

Guías de consenso basadas en evidencia para el manejo de la catatonia: Recomendaciones de la Asociación Británica de Psicofarmacología

Definición de catatonia

- El diagnóstico de catatonia debe basarse en la presencia de tres o más signos catatónicos, conforme a los criterios del DSM-5-TR o la CIE-11. (B)

Evaluación de la catatonia

- La evaluación inicial y el tratamiento de la catatonia deben realizarse en un entorno de atención hospitalaria, con acceso a especialistas en psiquiatría siempre que sea posible. (S)
- La catatonia debe considerarse como diagnóstico diferencial cuando un paciente presente un nivel de actividad significativamente alterado o un comportamiento anormal, especialmente si es marcadamente inapropiado para el contexto. (D)
- Siempre que sea posible, es importante recoger la historia de la evolución de los síntomas con la información de los acompañantes. (S)
- La historia clínica debe incluir la identificación de posibles trastornos médicos y psiquiátricos subyacentes a la catatonia, así como respuestas previas al tratamiento. (S)
- El examen físico debe incluir la evaluación de signos catatónicos, signos de patologías médicas que puedan haber causado la catatonia y signos de complicaciones médicas de la catatonia. (D)
- Al evaluar a un paciente con catatonia, los clínicos deben interactuar con la persona como si pudiera entender lo que se le dice. (S)
- La falta de participación en la evaluación clínica de una persona con catatonia no debe entenderse automáticamente como un acto voluntario. Es necesario valorar la capacidad mental para participar en la evaluación y, si se considera que es insuficiente, actuar en el mejor interés del individuo dentro del marco legal apropiado. (S)

Instrumentos de evaluación

- Para evaluar la presencia de la catatonia o la respuesta al tratamiento, se debe emplear instrumentos validados tales como la Bush-Francis Catatonia Rating Scale o la Northoff Catatonia Rating Scale. (C)
- En el ámbito de la investigación sobre catatonia se debería informar de la forma en que se han definido los ítems individuales, incluyendo los umbrales de los mismos. (S)

Pruebas complementarias en catatonia

- Deben plantearse pruebas complementarias como análisis de sangre, pruebas de detección de tóxicos en orina, punción lumbar, electroencefalografía y neuroimagen, en función de los hallazgos de la historia clínica y el examen clínico, teniendo en cuenta los posibles diagnósticos que pueden imitar a la catatonia y la etiología subyacente. (D)
- En pacientes que experimentan un primer episodio de catatonia o cuando el diagnóstico subyacente no está claro, considerar la realización de una tomografía computarizada (TC) o una resonancia magnética (RM) cerebral. (C)
- En estos pacientes, debe plantearse la evaluación de la presencia de anticuerpos contra el receptor NMDA y otros autoanticuerpos relevantes en suero y líquido cefalorraquídeo. (D)
- En pacientes con factores de riesgo de convulsiones, evidencia de una posible crisis convulsiva o sospecha de encefalitis, considerar la realización de un electroencefalograma (con monitorización continua si está disponible). (C)

Test de respuesta farmacológica

- Cuando el diagnóstico de catatonia es incierto, debe considerarse realizar un test de respuesta farmacológica con lorazepam. (B)
- También puede considerarse la realización de un test de respuesta farmacológica con zolpidem. (C)
- En casos sospechosos o confirmados de catatonia, el test del lorazepam puede emplearse para predecir la respuesta al tratamiento con benzodiacepinas. (B)

Enfoque general del tratamiento de la catatonia

- El tratamiento debe iniciarse rápidamente después de la identificación de la catatonia, y no siempre es necesario esperar los resultados de todas las pruebas complementarias antes de comenzar el tratamiento. (D)
- En muchos casos, está justificado prescribir fuera de la ficha técnica del fármaco, pero el médico debe proporcionar información al paciente o cuidador y obtener el consentimiento cuando sea posible. (S)
- El tratamiento de la catatonia debe incluir el tratamiento específico para la catatonia, el tratamiento de cualquier trastorno subyacente y la prevención y manejo de las complicaciones derivadas de la catatonia. (S)
- El tratamiento de primera línea generalmente consiste en una prueba con benzodiacepinas y/o terapia electroconvulsiva (TEC). (C) Ver referencias de caso especiales a partir del punto 7.1.1.
- La TEC debe estar disponible en cualquier entorno donde pueda tratarse la catatonia, incluidos hospitales psiquiátricos y generales. (S)
- A la hora de elegir como tratamiento de primera línea entre benzodiacepinas y TEC, se deben considerar los siguientes factores: el perfil de efectos secundarios, la presencia de un trastorno

subyacente que probablemente responda a la TEC (como la depresión o la manía) y la disponibilidad de la TEC. (S)

