

Catatonía y delirio en pacientes neuropsiquiátricos: frecuencia, fenomenología y desenlace clínico

Andrés Felipe Pérez-González

RESUMEN

La catatonía y el delirio son dos síndromes diferentes. La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico psicomotor con una combinación única de síntomas mentales, motores, conductuales y autonómicos que se observa en enfermedades psiquiátricas, neurológicas y médicas, en algunos casos tras la administración de algunos fármacos. El *delirium* es un síndrome neurocognitivo; por lo general, de inicio abrupto, con curso fluctuante de síntomas cognitivos prominentes que incluyen deterioro en la atención y la conciencia. *Material y métodos:* en este estudio se incluyeron a todos los pacientes con diagnóstico de catatonía y *delirium* previa solicitud de valoración por el servicio de neuropsiquiatría atendidos en los servicios de hospitalización del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía desde el 1º abril al 30 septiembre 2014. Para el estudio de prevalencia, se tomará como denominador el total de interconsultas realizadas a partir de la fecha de inicio del estudio. Se evaluaron un total 270 pacientes, de los cuales 96 cumplieron criterios con las escalas utilizadas para catatonía o *delirium*. Se encontraron 86 con *delirium* y 26 catatonía. El 70% de los pacientes presentó un subtipo de excitación catatónica caracterizada por presencia de verbigeraciones, excitación motora, iteracciones, conductas de utilización e impulsividad. En esta investigación de los 70 pacientes con sólo *delirium* se observó de acuerdo al DSM 5 que 7 pacientes puntuaron para estupor o ausencia de actividad psicomotora, 5 pacientes puntuaron para mutismo, 4 negativismo y 15 agitación. Puede plantearse que puede existir un solapamiento entre ambos diagnósticos, ya que pueden compartirse síntomas entre *delirium* de tipo hipoactivo y catatonía.

Palabras clave: catatonía, delirio, neuropsiquiátricos, síndromes.

Catatonía and delirium in neuropsychiatric patients: frequency, phenomenology and outcome

ABSTRACT

Catatonía and delirium are two different syndromes. Catatonía is a psychomotor neuropsychiatric syndrome with a unique combination of behavioral and autonomic mental symptoms, motors, seen in psychiatric, neurological and medical conditions and after the administration of some drugs. Delirium is a syndrome neurocognitive usually abrupt onset, fluctuating course with prominent cognitive symptoms including impaired attention and consciousness. In this study, all patients with a diagnosis of catatonía and delirium assessment request for the service of neuropsychiatry treated in inpatient services at the National Institute of Neurology and Neurosurgery from 1 April to 30 September 2014. study prevalence, total interconsultations made from the date of baseline was taken as denominator. A total 270 patients, 96 of whom met criteria with the scales used to catatonía or delirium were evaluated. They found 26 delirium and catatonía. 70% of patients had a subtype of catatonic excitement that is characterized by the presence of verbigeraciones, motor excitation, iterations, usage behavior and impulsivity. In this study of 70 patients with delirium was observed only according to the DSM 5 which 7 patients scored for stupor or absence of psychomotor activity, 5 patients scored for silence, 4 negativism and 15 agitation. It can be stated that there may be an overlap between both diagnostic as they can be shared between delirium symptoms hypoactive type and catatonía.

Keywords: catatonia, delirium, neuropsychiatric syndromes.

La catatonia y el *delirium*; son dos síndromes diferentes e independientes. El primero es de predominio en características motoras como ausencia de actividad, inducción de posturas pasivas contra gravedad, oposición o ausencia de respuesta ante estímulos externos, flexibilidad cérea, estereotipias, manierismos y ecofenómenos, entre otros.

