



Universidad Nacional Autónoma de México.

Facultad de Medicina.

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Título:

“Frecuencia del síndrome catatónico en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.

Presenta la T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA.

AMÉRICA CATALÁN NAVA.

MEDICO RESIDENTE DE CUARTO AÑO.

DR. MIGUEL HERRERA ESTRELLA.

ASESOR TEÓRICO.

MTRA EN SOC. JUANA FREYRE GALICIA.

ASESOR METODOLÓGICO.

México Distrito Federal. Junio de 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Índice.

I.	Marco teórico.....	1
▪	Reseña histórica.....	1
▪	Definición.....	4
▪	Epidemiología.....	5
▪	Etiología.....	5
❖	Causas psiquiátricas.....	6
-	Manía.....	6
-	Depresión.....	7
-	Psicosis no afectiva.....	7
-	Otras causas psiquiátricas.....	7
❖	Condiciones médicas causantes de Catatonia.....	8
-	Estados Tóxicos inducidos por drogas.....	8
-	Condiciones Neurológicas causantes de Catatonia.....	9
-	Trastornos metabólicos.....	9
❖	Hipótesis sobre la Etiopatogénesis y generalizaciones de la catatonia.....	10
-	Neurotransmisores.....	10
-	Modelo endócrino.....	11
-	Modelo inmune.....	12
❖	Subtipos de Catatonia.....	12
❖	Signos de Catatonia identificables.....	13
❖	Diagnóstico.....	13
❖	Diagnóstico Diferencial.....	17
❖	Exámenes de laboratorio e imágenes cerebrales.....	18
❖	Tratamiento.....	18
-	Benzodiacepinas.....	19
-	Terapia electroconvulsiva.....	19
-	Combinación del tratamiento con benzodiacepinas y TEC.....	20
❖	Pronóstico.....	20
II.	Justificación.....	21
III.	Pregunta de investigación.....	21
IV.	Planteamiento del problema.....	22

V.	Objetivos.....	22
VI.	Operacionalización de variables.....	23
VII.	Muestra.....	24
VIII.	Criterios de selección.....	24
IX.	Criterios de exclusión y eliminación.....	24
X.	Tipo de estudio.....	25
XI.	Instrumentos de medición.....	25
XII.	Procedimiento.....	26
XIII.	Análisis estadístico.....	26
XIV.	Consideraciones bioéticas.....	26
XV.	Resultados.....	27
XVI.	Discusión.....	31
XVII.	Conclusión.....	33
XVIII.	Anexos.....	34
XIX.	Bibliografía.....	37

FRECUECIA DEL SÍNDROME CATATÓNICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.

Resumen:

La catatonía es un importante síndrome neuropsiquiátrico de etiología múltiple que se caracteriza por un trastorno específico de la función motora del individuo y que se acompaña, además, de fenomenología conductual, cognitiva, afectiva y autonómica.

Es importante identificar el Síndrome Catatónico; ya que es una Patología con poco conocimiento de su existencia en el campo Psiquiátrico y médico. Por lo que debemos de saber que tan frecuente es su presencia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Objetivo es Identificar la frecuencia de síndrome catatónico en pacientes hospitalizados del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. **Metodología:** El muestreo fue intencional; por cuota en tiempo de servicios de urgencias, UCEP y Observación del HPFBA. Los criterios de inclusión fueron pacientes del sexo masculino y femenino de 18 a 75 años que presentaban trastornos motores, estereotipias, gesticulaciones y mutismo, que puntuaran en la Escala de Catatonía BUSH-FRANCIS, con dos o más ítems. Es un estudio descriptivo, prolectivo, transversal y observacional, se realizó de enero 2015 a abril de 2015.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 39 pacientes. De los cuales 16 fueron mujeres y 23 hombres. Los diagnósticos que más se asociaron con el sexo femenino, fueron los pertenecientes al área afectiva y Neurológica; y en el sexo masculino predominaron los trastornos psicóticos agudos y crónicos. En la prueba de chi cuadrada, por ítem evaluado de la escala de Bush y Francis se encontró que los síntomas catatónicos de mayor frecuencia detectados en la muestra de estudio fueron: estupor, mirada fija y negativismo. **Conclusión:** Esta investigación, nos permitió conocer la frecuencia en el HPFBA y las posibilidades etiológicas de dicho síndrome, como son los trastornos psiquiátricos (Esquizofrenia, Depresión unipolar, Trastorno Bipolar y trastornos Esquizoafectivos), y de origen neurológico (Epilepsia, síndrome frontal, Trastorno esquizofreniforme orgánico, demencia) y asociados al uso de múltiples sustancias y retraso mental.

Palabras clave: Catatonía, Síndrome catatónico, Catatonía Maligna.

MARCO TEORICO.

Breve reseña histórica de la Catatonia, desde las primeras descripciones, hasta la actualidad.

Si bien no tenemos ninguna duda de que la catatonia ha sido durante mucho tiempo una característica del comportamiento del ser humano, la primera descripción en la literatura es de un paciente en estado de estupor descrito por el médico Inglés Philip Barrough en 1583, bajo el título de Congelado o encantado.¹¹

En 1663, en lo que hoy se conoce como catalepsia; Robert Bayfield describió al congelamiento como una supresión repentina de todos los sentidos, del movimiento y de la mente, tomando la postura sorpresiva en la que ocurre inicialmente el evento con rigidez generalizada con los ojos abiertos y sin movilidad.¹¹

Existen descripciones de signos catatonicos desde el siglo xv, pero la delineación clínica se debe a Kahlbaum.

La catatonia es un síndrome de desregulación motora descrito por Karl Kahlbaum^{2,3,4,9}. Karl Ludwig Kahlbaum es conocido por su descripción de catatonia. Presentó su primera descripción de catatonia en Innsbruck en 1869 y más tarde en 1873 escribió su monografía titulada Catatonia.⁹

El describió una enfermedad propia e independiente, identificando estas alteraciones en el estado de ánimo, psicosis y otras enfermedades médicas.^{1, 2, 3, 7, 9,11}. Describió que los signos neuromotores eran más importantes que el contenido de delirios.⁹ De los 26 pacientes que describió en su monografía, 11 tenían signos neurológicos, 9 tenían convulsiones epilépticas, 2 casos de la tuberculosis y 2 de parálisis generalizada, actualmente conocida como Neurosífilis, 1 caso de peritonitis complicada con delirium; y 1 caso fue demasiado breve para sacar conclusiones.⁸ Sólo 8 de sus casos remitieron, mientras que 8 murieron o se convirtieron en crónicos y en 10 casos no se proporcionó información por falta de seguimiento.^{8,11,17}

Kahlbaum describió como Catatonia un síndrome de anormalidades motoras incluyendo el mutismo, negativismo, estereotipias, catalepsia (flexibilidad cérea), y verbigeración.^{1,2, 5,8,11.}

Kraepelin, a partir de 1891, siguió sistemáticamente un gran número de pacientes observándolos meticulosamente. Publicó el primer estudio longitudinal involucrando a 63 casos de catatonia que siguió durante un máximo de 4 años. Sólo 24 pacientes remitieron desde el inicio del episodio y 14 de estos recaía dentro de un corto período de tiempo. Nueve de los pacientes restantes remitidos continuaron para mostrar alteraciones leves. Debido a su curso recurrente y mal pronóstico en el estudio de seguimiento, Kraepelin considerado catatonia como un subtipo de demencia precoz en las sucesivas ediciones de sus libros, pero reconoció a la catatonia; como fenómeno comórbido que ocurren en diferentes trastornos psiquiátricos.^{2, 8,9}

Schneider pensó catatonia era una complicación de muchas enfermedades y rechazó la formulación de Kraepelin.^{1, 8, 11}

Karl Jaspers en su libro de 1913 Interpreta la catatonia como a una enfermedad sui generis, caracterizada por pares opuestos, como el Negativismo y la obediencia automática. La descripción textual que realizó fue: " A veces parece como si el paciente fuera como una cámara muerta: ve todo, oye todo, lo entiende todo y sin embargo no es capaz de ninguna reacción, de ninguna exhibición afectiva y de ninguna acción. A pesar de que está plenamente consciente de que su mente está paralizada".^{1, 11, 12.}

Bleuler cuestionaba la existencia de un síndrome catatónico. En su libro de 1916, asimilo dentro de la Esquizofrenia a la catatonia.^{1, 8,11}

Otra forma de catatonia, con un inicio agudo y con resultados catastróficos fue descrito por Stauder en 1943 observando a 27 pacientes, que fueron adultos jóvenes de entre 18 y 26 años de edad, reportados por presentar repentinamente mutismo, rigidez, estupor o estar severamente agitados, fiebre y disfunción autonómica grave Con desenlace fatal.^{1, 11}

Durante el siglo XX la Catatonia fue considerada un tipo de Esquizofrenia.^{1,2}

La Academia de Medicina de Nueva York realizó una reunión en 1928, de la cual surgió la opinión de que la catatonia era un subtipo de la esquizofrenia. Esto fue influencia para que en

el DSM, publicado en 1952, la catatonia sólo se reconoció como un tipo de Esquizofrenia Catatónica¹.