- Si la remisión del cuadro clínico no es posible con benzodiacepinas, se debe utilizar la TEC. (B)
Para más detalles sobre lo que constituye una prueba adecuada con benzodiacepinas, ver la sección 7.2.
- Si la catatonia es producida por la retirada de clozapina, se debe reiniciar la clozapina si es posible y, si es necesario, utilizar la TEC. (D)
- Si la catatonia es producida por un síndrome de abstinencia a benzodiacepinas, se debe reiniciar tratamiento con benzodiacepinas. (D)
- Si la catatonia es crónica y leve en el contexto de la esquizofrenia, se debe considerar ensayar tratamiento con clozapina. (C)
- Si la clozapina y las benzodiacepinas se administran de manera concomitante, se deben titular lentamente y monitorizar de cerca los signos vitales. (S)
- Si la catatonia no responde al tratamiento de primera línea, se debe reevaluar el diagnóstico. (D)

Medicaciones GABAérgicas en la catatonia

- Cuando se emplean benzodiacepinas para el tratamiento de la catatonia, las vías de administración disponibles pueden incluir la oral, sublingual, intramuscular (IM) e intravenosa (IV). La elección de la vía debe basarse en la idoneidad clínica, la rapidez de la respuesta requerida, la preferencia del paciente, la experiencia local y la disponibilidad. (S)
- Cuando se utilizan benzodiacepinas para la catatonia, el lorazepam es generalmente el fármaco de elección. (S)
- Cuando se emplea lorazepam para la catatonia, pueden ser necesarias dosis superiores al máximo autorizado para alcanzar un efecto clínicamente relevante. Se considerará que se ha realizado un ensayo adecuado cuando la catatonia esté adecuadamente controlada, la titulación se haya detenido debido a efectos secundarios o se haya alcanzado una dosis de al menos 16 mg al día. (C)
- Las benzodiacepinas para la catatonia no deben suspenderse abruptamente, sino reducirse de forma gradual. La velocidad de la reducción dependerá del equilibrio entre los beneficios terapéuticos, los riesgos de efectos de abstinencia, la posibilidad de dependencia y los riesgos de daño a largo plazo por el uso de benzodiacepinas. (S)
- Si la catatonia reaparece tras la retirada de benzodiacepinas, el clínico debe asegurarse de que la patología subyacente haya sido adecuadamente tratada. Se puede ensayar una reducción más lenta del tratamiento. (S)

Terapia electroconvulsiva (TEC) en la catatonia

- Cuando se administra TEC, debe considerarse la TEC bilateral. (S)

- Cuando se administra TEC en la catatonia aguda, debe aplicarse al menos dos veces por semana. (S)
- El número de sesiones de TEC debe decidirse en función de la respuesta al tratamiento, los riesgos y los efectos secundarios. (S)

Otras terapias en la catatonia

- Cuando las terapias de primera línea para la catatonia no estén disponibles, estén contraindicadas, sean ineficaces o solo parcialmente efectivas, considerar un ensayo con un antagonista del receptor NMDA, ya sea amantadina o memantina. (C)
- Cuando las terapias de primera línea y los antagonistas del receptor NMDA no estén disponibles, estén contraindicados, sean ineficaces o solo parcialmente efectivos, considerar un ensayo con levodopa, un agonista dopaminérgico, carbamazepina, valproato, topiramato o un antipsicótico de segunda generación. (D)
- Debe evitarse el uso de antipsicóticos cuando no exista un trastorno psicótico subyacente. (C)
- Cuando la catatonia se presenta en el contexto de un trastorno psicótico subyacente, si se utilizan antipsicóticos, deben prescribirse con precaución tras una evaluación de los beneficios potenciales y los riesgos, incluido el riesgo de síndrome neuroléptico maligno (SNM). Es necesario ser especialmente cautos si existe hierro sérico bajo o antecedentes de SNM. Si se utilizan antipsicóticos, debe emplearse un antipsicótico de segunda generación con titulación gradual y considerar la coadministración de una benzodiacepina. (S)
- Cuando la TEC esté indicada pero no esté disponible, considere el tratamiento con estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS) o estimulación transcraneal por corriente directa (tDCS). (D)