El *delirium*, llamado también síndrome confusional en el manual DSM 5, está caracterizado por alteraciones de conciencia y cognitivas principalmente atención y orientación; por lo general, de aparición aguda, que tiende a fluctuar durante el día, con evidencia de alteración como consecuencia fisiológica directa de una enfermedad, intoxicación o abstinencia a alguna droga. A pesar de las diferencias y clasificaciones que excluyen la posibilidad de que puedan presentarse juntos varios reportes de casos y estudios en grupos de pacientes han planteado la posibilidad que puede darse las dos condiciones. El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía es un centro de referencia para todo México para pacientes neuropsiquiátricos, lo cual lo hace ideal para el estudio de estas entidades, ya que confluyen pacientes psiquiátricos con patologías del sistema nervioso central y pacientes con entidades neurológicas que presentan síntomas cognitivos, emocionales y conductuales.

OBJETIVO

Evaluar todos los casos de catatonia y *delirium* que se presentan en un determinado periodo de tiempo, seguirlos durante su estancia hospitalaria, conocer la fenomenología, desenlace clínico y comparar sus características. De esta forma conocer si ambas entidades pueden confluir en un mismo paciente y ampliar el conocimiento que se tiene sobre los dos procesos en su detección, frecuencia y manejo.

Conceptos generales

La catatonia es un síndrome neuropsiquiátrico psicomotor con una combinación única de síntomas mentales, motores, conductuales y autonómicos que se observa en enfermedades psiquiátricas, neurológicas y médicas; así como, tras la administración de algunos fármacos.

Es un diagnóstico sindromático que hace referencia a una variedad de trastornos de movimientos y conductas anormales como son las estereotipias.

El *delirium* es un síndrome neurocognitivo; por lo general, de inicio abrupto con curso fluctuante de sínto-

mas cognitivos prominentes que incluyen deterioro en la atención y conciencia; así como otros déficits que pueden estar presentes en memoria, orientación, lenguaje, habilidades visuoespaciales y percepción. Requiere evidencia que la alteración es una consecuencia directa de otra condición médica o por exposición a una sustancia que haya producido toxicidad.

En la actualidad, el diagnóstico de catatonia sigue siendo clínico con el fin de mejorar la identificación del síndrome, se han elaborado diversos instrumentos diagnósticos que la evalúan de manera estandarizada; sin embargo, no existe un consenso acerca de cuál es el instrumento clínico ideal en cuanto a validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad. Dentro de los instrumentos más utilizados se encuentran los criterios diagnósticos del DSM-5, la escala de catatonia de Bush Francis (BFCRS) y catatonia rating scale (CRS). Estos instrumentos han sido de gran ayuda debido a que en la evaluación de la catatonia el error más frecuente es la omisión, al no realizar la evaluación por la falsa creencia de que para que un paciente tenga catatonia se debe observar mutista, inmóvil, con adopción de alguna postura extraña.

Los síntomas catatónicos pueden persistir a lo largo del día pero también pueden ser fluctuantes. El estupor puede intercalarse con excitación, en ocasiones su asociación con síntomas afectivos y psicóticos floridos que acaparan la atención del examinador pueden desviar la atención de síntomas motores enmascarando el síndrome catatónico. La evaluación estandarizada y propositiva usualmente es necesaria para la identificación del síndrome catatónico, en especial si su intensidad es leve.

El diagnóstico de *delirium* también se hace clínicamente basado en información del expediente clínico, examen físico, mental y revisión de exámenes fisiológicos y de laboratorio. La característica más importante es un cambio agudo conductual o cognitivo del basal del paciente, información que puede ser obtenida de familiares, amigos o del equipo médico que evalúa al paciente. Existen muchas herramientas de tamizaje y diagnóstico disponibles para evaluar presencia, ausencia y severidad del *delirium*. Herramientas tales como *delirium rating scale-R* (DRS-98) y

Recibido: 24 de marzo 2015. Aceptado: 8 de abril 2015

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Correspondencia: Andrés Felipe Pérez-González. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Av. Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama. 14269 México D.F. E-mail: perandres@gmail.com

síntomas motores del *delirium*; son en general más válidas cuando se usan por expertos clínicos o evaluadores entrenados. La fluctuación en la severidad de los síntomas y en el nivel de alerta es común lo cual, puede hacer que el cuadro clínico cambie durante el día y causar confusión en el diagnóstico. Los síntomas casi siempre son peores en la tarde y noche.