En 1948, la sexta edición de la World Health Association. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) reconoció un "tipo catatónico" entre las esquizofrenias.

En 1970 autores Norteamericanos identificaron Catatonia en pacientes con manía y depresión, con respuesta toxica a medicamentos y en enfermedades Neurológicas y solo era ocasionalmente encontrada en pacientes con esquizofrenia.²

Taylor y Abrams, en 4 publicaciones entre 1973 y 1979 informaron que la catatonia era más común entre los pacientes maníacos y deprimidos que entre los pacientes con esquizofrenia, desafiando el reconocimiento limitado de catatonia sólo como esquizofrenia.¹

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Tercera Edición) la clasificación de 1980 ignoró estos informes y otra vez se catalogó a la catatonia como un tipo de esquizofrenia.

Lohr y Wisniewski en 1987 propusieron criterios diagnósticos para el síndrome catatónico, requiriendo una característica principal y dos características secundarias.⁹

La revisión de 1994 del Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental, cuarta edición reconoció a la catatonia como un trastorno que se presenta secundario a una condición médica general.¹

La catatonia sigue siendo un síndrome común que se observa en una variedad de enfermedades psiquiátricas y médicas; por lo que ha tenido un notable resurgimiento en los últimos 15-20 años.^{3,10}. A pesar de que Mahendra en 1981 publico que la catatonia había desaparecido por la eficacia y el uso de los antipsicóticos.¹¹

Han surgido varias escalas de clasificación, estudios genéticos, imágenes cerebrales, teorías neuroquímicas que intentan explicar la fisiopatología esta entidad clínica.^{3,9,11}. Sin embargo, la investigación sobre Catatonia tiene una limitación por falta de una definición psicopatológica clara y una comprensión precisa del tema. Esto puede explicar por qué existen instrumentos de evaluación que difieren uno del otro en cuanto a definición y número de síntomas.^{9,11,12}.

Otro gran problema que tenemos es que con frecuencia no se detecta en el ámbito clínico, con la consecuencia de que el tratamiento inicial es a menudo inadecuado y retrasado a pesar de ser una enfermedad potencialmente mortal que es reversible con tratamiento. ^{2, 3, 6,7, 9, 11,15.}

Por lo que creemos conveniente que es tiempo de asignar a la catatonía en una sección propia e independiente, en las clasificaciones Psiquiátricas. ^{2, 6, 9, 11.}

Existen diversas definiciones de este síndrome; citaremos algunas de ellas

- Catatonía es un síndrome de desregulación motora única, que se caracteriza por signos identificables tales como la inmovilidad, a veces alternando con agitación psicomotriz, que no es propositiva y no está influida por estímulos externos, además de encontrarse negativismo extremo o mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia, o ecopraxia (Fink y Taylor 2009). ³
- Lerner define la catatonía como un estado de falta de respuesta, con inmovilidad sostenida, posturas, mutismo, y la negativa a comer o beber. Enumera varios signos que pueden o puede no estar presente (incluyendo incontinencia) ⁹
- Catatonía se refiere a un amplio grupo de trastornos de los movimientos anormales, asociado usualmente con Esquizofrenia, pero también se presentan en otros trastornos de forma semejante como; Manía, Trastornos Neurológicos, especialmente los que involucran los ganglios basales, sistema límbico, lóbulo frontal y diencéfalo. Trastornos metabólicos sistémicos, estados por intoxicaciones medicamentosas y catatonía periódica (Yager et al. 2000). ⁴
- La catatonía es un importante síndrome neuropsiquiátrico de etiología múltiple que se caracteriza por un trastorno específico de la función motora del individuo y que se acompaña, además, de fenomenología conductual, cognitiva, afectiva y autonómica. ^{2,7,11.}

Epidemiología.

Uno de los problemas en el estudio epidemiológico de la catatonia es que los signos catatónicos no pueden ser obtenidos simplemente por una entrevista clínica semiestructurada, por lo que puede ser sub-representadas en muestras de población.⁷ Históricamente, las tasas de prevalencia de catatonia se han registrado entre el 6% y el 38 % para episodios psicóticos agudos, y sólo el 7 % y el 17 % de los pacientes cumplen los criterios para la esquizofrenia catatónica.⁷

Se estima que alrededor de 90.000 casos de catatonia ocurren cada año en EE.UU. La Catatonia tiene una prevalencia que oscila entre el 7,6 por ciento hasta un máximo de 38 por ciento en pacientes psiquiátricos y ocurre con mayor frecuencia en el contexto de enfermedad. Más de la mitad de los pacientes con catatonia, tienen un trastorno afectivo bipolar, y aproximadamente el 28 por ciento de los pacientes bipolares catatónicos presente en un estado de ánimo mixto.²

Se estima que del 20 al 30 por ciento de los pacientes con trastorno afectivo bipolar puede experimentar catatonia en algún momento durante su enfermedad, más a menudo cuando se encuentran en fase maniaca. Alrededor del 10 al 15 % de los pacientes catatónicos cumplen los criterios para un diagnóstico subyacente de Esquizofrenia, sin embargo puede haber duda, debido a que se puede confundir catatonia con los síntomas negativos.³ Van der Heijden y sus colegas han defendido que simplemente estamos infradiagnosticando la catatonía.⁴ En los adolescentes con autismo la prevalencia de la catatonia es entre el 12 y el 17%.^{9,12}

Etiología.

La catatonia se expresa comúnmente en pacientes con trastornos del estado de ánimo (manía y estados depresivos), psicosis, intoxicación, abstinencia de drogas, trastornos neurológicos y estados metabólicos anormales. También se encuentra en los pacientes con epilepsia, Enfermedad de Parkinson, y trastornos generalizados del desarrollo, aunque hasta el momento no existen pruebas concluyentes que apoyen una asociación directa de causa-efecto.^{2, 5, 9,11, 17} En la actualidad, se reconoce que la naturaleza de la catatonía sigue siendo desconocida y que faltan marcadores biológicos que soporten su existencia como un trastorno aislado.^{5, 7, 11}

Causas Psiquiátricas:

Manía

A pesar de la vinculación histórica de catatonia con esquizofrenia, los episodios catatónicos se asocian más comúnmente con trastorno de estado de ánimo, sobre todo la manía se encuentra en alrededor del 15 % de los episodios maníacos de la enfermedad maníaco – depresiva.^{6,11, 17.}

En un análisis retrospectivo de los registros hospitalarios, Morrison encontró que 20 % de los pacientes catatónicos tenían un trastorno del estado de ánimo. Del mismo modo, Abrams y Taylor en 1976, reportan que 39 de los 55 pacientes catatónicos (70%) también tenían un trastorno del estado de ánimo (en su mayoría manía). En otro estudio ahora de 1977, esos mismos autores, encontraron que 34 de 120 pacientes maníacos (28%) tenían dos o más signos catatónicos durante su admisión al hospital admisión. Braunig et al., en 1998 estudiaron 61 pacientes maníacos hospitalizado y encontraron que 19 de ellos (31 %) cumplía con los criterios para la catatonia. Estos autores Concluyeron que los pacientes maníacos con catatonía tenían una forma más severa de manía, pero fueron similares en todos los demás aspectos clínicos a pacientes maníacos sin catatonia.^{2, 3, 5, 6, 7, 11}

Más recientemente, Krüger and Bräunig en el año 2000, examinaron 99 pacientes maníacos con características catatónicas, encontrando a un 27% que cumplía con los criterios del DSM -IV para la catatonia. Verbigeración, estereotipia, la inmovilidad, mutismo, y muecas eran las características más comunes. Cuando se compararon los pacientes maniacos sin catatonia y con catatonia; se encontró que los pacientes maniacos sin catatonia; cuando se encontraban en eutimia, eran más propensos al abuso de alcohol y drogas; así como pobre control de los impulsos. Estas diferencias las atribuyeron a la severidad de la enfermedad.^{11, 18.}