Catatonia periódica

- En la fase de mantenimiento de la catatonia periódica, considere el tratamiento profiláctico con litio. (D)

Tratamiento de la catatonia maligna

- En la catatonia maligna, suspender todos los antagonistas dopaminérgicos. (D)
- En la catatonia maligna, iniciar un ensayo con lorazepam a 8 mg/día (vía oral, IM o IV), titulando según la respuesta y la tolerabilidad hasta un máximo de 24 mg/día. (C)
- Si no hay respuesta o esta es parcial al lorazepam en 48 a 72 horas en la catatonia maligna, instituya TEC bilateral una o dos veces al día durante hasta 5 días hasta que la catatonia maligna remita, seguida de TEC tres veces por semana hasta que se observe una mejoría sostenida, generalmente entre 5 y 20 sesiones en total. (D)

Tratamiento del síndrome neuroléptico maligno (SNM)

- En el SNM, suspender todos los antagonistas dopaminérgicos. (C)
- En el SNM, suspender los fármacos anticolinérgicos. (S)
- En el SNM, debe proporcionarse cuidados de soporte. Esto incluye la evaluación y manejo adecuado de la vía aérea, la ventilación, la temperatura y la deglución. Debe monitorizarse el balance hídrico y emplearse una rehidratación intensiva si es necesario. Debe evaluarse la presencia de hipertotasemia, insuficiencia renal y rabdomiolisis. Debe realizarse una monitorización cuidadosa de complicaciones como insuficiencia cardiorrespiratoria, neumonía por aspiración, tromboembolismo e insuficiencia renal, junto con la valoración precoz de cuidados de alta dependencia. (S)
- Para el SNM leve precoz, caracterizado por rigidez leve, catatonía o confusión, temperatura < 38°C y frecuencia cardíaca (FC) < 100, considerar un ensayo con lorazepam. (C)
- Para el SNM moderado, caracterizado por rigidez moderada, catatonía o confusión, temperatura de 38-40°C y FC de 100-120, considere un ensayo con lorazepam. Considerar un ensayo con bromocriptina o amantadina. Considerar la TEC. (C)
- Para el SNM grave, caracterizado por rigidez grave, catatonía o coma, temperatura > 40°C y FC > 120, considere un ensayo con lorazepam y dantroleno. Considere bromocriptina o amantadina. Considerar la TEC. (C)
- Si persisten las características clínicas, considerar TEC bilateral tres veces por semana o, en casos graves, una o dos veces al día hasta que el SNM remita. Continúe con TEC tres veces por semana hasta que se observe una mejoría sostenida, con un total de 5 a 20 tratamientos. (C)
- Retrasar la reintroducción de antipsicóticos al menos 2 semanas después de la resolución de un episodio de SNM para reducir el riesgo de recurrencia. (C)

Catatonía inducida por antipsicóticos

- Cuando la catatonía se atribuya a la administración de antipsicóticos, considere la suspensión del antipsicótico. (C)
- En casos más graves o que no se resuelven con la suspensión del antipsicótico, considere un ensayo con una benzodiacepina. (C)
- Una vez tratada la catatonía, si aún es necesario un antipsicótico, iniciar con una dosis baja y titular gradualmente, monitorizando estrechamente los efectos secundarios. (S)

Catatonía en niños y adolescentes

- La catatonía puede ocurrir en niños a partir de los cinco años, y los clínicos deben evaluar su presencia siempre que exista sospecha clínica. (S)
- La evaluación de las etiologías de la catatonía en niños y adolescentes debe incluir el mismo rango de trastornos que en los adultos. (S)

