobre todo para los hermanos ya que les será complicado comprender la enfermedad, llegando a imitar tics como llamada de atención. Por su parte, los padres pueden presentar sentimientos de culpabilidad. Mediante la educación a los padres, se les ayuda a entender mejor los problemas de conducta de los hijos y aprender habilidades específicas para la resolución de estos problemas potenciales.

Otros tratamientos

La cirugía es considerada como un tratamiento de último recurso, ya que ha sido utilizada en España para tratar a enfermos con una serie de requerimientos especiales, entre los que se encuentran el hecho de llevar al menos cinco años sin que los fármacos alivien los tics del afectado (13). Como

en la publicación aquí citada de Calderón, R. y Calderón R.F. (2) indica la cirugía también en casos de TOC rebeldes “Los procedimientos empleados incluyen talamotomía, tractotomía subcaudado, cingulotomía, lobulectomía límbica y capsulotomía”.

La cirugía para tratar los tics (13) se basa en la estimulación Cerebral Profunda usada con anterioridad en enfermos con Parkinson y la obtención de buenos resultados. La operación consiste en colocar unos electrodos en puntos concretos del cerebro, que reciben la estimulación desde un marcapasos. Se trata de una cirugía no agresiva y reversible.

En España, en el año 2007 se intervino a diez pacientes y se concluyó que eran necesarias más intervenciones en otras partes del cerebro “sospechosas” de ser las causantes de los síntomas del ST; y para obtener más y mejores conclusiones a través de los resultados de estas cirugías.

En resumen, en el tratamiento del ST es importante abordar estos puntos (2, 3):

- Identificación de las áreas de mayor problema o impedimento funcional
- Educación del niño, de la familia, de los maestros y de sus iguales
- Intervención escolar y acomodos educativos
- Servicios de consejería y apoyo
- Farmacoterapia dirigida a metas

2.-JUSTIFICACIÓN

El interés personal hacia este tema se fundamenta principalmente en lo poco que se conoce este trastorno en el ámbito sanitario. Creo que es un tema sobre el cual la sociedad sabe bastante poco debido a su infrecuencia (4-5 individuos/ 10.000) según la fundación Tourette de Cataluña y como personal sanitario me parece más que necesario prestarle atención y averiguar lo que ya se ha publicado; para después si se diera el caso de encontrarnos con niños que padecen esta enfermedad saber actuar aplicando los cuidados enfermeros necesarios. También creo conveniente escribir sobre un problema real del que poco se sabe para que con la información que hay intentemos todos ser un poco más empáticos con las

Un caso de ST podría ser descrito en varias áreas de la enfermería desde la enfermería infantil porque es un síndrome que se inicia en la infancia hasta la enfermería en Salud Mental y ciencias psicosociales

Como advierte el psiquiatra del Hospital Virgen del Mirón (consultado para la realización de este trabajo) es muy probable que haya muchos casos que no son diagnosticados por que no son capaces de acercarse a la clínica, otros, son diagnosticados erróneamente. En el Centro de Salud Mental si nos fijamos habrá algún niño con trastornos de la conducta, trastornos asociados que forman parte del ST además de los tics. La consulta de pediatría también es un buen lugar para atender al niño y a la familia y observar su comportamiento. Este trabajo se ha centrado en la población infantil debido a que el ST es un trastorno que tiene una incidencia elevada en la infancia y antes de los 18 años.

3.- OBJETIVOS

Los objetivos que se proponen para realizar este trabajo son los siguientes:

- **Un objetivo general:** Describir el Síndrome de Tourette
- **Objetivos específicos:**
 - Conocer los distintos trastornos asociados que se vinculan al Síndrome de Tourette.
 - Exponer mediante qué síntomas y signos se puede detectar la enfermedad.
 - Definir los distintos trastornos de la enfermedad de Tourette.

4.-MATERIAL Y METODOS

Este trabajo es el resultado de la búsqueda de información de diferentes autores en distintos artículos, capítulos de libros, sitios web y boletines de pediatría. Por lo tanto, se trata de una revisión de todo el material bibliográfico encontrado.