Depresión

La segunda condición subyacente más probable catatonia es la depresión, sobre todo la melancolía. Catatonia en pacientes con depresión, se asocia típicamente con profundo retraso psicomotor, en ocasiones de progresar a estupor. Los pacientes son mutistas y catalépticos. Cuando hablan, suenan robotizados o demasiado formales. Se altera el tono de

voz. Muestran obediencia automática y con menor frecuencia, flexibilidad cética y eco fenómenos. Pacientes catatónicos deprimidos dejan de comer y beber, pierden peso, se deshidratan, así como mostrar incontinencia de esfínteres.^{6, 11}

Psicosis no afectiva

Entre las psicosis no afectivas, tenemos que alrededor del 10% -15% de los pacientes con catatonía cumple con los criterios para la esquizofrenia, especialmente cuando la Esquizofrenia está muy bien definida, descartándose eventos maniacos previos o que se encuentre presente en ese momento o contar con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo. La catalepsia, gestos, posturas, y el mutismo son las características que tradicionalmente son asociadas con pacientes esquizofrénicos.^{6, 11, 17, 19}. Adicionalmente los pacientes esquizofrénicos muestran abulia crónica y pobre expresión emocional durante y después de la exacerbación de la psicosis. Como pronóstico del paciente con esquizofrenia es generalmente pobre.¹¹

Otras causas psiquiátricas:

Dabholkar , a fines de la década de los 80, reportó un caso de catatonía histérica que respondió a la terapia electroconvulsiva (TEC) Jagadeeshan y su equipo, reportaron dos casos de presentación de obsesivos compulsivos con rasgos catatónicos, de los cuales un paciente tenía síntomas disociativos.^{4,11}

P. Sarkar y colaboradores, publicaron en el 2004 en la revista Indian Journal of Psychiatry en 2004, tres trastornos disociativos con síntomas catatónicos, que responden a Tratamiento con terapia electroconvulsiva.⁴

Condiciones médicas causantes de Catatonía:

La catatonía se produce en diversas condiciones médicas, mismas condiciones médicas que se asocian con delirium, se ve a menudo en pacientes que sufren de trastornos metabólicos, trastornos autoinmunes, desordenes metabólicos, infecciones, quemaduras y síndromes neurológicos. La incidencia de catatonía en unidad de pacientes quemados, es tres veces más

que un hospital general.¹¹ Pacientes con Lupus eritematoso sistémico son propensos a desarrollar Catatonia.^{5, 11} Existe un reporte de caso de 12 pacientes con Fiebre Tifoidea, que después de la desaparición de la fiebre y de otros signos de infección, la catatonia persistió.¹¹

Estados Tóxicos inducidos por drogas.

Los fármacos antipsicóticos provocan catatonia, a menudo en su forma maligna. Exposición a los antipsicóticos de depósito y las presentaciones de más de alta potencia, es más probable que se presente. En el SNM se presentan hasta en un 2% de las exposiciones.¹¹

Si se suspende las benzodiazepinas de forma brusca, puede provocar la catatonia. Puede ser expresada de forma incompleta por convulsiones, similares a crisis de ausencia o estados epilépticos no convulsivos. Dichos pacientes se encuentra delirantes, con fluctuaciones de los signos catatónicos, con perseveración de manierismos, estereotipias, pensamiento y lenguaje forzado, gesticulaciones.^{8,9 11}

El retiro rápido de L-dopa/carbidopa o amantadina puede provocar un estado cataléptico con rigidez, temblor, y la flexibilidad cética, y los signos de MC/NMS, pacientes que reciben estos medicamentos tienen afectación de los ganglios basales y están en riesgo de desarrollar catatonia.¹¹

Los opiáceos, en caso de sobredosis, producen un síndrome de inmovilidad y rigidez y la regulación de la temperatura se altera. El presunto mecanismo para la catalepsia inducida por opiáceos es una interacción de endorfinas en los sistemas dopaminérgicos.¹¹

La intoxicación por cocaína, mezcalina y LSD, son factores de riesgo letal para la catatonia.^{5, 11}

Condiciones Neurológicas causantes de Catatonia.

Encefalitis (especialmente cuando las estructuras límbicas y lóbulos temporales intervienen, como con el herpes, encefalitis letárgica) Estados postencefalíticos (particularmente con parkinsonismo), parkinsonismo, Panencefalitis esclerosante subaguda. Lesiones bilaterales del globo pálido. Infarto bilateral de los lóbulos parietales. Infarto del lóbulo temporal. Lesiones

talámicas. Infartos hemorrágicos de la arteria comunicante anterior y cerebral anterior. Contusiones traumáticas del lóbulo frontal, malformaciones arteriovenosas, Hemorragia traumática en la región del tercer ventrículo, hematoma subdural, parálisis generalizada, esclerosis tuberosa, encefalopatía paraneoplásica. La esclerosis múltiple (en particular la forma de aparición de la mediana edad que a menudo afecta al cerebelo). Epilepsia (particularmente psicosensores) La enfermedad de Creutzfeldt –Jakob. Degeneración por Alcohol y encefalopatía de Wernicke La demencia relacionada con el SIDA y otras demencias con afectación de sustancia blanca^{2, 5, 7, 8,11.}

Trastornos metabólicos

Los pacientes que presentan trastornos metabólicos en sus diferentes variantes, pueden presentar catatonía. Desequilibrio hidroelectrolítico severo o la deshidratación puede ser un factor en su expresión. La reversión de la patología con el tratamiento médico, generalmente revierte la catatonía.

A continuación tenemos una lista de los trastornos, en los cuales se ha observado. Cetoacidosis diabética. Hipertiroidismo. La hipercalcemia por adenoma de paratiroides. Pelagra, deficiencia de vitamina B12. Porfiria aguda intermitente. Enfermedad de Addison, Enfermedad de Cushing, Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH). Homocistinuria, uremia, glomerulonefritis Disfunción hepática o encefalopatía. Púrpura trombocitopénica. Lupus eritematoso u otras causas de arteritis. Mononucleosis infecciosa. Carcinoma de Langerhans. Tuberculosis.^{5,11}

Hipótesis sobre la Etiopatogénesis y generalizaciones de la catatonía

LAS TEORÍAS RECIENTES:

La Catatonía es un síndrome psicomotor complejo, que ha sido conceptualizado por Northoff como un proceso predominantemente cortical, de interacción dinámica con las regiones subcorticales, involucrando circuitos cognitivos, emocionales y conductuales.^{8, 11, 12, 14, 16}

Northoff distingue catatonía de parkinsonismo y SNM, que él los describe principalmente, como síndromes subcorticales. Northoff hipotetiza que en pacientes catatónicos, las alteraciones principalmente son orbitofrontales y un buen funcionamiento parietal posterior puede modular otras estructuras corticales responsables de la cognición, afecto, y el comportamiento, así como estructuras subcorticales responsables para el movimiento. Un sistema hiperdopaminérgico mesolímbico puede intentar una regulación a la baja de restitución de dopamina para protegerse de la psicosis, lo que afecta a otros sistemas, y la producción de los síntomas motores a través de la vía nigrostriatal.^{6, 10, 14}

Probablemente exista la participación del cíngulo anterior, amígdala, hipocampo, núcleos talámicos y ganglios basales. Fricchione también conceptualiza a la catatonía en un modelo de red compleja de neurocircuitos y redes en los distintos niveles, Fricchione se centra en explicar la catatonía en términos de la evolución de las estructuras y circuitos responsables del comportamiento social de los mamíferos, especialmente el apego a la separación con estrategias de adaptación. El Síndrome catatónico puede representar una regresión o vestigios neurológicos de mecanismos más primitivos, que modulan confrontando y desinhibiendo en contra de bloqueos para hacer frente a amenazas, lo que necesariamente estaría vinculado a las emociones intensas.^{7, 11, 14}

Neurotransmisores.

Varios autores han discutido el papel de los neurotransmisores y la transmisión sináptica en catatonía que generalmente incluye GABA, glutamato (antagonista biológico de GABA), y la dopamina.^{2, 7, 10, 11}

La respuesta rápida al tratamiento con benzodiazepinas es una teoría de apoyo de disfunción de GABA en catatonía. La tolerancia de altas dosis de benzodiazepinas en pacientes catatónicos y sin que exista una sedación, es otro indicio que apunta a alteraciones en la función del receptor GABA_A.

