



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. ANTONIO FRAGA MOURET”
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

TESIS

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE LA POBLACIÓN CON DISTONÍA
CERVICAL EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL
LA RAZA.

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

NEUROLOGÍA

PRESENTA:

DRA. SONIA YVETTE RODRÍGUEZ REYES

ASESOR DE TESIS:

DR. SALVADOR JOSÉ SANTAMARÍA MOLINA

DRA. LETICIA MARTHA HERNÁNDEZ JUÁREZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CIUDAD DE MÉXICO, 2020

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Dr. Jesús Arenas Osuna
Jefe de la División de Educación en Salud
Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional La Raza

Dra. Leticia Martha Hernández Juárez
Titular del Curso Universitario de Neurología
Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional La Raza

Dra. Sonia Yvette Rodríguez Reyes
Médico Residente de la Especialidad en Neurología
Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional La Raza

No. de Registro:

R-2019-3501-090

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	6
ABSTRACT	È 7
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	8
MATERIALES Y METODOS.	1G
RESULTADOS	1I
DISCUSIÓN	2Î
CONCLUSIONES	3F
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	3G
ANEXOS	35
<i>HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</i>	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Diagrama de población con diagnóstico de distonia cervical incluidos en el estudio.....	15
Figura 2. Distribución de edades al momento de la evaluación en consulta externa de la clínica de movimientos anormales.....	16
Figura 3. Distribución de edades por inicio de sintomatología.....	16
Figura 4. Factores detonantes relacionados con el inicio de la distonia cervical.....	17
Figura 5. Síntomas iniciales referidos previos al inicio de los movimientos anormales.....	18
Figura 6. Población con patologías del Sistema nervioso central y periférico.....	18
Figura 7. Antecedentes crónico-degenerativos.....	19
Figura 8. Antecedentes familiares de Parkinson y trastornos del movimiento.....	20
Figura 9. Distribución de patrón distónico.....	20
Figura 10. Antecedentes de comorbilidades psiquiátricas.....	21
Figura 11. Consumo de Antidepresivos distribuidos en relación a si estaba asociado o no al momento de la aparición de los movimientos.....	22
Figura 12. Distribución de antidepresivos más comunes.....	22
Figura 13. Consumo de Neuroléptico distribuidos en relación a si estaba asociado o no al momento de la aparición de los movimientos.....	23
Figura 14. Neurolépticos más comunes.....	23

Figura 15. Consumo de Proquinético/Metoclopramida distribuido en relación a si estaba asociado o no al momento de la aparición de los movimientos.....24

Figura 16. Consumo de Bloqueadores de calcio distribuidos en relación a si estaba asociado o no al momento de la aparición de los movimientos.....24

Figura 17. Bloqueadores de calcio más usados.....25

Figura 18. Consumo de Benzodiazepinas distribuidas en relación a si estaba asociado o no al momento de la aparición de los movimientos.....25

Figura 19. Benzodiazepinas de mayor consumo.....26

RESUMEN

Título: Aspectos demográficos y clínicos de la población con distonía cervical en el hospital de especialidades centro médico nacional la raza

Material y métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo a partir del expediente clínico y electrónico de pacientes con distonía cervical idiopática en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza del departamento de Neurología de Enero 2014 a Enero 2019 incluyendo edad, género, ocupación, antecedentes familiares, antecedentes personales: patologías crónico-degenerativas, farmacológicos, traumáticos. Análisis estadístico: Estadística descriptiva

Resultados: En nuestra observación de 76 pacientes, 45 mujeres: 59.2% y 31 hombres: 40.8%, se obtuvo que el género de mayor frecuencia son las mujeres, el grupo etareo tuvo una distribución importante después de los 41 años, disminuyendo a partir de los 70 años, dentro de los factores precipitantes se encuentra con mayor frecuencia el estrés emocional en un 30.3%, en síntomas iniciales predominó la cervicalgia en un 50.5%, 27.6% de los pacientes con hipertensión arterial y el 10.5% con diabetes mellitus, el antecedente familiar para movimientos anormales fue el temblor en 11.7%, el patrón distónico de mayor prevalencia fue torticolis y el trastorno depresivo la enfermedad psiquiátrica más frecuente, los antidepresivos, neurolépticos y bloqueadores de calcio los antecedentes farmacológicos más frecuentemente asociados con el inicio de la distonía cervical.

Conclusiones: Los datos son similares a los reportados en la literatura internacional con algunas discrepancias sin embargo tenemos limitaciones que impiden desarrollar adecuadamente los parámetros expuestos.

Palabras clave: Distonía cervical, población, porcentajes, antecedentes.

ABSTRACT:

Title: Demographic and clinical aspects of the population with cervical dystonia in the specialty hospital national medical center la raza.

Material and methods: Retrospective, descriptive analysis based on the physical and electronic records of patients with idiopathic cervical dystonia at the Hospital de Especialidades Centro Nacional de la Raza of the Department of Neurology from January 2014 to January 2019 including age, gender, emotion, background family, personal history: chronic degenerative, pharmacological, traumatic pathologies. Statistical analysis: Descriptive statistics, simple frequencies through percentages for each variable.

Results: In our observation of 76 patients, 45 women: 59.2% and 31 men: 40.8%, it was obtained that the most frequent gender is women, the age group had an important distribution after 41 years, decreasing from 70 years, among the precipitating factors, emotional stress is more frequently found in 30.3%, in initial symptoms cervicalgia prevailed in 50.5%, 27.6% of patients with arterial hypertension and 10.5% with diabetes mellitus, family history for abnormal movements, the tremor was 11.7%, the most prevalent dystonic pattern was torticollis, and the most frequent psychiatric disease was the depressive disorder, the antidepressants, neuroleptics and calcium blockers the pharmacological history most frequently associated with the onset of cervical dystonia.

Conclusions: The data are similar to those reported in the international literature with some discrepancies, however we have limitations that prevent the development of specific parameters.

Keywords: Cervical dystonia, population, percentages, background.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La palabra distonía proviene del griego antiguo que traduce “tono muscular alterado”, desde 1911 el Neurólogo alemán Oppenheim introdujo el término distonía muscular deformans para relatar la postura anormal en 4 niños judíos, le atribuyó una causa orgánica a este trastorno¹. La distonía cervical hace parte del complejo sindromático de mayor frecuencia de los movimientos anormales, según los estudios hechos en Estados Unidos en el Colegio de Medicina de Baylor y en la Universidad de Columbia arrojan una prevalencia de 33 por 100.000 habitantes². El concepto ha estado en constante transformación a medida que se ha estudiado con mayor detenimiento este padecimiento desde los aspectos fisiopatológicos hasta los anatómicos, es así como la primera definición formal sugerida ocurrió 1984 por la Fundación de Investigación Médica de la Distonía, la Coalición de la Distonía y la Acción Europea de Cooperación en Distonía en Ciencia y Tecnología ampliaron la definición: Trastorno del movimiento caracterizado por contracciones musculares intermitentes a menudo repetitivos, generando movimientos y/o posturas anormales, los movimientos tienden a ser modelados, torsionales y pueden ser tremorosos y es a menudo iniciada o empeorada por acción voluntaria³. Cabe destacar que dentro de la clasificación más reciente realizada en el año 2013, aborda el padecimiento en dos grandes ejes: eje 1 que corresponde a las características clínicas: Edad de inicio, distribución corporal, patrón temporal y características asociadas y el eje 2 que corresponde a la etiología y se subclasifica en: hereditaria o adquirida y las asociadas a patologías del sistema nervioso central; la distonía cervical es la forma más común de distonía focal y se ha visto que afecta principalmente a los músculos del cuello en la región anterior y

posterior⁴. Algunos pacientes presentan de manera adicional posturas anormales en otras partes del cuerpo como laringe, extremidades o cara y son clasificadas como distonías segmentarias al incluir otros segmentos anatómicos contiguos.⁵

El diagnóstico se basa en el cumplimiento de las características previamente mencionadas incluyendo que el cuadro clínico debe ser progresivo asociado al uso de un gesto o truco sensitivo que consiste en un movimiento voluntario antagónico con el fin de disminuir aquellas posturas distónicas, éste es un dato característico y clave para el diagnóstico, incluso se han reportado casos de trucos visuales con similar reducción de síntomas distónicos.⁶ Debido a que el diagnóstico es distonía cervical así como es eminentemente clínico ya que no existen pruebas estandarizadas se ha reportado retraso en el diagnóstico, por lo cual se han propuesto recomendaciones clínicas para neurólogos no expertos en movimientos anormales por parte del grupo de expertos en trastornos del movimiento italiano, dónde se destacan las características clínicas tomando la definición de distonia y la presencia del gesto sensitivo eliminando las condiciones ortopédicas, reumatológicas y de otro tipo que aparenten una movimientos distónico.⁷

Se ha descrito mundialmente de manera escasa sobre la incidencia y prevalencia de éste padecimiento con datos variables por diferencias en el diseño del estudio y el origen étnico, desde 4,1 a 20 por un millón de habitantes.⁸

En un estudio realizado por Nutt en Rochester, las incidencias para la distonia de inicio temprano (Antes de los 20 años) y tardío (Después de los 20 años) fueron de 2 y 24 personas por año respectivamente, mientras que para la prevalencia de distonia primaria hubo una amplia variación entre 2 a 50 casos por millón para la de inicio temprano y entre 30 a 7320 casos por millón para el caso de inicio tardío.⁹