Una conducta que puede presentarse tanto en el *delirium* como en la catatonia es agresión y agitación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Todos los pacientes con diagnóstico de catatonia y *delirium* a los que se les haya solicitado valoración por el servicio de neuropsiquiatría atendidos en los servicios de hospitalización del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía del 1 de abril al 30 de septiembre del 2014. Para el estudio de prevalencia, se tomará como denominador el total de interconsultas realizadas a partir de la fecha de inicio del estudio. Para inclusión de casos de catatonia y *delirium*, el muestreo será de tipo no probabilístico, de casos consecutivos, de acuerdo con los criterios de selección.

Criterios de inclusión

1. Pacientes con enfermedad neurológica o psiquiátrica a los que se les haya solicitado valoración por el servicio de neuropsiquiatría atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de abril a septiembre del 2014.
2. Diagnóstico de catatonia de acuerdo a la escala Bush y Francis catatonia rating scale (BFCRS), con un puntaje de 4 en la subescala de diagnóstico.
3. Diagnóstico de *delirium* de acuerdo a la DRS-R-98 completa con un puntaje igual o mayor a 18.

Criterios de exclusión

1. Estado vegetativo persistente.
2. Estado apálico.
3. Mutismo acinético.
4. Estado de mínima conciencia.
5. Otras enfermedades neurológicas que expliquen el cuadro clínico.

A todos los pacientes se les aplicaron las siguientes escalas:

Criterios de catatonia DSM 5: en 2013 se publicó la nueva clasificación de enfermedades mentales. En este caso el diagnóstico se hace con 3 ó más de 12

síntomas.

Los datos serán analizados con el programa estadístico SPSS versión 20, en términos de media y desviación estándar para las variables numéricas, así como, porcentajes nominales. Se realizará la prueba de Kolmogorov-Smirnov para analizar la distribución de variables numéricas. Para la comparación entre grupos independientes se usarán pruebas de chi-cuadrada de Pearson o exacta de Fisher, para variables nominales, y *t-student* o Mann-Whitney con comparación de variables numéricas. Para analizar la relación entre dos variables numéricas se usará la prueba de Pearson o Spearman de acuerdo con la distribución de las variables. Se realizará un análisis por estratos en el caso de variables confusoras. Para la comparación de grupo clínico y variables se usarán pruebas de chi-cuadrada de McNemar para variables ordinales y pruebas de *t-student* para grupos pareados en el caso de variables numéricas.

A los pacientes no se les someterá a ningún riesgo adicional de los incluidos en la realización de intervenciones diagnósticas y terapéuticas necesarias para el manejo del síndrome catatónico, *delirium* y de su condición médica de base. La aportación será el conocimiento científico acerca de la enfermedad que beneficiará a pacientes que en un futuro presenten catatonia.

RESULTADOS

De todas las interconsultas que se recibieron para el servicio de neuropsiquiatría en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de abril hasta septiembre del 2014 se evaluaron un total 270 pacientes, de los cuales 96 cumplieron criterios con las escalas utilizadas para catatonia o *delirium*, así como, de inclusión requeridos para ser ingresados al estudio. Previamente fueron excluidos todos los pacientes que presentaban coma, alteraciones del estado de alerta o cuadros neurológicos que explicaran la condición del paciente como lo indica el protocolo. Aunque de los 96 pacientes con diagnóstico de *delirium* fueron 86 (89,6%) y con diagnóstico de catatonia fueron 26 (27%), para el análisis estadístico del estudio se tuvieron en cuenta 3 grupos conformados por pacientes que sólo *delirium*, catatonia y con ambos diagnósticos.

La muestra estuvo conformada por 64 hombres y 32 mujeres siendo los dos mayores picos de frecuencia 17 y 37 años. La clasificación en cuanto estrato socioeconómico se realizó de acuerdo a la clave asignada por el departamento de trabajo social, que aparece consignada en el expediente clínico. Casi el 95 % de los pacientes fueron ubicados en el estrato 3 ó menos. El 85% de la muestra con escolaridad de primaria in-

completa y preparatoria, en cuanto al estado civil la mayoría de las personas (84,4%) se encontraban solteros o casados. Resume los datos sociodemográficos de la muestra.