Los barbitúricos, anticonvulsivos y TEC mejoran la función de GABA.^{13, 15} La evidencia empírica para la disfunción de GABA en catatonía viene de un estudio receptor de imágenes donde se encontró una disminución en la densidad de los receptores GABA en la corteza sensoriomotora. En un estudio de pacientes con SNM de líquido cefalorraquídeo se redujeron los niveles de GABA. La disfunción del ácido F- aminobutírico en el hipotálamo, puede explicar la disfunción autonómica severa en la catatonía maligna. GABA tiene un papel importante en la integración de respuesta al estrés del Eje central Hipotálamo-hipofisis-adrenal, que son conjuntos cerrados de neuronas GABAérgicas del cerebro anterior basal y el hipotálamo, que apoyan un papel de GABA centro anormalidades en la desregulación. Otra teoría importante de catatonía refiere hipoactividad dopaminérgica apoyada por la inducción del SNM por antipsicóticos que son medicamentos antagonistas de los receptores de dopamina.¹¹

Modelo endócrino.

A pesar de la escasez de estudios recientes en catatonía, hay varios indicios que sugieren la importancia de las alteraciones neuroendocrinas en catatonía. Se cree que el mecanismo de la TEC, es la restauración de la función neuroendocrina en el eje hipotálamo hipofisis adrenal. (HPA).^{10, 11, 15.}

La alteración de la función del diencefalo se considera una característica central del síndrome de Kleine-Levin (KLS), que se caracteriza por episodios recurrentes de sueño excesivo y conducta como hiperfagia o hipersexualidad. El síndrome de Kleine-Levin Recientemente se ha descrito como modelo clínico-endocrino para adolescentes con catatonía episódica.¹⁰

Modelo inmune.

La catatonía se ha asociado con la encefalitis autoinmune. Los ejemplos de encefalitis autoinmune son asociados con anticuerpos antifosfolípido.¹⁰

Subtipos de Catatonía.

La catatonía secundaria e Trastornos Psiquiátricos, presenta tres variantes clínicas: La estuporosa, agitada y maligna^{2,11}.

Estupor. Un término difícil de definir. Síndrome clínico de acinesia y mutismo, con preservación de la conciencia. Hay una profunda profundo bloqueo en la recepción de la conciencia. Habla espontánea, los movimientos están ausentes o reducidos a un mínimo, y el paciente es inaccesible a los estímulos externos.¹¹

Agitación catatónica.

Se han descrito estados excitados agudos con prominentes rasgos catatónicos. Estos han sido denominados: *agitación catatónica, emoción catatónica, manía delirante y delirio maniaco*. Las condiciones se caracterizan por excesiva actividad motora asociada con lenguaje desorganizado, desorientación, confusión, y confabulación. Estos estados se observan con frecuencia en pacientes con enfermedades maniaco-depresivos y en estados tóxicos agudos.^{2,11}

Catatonía maligna.

Existe una variante conocida como: *Catatonía maligna o perniciosa o psicosis aguda fulminante*; se identifica cuando el trastorno es de inicio agudo, sistémicamente devastador, y asociada con fiebre e inestabilidad autonómica. Cuando se trata de forma inadecuada, la muerte puede sobrevenir.

Recientemente se ha prestado mucha atención a un estado neurotóxico, conocido como el síndrome neuroléptico maligno (SNM), los neurolépticos pueden inducir catatonía. Pero el síndrome (Catatonía maligna) se había descrito antes de que se desarrollaran estos fármacos.^{1,2, 11}

Catatonía periódica.

Cuando los signos catatónicos aumentan y desaparecen en un trastorno del comportamiento recurrente, se trata de una Catatonía periódica.²

El síndrome neuroléptico maligno variante de catatonía maligna.

El Síndrome Neuroléptico maligno tiene una aparición brusca; con fiebre, inestabilidad autonómica, rigidez, cambios en el humor y estado de alerta, se describió poco después de la introducción de los fármacos antipsicóticos. El síndrome tenía una tasa de mortalidad del 25 % antes de 1984 que disminuyó a 12 % en 1989.^{11, 15,16}

Signos de Catatonía identificables:

Los principales signos de la enfermedad son; mutismo, inmovilidad, negativismo, posturas o catalepsia, estereotipias y ecofenómenos. El mutismo y estupor son signos catatónicos principales pero ninguno por sí solo es Patognomónico. Otros como la verbigeración deben estar presentes. El Mutismo, posturas (catalepsia) la obediencia automática y estereotipias son los signos clásicos de la catatonía.^{1,2,3,4,8,9,11,13,15,16,17,18,20.}

Diagnóstico.

El principio del pato. “Es un principio fundamental de diagnóstico: si se ve, camina, y grazna como un pato, es un pato. El principio es aplicable al diagnóstico de catatonía.¹¹

Los síntomas más comunes son el mutismo, posturas, el negativismo, mirada fija, rigidez y ecofenómenos. Kahlbaum describió 17 signos, otros autores han ampliado esta lista, algunas identifican 40 o más fenómenos. La presencia de dos signos prominentes es suficiente para cumplir con los criterios actuales del DSM IV. Aunque no se especifica ningún criterio en el tiempo de duración.^{2,3,5,6,7,9,11,12,15,17,18}

Fink y Taylor proponen para el diagnóstico lo siguiente:

- Mínimo una hora de evolución de inmovilidad, mutismo o estupor asociado con al menos uno de los siguientes: catalepsia, obediencia automática o adopción de posturas extrañas. Esto observado o realizado en al menos dos ocasiones.
- En la ausencia de inmovilidad, mutismo o estupor, al menos dos de los siguientes, observados o realizados en al menos dos o más ocasiones: movimientos estereotipados, catalepsia, adopción de posturas extrañas, negativismo, paratonía o Gegenhalten y ambitendencia.¹¹

Movimientos Estereotipados: Actividad motora de forma repetitiva sin objetivo. La anomalía no es inherente al acto, sino a su frecuencia.^{11,21}

Catalepsia: mantenimiento de una postura extraña por largos periodos de tiempo, incluso siendo incomoda. Incluye posturas faciales, tales como muecas, posturas corporales como tales como almohada patológica (paciente acostado en la cama con la cabeza elevada, como si sobre ella existiera una almohada).^{11,21}

Negativismo: Resistencia inmotivada a instrucciones o a tentativas de mover o examinar al paciente, o conducta opuesta a la requerida.^{11,21}

Paratonía: resistencia al movimiento pasivo proporcional al del estímulo. La respuesta parece más automática que voluntaria.^{11,21}

Ambitendencia: El paciente parece "atrapado" en un movimiento vacilante indeciso, como resultado de que el examinador se contradice, dando una indicación verbal y dando otra señal corporal, como ofreciendo su mano; al mismo tiempo que indica, no estreche mi mano.
11,21

Si las características parecen aisladas y no suelen ser concluyentes, los síntomas pueden aliviarse temporalmente con un sedante intravenoso, como lorazepam o amobarbital. Una aplicación vía intravenosa de 1-2 mg de lorazepam (0,5 mg / ml) o hasta 500 mg de

amobarbital (50 mg / ml) posterior a dos minutos debería aliviar el mutismo, la postura y la rigidez. La relajación de la postura, aumento de la expresión, un menor número de gestos, y la respuesta a las preguntas confirman la presencia de catatonía. Una vez establecido el diagnóstico, la etiología es la siguiente a consideración.^{2, 9,11, 13,15.}

Investigadores que han utilizado las escalas de calificación catatonía aceptan la duración de síntomas de 24 horas.⁶

Las escalas de calificación Catatonía son un fenómeno reciente, aunque las listas de signos motores para identificar el síndrome se publicaron desde 1924. Casi todos los instrumentos comienzan con 17 elementos originales del Kahlbaum. Otros desarrolladores escala han incluido 21 a 40 elementos.^{2, 9,11 12, 14, 15,16}

Se describe las escalas más importantes que han surgido y una breve descripción de ellas

Escala Rogers (1991).

Escala modificada de Rogers, para síntomas extra piramidales y síntomas catatónico

Contiene varios enfoques conceptuales de la catatonía y signos catatónicos. Se fundó en el concepto de que las características catatónicas son una forma de síndromes extrapiramidales. Rogers enumera 36 signos motores y describe un examen Neuropsiquiátrico y motor. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 2 con puntuaciones que van de 0-72. La escala de Rogers modificada proporciona definiciones para, estereotipia, manierismo, ecopraxia, marcha extraña, discurso estereotipado, emoción, y negativismo. También describe obediencia automática, iteración (repetición de los movimientos), e hipermetamorfosis. Esta escala se ha utilizado en poblaciones generales incluyendo pacientes con Retraso mental. También fue utilizada por Starkstein et al en pacientes con características catatónicos con enfermedad de Parkinson y depresión.^{9, 11,12.}

El Bush -Francis Catatonía Rating Scale (1996).