Un estudio realizado entre 1960 a 1979 reportando una incidencia general de 12 casos por millón de persona al año en la población caucásica en los estados Unidos para distonia primaria. De manera similar se tomaron datos entre los años de 1997 y 1999 en una población multiétnica por medio de registros médicos al norte de California se estimó la incidencia en 8 casos por millón de persona al año.¹⁰

La diferencia entre prevalencia e incidencia entre géneros ha sido informada de manera más uniforme en los estudio con una mayor proporción hacia las mujeres en relación a hombres en: 1,6:1¹¹ y se ha confirmado por medio de series grandes a través de un metanálisis realizado por la Agencia pública de Canadá publicado en el 2012 donde se buscaron bases de datos de pacientes diagnosticados con distonía primaria después de 1985, reportaron un aumento de la prevalencia con la edad y sugiere que la edad de aparición pudiera estar relaciona con la etnicidad debido a que un estudio realizado en Oslo documentó el inicio tardío (mayores de 20 años) en caucásicos era mayor que en los judíos Ashkenazi¹², se sugiere por la revisión de la literatura que los hombres desarrollan distonía en una edad más temprana y con mayor severidad¹³, también se propuso que ésta diferencia de género estaría en relación con diferencias en los factores genéticos, diferente exposición a factores etiológicos ambientales, diferencia de género en la educación y nivel de ingresos pudiendo ser un factor paralelo con la búsqueda de la atención médica.¹⁴

En la mayoría de los estudios de países occidentales informaron un predominio de Distonía cervical a comparación con otro tipo de distonía focal como blefaroespasma en la población Europea, mientras que en países de Asia oriental como China y Japón el blefaroespasma parece ser el más frecuente, lo cual refleja diferencias geográficas importantes.¹⁵

En un estudio retrospectivo, observacional sobre las características demográficas de los pacientes con varios tipos de distonía realizado en Ciudad de México en el año 2016 en el Centro Médico Nacional Siglo XXI se reportó mayor frecuencia de las distonías focales y dentro de ellas la distonía cervical fue la más común en las mujeres seguido del blefaroespasma y predominaron las causas adquiridas y dentro de ellas el trauma craneal es el más frecuente y posteriormente el uso de fármacos.¹⁶

En cuánto a la edad promedio de diagnóstico se ha reportado los 42 años, con aumento a mayor edad pero con notable disminución después de los 70 años en la gran mayoría de estudios.¹⁷

Varios estudios han determinado ciertos antecedentes familiares en la distonía de inicio sugiriendo una menor edad de inicio en pacientes con antecedentes familiares

que en los pacientes con distonía cervical idiopática ya que hubo mayor relación en los pacientes que tenían una secuencia genética potencialmente patógena¹⁸.

En un estudio realizado en Finlandia por medio del registro de 1316 pacientes con diagnóstico de distonía primaria se determinó la prevalencia de 405 por millón y para distonía cervical 304 por millón, se concluyó que la distonía cervical de inicio en adulto fue la más común con una prevalencia más alta a comparación de otros países, la prevalencia de otros tipos de distonía fue similar con los otros países, se observó un predominio femenino claro en todos los tipos de distonía con una relación hombre: mujer (M: F) de 1: 1,4–1: 13, excepto en la distonía focal de extremidades superiores, donde la relación M: F fue de 1: 1,1.¹⁹

Mediante la agrupación de datos de ocho diferentes clínicas europeas de trastornos del movimiento, la tasa de distonía focal primaria (idiopática) se reveló que era 152 por millón, y la presencia de distonía cervical fue encontrada 57 por millón.²⁰

En las Islas Feroe se evaluaron pacientes en el Hospital Nacional, durante un periodo de 20 años desde enero del 1994 hasta enero del 2014, la prevalencia de distonía focal es la más alta en las Islas Feroe que en los estudios reportados en Europa a la fecha con una tasa de 602 por millón de habitantes para distonía focal siendo la distonía cervical idiopática más común una tasa de prevalencia de 478 por millón.²¹

En el registro italiano llevado a cabo en el año 2016 se obtuvieron datos en 664 pacientes sobre la relación con comorbilidades, área laboral, antecedentes familiares y también se encontró mayor predominio en mujeres, personas de bajo nivel socioeconómico y empleos informales o como obreros y las comorbilidades como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria y dislipidemia es similar a la población italiana en general, sin embargo hubo una mayor tendencia en la patología tiroidea.²²

De tal manera que siendo los movimientos anormales una patología frecuente del Neurólogo y siendo la distonía cervical de los trastornos más prevalentes, se hace necesario obtener información sobre los aspectos poblacionales en los pacientes con diagnóstico de Distonía cervical donde se agrupen las características y demográficas

y se obtengan conclusiones que permitan abordar al paciente desde una perspectiva más integral.

MATERIAL Y MÉTODOS

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El siguiente estudio se realiza a partir de los datos obtenidos del expediente clínico y electrónico de los pacientes con diagnóstico de Distrofia cervical idiopática del servicio de Neurología de la clínica de Movimientos anormales de la UMAE Centro Médico Nacional La Raza, Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”.del 2014-2019

A través de la recolección de los datos de la historia clínica de cada paciente, incluyendo edad, género, ocupación, antecedentes en familiares de primera línea de interés para la patología actual, antecedentes personales sobre: patologías crónico-degenerativas, antecedentes farmacológicos y antecedentes traumáticos relevantes para el diagnóstico, posteriormente se organizan estos datos y se realiza un registro y medición mediante frecuencias simples que permita definir la relación de las variables previamente mencionadas con el diagnóstico de distonia cervical.

DISEÑO DEL ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO: Estudio transversal, retrospectivo, observacional.

GRUPO DE ESTUDIO:

1. Caracterización de la población a estudiar:
 - a. Pacientes con diagnóstico de distonia cervical valorados en el departamento de Neurología en la consulta externa de la clínica de

Movimientos anormales del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.

2. Criterios de selección:

a. Criterios de inclusión:

- i. Pacientes con diagnóstico de distonía cervical (de acuerdo a la definición, fenomenología y clasificación de la Sociedad de trastornos del movimiento del año 2013) realizado en la clínica de Movimientos anormales y distonías del departamento de Neurología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.
- ii. Pacientes de ambos géneros.
- iii. Pacientes mayores a 16 años.

b. Criterios de no inclusión:

- i. Pacientes con expediente clínico incompleto
- ii. Pacientes con distonías segmentarias o generalizadas.

c. Criterios de exclusión:

- i. Diagnóstico de otro tipo de movimiento involuntario: Corea, atetosis, Temblor.

3. Por medio de la recolección de variables demográficas (edad al momento del diagnóstico en consulta externa de CMN La Raza, género, ocupación, escolaridad) y variables clínicas (antecedentes familiares, antecedentes personales patológicos, antecedentes farmacológicos, forma de presentación inicial, síntomas agregados a la forma de presentación inicial) obtenidos de expedientes físicos y electrónicos de los pacientes que acuden a consulta externa en la clínica de Movimientos anormales del Departamento de Neurología del Hospital de especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva

RESULTADOS

Se revisaron 76 expedientes de pacientes con diagnóstico de distonía cervical que acudían a la consulta de la clínica de Movimientos anormales/ Distonías del departamento de Neurología en la UMAE Centro Médico Nacional LA RAZA, se obtuvo la muestra de 76 pacientes quienes cumplieron los criterios diagnósticos clínicos de distonía cervical.

De los 76 pacientes, el 59.2% son mujeres (n= 45) y el 40.8% son hombres (n= 31). (Figura 1)

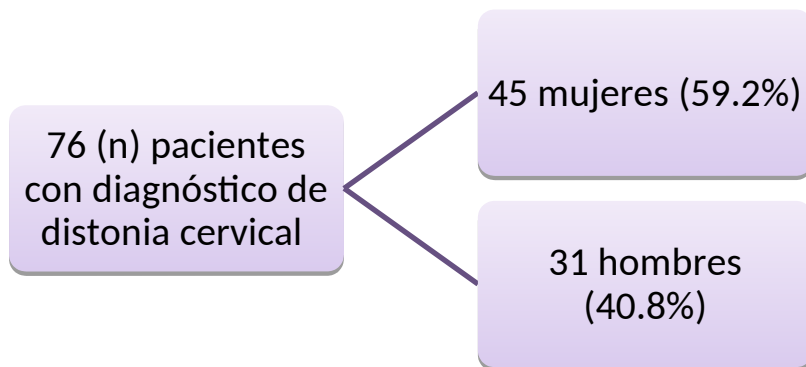


Figura1. Diagrama de población con diagnóstico de distonía cervical incluidos en el estudio.