La búsqueda ha tenido lugar durante los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio de 2016 utilizando para ello diferentes fuentes. Por un lado, se han utilizado las bases de datos Pubmed- Medline, CUIDEN, LILACS. Por otro lado, se han utilizado portales digitales donde se publican revistas on-line como Scielo. Además, se ha hecho uso del google académico y libros como el DSM en su cuarta edición y CIE. Por último, deben de ser mencionadas las páginas web de las propias asociaciones como Fundació Tourette o ASTTA (Asociación Andaluza de pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados) utilizadas para esta revisión bibliográfica.

Además, se utilizó una búsqueda de los descriptores en ciencias de la salud en el Thesaurio DeCs. Estos descriptores fueron: tics, trastorno de los tics, Síndrome de Tourette, trastornos de la conducta, diagnóstico, tratamiento. Posteriormente se realizaron búsquedas en las bases de datos mediante la combinación de ellos con operadores booleanos en español (Y, O). Los descriptores mismos sirvieron para definir las palabras clave.

Los criterios de inclusión se han definido de la siguiente manera: toda la información de rigor científico que se ha encontrado acerca del ST. Información específica del ST que afecta a la etapa de la niñez y adolescencia., puesto que es la etapa en la que aparecen los primeros síntomas. Documentos que fueran redactados en español, inglés o portugués

Por otro lado, están los criterios de exclusión que son los siguientes: textos que estén redactados en otra lengua que no sea la española, inglesa o portuguesa textos con año de publicación anterior al año 2000.

5.-RESULTADOS Y DISCUSIONES

- **Incidencia de los distintos tipos de trastorno de tics**

La prevalencia del Trastorno de ST guarda relación con la edad (3). Están afectados muchos más niños (3- 5 por 10.000) que adultos (1-2 por 10.000).

Estudios recientes indican que el Trastorno de tics crónicos, entre ellos el ST ocurre del 1 al 3% de los niños en edad escolar. Para Torres E., Pereira M.C., Benítez N. y Delia M. los tics transitorios ocurren en un 10% de los casos, los tics crónicos entre un 3-5% y la incidencia del Trastorno de ST se sitúa entre el 0,05 y 0,5% (7). Según la publicación de Ortega B. la prevalencia a nivel mundial del ST durante la edad escolar se sitúa entre el 0,6 y el 1%.

Por otra parte, los resultados de estudios descriptivos que publican los autores Tijero B, Gómez J.C., Zarranz J.J. concluyen que: el 59,4% fueron casos de ST, 8,5% tic crónico múltiple y el 32% tic simple.

- **Prevalencia de la sintomatología en mujeres y hombres**

En la mayoría de la bibliografía consultada el ST se da en una proporción 4:1 (pacientes masculinos/ pacientes femeninos) con claro predominio del género masculino (1, 2, 7, 10). Sin embargo, el DSM 4ª edición, aclara que en muestras comunitarias esa superioridad no es así, habiendo una proporción de 2:1(3). Además, Fernández E. y otros autores sitúan esta desigualdad de género en torno a 3:1 con predominio del sexo masculino (4, 8).

El TOC juega un papel importante en la prevalencia del ST femenino ya que en mujeres la penetración del ST no es completa. Su penetración esta entorno al 56% mientras que en los varones es casi completa. Sin embargo, si se considera el TOC como una expresión alternativa del ST, la estimación de penetración en mujeres aumenta hasta un 70%(2).

El uso de palabras obscenas “coprolalia” se da en un 19,3% de los hombres con ST y un 14,3% en mujeres. Por otro lado y la práctica de actitudes obscenas “copropraxia” aparece en un 59 % de los hombres y entorno al 5% en mujeres (1).

Por último cabe decir que la frecuencia de los tics aislados es más elevada en niños y adolescentes que en adultos, así como el porcentaje de varones afectados, que aproximadamente es del 1% al 13% y en mujeres del 1% al 11%(7).

- **Edad de comienzo de la enfermedad**

El DSM sitúa la edad de inicio del ST alrededor de los 2 años (2). Habitualmente, se inicia antes de los 18 años y se presenta durante la infancia y la adolescencia.