El Bush -Francis Catatonía Rating Scale (BF CRS) fue el primer instrumento construido de forma sistemática, estandarizada y cuantificable, examinando la catatonía y utilizando signos

y síntomas operacionalmente definidos. El BFCRS consiste en 23 ítems acompañados de determinadas instrucciones para estandarizar el examen.

Diecisiete ítems se califican en una escala de 0 a 3, mientras que los seis restantes se clasifican ya sea como ausente ("0") o presente ("3"). La selección de los elementos se basó en una revisión de la literatura clásica y contemporánea. La escala de calificación de Catatonia BFCRS, predice una alta probabilidad de respuesta a tratamiento con Lorazepam. Desde su desarrollo, la BFCRS ha sido la escala más utilizada en la investigación en catatonia. Es fácilmente disponible para el uso clínico y ha sido traducida a varios idiomas. Algunos autores la consideran el estándar de oro en comparación con otras escalas.^{9, 12, 20.}

La BFCRS demostró ser sensible a los cambios en gravedad de catatonia durante el tratamiento con lorazepam y TEC así como una reducción gradual en las puntuaciones de gravedad.^{9, 12, 15, 20}

La Escala Northoff Catatonia (NCS) [1999]

Se basa en Descripciones de Kahlbaum de la catatonia, incluyendo 1) hipocinesias, 2) hipercinesia, 3) síntomas afectivos, 4) alteraciones en el comportamiento. El NCS contiene 40 ítems, valorados de 0 a 2, con las puntuaciones que van de 0 a 80. Northoff et al realizaron extensa evaluación de las NCS y en comparación a varias escalas de calificación. Encontraron el NCS fue válida y confiable para la calificación Catatonia. Además, hipocinesias e hipercinesias eran independientes de medicación antipsicótica.

Es sugestivo de catatonia más de 7 puntos.

El Rosal y Mazurek señaló que la catatonia parecía desaparecer del campo de la Psiquiatría desde el siglo pasado; porque desde esa época se buscaba en los pacientes lo verbal, la introspección y la "entrevista". Ellos expresan sus preocupaciones respecto a las partes afectivas y conductuales de la escala de Norttoff, ya que en los pacientes catatónicos, la entrevista es difícil. Estas dos secciones pueden reducir la exactitud de los NCS en pacientes que son mutistas y negativistas.^{9, 12, 14, 16.}

Escala de Puntuación para de Braunig (2000)

Braunig , Kruger y Shugar desarrollaron Catatonia Rating Scale (CRS) de catatonia, que cuenta con 21 elementos con puntuaciones de 0 a 4 (ausente , leve, moderado, grave, severo). El examen está definido por intervalos de tiempo de observación durante 45 minutos (< 2 minutos, 2-10 minutos, 10-20 minutos,> 20 minutos). Las puntuaciones van desde 21 a 84. Los ítems se dividen en 16 signos motores y 5 signos de comportamiento. El diagnóstico se realiza con 4 síntomas.^{9,11}

Escala de Kanner:

Fue desarrollada para la calificación de catatonia en autismo, pero también se puede utilizar para evaluar la catatonia en otros trastornos generalizados desarrollo y otros trastornos neuropsiquiátricos.^{9,11, 12}

Cada escala de calificación tiene el apoyo de su propio grupo de investigación, por lo que esto lleva a una falta de uniformidad en las evaluaciones y calificaciones de estas escalas.⁹

Diagnóstico Diferencial.

El diagnóstico diferencial de catatonia, en pacientes psiquiátricos y en pacientes con alteraciones médicas, puede ser un reto, y sigue siendo un gran problema para la identificación por parte de la población médica.⁶

1. El reconocimiento de los signos catatónicos y del síndrome catatónico.
2. Distinguir a la catatonia de otros trastornos del movimiento específicos; incluyendo una amplia gama de síndromes psicomotores y fisiológicos que pueden compartir características comunes
3. Identificación de las secuelas y comorbilidades Neurológicas, Psiquiátricas y otras patologías médicas.^{2,6,9,11}

Exámenes de laboratorio e imágenes cerebrales.

Múltiples hallazgos de laboratorio son de interés en pacientes catatónico, pero se debe tener cuidado en la interpretación de la mayoría de ellos ya que son limitados. Cambios intermitentes en el balance de nitrógeno, Hierro sérico bajo y el metabolismo del calcio han

sido asociados con catatonía aguda o catatonía maligna. El aumento de CPK es una característica común de un síndrome motor severo, así como en pacientes maníacos agitados y los que reciben inyecciones intramusculares frecuentes.¹¹

Los hallazgos de laboratorio que sugieren la desregulación del SNC dopaminérgico, noradrenérgico, y posiblemente sistemas colinérgicos y serotoninérgicos han sido implicados. Recientemente la neuroimagen funcional ha apoyado el papel del ácido gabaaminobutírico (GABA) y glutamatérgica (a través Receptores NMDA) en los pacientes con catatonía; así como hallazgos inespecíficos de ampliación cortical y atrofia cerebelosa.^{10,11.}

Electroencefalograma:

Algunos autores han encontrado la presencia de disritmia en el EEG, consistente en estatus epiléptico no convulsivo, cuando esos pacientes son tratados con Fenitoina o Lorazepam, se resuelve la catatonía. Otros dicen que no existe una conexión directa entre las medidas del EEG y catatonía. Pacientes catatónicos pueden mostrar patrones de EEG normales o anormales.¹¹

Tratamiento:

Una vez que se reconoce la catatonía, las intervenciones apropiadas, como medicamentos y TEC, pueden utilizarse rápidamente. No existen a gran escala, estudios controlados o meta análisis de los tratamientos estándar aplicados a pacientes con catatonía, en gran parte debido a la naturaleza aguda y con frecuencia a la severidad clínica de la enfermedad.²

A pesar de una limitada comprensión de las causas neurofisiológicas responsables de la catatonía, décadas de experiencia clínica han demostrado que la terapia electroconvulsiva y / o benzodiazepinas son nuestros mejores tratamientos actuales para la catatonía.

Otras intervenciones, como dantroleno, bromocriptina, amantadina y anticonvulsivos (por ejemplo, carbamazepina) pueden tener alguna utilidad , pero aún se está investigando si estos tratamientos proporcionarán una eficacia y perfil de seguridad comparable a los de la TEC y benzodiazepinas.^{2,9, 11, 13,15}

Las benzodiacepinas.

En la práctica clínica actual, las benzodiacepinas son los más utilizados como tratamiento de primera línea para la catatonía. Tratamiento con Lorazepam demostró concretamente 79 por ciento la remisión completa de la catatonía. En general, parece que el 50 a 70 por ciento de los pacientes con la catatonía responden al lorazepam 2 mg cada 3 a 8 horas (6-16 mg / día) durante un período de 3 a 5 días. Los pacientes con catatonía aguda, típicamente comienzan a mejorar rápidamente con lorazepam cuando se administra dentro de las primeras 24 horas de la aparición de los síntomas.^{2, 3,13.}

La terapia electroconvulsiva.

La TEC tiene el potencial de ser más efectiva que las benzodiacepinas, ya que también puede tratar un trastorno afectivo subyacente, que estará presente en la mayoría de los casos de catatonía. La indicación más clara para la intervención temprana con terapia electroconvulsiva es el tratamiento de las formas malignas o agitadas de la catatonía. Por el contrario, aquellos con catatonía crónica no responden tan rápido a la terapia electroconvulsiva.^{2, 3,13}

El método de la TEC básica para el tratamiento de la catatonía no es diferente de la utilizada para el tratamiento de otras enfermedades psiquiátricas. La mayoría de los informes se han utilizado TEC bilateral en el tratamiento de pacientes catatónicos.²

Combinación del tratamiento con benzodiacepinas y TEC.

Las benzodiacepinas y TEC, ambos afectan neurotransmisión de GABA, lo que resulta en un aumento del umbral de convulsiones y disminución de la excitabilidad cortical. Esto sugiere una vía común para la neurotransmisión de GABA en el tratamiento de la catatonía y que una combinación de ambos tratamientos podría ser clínicamente ventajoso.