En cuanto a los diagnósticos que presentaban los pacientes están representados en las tablas 3 y 4 con valores y porcentajes de cada uno de ellos dividi-

DIAGNÓSTICO	N	%
Catatonia	10	10,4
Dlirium	70	72,9
Ambos diagnósticos	16	16,7

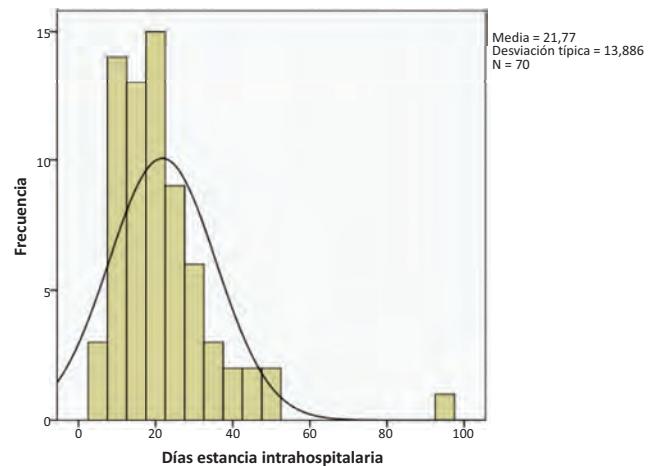
Características		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	64	66,7
	Mujer	32	33,3
Nivel socioeconómico	estrato 1	39	40,6
	estrato 2	42	43,8
	estrato 3	10	10,4
	estrato 4	2	2,1
	estrato 6	3	3,1
Edad (Años)	15- 30	29	30,2
	31- 45	26	27,1
	46- 60	18	18,8
	61- 75	20	20,8
	76-90	3	3,1
Escolaridad	Analfabeta	7	7,3
	Primaria incompleta	12	12,5
	Primaria completa	10	10,4
	Secundaria incompleta	5	5,2
	Secundaria completa	28	29,2
	Educación media superior	20	20,8
	Educación superior	14	14,6
Estado civil	Soltero	39	40,6
	Casado	42	43,8
	Unión libre	7	7,3
	Separado	5	5,2
	Viudo	3	3,1

Tabla 3. Diagnósticos psiquiátricos.

DIAGNÓSTICO	N	%
Trastorno afectivo bipolar	1	1,04
Trastorno esquizoafectivo	1	1,04
Esquizofrenia	5	5,2
Trastorno esquizofreniforme	1	1,04
Trastorno psicótico no especificado	1	1'04
Discapacidad intelectual	4	4'16
Trastorno por consumo de inhalantes	1	1'04

Tabla 4. Diagnósticos neurológicos

DIAGNÓSTICO	N	%
Catatonia maligna	3	3,1
Hemorragia subaracnoidea	8	8,3
Hemorragia intraparenquimatosa	4	4,2
EVC isquémico	6	6,3
Trombosis venosa cerebral	1	1,04
Neoplasia cerebral	39	40,6
Epilepsia	9	9,4
Encefalitis de posible etiología viral	19	19,8
Tuberculosis del sistema nervioso central	4	4,16
Toxoplasmosis cerebral	1	1,04
Esclerosis múltiple	1	1,04
Síndrome paraneoplásico	2	2,1
Hematoma subdural	1	1,04
Aneurisma o malformación arteriovenosa	5	5,2
Neurocisticercosis	2	2,1
Enfermedad de Parkinson	1	1,04
VHI	3	3,1



Gráfica 1. Días estancia intrahospitalaria.

dos en psiquiátricos neurológicos. Las complicaciones que presentaron los pacientes se encuentran detalladas en la tabla 5.