La distribución de las edades de los pacientes se realizó según los grupos de importancia para ésta patología, es así como la edad al momento de la evaluación en la clínica de movimientos anormales tuvo la siguiente distribución: Para el primer grupo de menores de 21 años 1.3 % (n=1), de 22 a 30 años el 2.6% (N=2), de 31 a 40 años 17.1% (n=13), de 41 a 50 años el 23.7% (n=18), de 51 a 60 años el 18.4%

(n=14), de 61 a 70 años 23.7% (n=18), de 71 a 80 años 10.5% (n=8), mayores de 80 años 2.6% (n=2). (Figura 2)

Edad al momento de la evaluación en consulta externa de movimientos anormales

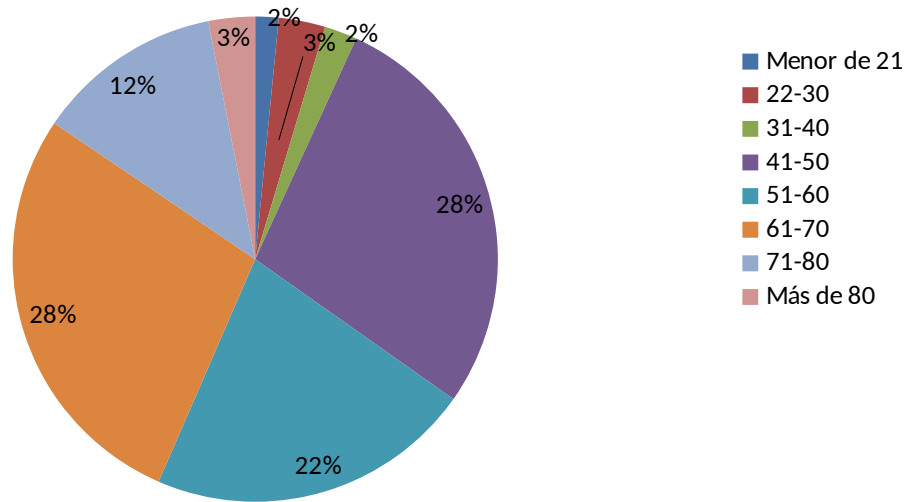


Figura 2. Distribución de edades al momento de la evaluación en consulta externa de la clínica de movimientos anormales.

Para la edad de inicio de los síntomas, en menores de 21 años 10.5 % (n=8), de 22 a 30 años 9.2% (n=7), de 31 a 40 años 21.1% (n=16), de 41 a 50 años 14.5% (n=11), de 51 a 60 años 30.3% (n=23), de 61 a 70 años 10.5% (n=8), de 71 a 80 años de 3.9 (n=3). (Figura 3)

Edad de inicio de los síntomas

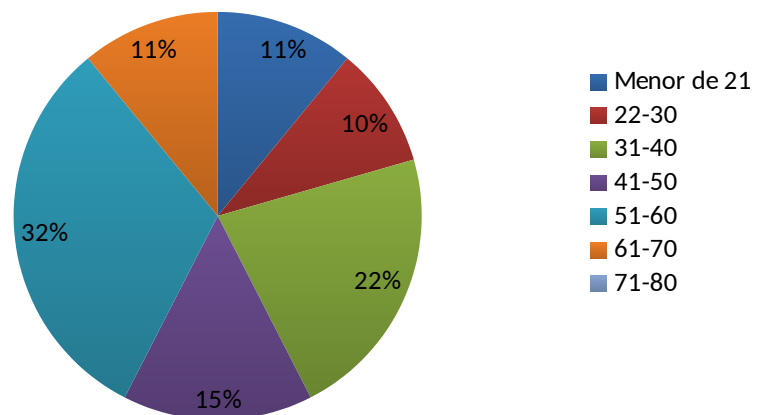


Figura 3. Distribución de edades por inicio de sintomatología

La escolaridad de los pacientes fue la siguiente: el 9.2% (n=7) cuentan con licenciatura completa, licenciatura incompleta el 9.2% (n=7) el 1.3% (n=1) con maestría, el 3.9% (n=3) analfabeta funcional, primaria completa el 31.6% (n=24), primaria completa 5.3 (n=4), secundaria el 26.3% (n=20), secundaria con estudios extra 1.3% (n=1), Bachillerato 1.3% (n=1), bachillerato con estudios extra 10.5% (n=8).

En relación a los factores detonantes, pacientes con trauma de cráneo en un 7.9% (n=6), cirugía de base de cráneo 1.3% (n=1), traumatismo cervical 1.3% (n=1), situaciones de estrés intenso 30.3% (n=23), dolor cervical espontáneo 1.3 % (n=1), cirugía de columna 2.6% (n=2), ninguno identificable 47.4% (n=36), rigidez cervical 3.9% (n=3), consumo de fármacos 2.6% (n=2), esfuerzo físico 1.3% (n=1). (Figura 4).3

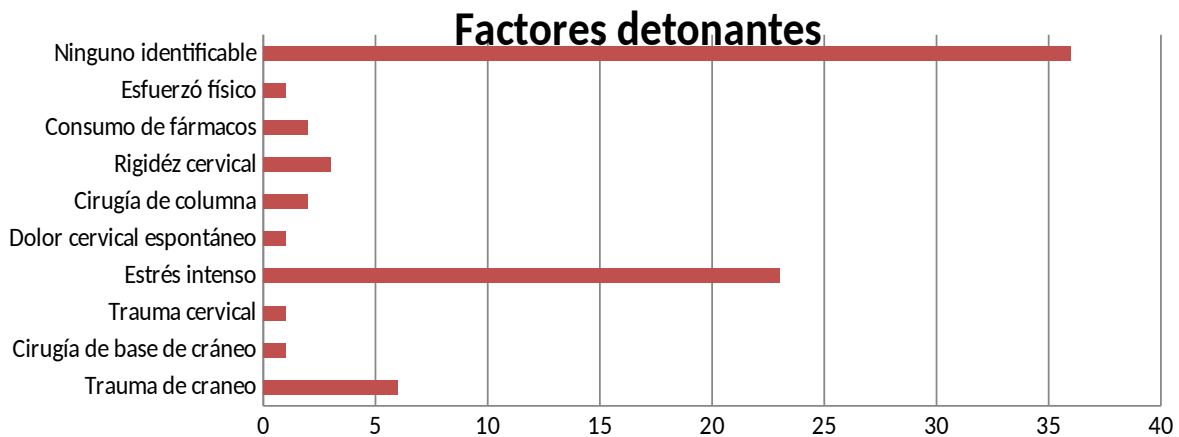


Figura 4. Factores detonantes relacionados con el inicio de la distonía cervical

Para los síntomas iniciales o precedentes al movimientos anormales, cervicalgia en el 50.5% (n=38), sensación de tirantez en el 9.2% (n=7), temblor en el 1.3% (n=1), cefalea en el 2.6% (n=2), parestesias en el 3.9% (n=3). (Figura 5)

Sintomas iniciales

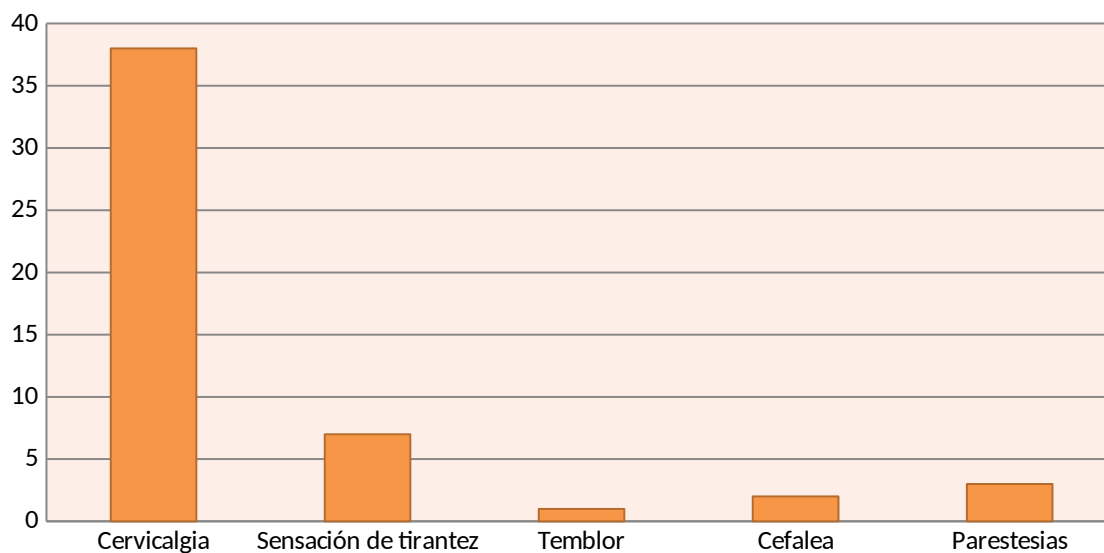


Figura 5. Síntomas iniciales referidos previos al inicio de los movimientos anormales.

En las patologías primarias del sistema nervioso central 2.6% (n=2) enfermedades desmielinizantes y en patologías del sistema nervioso periférico, radiculopatías en el 3.9 % (n=3). (Figura 6)

Patologías relacionadas

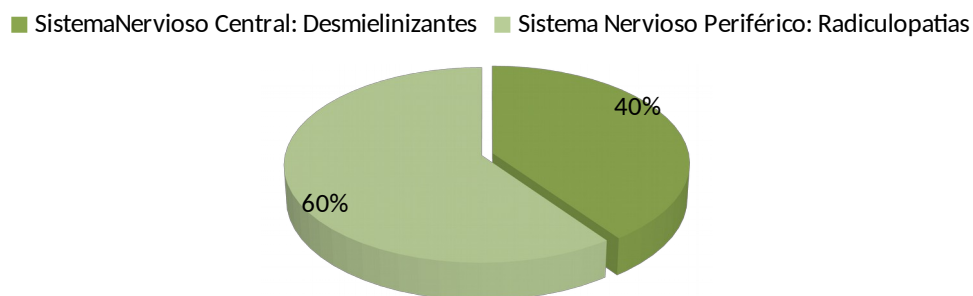


Figura 6. Población con patologías del Sistema nervioso central y periférico.