¿Cómo estos tratamientos pueden ser mejor combinados? La respuesta sigue siendo incierta. Hay informes de Catatonía Refractaria a TEC tratada exitosamente con lorazepam y viceversa. ²

En un reporte de caso de una adolescente de 14 años con catatonía; con pobre respuesta a TEC, se utilizó la combinación TEC con amantadina vía intravenosa 250mg dos veces por día. Posterior a la combinación, se le administraron 6 sesiones de TEC con sus respectivas dosis de amantadina con buena respuesta. ³

Pronóstico:

Si este síndrome no se trata, se asocia con una significativa morbilidad y mortalidad. Después de cuatro días de catatonía persistente, la evidencia indica que el riesgo de permanente discapacidad aumenta. ^{2, 9, 11.}

En una encuesta de población estadounidense, en un período de siete años, los pacientes catatónicos tenían tres veces más probabilidades de morir que las personas de la misma edad en la población general. La tasa de mortalidad para las personas de medios socioeconómicos más bajos era tres veces mayor que para las personas de socioeconómicos superiores. ¹¹

Las tasas de mortalidad de la catatonía han disminuido significativamente después de la introducción y adopción de TEC como tratamiento estándar en psiquiatría. En el caso raro, de la forma de presentación de catatonía familiar (genética) su pronóstico es pobre, y benzodiazepinas y TEC fallan este tipo de catatonía. La Patología cerebral también tiene pobre respuesta a TEC. ^{2, 9, 11.}

JUSTIFICACIÓN:

A pesar del dramatismo de su presentación, la catatonía pasa frecuentemente desapercibida a los clínicos o se confunde con otros trastornos, por lo que no se diagnostica correctamente. El diagnóstico de catatonía es muy importante; porque su presencia sin tratamiento impide la resolución de la enfermedad subyacente y su permanencia implican riesgos y complicaciones

en el paciente; como desnutrición y deshidratación debido a que no ingieren alimentos y líquidos. Falla renal, procesos infecciosos, úlceras en decúbito, trombosis venosa y tromboembolia pulmonar, todo esto por el negativismo y permanencia en mismas posturas por periodos prolongados. Inclusive con desenlaces fatales como la muerte^{2, 7, 9, 11}.

El mal manejo; especialmente con antipsicóticos; aumenta aún más el riesgo para desarrollar un síndrome neuroléptico maligno.^{2, 11} Pese al riesgo de este trastorno, existen muy pocos trabajos acerca del tema, y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, no es la excepción, ya que no se cuenta con ninguno; este trabajo pretende buscar una entrada para el conocimiento, frecuencia y síntomas relacionados de esta patología tan común; pero que la mayoría de las veces no es diagnosticada.

Tuvimos los medios necesarios para hacerlo, ya que contamos con gran diversidad de pacientes hospitalizados y por lo tanto de patologías psiquiátricas que nos sirvieron para trabajar de forma adecuada, especialmente en servicios como: Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP) y el área de observación de Urgencias.

Fue importante realizar este trabajo para conocer la frecuencia de Catatonia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, ya que requiere de tratamientos diferentes otros padecimientos psiquiátricos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de síndrome catatónico en HPFBA en el periodo de enero 2015 a abril de 2015?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se identificó la frecuencia de síndrome catatónico en HPFBA, mediante la realización una entrevista semi-estructurada en 39 pacientes internados, que presentaron trastornos motores, mutismo y negativismo a la vía oral; así como aplicación de escala para catatonia de BUSH-FRANCIS que consta de 23 ítems; esto se realizó en el periodo comprendido de enero de 2015 a abril de 2015, en los servicios de UCEP y Observación de Urgencias.

OBJETIVOS.

Objetivo general:

Identificar la incidencia de sintomatología catatónica en pacientes hospitalizados del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Objetivos particulares:

1. Identificar y evaluar con la escala de Bush-Francis los pacientes hospitalizados en servicios especiales con síntomas catatónicos.
2. Observar y describir los síntomas más frecuentes de catatonía.
3. Identificar las patologías psiquiátricas que más se relacionan con este síndrome.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición de la medición	Tipo de variable	Dependiente o independiente
SÍNDROME CATATÓNICO.	Síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por anomalías motoras, Alteraciones en la conciencia, afecto y pensamiento. Que se diagnostica con la escala de Bush-Francis; con dos o más signos si se hallan presentes durante una hora o más, que califica dicha escala.	Puntos e ítems obtenidos en la escala	Cuantitativa discontinua	Independiente
Comorbilidades	Enfermedades médicas o psiquiátricas que acompañen al padecimiento que motiva el ingreso al hospital psiquiátrico	Nombre de la comorbilidad	Cualitativa Nominal	Dependiente

MUESTREO Y MUESTRA.

Muestra: Por cuota en tiempo.

Muestreo: intencional (la muestra se obtuvo de la selección de pacientes en los servicios de UCEP, Urgencias y Observación que por anamnesis y exploración clínica podían presentar el síndrome catatónico)

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que tengan trastornos motores, estereotipias y gesticulaciones mutismo que se encuentren internados en los servicios de UCEP y observación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
2. Pacientes de sexo masculino y femenino
3. Pacientes de los cuales, el responsable esté de acuerdo en la participación del estudio; debido a que el paciente no podrá firmar el consentimiento informado por la gravedad del síndrome.
4. Pacientes que tengan dos o más ítems de la escala de Bush y Francis, así como signos clínicos y criterios diagnósticos del síndrome catatónico, presentes en el DSM IV.
5. Pacientes entre 18- 75 años de edad.

Criterios de exclusión:

1. Responsables que se nieguen a la participación del estudio.
2. Pacientes que no cumplan con el diagnóstico de síndrome catatónico; de acuerdo a la escala utilizada, criterios de DSM IV y entrevista diagnóstica.

Criterios de eliminación:

1. Pacientes o responsables que posteriormente que retiren el consentimiento informado.

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, prolectivo, transversal y observacional

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Los instrumentos que se emplearon en la realización de este trabajo de investigación fueron, la escala Bush- Francis para catatonía; así como entrevista diagnóstica y criterios diagnósticos, basados en DSM-IV

Escala para la clasificación de catatonía Bush- Francis. (BFCRS)

En 1996, basado en las descripciones de catatonía por Kahlbaum, Kraepelin, Taylor, Lohr y Wisniewski, Rogers, Morrison, Rosal, DSM-III-R, DSM-IV y la CIE-10; Bush y colaboradores examinaron la validez de una escala de evaluación y diagnóstico de los signos catatónicos. Esta escala utilizó definiciones operativas de signos adscritos a la catatonía a partir de los hallazgos de otros estudios, comparando la distribución de los signos encontrados con la de otras tres publicaciones del mismo tipo.

La BFCRS está compuesta por 23 ítems. Los primeros 14 describen los signos más comunes reportados por la literatura (inmovilidad, estupor, mutismo, signos clásicos como flexibilidad cética, manierismos y ecofenómenos) y se evalúan por su presencia o su ausencia. La presencia de 2 ó más signos en los primeros 14 ítems se consideran positivos para catatonía. Si en los primeros 14 ítems hay 2 ó más positivos y, por lo tanto, se realiza el diagnóstico, se continúa aplicando el resto del instrumento (23 ítems) para determinar la severidad. Esta última se evalúa según la puntuación total. Lamentablemente esta escala aún no está validada en el idioma español, consideremos que es relativamente nueva y como se ha

mencionado, a pesar de ser un síndrome con presentación frecuente y conocimiento desde hace mucho tiempo; pocas veces es reconocida.

Entrevista semiestructurada y criterios diagnósticos del síndrome catatónico del DSM-IV.

Nos basamos para la realización de entrevista psiquiátrica; así como los criterios diagnósticos con los que este cuenta, para poder diagnosticar dicho síndrome; así mismo nos expone las etiologías de enfermedades Psiquiátricas y no Psiquiátricas causantes de tal padecimiento.

PROCEDIMIENTO.

El estudio se llevó a cabo durante un periodo de 4 meses; se visitaron los servicios antes mencionados de lunes a viernes por la tarde, en busca de pacientes con las características y criterios de inclusión anteriormente escritos. Se abordó a los responsables para informarles del estudio y preguntarles si deseaban que su paciente participara en él, explicándoles de los beneficios pudiera obtener en el presente o futuro en caso de que su paciente volviera a presentar algo semejante, así como contribuir al beneficio del resto de la población. Se les proporcionó el consentimiento informado, para que lo firmaran de conformidad y posteriormente se procedió a la realización de entrevista, exploración física y aplicación de escala Bush-Francis para catatonía, a fin de realizar el diagnóstico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se aplicó estadística descriptiva, paramétrica y no paramétrica a las variables de estudio y se calculó la correlación entre estas. El procesamiento de datos estadísticos se realizó con el apoyo del programa estadístico SPSS en su vigésima versión.