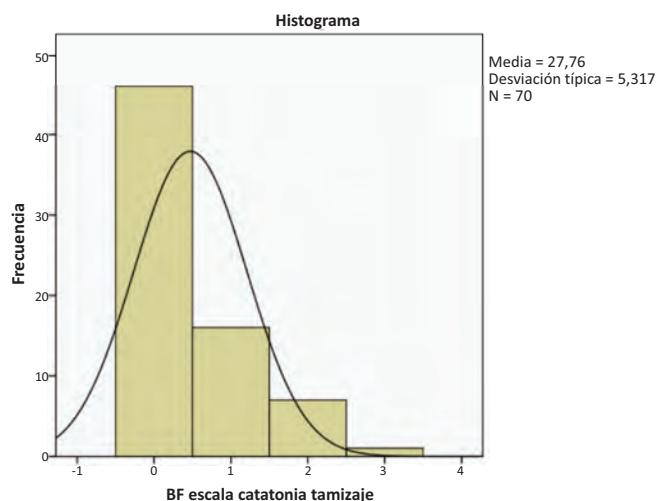
Los pacientes que permanecieron hospitalizados entre 5 y 96 días. Casi el 60% de los pacientes estuvieron 22 o menos días internos.

En cuanto a los días de estancia hospitalaria

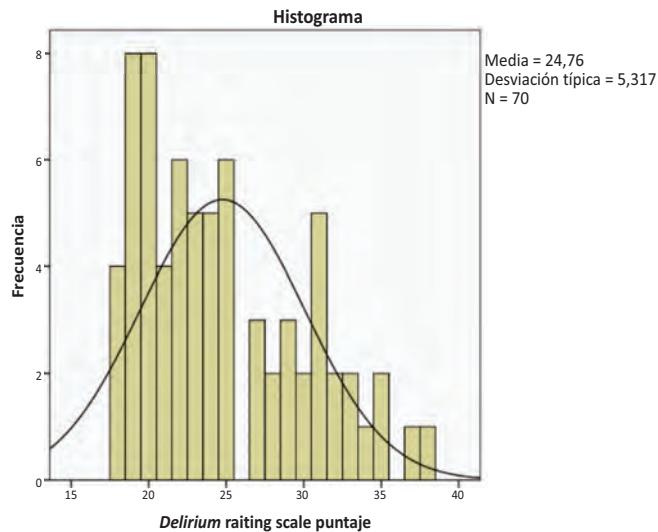
casi el 60% de los pacientes estuvieron más de 17 días, siendo lo mínimo 5 y lo máximo 96 días como se muestra en la gráfica 1.

En cuanto a las escalas que se aplicaron a los pacientes, al revisar la escala de catatonía de Bush y Francis se observa en la escala de diagnóstico que 16 pacientes puntuaron para un ítem de la escala, siete pacientes puntuaron para 2 ítems y que un paciente puntuó para un ítem (gráfica 2).

El ítem de excitación fue el que más se presentó en este grupo. De acuerdo con el DSM 5; 7 pacientes puntuaron para estupor o ausencia de actividad



Gráfica 2. BF escala catatonía tamizaje.



Gráfica 3. Delirium rating scale puntaje.

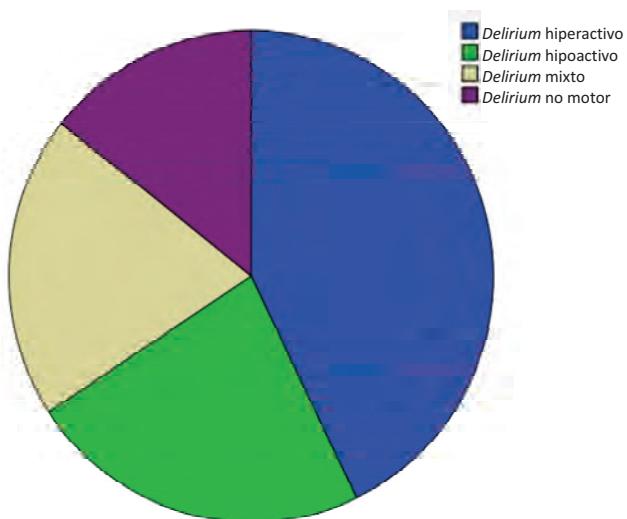
psicomotora, 5 pacientes puntuaron para mutismo, 4 para negativismo y 15 para agitación.