Sin embargo para Fernández E. el 99% de los casos de ST ya se han desarrollado durante la etapa adolescente (15 años) habiéndose iniciado entre los 5-10 años (4). Este autor expone que en casos muy contados la enfermedad puede iniciarse incluso al año de vida. Acorde a lo que afirman estos autores Tijero B, Gómez J.C. y Zarranz J.J. exponen que entre un 4 y un 23% de los niños presentan tics antes de la pubertad (8).

Por otro lado, Calderón R. y Calderón R.F. sitúan el inicio del trastorno en los 2 primeros años de vida prolongándose hasta la etapa adolescente, 15 años. Describen que la media de inicio y el comienzo con síntomas motores se da a los 7 años. Dos años más tarde, cursan los primeros tics sónicos. Además, alrededor de los 10-11 años los tics logran alcanzar la intensidad máxima por lo que cambian de gravedad y su intensidad fluctúa (2).

- **Observación de los tics a lo largo de la vida de los pacientes**

Muchos pacientes con ST presentan mejoría o resolución después de la adolescencia (2). Por definición el Trastorno por tic Transitorio desaparece al cabo de un año. El Trastorno por tics Crónicos y el Trastorno de ST desaparecen espontáneamente en un 70% de los casos antes de los 17 años de edad.

Según un estudio realizado por Erenberg G., Cruse R.P. y Rothner A.D. (2) “el 73%de los pacientes adultos con ST presentaron una disminución considerable o casi la desaparición de los tics con el paso de los años”.

Además tras realizarse otro estudio de seguimiento entre las edades comprendidas de 5 a 15 años de 136 pacientes con ST, se supo que la intensidad de los tics disminuyó al cabo del tiempo; al principio únicamente un 59% catalogaron la mejoría entre discreta y moderada, y pasado un tiempo lo consideraron hasta un 91% de las personas afectadas (2). En otro estudio, se concluyó que del 5 al 8% de los pacientes con Trastorno de ST se recuperó de manera total y permanente en la adolescencia; la gravedad de los tics disminuyó en un 35% de los casos adolescentes y en adultos.

- **Porcentaje de personas con los diferentes tratamientos mencionados**

Las publicaciones consultadas sugieren que los neurolépticos clásicos siguen siendo los fármacos más efectivos y recurridos aunque solamente el Haloperidol y la Pimozida estén aprobados por la Food and Drug Administration (8).

Como ya se ha comentado en el apartado de tratamiento con anterioridad (ver páginas 19, 20, 21 y 22) la discinesia/ disquinesia tardía y la distonía aguda son problemas asociados a la toma de neurolépticos. En el caso del primero, afecta al 20% de la población que toma neurolépticos y en el caso del segundo la alteración ocurre entre un 20-30 % de la población que toma medicación bloqueadora dopaminérgica (neurolépticos) (19, 20).

Sin embargo, la clonidina (agonista alfa-adrenérgico) es una opción muy utilizada (40%) cuando se desestiman los fármacos neurolépticos. Además de su efecto anti tic se utiliza para el TDHA (7).

Por otra parte, la fluoxetina aún con porcentajes de eficacia demostrada bajos (30%) se receta en casos de TOC, ayudando al paciente a superar uno de los trastornos más difíciles de sobrellevar en el ST.

6.-CONCLUSIONES

- ✚ La enfermedad se inicia en la etapa infantil antes de los 18 años con síntomas motores/ sónicos complejos o simples.
- ✚ El inicio discreto de los síntomas hace que el trastorno pase desapercibido no siendo diagnosticado o diagnosticado erróneamente.
- ✚ Generalmente cuando un niño o cualquier otra persona es derivada a la consulta de Salud Mental es porque el ST ya ha generado problemas en los distintos ámbitos de su vida: social, académica, laboral, familiar.
- ✚ El ST es una enfermedad con base hereditaria donde no se ha conseguido aislar un gen susceptible, por lo tanto hay una afectación poli génica donde puede haber varios genes afectados.
- ✚ Los tics motores o vocales persistentes y los TA repercuten de manera negativa en el desarrollo del niño. La falta de atención y la ansiedad hace que su rendimiento escolar disminuya.
- ✚ La fase de intensidad máxima se sitúa en torno a los 11 años y mejora generalmente durante la adolescencia y la edad adulta.
- ✚ Son necesarios más estudios acerca de cómo el TDAH o el TOC afectan a sus capacidades de aprendizaje ya que no está suficientemente claro si los niños con ST muestran niveles cognitivos más bajos que otros niños.
- ✚ Es importante llevar un control de los efectos secundarios que producen los fármacos para la sintomatología del tic y el TOC. Los neurolépticos tienen diversos efectos extra piramidales: sudoración excesiva, temblor, sedación entre otros.
- ✚ A menudo los tics se resuelven de manera espontánea o con la técnica de reversión de hábitos sin necesidad de incluir terapia farmacológica. La terapia farmacológica y la cirugía siempre son las últimas vías a recurrir.
- ✚ En el caso de la ansiedad es útil enseñar técnicas de relajación y respiración para llegar a conseguir el control de la misma. Además se debe recalcar la importancia de aprender a utilizar la escucha activa en la familia, en el colegio, en los distintos ámbitos donde el niño desarrolla su vida.