CONSIDERACIONES BIÓÉTICAS

Durante la realización de este estudio se tomarán en cuenta los principios de la bioética:

Beneficencia; se busca brindar beneficio al paciente, ya que un diagnóstico certero, mejoramos pronóstico de síndrome de catatónico y patologías subyacentes.

- No maleficencia: Ningún paciente será perjudicado de forma alguna, se respetarán sus derechos fundamentales y no serán lastimados de ninguna forma.
- Autonomía: En este caso el paciente no podrá decidir su participación; ya que su estado de salud será muy crítico, con alteraciones de la conciencia, alerta, afecto y pensamiento que se lo impedirán.
- Justicia: Todos los pacientes que cumplan con los criterios de selección pueden participar en el estudio si así lo desean, nadie será discriminado por ninguna condición social.

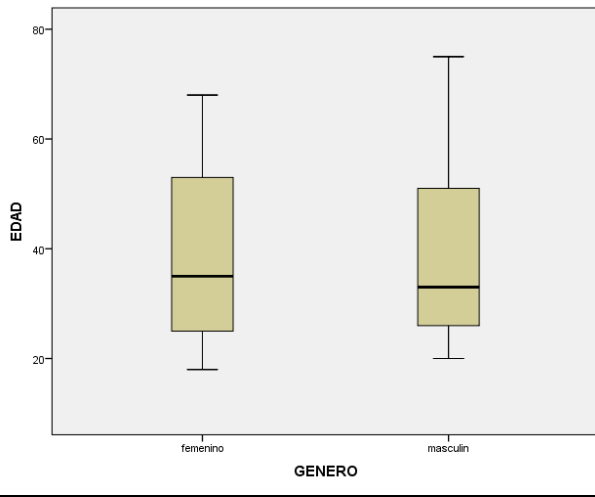
En cuanto al bajo riesgo de la investigación, de acuerdo al artículo 17 que existe del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como:

I.- Investigación de bajo riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas. En caso de encontrarse el síndrome catatónico en el paciente evaluado, se informó de inmediato al médico tratante, para que se le iniciara el tratamiento adecuado.

Resultados:

Se obtuvo una muestra de 39 pacientes. De los cuales 16 fueron mujeres y 23 hombres. El rango de edad para las mujeres fue de 18 a 68 años, y el de los hombres de 20 a 75 años. El promedio de edad para las participantes fue de 39 años (DE ± 15.42) y para ellos de 39.17 (DE ± 17.25)

Imagen 1. Comparación de la edad promedio por género.



Los diagnósticos que más se asociaron con el sexo femenino, fueron los pertenecientes al área afectiva y Neurológica; y en el sexo masculino predominaron los trastornos psicóticos agudos y crónicos, hallándose diferencia significativa por sexo, como se muestra en la Tabla1.

Tabla 1- Diagnósticos psiquiátricos comórbidos a la catatonía de acuerdo al sexo.

Diagnóstico	Hombres	Mujeres
Demencia	0	1*
Trastorno depresivo recurrente episodio grave con síntomas psicóticos	0	2*
Epilepsia	0	2*
Esquizofrenia desorganizada	1	1
Esquizofrenia indiferenciada	8*	0
Esquizofrenia paranoide	7*	2
Esquizofrenia residual	1	0
Retraso mental	1	0
Síndrome frontal	0	1
Trastorno psicótico en estudio	0	3*
Trastorno bipolar	1	2
Trastorno esquizoafectivo	1	2
Trastorno esquizofreniforme orgánico	3*	0
Trastorno psicótico por uso de múltiples sustancias	4*	0

*P menor de 0.05

La severidad de la escala al igual que el screening, no se correlacionaron con ninguno de los diagnósticos, y fueron independientes a éstos. Al realizar el análisis de la muestra, se comprobó que tener el diagnóstico de síndrome catatónico, condiciona que al paciente, se le inicie manejo en agudo con benzodiazepinas por su rápida y fácil administración e incluso prueba diagnóstica, ganando tiempo y mejoría del paciente; para administración del estándar

de oro; que es la terapia electroconvulsiva; llegando incluso a realizar una combinación de ellas.

En la prueba de chi cuadrada, por ítem evaluado de la escala de Bush y Francis se encontró que los síntomas catatónicos de mayor frecuencia detectados en la muestra de estudio fueron: estupor, mirada fija y negativismo, mientras que la menor gravedad correspondió a los ítems: gesticulaciones, ecofenómenos, estereotipias, manierismos, verbigeración, flexibilidad cérica, impulsividad, obediencia automática, mitgehen, gegenhalten, reflejo de prensión, combatividad y anormalidad autonómica. Debe mencionarse que la asociación de estos síntomas en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es muy alta ($P > .001$ y $.000$), por lo que se puede inferir, que estos serán los síntomas y los niveles de gravedad esperables en los pacientes que aquí se atienden.

Mediante la prueba p de Pearson, se encontró que existe una correlación bilateral positiva, entre las siguientes parejas de síntomas con niveles de significancia de $.05$ a $.01$:

Excitación con: estereotipias, (34.7%) manierismos (39.2%), verbigeración (55.1%) rigidez (37.5%) impulsividad, (71.7%), perseverancia (42.2%), combatividad (61.3%). Estupor con: Mutismo (34.9%), Mirada fija (47.6%), retraimiento (46.1%), gegenhalten (39.9%), anormalidad autonómica (42.9). Mutismo con: mirada fija (43%), aislamiento (48.7%), gegenhalten (35.6%). Mirada fija con: negativismo (46.9%), aislamiento (33.8%). Catalepsia con: gesticulaciones (40.8%), rigidez (54.5%). Gesticulaciones con: estereotipias (48.8%), rigidez (40.5%), gegenhalten (33.7%). Ecofenómenos con: verberación (32.8%), obediencia (33.5). Estereotipias con: manierismos (31.9%), negativismo (35.2%). Manierismos con: flexibilidad cérica (55.7%), impulsividad (31.7%), ambitendencia (43.6%). Verbigeración con: mitgehen (43.1%), perseverancia (44.8%). Rigidez con: impulsividad (36.1%), reflejo de prensión (32.8%). Negativismo con: retraimiento (55.35), gegenhalten (56.8%). Flexibilidad cérica con: reflejo de prensión (34.9). Reflejo de prensión con: inestabilidad autonómica (35.9%).

En la tabla 2 se muestran los ítems con los cuales se estableció correlación directamente proporcional, entre screening y severidad con los síntomas, en dicha tabla se puede observar cuáles serán los síntomas que más frecuentemente presentarán los pacientes psiquiátricos, entre los que sobresalen por su magnitud y fuerza relacional: Gesticulaciones, Rigidez, Negativismo y Gegenhalten.

Tabla 2.- Correlaciones entre screening y severidad de los síntomas

Ítem	Screening		Severidad	
	p Pearson	Valor de p	p Pearson	Valor de p
Excitación	0.335	0.037	0.416	0.008
Estupor	0.373	0.019	0.354	0.027
Catalepsia	0.465	0.003	0.412	0.009
Gesticulaciones	0.588	0.000	0.509	0.001
Estereotipias	0.478	0.002	0.425	0.007
Manierismos	0.381	0.017	0.434	0.006
Verbigeración	0.362	0.024	0.467	0.003
Rigidez	0.607	0.000	0.617	0.000
Negativismo	0.563	0.000	0.482	0.002
Flexibilidad cérea	0.376	0.018	0.358	0.025
Retraimiento	0.443	0.005	0.383	0.016
Gegenhalten	0.560	0.000	0.568	0.000
Perseverancia	0.298	0.065	0.432	0.006

Discusión:

La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico que puede ser causado por múltiples etiologías: psiquiátricas, neurológicas, metabólicas, tóxicas, etc. Requiere ser identificado de manera rápida para realizar un estudio y tratamiento adecuados

El objetivo de esta investigación fue identificar la frecuencia de sintomatología catatónica de pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Los grupos estudiados fueron pacientes del sexo femenino y masculino, que presentaran alguna alteración motora, mutismo o negativismo. Encontrándose la muestra adecuada y suficiente para la realización de la investigación.

No existen publicaciones que reporten la relación entre diagnósticos psiquiátricos comórbidos con catatonía y el sexo. En esta investigación encontramos que los trastornos afectivos, se relacionaban más con el sexo femenino, mientras que los psicóticos los presentó el sexo masculino; sin embargo en la probabilidad de presentar Catatonía, fue igual para ambos sexos.