En cuanto a la escala de *delirium rating scale- 98* (DRS-98) el 50% de los paciente tuvo 23 ó más ítem,

siendo el mínimo puntaje 18 y el máximo de 38 (gráfica 3). La tabla 18 muestra la frecuencia y porcentaje de cada uno de los ítems.

En cuanto al tipo de *delirium* como se observa fue valorado por la escala de *delirium* de subtipo motor, 30 pacientes presentaron *delirium* hiperactivo (42,8%), 16 hipoactivo (22,9%), 14 mixto (20%) y 10 subtipo no motor (14,3%).

Descripción de los pacientes con sólo catatonía



Gráfica 4. Delirium rating scale puntaje.

Tabla 6. Tipo de complicación.

TIPO DE COMPLICACIÓN	N	%
Crisis epilépticas	19	19,8
Estatus epiléptico	1	1,04
Insuficiencia renal	3	3,1
Neumonía	20	20,8
Infección de vías urinarias	9	9,4
Trombosis venosa profunda	1	1,04
Desnutrición	2	2,1
Desequilibrio hidroelectrolítico	18	18,8
Sepsis	7	7,3
Muerte	2	2,1
Vasculitis cerebral	3	3,1
Hidrocefalia	8	8,3
Vasoespasmo o transformación hemorrágica	1	1,04
Psicosis por fármacos	2	2,1
Hipotermia	1	1,04
Desequilibrio ácido base	1	1,04
Requerimiento de apoyo ventilatorio	4	4,16

Los pacientes que presentaron sólo *delirium* fueron 10. La mayoría de los pacientes (70%) están por debajo de los 30.

La mayoría de las causas de catatonía en este grupo fueron psiquiátricos.

En cuanto los días de estancia hospitalaria los valores estuvieron entre 5 y 35. La mayoría de pacientes (60%) estuvo menos de 20 días hospitalizados.

Las tablas 6 y 7 muestran los tratamientos que recibieron los pacientes y el número de días en que presentaban síntomas.

A los pacientes con catatonía se les aplicó como parte de protocolo la escala DRS-98 para *delirium*, el

Tabla 7.

Desenlace	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Días con síntomas de catatonía	12,10	9,82	2	35
Días con tratamiento farmacológico para catatonía	15,90	10,26	3	35
Días con Benzodiacepinas	14	9,3	6	35
Días con antipsicótico	11,20	8,78	0	27
Días con estimulante	2,40	5,15	0	14
Nº de medicamentos usados para tratamiento	2,50	1,18	1	5
Nº sesiones TEC	2,90	3,18	0	7

ítem que más se presentó en pacientes fue enlentecimiento psicomotor seguidos por cambios en la atención y orientación.

En cuanto al subtipo de catatonía valorado por la escala de catatonía rating scale 10% de los pacientes presentó un subtipo manierismos/movimientos involuntarios; 40% un subtipo alteraciones de la volición catalepsia y 50 % inhibición o estupor catatónico.

Descripción de pacientes con ambos diagnósticos

Los pacientes que presentaron diagnóstico de catatonía y *delirium* fueron 16. Más del 70% de los pacientes fueron menores de 41 años.

En este caso la mayoría de las causas de la catatonía fueron neurológicas y no se presentaron causas psiquiátricas.

En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria el mínimo número de días de internamiento fue de 13 y máximo de 76 para este grupo de pacientes. El 75% de pacientes tuvieron menos de 32 días de hospitalización.

El 75 % de los pacientes presentaron entre 5 y 10 ítem de la escala de catatonía de tamizaje de Bush y Francis.

En la escala de *delirium* DRS-98 el 50 % de pacientes presentaron entre 18 y 27 en puntaje y el máximo puntaje observado fue de 36.

En cuanto al tipo de *delirium* valorado por la escala de subtipo motor 13 pacientes presentaron *delirium* hipoactivo (81,3 %) y 3 *delirium* mixto (18,8%). De acuerdo a la escala de catatonía rating scale 3 pacientes presentaron subtipo excitación catatónica (18,8%); 3 subtipo manierismos /movimientos involuntarios; 4 subtipo alteraciones de la volición/catalepsia y 6 inhibición o estupor catatónico.