- ✚ El sueño y el descanso es fundamental para contra restar toda la energía generada durante el día. Parte de esa energía es debida a la hiperactividad asociada al ST.
- ✚ El aumento de peso que generan tanto los neurolépticos clásicos como los de nueva generación tiene que ser controlado desde la consulta de enfermería mediante visitas programadas.
- ✚ En cualquier caso el apoyo psicológico es fundamental para mejorar el auto concepto y la autoestima del niño, reforzando aspectos positivos de su persona. El niño o adolescente tiene que aprender a integrarse en la sociedad adquiriendo más habilidades sociales.
- ✚ La prolongación excesiva de los tics en el tiempo acarrear problemas graves para la persona con ST en sus relaciones sociales.
- ✚ La educación sobre la enfermedad a la familia, amigos y educadores es fundamental para que la sociedad pueda llegar a entender la enfermedad e integrar a las personas con ST. Es importante tener paciencia y escucharles activamente.
- ✚ El enfermero como parte del equipo multidisciplinar debe saber diferenciar y apreciar cual es la dosis de fármaco riesgo-favorable ideal aplicable a un niño a la hora de administrar el tratamiento ya que la dosis difiere mucho para una franja de edad a otra.
- ✚ A pesar de que la enfermería tiene un papel importante que ocupar como agente de salud su presencia hoy en día no se requiere más allá del espacio hospitalario en esta enfermedad.

7.-Bibliografía

(1) Arroyo ML, Baquero S. Aspectos del lenguaje en la enfermedad de Gilles de la Tourette: revisión sistemática de la literatura. Avances en psicología latinoamericana [internet]. 2011. [citado el 3 de marzo de 2016];29(2):231-239. Disponible desde:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4798436>

(2) Calderón R, Calderón RF. Síndrome de Gilles de la Tourette: espectro clínico y tratamiento=Gilles de la Tourette syndrome: Clinical spectrum and management. Revista de neurol.[internet]. 2003.[citado el 28 de febrero 2016]; 36(7): 679-688.

Disponible desde:

<http://www.neurologia.com/pdf/Web/3607/o070679.pdf>

(3) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadísticas para los trastornos mentales (DSM IV-TR). 4ª edición. Barcelona: Masson; 2002.

(4) Fernández E. Tics. Barcelona: Asociación Española de Pediatría; 2008.

(5) Fernández E. Entender los tics. 1ª edición. España: Medici; 2004.

(6) Fundació Tourette, Fundación Síndrome de Tourette [Internet]. Barcelona, España: Fundación Síndrome de Tourette [citado el 26 de febrero de 2016]. Disponible desde:

<http://fundaciotourette.org/es/index.html>

(7) Torres E, Pereira MC, Benitez N, Delia M. Síndrome de Gilles de la Tourette en pediatría. Rev. de Posgrado de la Via Catedra de Medicina [Internet]. 2010, junio. [Citado el 2 de julio de 2016];18-23.