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos de base en pacientes con catatonía, nuestros hallazgos difieren de los otros estudios. Encontramos que el 51% de nuestros pacientes eran Esquizofrénicos, mientras que solo el 8% correspondía a trastorno bipolar. En la mayoría de las publicaciones reportan con mayor frecuencia: manía, depresión bipolar y unipolar.

Existen escasa literatura acerca de los signos relacionados con la severidad y el screening; en este estudio se pudo encontrar que los más ligados son: Gesticulaciones, Rigidez, Negativismo y Gegenhalten. La información que existe solo los menciona, como parte de los signos en catatonía, pero no establece una correlación clara, la cual nosotros describimos en la tabla 2.

En la prueba de chi cuadrada, por ítem evaluado de la escala de Bush y Francis se encontró que los síntomas catatónicos de mayor frecuencia detectados en la muestra de estudio es similar a la descrita por Bush y colaboradores; los cuales son: estupor, mirada fija y negativismo, mientras que la menor gravedad correspondió a los ítems: gesticulaciones, ecofenómenos, estereotipias, manierismos, verbigeración, flexibilidad cérea, impulsividad,

obediencia automática, mitgehen, gegenhalten, reflejo de prensión, combatividad y anormalidad autonómica. Debe mencionarse que la asociación de estos síntomas se encontraron en los pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Finalmente, a pesar de la alta tasa de pacientes catatónicos con esquizofrenia, estamos de acuerdo con el Dr. Max Fink en que no se puede pensar que la catatonía obedece a un subgrupo de pacientes esquizofrénicos, sino que más bien se trata de un conjunto de síntomas motores que, como las alteraciones de la sensopercepción, no son específicas ni patognomónicas de una entidad particular y pueden aparecer en múltiples patologías.

Sería de suma importancia realizar un estudio en donde se comparara la frecuencia de dicho síndrome con todas las patologías médicas que se tratan en hospitalización de nuestra institución, para tener un rango de dicho padecimiento en comparación a enfermedades metabólicas, endócrinas, inmunológicas, etc.

Conclusiones:

Esta investigación, nos permitió conocer la perspectiva de las posibilidades etiológicas de dicho síndrome, ya que se presentaron, trastornos puramente psiquiátricos (Esquizofrenia, Depresión unipolar, Trastorno Bipolar y trastornos Esquizoafectivos), y de origen neurológico (Epilepsia, síndrome frontal, Trastorno esquizofreniforme orgánico, demencia) y asociados al uso de múltiples sustancias y retraso mental.

Este conocimiento nos ayuda a ampliar y dirigir, el interrogatorio y la exploración clínica de forma intencionada en los pacientes que presenten alguna alteración motora, con cualquier diagnóstico; ya sea psiquiátrico o no Psiquiátrico; además de que encontramos los signos de mayor frecuencia en los pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; herramienta que es de suma importancia y utilidad, ya que la mayoría de las veces se subdiagnostica y no realizamos un tratamiento adecuado y oportuno hacia el paciente, lo que repercute en las comorbilidades que este acarrea per se, sin olvidar que aumentan costos por la extensión de la estancia hospitalaria y cuidados especiales que requieren.

ANEXOS.

Carta de consentimiento informado para familiares o responsables.

Por medio de la presente yo: _____, otorgo mi autorización para que mi paciente participe en el estudio: **FRECUENCIA DEL SÍNDROME CATATÓNICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ**

Se me ha informado por parte de la Dra. América Catalán Nava, que se encuentra en tercer piso de esta institución en el área de Clínica de intervención familiar con número de teléfono 5573-1500 que a mi familiar se realizará una exploración Neurológica, entrevista Psiquiátrica y evaluación con una escala de detección de catatonía de Bush- Francis; estos tres procedimientos con una duración aproximada de 30-45 minutos.

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
México, D.F. a _____ de _____ 20____.

Doy mi autorización: (Nombre y firma)

Paciente o Responsable.

Carta de información al jefe de servicio de Observación Urgencias.

México, D.F., a ____ de ____ 20__.

Dra. Juana Ramírez Rivas

Presente.

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la realización del protocolo de estudio "**FRECUENCIA DEL SÍNDROME CATATÓNICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.** Mismo que pretende llevarse a cabo durante un periodo de cuatro meses, a partir de enero de 2015 a abril de 2015. En donde se evaluará con entrevista Neuropsiquiátrica y realización de Escala de Bush- Francis para catatonía.

Agradeciendo su apoyo y atención prestada.

Atentamente

Dra. América Catalán Nava.

Carta de información al jefe de servicio de UCEP.

México, D.F., a ____ de ____ 20__.

Dra. Lourdes Guadarrama.

Presente.

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la realización del protocolo de estudio **FRECUENCIA DEL SÍNDROME CATATÓNICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ** Mismo que pretende llevarse a cabo durante un periodo de 4 meses de enero de 2015 a abril de 2015. En donde se evaluará con entrevista Neuropsiquiátrica y realización de Escala de Bush- Francis para catatonía.

Agradeciendo su apoyo y atención prestada.

Atentamente

Dra. América Catalán Nava.

Bibliografía.

1. Fink M, Shorter E, Taylor M. Catatonia is not Schizophrenia: Kraepelin's Error and the Need to Recognize Catatonia as an Independent Syndrome in Medical Nomenclature. *Schizophrenia Bulletin*. 2010; 36 (2): 314–320.
2. Mahendra T. Bhati, Catherine J. Datto, John P. O'Reardon, Clinical Manifestations, Diagnosis, and Empirical Treatments for Catatonia. *Psychiatry* 2007 [M A R C H]
3. Goetz M. Kitzlerova E. Hrdlicka M. Dhossche D. Combined Use of Electroconvulsive Therapy and Amantadine in Adolescent Catatonia Precipitated by Cyber-Bullying. *Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology*. 2013; 23(3):p
4. Sarkar P. Patra B. Sattar F.A. Chatterjee K. Gupta A. Walia T.S. Dissociative Disorder Presenting as Catatonia. *Indian Journal of Psychiatry*, 2004, 46(2)176-179.
5. Barnes MP, Saunders M, Walls TJ, Saunders I, Kirk CA. The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1986; 49:991-996.
6. Fink M, Taylor MA. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1233–1241
7. Penland HR. Weder N. Tampi RR. The catatonic dilemma expanded. *Annals of General Psychiatry* 2006, 5:14

8. Ungvari GS. Stanley N. Caroff. Gerevich J. The Catatonia Conundrum: Evidence of Psychomotor Phenomena as a Symptom Dimension in Psychotic Disorders. *Schizophrenia Bulletin* 2010, 36(2): 231–238.
9. Brendan T. Carroll. Kirkhart R. Edward C. Lauterbach. Dhossche D. Talbert R. Katatonia: A New Conceptual Understanding of Catatonia and a New Rating Scale. *Psychiatry (Edgemont)* 2008;5(12):42–50.
10. Dhossche DM. Stoppelbein L Ujjwal K. Etiopathogenesis of Catatonia Generalizations and Working Hypotheses. *Journal of ECT*. 2010, 26(4): 253-258
11. Fink M, Taylor MA. *Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003.
12. Sienaert P. Rooseleer J. De Fruyt J. Measuring catatonia: A systematic review of rating scales. *Journal of Affective Disorders* 2011; 135: 1–9
13. Bush G, Fink M, Petrides G, et al. Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93 (2):137–43.
14. Northoff G, Koch A, Wenke J, et al. Catatonia as a psychomotor syndrome: a rating scale and extrapyramidal motor symptoms. *Mov Disord*. 1999; 14: 404–416.
15. Francis A. Catatonia: Diagnosis, Classification, and Treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12:180–185.
16. KIRKHART R. AHUJA N, et al. The Detection and Measurement of Catatonia. *Psychiatry* 2007.

17. Peralta V, Cuesta MJ, Serrango J, Mata I. The Kahlbaum syndrome: a study of its clinical validity, nosological status and relationship with schizophrenia and mood disorder. *Compr Psychiatry*. 1997;38:61–67.
18. DSM-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Editorial Masson. 2004.
19. Cottencin O. Catatonia and consultation-liaison psychiatry study of 12 cases. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007;15-31(6):1170–1176.
20. Bush G, Fink M, Petrides G, et al. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 129-136.
21. Calero F, Rocio S, Mestres J. Catatonia y demencia. *Alzheimer, Realidades e Investigación en Demencia* 2011; 48: 25-32.