- Al evaluar la presencia de catatonía pediátrica, debe utilizarse la Pediatric Catatonia Rating Scale. (C)
- El manejo de primera línea para la catatonía pediátrica incluye un test de respuesta farmacológica con lorazepam, lorazepam en dosis crecientes y TEC bilateral. (D)

Catatonia en adultos mayores

- En adultos mayores, debe tenerse especial cuidado en identificar trastornos médicos subyacentes a la catatonía. (S)
- La catatonía debe considerarse en el diagnóstico diferencial de una demencia rápidamente progresiva o presentaciones clínicas con declive funcional progresivo asociado en adultos mayores. (S)
- El tratamiento de primera línea de la catatonía en adultos mayores consiste en benzodiacepinas, a menudo en dosis más bajas que en adultos más jóvenes, y TEC. (D)

Catatonia en el período perinatal

- Si la catatonía es grave y la mujer padece una enfermedad mental, el equipo psiquiátrico y obstétrico debe tomar una decisión conjunta sobre el entorno hospitalario más adecuado para el tratamiento. Es esencial fomentar el contacto entre la madre y el bebé tanto como sea posible y apropiado. La atención psiquiátrica debe ser realizada por un psiquiatra con experiencia en el manejo de enfermedades mentales perinatales. (S)
- Si la catatonía es grave y presenta riesgos elevados para la salud física de la madre y el niño, y el tratamiento de la patología subyacente ha sido ineficaz o implicaría un retraso inaceptable, debe considerarse un tratamiento específico para la catatonía. (S)
- Los riesgos de cualquier tratamiento específico deben sopesarse cuidadosamente frente a los riesgos de otros tratamientos o la ausencia de tratamiento. (S)

Catatonia durante el embarazo

- La inclusión y evaluación de pacientes para TEC debe ser realizada por un psiquiatra con experiencia en TEC, acompañado por un psiquiatra especializado en psiquiatría perinatal y un obstetra. (D)
- Si se espera el parto en las próximas semanas, el obstetra, anestesista, pediatra y psiquiatra deben considerar opciones alternativas, como la inducción del parto o la cesárea. (S)
- Si se requiere un tratamiento específico para la catatonía, considere inicialmente lorazepam en dosis de hasta 4 mg/día. (S)
- Si el lorazepam no es efectivo en dosis de hasta 4 mg/día y los riesgos para la salud de la madre y/o el niño son elevados, puede considerarse el uso de TEC. (S)

Catatonía durante la lactancia

- Si se utiliza lorazepam en dosis superiores a 4 mg/día, la madre no debe dar lactancia debido a la falta de evidencia sobre su seguridad. Si es posible y apropiado, puede mantenerse la lactancia durante el período de dosis elevadas de lorazepam extrayendo y desecharando la leche. (S)
- Las mujeres pueden reanudar la lactancia después de los tratamientos con TEC. (C)

Catatonía en el trastorno del espectro autista (TEA)

- Dada su alta prevalencia, es fundamental mantener una actitud clínica rigurosa para la evaluación de la catatonía en el TEA. (C)
- Para diagnosticar catatonía en el TEA, es necesario identificar un cambio clínico significativo con respecto a la presentación basal. (S)
- Las intervenciones de primera línea en casos leves de catatonía son intervenciones psicológicas y/o lorazepam, pero deben considerarse los tratamientos estándar para los casos moderados a graves de catatonía (es decir, benzodiacepinas en dosis crecientes y/o TEC bilateral). (D)

Catatonía en enfermedad renal, hepática y pulmonar

- En insuficiencia renal, la dosificación de lorazepam no suele necesitar ajustes, pero es importante considerar una monitorización adicional de los efectos secundarios. (C)
- En insuficiencia hepática leve o moderada, la dosificación de lorazepam no suele requerir ajustes, pero es necesario ser cautos al considerar lorazepam en insuficiencia hepática grave. (B)
- En enfermedad respiratoria grave, considere la TEC como tratamiento de primera línea en lugar de benzodiacepinas. (D)

(S: Recomendación basada en evidencia sólida; C: Recomendación basada en evidencia moderada; D: Recomendación basada en evidencia limitada; B: Recomendación basada en evidencia preliminar)