Disponible desde:

http://med.unne.edu.ar/revista/revista201/4_201.pdf

(8) Tijero B, Gómez JC, Zarranz JJ. Tics y Síndrome de Gilles de la Tourette. Rev. neurol. [Internet].2009. [Citado el 4 de julio de 2016]; 48(1):s17-s20. Disponible desde:

http://www.pediatrasandalucia.org/Docs/TDAH/1_11_TDAH.pdf

(9) Cornelio JO. Neurobiología del Síndrome de Tourette. Rev. neurol. [Internet]. 2008. [Citado el 6 de julio de 2016]; 46(1): s21- s23. Disponible desde:

http://www.tourette.es/userfiles/files/articulos/neurobiologia_del_ST.pdf

(10) Ortega B. Enfermería en salud infanto-juvenil: Tourette. Paraninfo digital. [Internet].2015, noviembre. [Citado el 4 de abril de 2016]; 22:pp. (1-6). Disponible desde:

<http://www.index-f.com/para/n22/pdf/500.pdf>

(11) Palencia R. Neuropediatría. Tics en la infancia. Diagnóstico y tratamiento. Bol. Pediatr.[Internet].2000. [Citado el 6 de mayo de 2016]; 40: 93-96. Disponible desde:

http://www.sccalp.org/boletin/172/BolPediatr2000_40_093-096.pdf?viewType=Print&viewClass=Print

(12) National Institute of Neurological Disorders and Stroke=Institutos Nacionales de Salud, Gobierno de USA [Internet]. Bethesda, Maryland (USA): Institutos Nacionales de Salud. [Citado el 26 de abril de 2016]. Disponible desde:

http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_tourette_fs.pdf

(13) Jurado S. Alcances y limitaciones de la Terapia Farmacológica del Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados a su espectro. Granada (España): A.S.T.T.A. y delegación de la Federación Española de Enfermedades Raras en Andalucía; 18 de mayo de 2009.

(14) Jurado S, Vasermanas D. El papel de la psicología en el abordaje y tratamiento del Síndrome de Tourette. Vivir y convivir con el Síndrome de Tourette. Facultad de Psicología de la Universidad de Granada (España): A.S.T.T.A. en colaboración con los Programas de la Salud de la Junta de Andalucía- Consejería de Salud; 18 de mayo de 2010

(15) Moyano MB., Peralta C, Figiacione S, Gershanik O y Marquez M. (Equipo interdisciplinario de Investigación Clínica del Síndrome de Gilles de la Tourette). Importancia de la detección Precoz de los Trastornos

Psicopatológicos Asociados al Trastorno de Gilles de la Tourette. Vertex. [Internet]. 2001. [Citado el 30 de junio de 2016]; 12:166-175. Disponible desde:

<http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex45.pdf>

(16) Khan A, Broadhead AE y Kolts RL. La sensibilidad relativa de la Montgomery - Asberg escala de calificación de la depresión, la escala de evaluación de depresión de Hamilton y la Impresión Clínica Global escala de evaluación en ensayos clínicos con antidepresivos: un análisis de la replicación. Int. Clin. Psychopharmacol. [Internet]. 2004, May. [Citado el 2 de julio de 2016]; 19(3): 157-160. Disponible desde:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15107658>

(17) Sánchez JA y López A. Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para la depresión y ansiedad. Salud Global [Internet] 2005. [Citado el 3 de julio de 2016]; (3): 1-8. Disponible desde:

<http://www.medicinafamiliar.fcm.unc.edu.ar/actividades/cursopami/Escalas.pdf>

(18) Marcelo C, Claudia T. Aripiprazole en el tratamiento sintomático del síndrome de Gilles de la Tourette (enfermedad de Tics). Rev. Méd. Chile. [Internet]. 2007. [citado el 9 de julio de 2016]; 135:773-776.

[<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000600013>]. Disponible desde:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000600013

(19) Venegas P, Millán ME, Miranda M. Disquinesia Tardía. Rev. Chil. Neuro- psiquiatr. [Internet]. 2003. [citado el 10 de julio de 2016]; 41(2):131-138. [<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000200007>]

Disponible desde:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000200007

(20) Velázquez J.M., Marsal C. Trastornos del movimiento inducidos por fármacos. Rev.Neurol. [Internet].2009. [Citado el 10 de julio de 2016]; 48 (1): 57-60. Disponible desde:

<http://www.neurologia.com/pdf/web/48s01/bbs010s57.pdf>