En patologías crónico degenerativas: Hipertensión arterial sistémica en 27.6% (n=21), Diabetes Mellitus en el 10.5 % (n=8), artritis reumatoidea en 5.2 % (n=4), asma 2.6 % (n=2), fibromialgia 1.3% (n=1), hipotiroidismo en el 6.5% (n=5), vitíligo en el 1.3% (n=1). (Figura 7)

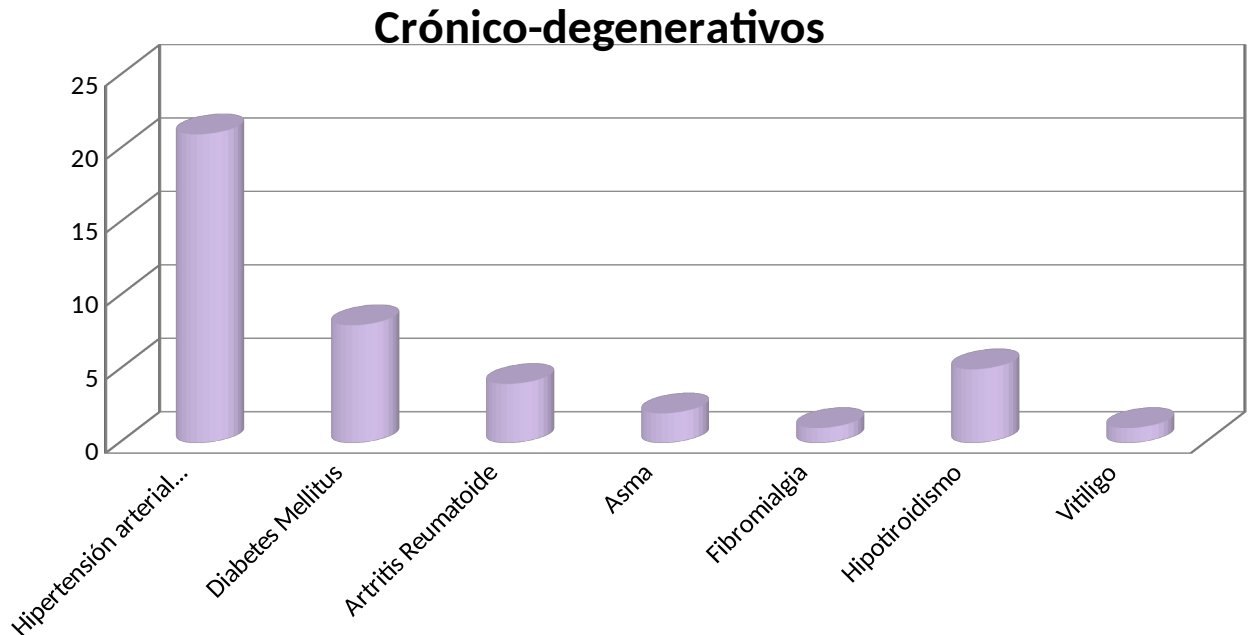


Figura 7. Antecedentes crónico-degenerativos

Antecedentes de enfermedad gastrointestinal, agrupadas de la siguiente manera: Síndrome de intestino irritable el 7.8% (n=6), esofagitis 1.3% (n=1), fibrosis quística 1.3% (n=1), gastritis 19.7 % (n=15), úlcera gástrica 2.6 % (n=2), hepatopatía de tipo cirrótica en el 2.6% (n=2).

En antecedentes familiares, el 22.4 % (n=17) presentaban antecedentes en familiares de primera y segunda de línea, de los cuales para enfermedad de Parkinson el 1.3% (n=1) era para la madre del paciente, el 1.3% (n=1) era para el padre del paciente y el 2.6 % (n=2) para hermanos; para temblor, el 3.9 % (n=3) en padre, el 2.6 % (n=2) para madre, el 2.6% (n=2) hermanos, el 1.3% (n=1) para abuelos, el 1.3% (n=1) para madre y hermano y el 1.3% (n=1) para padre y hermano; para antecedente de torticolis o distonía cervical: el 1.3% (n=1) en madre, el 3.9% (n=3) hermanos, el 2.6% (n=2) abuelos, en padres y hermanos en el 1.3% (n=1), en familiares con tics, el 1.3%

(n=1) en padre, el 1.3% (n=1), el 1.3% (n=1) en madre y el 1.3% (n=1) en hermanos.
(Figura 8)

Antecedentes familiares de trastornos del movimiento

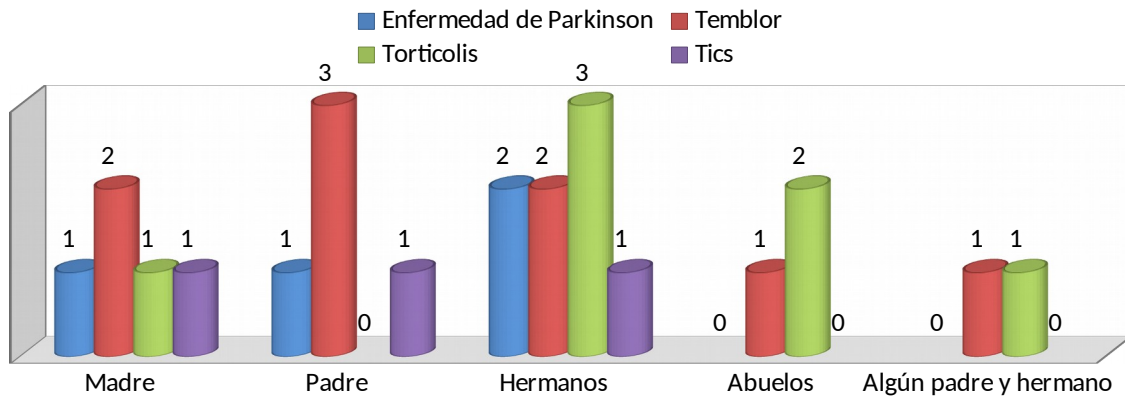


Figura 8. Antecedentes familiares de Parkinson y trastornos del movimiento.

De la población estudiada, el patrón distónico predominante fue torticolis en el 84.2% (n=64) posteriormente sigue en un 11.8 % laterocolis (n=9), anterocolis 2.6% (n=2) y retrocolis en 1.3% (n=1). (Figura 9)

Patrón distónico

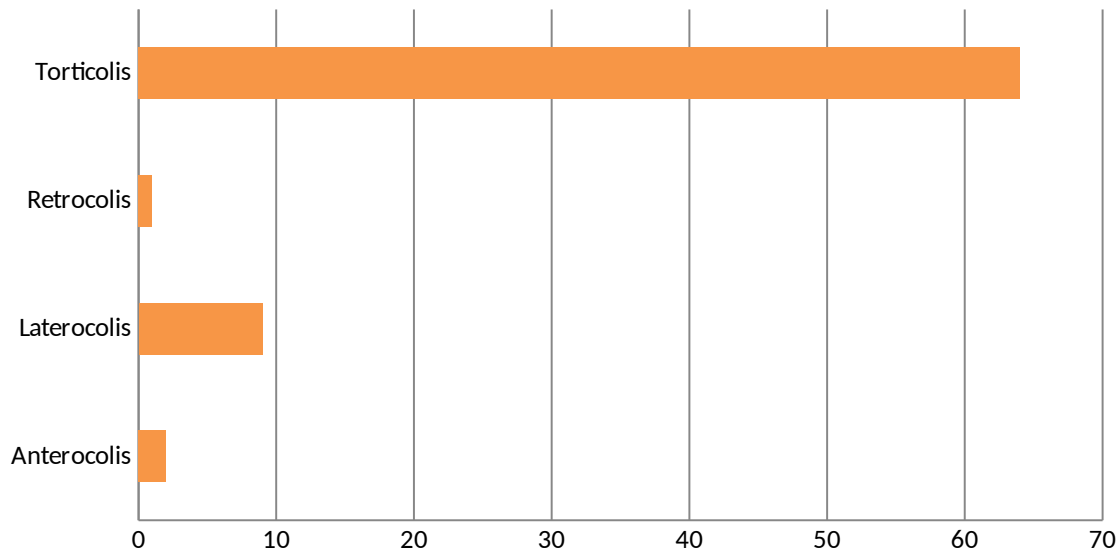


Figura 9. Distribución de patrón distónico

De los pacientes, el 22.4 % (n=17) presentan temblor asociado a distonia y de ellos el 19.7 % (n=15) se clasifica como temblor distónico propiamente y el 2.6 % (n=2) temblor asociado a distonia, el 2.6% (n=2) presentan mioclonias asociadas.

De los pacientes el 64.5 % (n=49) tenía como antecedente algún tipo de enfermedad psiquiátrica, de ellos el 10.5 % (n=8) Trastorno de ansiedad, el 22.1 % (n=17) trastorno depresivo, el 2.6% (n=2) trastorno de ansiedad-depresión, el 1.3% (n=1) Esquizofrenia y el 1.3% (n=1) trastorno de humor orgánico. (Figura 10)

Antecedentes de enfermedad psiquiátrica

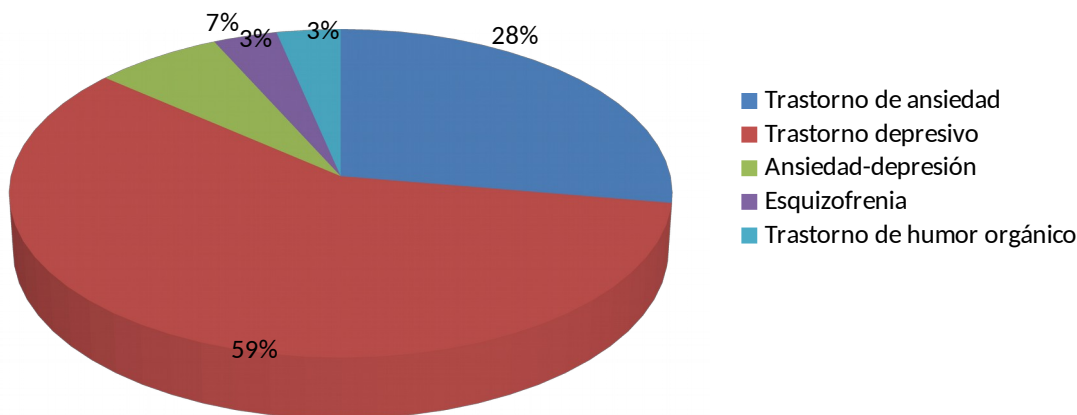


Figura 10. Antecedentes de comorbilidades psiquiátricas.