En las tablas 8, 9 y 10 se presentan la frecuencia y los porcentajes de pacientes que puntuaron en los ítems de las escalas de impresión clínica global, agresividad y agitación.

Tabla 8.

CGI- Gravedad de la enfermedad	N	%	CGI-Mejoría global	N	%
Marcadamente enfermo	10	62,5	Mucho mejor	6	37,5
Gravemente enfermo	6	37,5	Moderadamente mejor	6	37,5
			Levemente mejor	4	25

Tabla 9.

Escala de comportamiento agresivo	Frecuencia	Porcentaje (%)			
			Intervenciones	Contención	
Agresión física contra sí mismo	11	68,75			
Agresión física contra objetos	5	31,25			
Agresión física contra otros	2	12,5			
			Medicación inmediata vía oral	6	37,5
			Medicación inmediata con inyecciones	1	6,3
				4	25

Comparación de las variables entre los 3 grupos de pacientes (*delirium*, catatonía y ambos diagnósticos)

En pacientes con diagnóstico de catatonía o ambos diagnósticos (catatonía y *delirium*) la edad de presentación del cuadro fue similar encontrándose aproximadamente el 60% de los casos entre 15 y 30 años. En cambio, la edad de pacientes con *delirium* fue mayor siendo el 53% de casos mayor de 46 años.

La distribución por sexo fue similar en los 3 grupos si se tiene en cuenta que en el estudio la cantidad de hombres fue casi el doble que de mujeres. En los que presentaban diagnóstico de catatonía los hombres representaron el 70 y las mujeres el 30%; en el grupo de *delirium* el sexo masculino fue del 61,4% mientras el femenino fue de 38,6%. En el grupo de ambos diagnósticos la proporción de mujeres fue un poco menor representando el 12,5%.

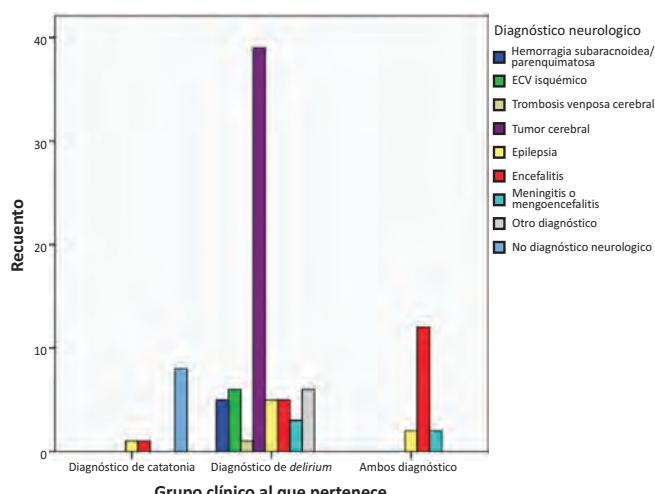
En las demás variables sociodemográficas no se observaron diferencias importantes en cuanto a su distribución teniendo en cuenta los porcentajes de cada categoría.

En la gráfica 5 se muestran diagnósticos neurológicos que presentaron los pacientes. Nótese que

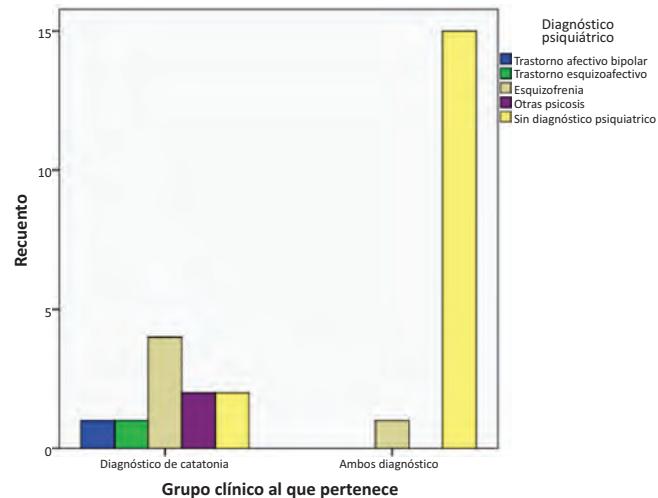
los que tuvieron sólo catatonía en su mayoría no presentaron diagnóstico neurológicos. En el caso de pacientes con *delirium* el tumor cerebral fue la causa más común y en el grupo de ambos diagnósticos fue encefalitis gráfica 5.