Tres (3) pacientes tenían antecedente de cáncer, de ellos el 1.3 % (n=1) cáncer de piel, el 1.3 % (n=1) linfoma no Hodking y el 1.3 % (n=1) síndrome mielodisplásico.

Para la variable de antecedente de consumo de fármacos, el 26.3% (n=20) consumían algún antidepresivo y en el 7.9 % (n=6) estaba asociado al inicio de los movimientos y el 18.4% (n=14) no había relación, los fármacos más comunes fueron los siguientes, el 3.9% (n=3) sertralina, 3.9% (n=3) paroxetina, el 5.3 % (n=4) amitriptilina, 5.3% (n=4) citalopram, 5.3% (n=4) imipramina. (Figura 11 y 12)

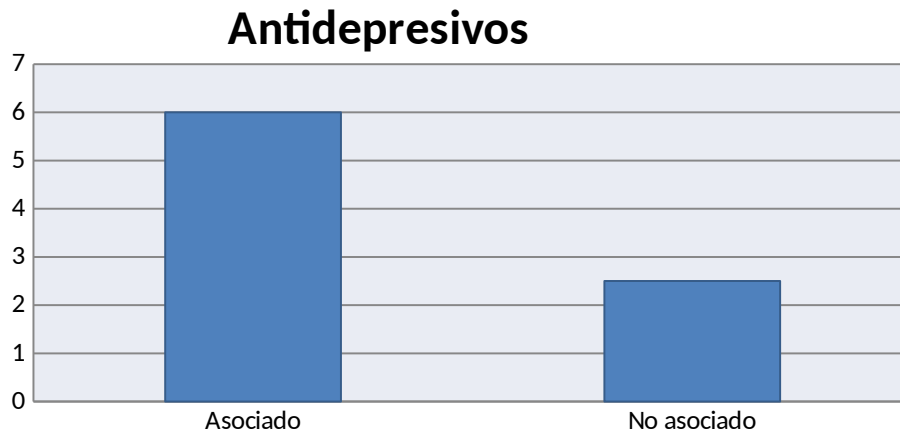


Figura 11. Consumo de Antidepresivos distribuidos en relación a si estaba asociado o no al momento de la aparición de los movimientos.

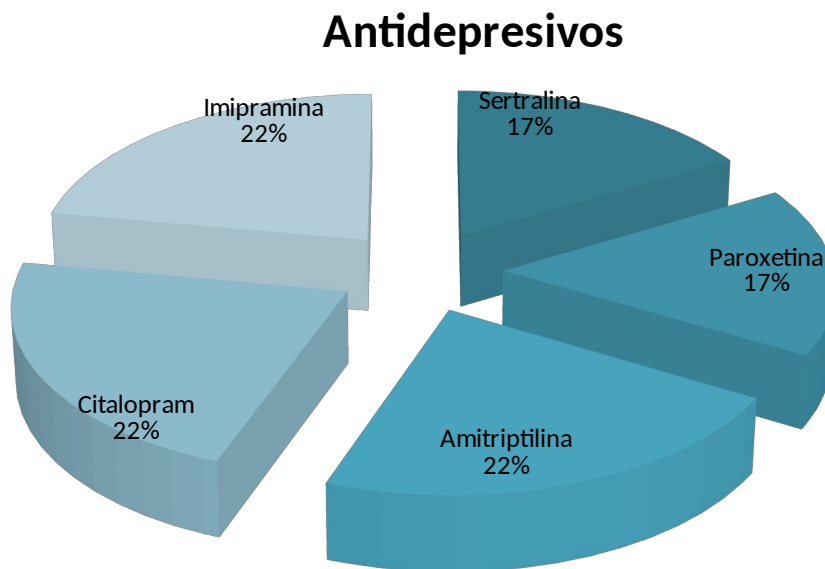


Figura 12. Distribución de antidepresivos más comunes

Con antecedente de consumo de neurolépticos el 21.1 % (n=16), el 15.8 % (n=12) asociado al inicio de la distonia el 5.3 % (n=4) no relacionado, de éstos fármacos, en orden de frecuencia 9,2% (n=7) para Haloperidol, 3.9% (n=3) olanzapina, 3.9% (n=3) clozapina, 2.6% (n=2) risperidona, y 1.3% (n=1) Levomepromazina. (Figura 13 y 14)

Neurolépticos

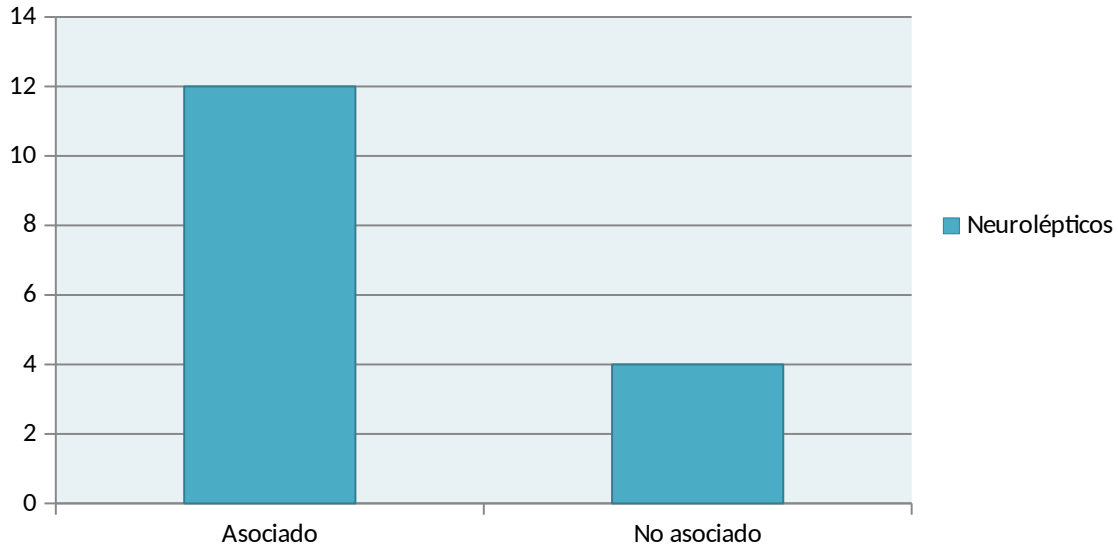


Figura 13. Consumo de Neuroléptico distribuidos en relación a si estaba asociado o no al momento de la aparición de los movimientos.

Neurolépticos

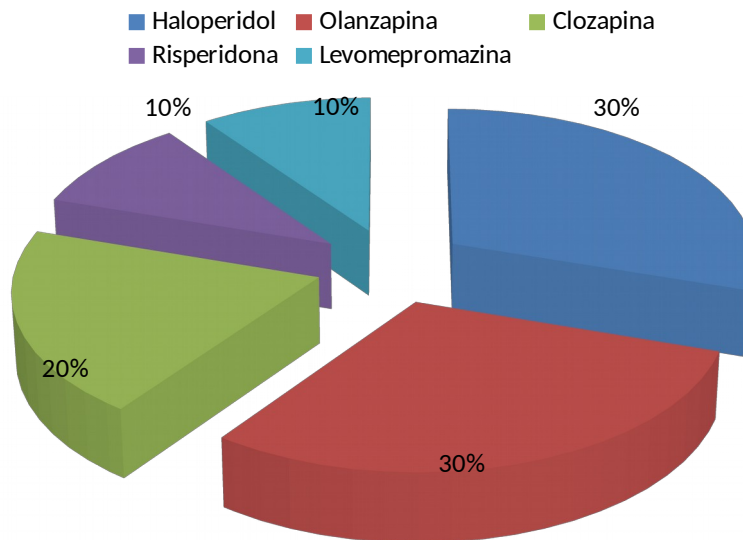


Figura 14. Neurolépticos más comunes.

Para el antecedente de consumo de Procinéticos en el 18.4 % (n=14) de los cuales en el 6.6% (n=5) estuvo relacionado con el inicio de la distonia mientras que en el

11.8% (n=9) no, y el mismo porcentaje 18.4 % (n=14) para metoclopramida. (Figura 15)

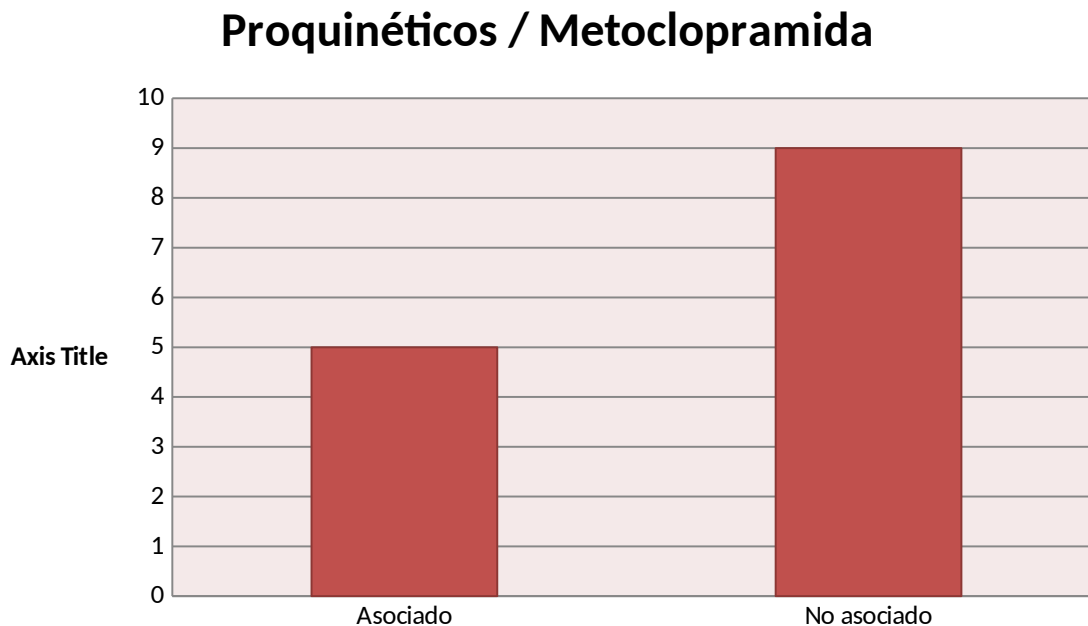


Figura 15. Consumo de Proquinético/Metoclopramida distribuido en relación a si estaba asociado o no al momento de la aparición de los movimientos.

Antecedente de consumo de bloqueadores de calcio en un 11.8 % (n=9) de los cuales en su totalidad tuvieron relación con el inicio de la distonia, el 9.2% (n=7) cinarizina y 2.6% (n=2) flunarizina. (Figura 16 y 17)

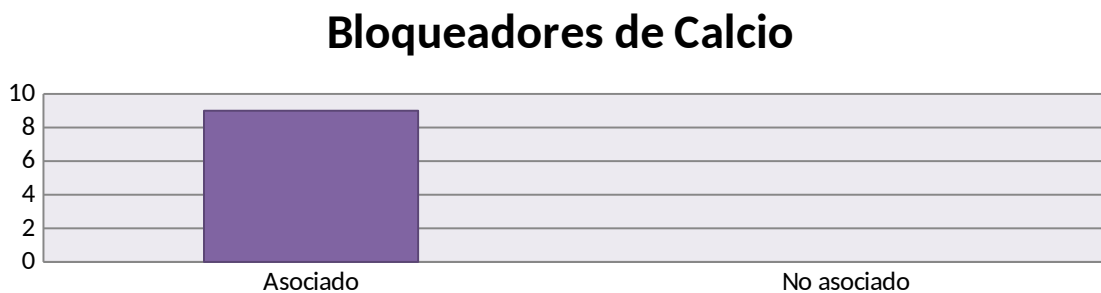


Figura 16. Consumo de Bloqueadores de calcio distribuidos en relación a si estaba asociado o no al momento de la aparición de los movimientos.

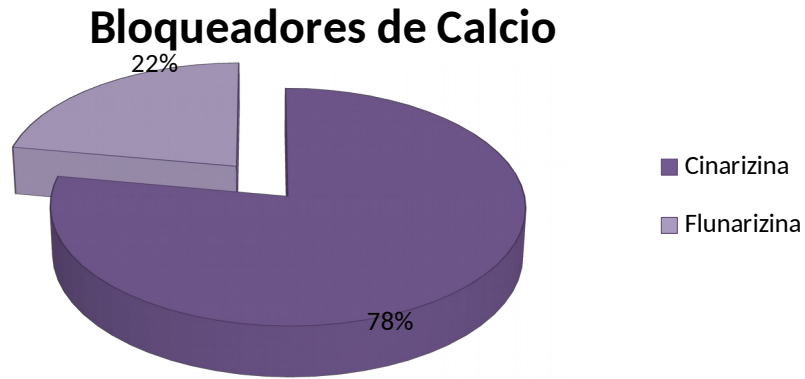


Figura 17. Bloqueadores de calcio más usados.

Para las benzodiacepinas, el 51.3 % (n=39) tuvo antecedente de éste consumo de los cuales en el 21.1 % (n=16) tuvo relación con el inicio de la distonia y el 30.3 % (n=23) no; de los medicamentos el 38.2 % (n=29) para clonazepam, 9.2 % (n=7) para diazepam, 1.3% (n=1) alprazolam, 1.3% (n=1) bromacepam y 1.3% (n=1) para Clobazam. (Figura 18 y 19)

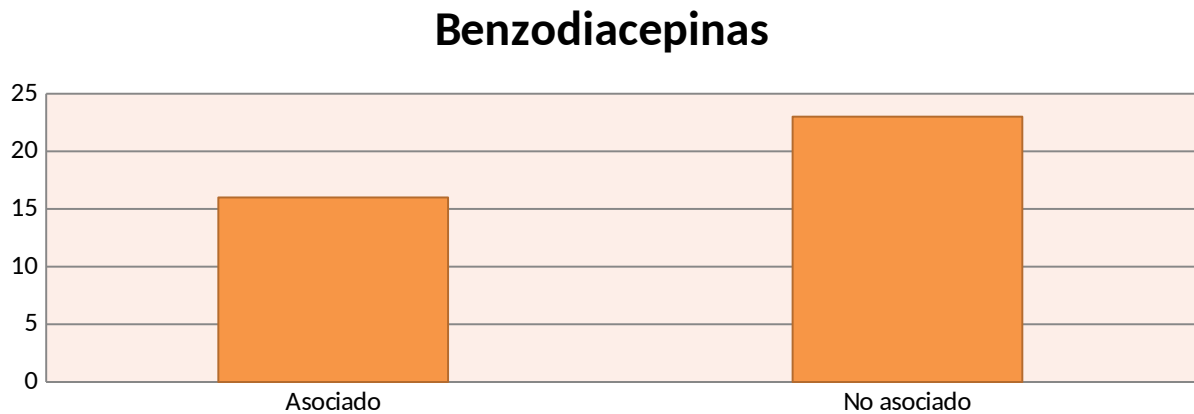


Figura 18. Consumo de Benzodiacepinas distribuidas en relación a si estaba asociado o no al momento de la aparición de los movimientos.

Benzodiacepinas

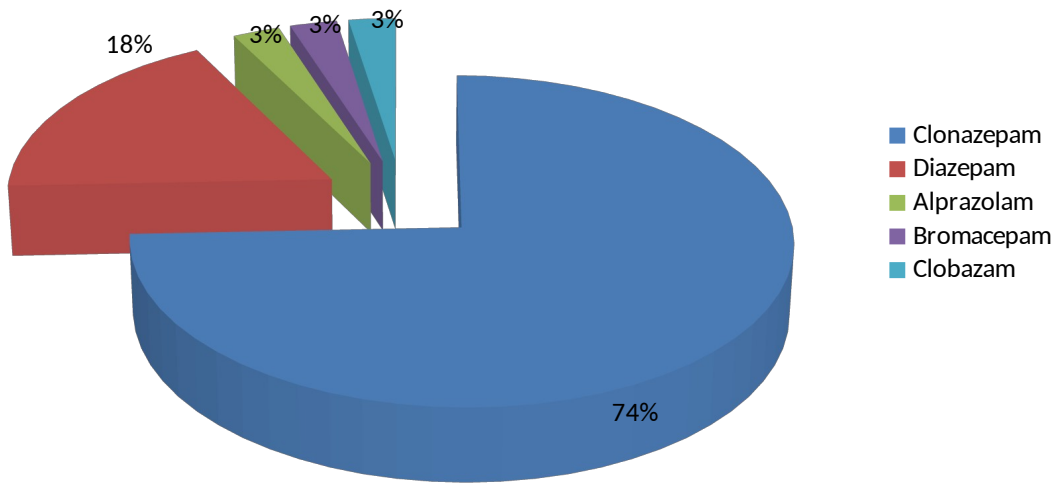


Figura 19. Benzodiacepinas de mayor consumo.

DISCUSIÓN

Debido a que a nivel internacional hay falta de descripción sobre datos epidemiológicos en incidencia y prevalencia sobre éste padecimiento ha favorecido la alta variabilidad de los datos por diferencias en el estudio y las características demográficas de los habitantes desde el origen racial, la distribución por género y otros factores.

Nuestra población estudiada hace parte de un conjunto de pacientes de gran importancia como referente debido a que nos encontramos en un centro de referencia nacional para patología Neurológica de tercer nivel que engloba una amplia región de la república mexicana por tanto los datos aquí recopilados y descritos servirán como precedente para nuevos horizontes en el campo investigativo sobre movimientos anormales específicamente para distonia cervical.

La distribución por género vemos que está más inclinada a las mujeres en un 59.2 % lo cual se puede corroborar en información internacional dónde la relación Mujer: Hombre es 1.6:1. ¹¹

Según en la distribución por edades en relación al Eje I de características clínicas se observa que al momento de la evaluación los principales rangos de edad se encuentran en los grupos de 41 a 50 años y 61 a 70 años con 28% cada uno posteriormente el grupo de 51 a 60 años con 22%, internacionalmente se ha visto que la edad promedio de diagnóstico se ha reportado los 42 años, con aumento a mayor edad pero con notable disminución después de los 70 años en la gran mayoría de estudios, siendo acorde nuestros datos obtenidos¹⁷

Se observó que la mayoría de los pacientes tienen escolaridad de primaria completa y secundaria, entre ambos grupos: 57.9% se encuentra congruente a lo documentado por un estudio italiano que destaca que los pacientes de bajo nivel socioeconómico presentaron esta patología con mayor frecuencia ²²

En nuestro registro se observó que el 47.4% de los pacientes no identifican una causa relacionada de manera directa con la aparición de los movimientos anormales sin embargo en un 30.3% siendo la entidad más frecuente lo relacionan con situaciones

de estrés o angustia emocional, en las series reportadas no hay una correlación bien establecida acerca de algún mecanismo que haya estado en relación con el desarrollo de movimientos anormales.

En cuanto a los síntomas precedentes referidos por los pacientes, se reportó que en el 50.5% tenían manifestaciones de Cervicalgia de forma inicial, dentro de lo que se ha observado y evaluado se ha relacionado la presencia de dolor como parte del complejo sindromático e incluso hace parte de escalas para valorar severidad y calidad de vida en estos pacientes como lo es la Escala de Valoración de Tortícolis Espasmódica Occidental de Toronto (TWSTRS), sin haber datos consistentes de dolor como síntomas precedente, en el estudio realizado en California (EE.UU) encontraron que el 70.7% de los pacientes con distonia cervical presentan cervicalgia moderada/intensa.²³

Las patologías de sistema nervioso central más comunes relacionadas con desarrollo secundario de distonia cervical son del tipo desmielinizante Esclerosis múltiple y eventos cerebro vasculares y como patologías relacionadas de sistema nervioso periférico la presencia de compresiones radicales fueron las de mayor frecuencia, así como se ha demostrado en varios reportes de casos, inclusive como manifestación inicial.²⁴

Para los antecedentes familiares se reportó que el 22.4% de los pacientes tenían familiares de primera (padres) y segunda línea (hermanos y abuelos) con antecedentes de movimientos anormales o enfermedad de Parkinson, dentro de ellos el 5.2% para enfermedad de Parkinson, 13% para algún tipo de temblor, para distonia cervical en el 9.1%, lo anterior implica que pudiera establecerse una relación hereditaria y contextualizar pacientes como probables distonías de origen genético sin embargo no contamos con la herramienta para evaluar éstos factores, en Brasil en el 2008 se encontraron que de 88 pacientes el 29.55% tenían antecedentes familiares de distonia cervical, difiriendo de nuestra observación.²⁵

En cuánto a enfermedades crónico degenerativas se encontró que el 55% de los pacientes cuentan con una comorbilidad de las más frecuentes Hipertensión arterial sistémica y Diabetes siendo ambas factores de riesgo cardiovascular no se ha

encontrado pacientes con distonia cervical secundaria a un proceso vascular cerebral, sin embargo hubo mayor incidencia para la patología tiroidea en el estudio italiano.²²

El patrón distónico más frecuente fue torticolis en el 84.2% posteriormente sigue en un 11.8 % laterocolis, anterocolis 2.6% y retrocolis en 1.3%, patrón que según la clasificación de 1953 es el más frecuente reportado.⁵

Algunos pacientes se reportaron con movimientos anormales asociado al movimientos principal distónico, es importante su reconocimiento ya que podría tratarse de la entidad reconocida como “distonia plus/combinada” por ejemplo con mioclonia o parkinsonismo, de tal manera que en nuestra revisión el 19.7% temblor distónico propiamente y el 2.6 % temblor asociado a distonia, el 2.6% presentan mioclonias asociadas, a nivel internacional hay reporte de ésta última de prevalencia de 2 casos por millón en Europa, es importante reconocerla ya que el abordaje y el tratamiento del paciente varia notablemente.²⁶

De igual manera es importante reconocer si hay patologías gastrointestinales que se encuentren relacionadas, en nuestra serie hubo reporte de hepatopatía de tipo cirrótica en el 2.6% para evaluar posibles diagnósticos diferenciales para distonías secundarias, por ejemplo la enfermedad de Wilson que se manifestaría además como temblor en reposo/postural y síndrome rígido aquinético sin embargo nuestros dos (2) pacientes con antecedente de hepatopatía cirrótica y según los resultados de un estudio realizado en Tailandia, se observó que el temblor intencional es un movimiento anormal común en pacientes con movimientos anormales en hepatopatía no Wilsoniana.²⁷

Paciente con antecedente de cáncer, de ellos el 1.3 % (n=1) cáncer de piel, el 1.3 % (n=1) linfoma no Hodking y el 1.3 % (n=1) síndrome mielodisplásico, en un estudio realizado en la Clínica Mayo en Estados Unidos, se ha documentaron pacientes con síndromes paraneoplásicos y movimientos anormales algunos de ellos con distonia cervical, el tipo de cáncer más frecuente fue de pulmón y de mama asociado a medición de anticuerpos antineuronales IgG ANNA-2 o Anti Ri datos que difieren con los diagnósticos neoplásicos de nuestros pacientes.²⁸

De los pacientes el 64.5 % tiene comorbilidades psiquiátrica, el más frecuente 22.1 % trastorno depresivo seguido en el 10.5 % de trastorno de ansiedad, es así como en un centro hospitalario de Croacia se evaluaron pacientes con distonia cervical mediante la escala de Beck para depresión evaluaron que el 42.1% presentaba depresión y el 57.9% presentaba ansiedad, dichos resultados estarían discretamente proporcionales a los nuestros.²⁹

En la evaluación de los antecedentes farmacológicos se encontró que el consumo más frecuente estaba en el grupo de benzodiazepinas (51.3%) sin embargo en su mayoría no estaba relacionado con la aparición de movimientos anormales, sin embargo por fisiopatología se ha visto que éstos medicamentos pudieran tener beneficio en el tratamiento de distonia secundaria por lo cual no parecer estar relacionado con la aparición de movimientos anormales.

Dentro del grupo más importante se encontró que los neurolépticos se usan en el 21.1% de los pacientes y en la mayoría estuvieron relacionados con el inicio de los movimientos distónicos, en nuestro estudio se encontró que el mayormente usado fue el Haloperidol en un 9.2%, seguido de Olanzapina y Clozapina en un 3.9% cada uno, a nivel internacional se reportó prevalencia de 1.5% a 4% en distonia tardía (secundaria).³⁰ De los medicamentos que ha estado reportados, se destaca la risperidona que en un estudio hecho en Japón ocurrió distonia en el 2.8%, y en nuestra observación en el 1.3% en nuestra observación, el segundo medicamentos no es de uso en México.³¹

La metoclopramida en nuestros pacientes en su mayoría no está relacionada su uso con el inicio de la distonia y a nivel mundial se describen casos de reacciones distónicas agudas.

Se ha documentado que algunos fármacos antidepresivos como amitriptilina e Imipramina pueden desarrollar manifestaciones extrapiramidales aunque no sea un efecto secundario común de éste grupo de fármacos, nuestros pacientes el 44% estaban en manejo con algún tipo de antidepresivo tricíclico.³²

En cuanto a los bloqueadores de canales de calcio para nuestro estudio: Cinarizina y Flunarizina el 11.8% de los pacientes estuvieron consumiendo y en el 100% de los pacientes hubo relación con la aparición de movimientos anormales, por lo cual llama la atención ésta relación tan estrecha no observada de igual manera en ningún otro grupo farmacológico, a nivel internacional también se corrobora que ambos fármacos y de predominio cinarizina han estado relacionados con el desarrollo de trastornos del movimientos. ³²

CONCLUSIONES

Mediante éste estudio se pudo determinar que en nuestra población con diagnóstico de distonia cervical se mantienen las estadísticas en relación a las cifras reportadas a nivel internacional, siendo más frecuente en mujeres y el rango de edad de mayor frecuencia, de la misma manera el patrón distónico se mantiene según la clasificación clásica acorde a lo registrado. En parámetros como factores precipitantes las situaciones de estrés emocional fueron las más relacionadas, de ésta variable no hay determinaciones al nivel mundial, aunque difiere con el estudio realizado e Centro Médico Nacional Siglo XXI dónde el trauma craneal era lo más frecuente para todas las distonia evaluadas. No hubo causas estructurales de tipo tumoral o vascular solo se mencionan pacientes con enfermedades desmielinizantes y con radiculopatía lo cual llama la atención esta última al tratarse posiblemente de una etiología menos común de distonia cervical.

Llama la atención el uso por periodos prolongados de antipsicóticos, bloqueadores de canales de calcio y antidepresivos especialmente tricíclicos, proquinético (metoclopramida) medicamentos los cuales deben ser valorados por el médico que los prescribe de manera más detallada evaluando que cumplan con la indicación, riesgos y beneficios del mismo ya que en varias ocasiones han estado relacionados con el inicio de los movimientos anormales, lo cual requiere de una adecuada evaluación detallada para evitar efectos crónicos, indeseables e irreversibles en un grupo de pacientes quienes estuvieron en consumo por largos periodos de tiempo.

Nuestra evaluación presenta limitaciones como el rango de edades ya que estamos excluyendo pacientes de edades pediátricas así como la metodología para la recolección de la información de manera retrospectiva por medio de expedientes físicos y electrónicos lo cual constituye un sesgo en la información, sin embargo dada la muestra poblacional se considera que es representativo para el análisis de dichos factores epidemiológicos y dado que en México no hay estudios exclusivos sobre distonia cervical, nuestra información constituye la base para nuevos estudios .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oppenheim H. Über eine eigenartige krampfkrankheit des kindlichen und jugendlichen alters. *Neurologisches Centralblatt* 1911; 30 1090–1107.
2. Fahn S, Jankovic J. *Principles and Practice of Movement Disorders*, 2007: page 5.
3. Albanese A, Bhatia K. Phenomenology and classification of dystonia: A consensus update. *Mov Disord* 2013; 28:863-873.
4. Defazio G. The epidemiology of primary dystonia. Current evidence and perspectives. *Europ Journal of Neurol* 2010; 17 (1):14.
5. Albanese A, Bhatia K. Phenomenology and classification of dystonia: A consensus update. *Mov Disord* 2013; 28:863-873.
6. Chan-Nyong L, Mi-Yeon E. “Visual sensory trick” in patient with cervical dystonia. *Neurol Sci* 2012; 33: 665-667.
7. Defazio G, Albanese, A. Expert recommendations for diagnosing cervical, oromandibular, and limb dystonia. *Neurol Sci* 2018.
8. Papantonio AM, Beghi E. Prevalence of primary focal or segmental dystonia in adults in the district of Foggia, southern Italy: A service based study. *Neuroepidemiology* 2009; 33:117–123.
9. Nutt JG, Muenter MD. Epidemiology of focal and generalized dystonia in Rochester, Minnesota. *Mov Disord* 1988; 3: 188–94.
10. Marras C, Van den Eeden SK. Minimum incidence of primary cervical dystonia in a multiethnic health care population, *Neurology*. 2007 (7):676-80.
11. Soland VL, Bhatia KP. Sex prevalence of focal dystonias. *Neurol Neuros Psy*. 1996; 60 (2):204-5.
12. Le KD, Nilsen B. Prevalence of primary focal and segmental dystonia in Oslo. *Neurology* 2003; 61:1294–1296.
13. Defazio G, Abbruzzese G. Does sex influence age at onset in cranial-cervical and upper limb dystonia?. *J Neurol Neuros Psy*. 2003; 74: 265–267.
14. Marras C, Van den Eeden SK. Minimum incidence of primary cervical dystonia in a multiethnic health care population. *Neurology* 2007; 69:676–68.

15. Steeves T, Day, L. The prevalence of primary dystonia: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, 2012. 27(14), 1789–1796.
16. Garcia L, Carrera P. Características clínicas y demográficas de pacientes con distonia del Hospital de Especialidades “Centro médico Nacional Siglo XXI”. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 2016; 51.
17. O’Riordan S, Raymond D. Age at onset as a factor in determining the phenotype of primary torsion dystonia. *Neurology*. 2004 Oct 26; 63(8):1423-6.
18. Xiao J, Uitti RJ, Zhao Y. Mutations in CIZ1 cause adult onset primary cervical dystonia. *Ann Neurol*. 2012; 71(4):458-69.
19. Ortiz, R., Scheperjans, F., Mertsalmi, T., & Pekkonen, E. (2018). The prevalence of adult-onset isolated dystonia in Finland 2007-2016. *PLOS ONE*, 13(11)
20. Epidemiologic Study of Dystonia in Europe (ESDE) Collaborative Group. A prevalence study of primary dystonia in eight European countries. *J Neurol* 2000; 247:787–92.
21. Joensen P. High prevalence of primary focal dystonia in the Faroe Islands. *Acta Neurol Scand* 2016; 133: 55–60.
22. Defazio G, Esposito M. The Italian Dystonia Registry: rationale, design and preliminary findings. *Neurological Sciences*, (2018) 38(5), 819–825
23. Charles PD, et al. Neck Pain and Cervical Dystonia: Treatment Outcomes from CD PROBE (Cervical Dystonia Patient Registry for Observation of OnabotulinumtoxinA Efficacy). *Pain Pract*. 2016, 16 (8): 1073-1082.
24. Rüegg SJ, Bühlmann M. Cervical dystonia as first manifestation of multiple sclerosis. *J Neurol*. 2004; 251 (11): 1408-10.
25. Camargo CH. Et al. Distonia cervical: Sobre casos familiares esporádicos en 88 pacientes. *Arq. Neuropsiquiat*, 2014;72 (2). 107-113.
26. Emmanuel R, Anthony E. Myoclonus-dystonia: Classification, phenomenology, pathogenesis, and treatment. *C opinion Neurol*, 2018; 31 (4). 484-490.
27. Kulthida M, Piyanant Ch. Movement Disorders in Non-Wilsonian Cirrhotic Patients: A Report of the Prevalence and Risk Factors from a Study Done in a

- Medical School in an Agricultural-Based Community. *J mov disord*, 2016; 9 (1): 28–34.
28. Pittock S, Lucchinetti C. Anti-neuronal nuclear autoantibody type 2: Paraneoplastic accompaniments. *Ann Neurol*. 2003; 53 (5): 580-7.
29. Tomic S, Petkovic I. Cervical dystonia and quality of life. *Act Neurol Belg*. 2016; 116 (4) 589-592.
30. Maju M, Sylvia G. Antipsychotic-induced Movement disorders. *Psychiatr*. 2005; 2 (3): 36-41
31. Nobutomo Yamamoto and Toshiya Inada (2012). Dystonia secondary to use of antipsychotic agents. *Dystonia- The Many Facets*, Prof Raymond Rosales (Ed.) ISBN: 978-953-51-0329-5, In Tech, disponible: <http://www.intechopen.com/books/dystonia-the-many-facets/dystonia-secondary-to-use-of-antipsychotic-agents>.
32. Federico E, Manuel M. Movement disorders and depression due to flunarizine and cinarizine. (1989). *Mov disorders*; 4 (2): 139-46.

ANEXOS:

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA
CLÍNICA DE MOVIMIENTOS ANORMALES
PROTOCOLO: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE LA POBLACIÓN CON
DISTONÍA CERVICAL

1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Nombre del paciente:

Edad:

Género:

Escolaridad:

Ocupación actual:

Ocupación anterior:

1. EDAD DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS

- i. Menos de 18 años
- ii. 18-25 años
- iii. 25-40 años
- iv. 40-55 años
- v. 55-75 años
- vi. Más de 75 años

2. TIPO DE SINTOMAS INICIALES:

- a. Cefalea
- b. Cervicalgia
- c. Sensación de entumecimiento
- d. Ninguno

3. FACTOR DETONANTE

- a. Estrés emocional
- b. Infecciones del Sistema Nervioso Central

- c. Consumo de fármacos
- d. Traumatismo cefálico
- e. Traumatismo cervical
- f. Cirugía de cráneo
- g. Cirugía de columna cervical
- h. Otros

4. PATOLOGÍAS PRIMARIAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

- a. Enfermedades desmielinizantes
- b. Evento cerebro vascular
- c. Lesiones tumorales en el encéfalo
- d. Lesiones tumorales en médula espinal porción cervical

5. PATOLOGÍAS PRIMARIAS DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

- a. Poliradiculoneuropatías
- b. Radiculopatías
- c. Neuritis
- d. Polineuritis

6. PATRÓN DISTÓNICO PREDOMINANTE

- a. Torticolis
- b. Anterocolis
- c. Retrocolis
- d. Laterocolis

7. PRESENCIA DE TEMBLOR

- a. Distónico
- b. Asociado a distonia
- c. Otro tipo de temblor
- d. Ninguno

8. TIEMPO DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS HASTA EL DESARROLLO COMPLETO DE LA DISTONIA

- a. Minutos
- b. Horas
- c. Días
- d. Semanas
- e. Meses

9. ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedad de Parkinson:

SI NO

Temblor:

SI NO

Tics:

SI NO

Tortícolis:

SI NO

Otras

10. ANTECEDENTES CRÓNICO DEGENERATIVOS

Hipertensión arterial sistémica:

SI NO

Diabetes mellitus:

SI NO

Hipo/hipertiroidismo:

SI NO

Hepatopatía:

SI NO

Enfermedad Gastrointestinal:

SI NO
¿Cuál?:

Cáncer:

SI	NO
¿Cuál?:	

Otras:

11. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

Depresión:

SI	NO
----	----

Ansiedad:

SI	NO
----	----

Trastorno Obsesivo convulsivo:

SI	NO
----	----

Otras:

12. ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

SI	NO
----	----

¿Cuál?

13. ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS DE LOS SIGUIENTES:

a. **Antipsicóticos:** Haloperidol/ Amisulpirida/ Clorpromazina/ Tioproperazina/ Sulpirida/ Levosulpirida Flufenazina/ Zuclopentixol/ Levomepromazina/ Pipotiazina/ Perfenazina/ Trifluoperazina/ Sulpirida/ Pipotiazina Aripiprazol/ Clozapina/ Ziprazidona/ Risperidona/ Olanzapina.

SI	NO	¿CÚAL?
----	----	--------

b. **Antidepresivos:** Imipramina/Amitriptilina/ Mianserina/ Moclobemida/ Sertralina/ Paroxetina/ Fluoxetina/ Citalopram/ Escitalopram Venlafaxina/ Doluxetina/ Clomipramina/ Mitarzapina/ Trazodona

SI	NO	¿CÚAL?
----	----	--------

c. **Proquinéticos:** Benzamidas: Metoclopramida/Cisaprida/ /Cleboprida/ Domperidona.

SI	NO	¿CÚAL?
----	----	--------

d. **Antihistamínicos:** Cinarizina

SI	NO	¿CÚAL?
----	----	--------

e. **Antimigrañosos:** Flunarizina

SI NO

f. **Benzodiazepinas:** Diazepam/Alprazolam/Clonazepam/Bromacepam/Clobazam

SI NO ¿CUÁL?

a. Lo estaba consumiendo cuando inicié con los movimientos:

SI NO

b. Lo he consumido, pero no recuerdo cuando:

SI NO

c. ¿Cuánto tiempo lo tomó?:

DIAS SEMANAS MESES AÑOS

d. ¿Qué dosis tomó?:

DOSIS "X" NO RECUERDA