Tabla 10.

Escala para severidad en agitación manifiesta	Frecuencia	Porcentaje
Vocalizaciones y movimientos		
Llorar, gemir, gimotear, quejarse, gruñir	1	6,3
labios, masticar, apretar la quijada, lamer, escupir, hacer muecas	4	
Balanceo, voltear o golpearse la cabeza	1	6,3
Movimientos del tronco y miembros superiores		
Golpetear los dedos, retorcer las manos, inquietud, balanceo o agitar los brazos	11	68,75
Perseverancia ejecutiva	1	6,3
Balanceo o bamboleo, retorcer o doblar el torso	8	50
Bofetejar, aplastar o golpear objetos o a otra persona	1	6,3
Movimiento de miembros inferiores		
Golpetear o apretar los artejos, golpeteos de talón, extender, flexionar o torcer el talón	2	12,5
Agitar las piernas, golpetear las rodillas y/o muslos, empujar la pelvis, pisar fuerte	7	43,75
Pataleando, pateando objetos a los demás	1	6,3

**Gráfica 5.** Diagnósticos neurológicos.

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos en la gráfica 6 se observan los diagnósticos psiquiátricos que presentaron los pacientes con catatonía y con ambos diagnósticos, se observa que en este último grupo sólo uno de los pacientes tiene diagnóstico de esquizofrenia. No incluyó el grupo de pacientes con *delirium* porque no presentaban ningún diagnóstico psiquiátrico.

**Gráfica 6.** Diagnóstico psiquiátrico.

El 70% de los pacientes con *delirium* presentaron algún tipo de complicación. En los pacientes con ambos diagnósticos se presentaron en 80,2% mientras que con sólo catatonía esto se dio sólo en un 10% de los casos.

En cuanto a las causas de la catatonía igualmente hay un predominio de causas neurológicas en que presentaron ambos diagnósticos, mientras que en el grupo de sólo catatonía hubo un predominio de causas psiquiátricas gráfica 7.

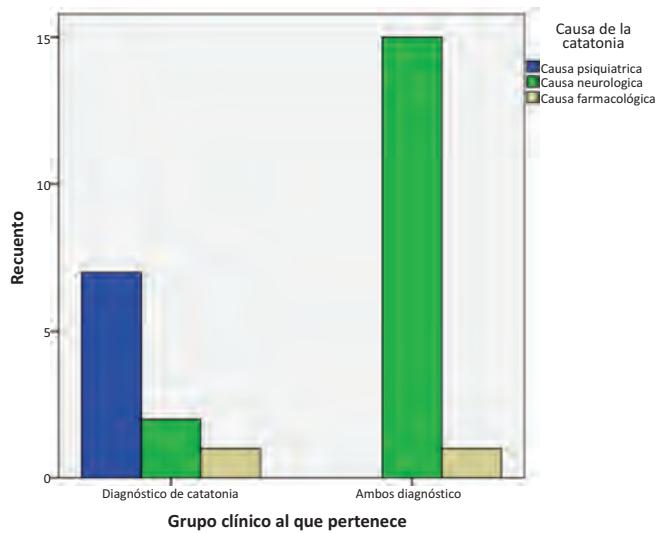
Como se muestra en la gráfica 8 el 42,9% de los pacientes con cuadros confusionales presentaron *delirium* hiperactivo, el 22,9% de tipo hipoactivo y el 20% mixto y el 14,3 % no motor. Los pacientes que presentaron diagnóstico de catatonía y *delirium* en su mayoría presentaron un subtipo hipoactivo (81,2%), seguido por el subtipo mixto (18,8%).

La mayoría de los pacientes con sólo catatonía presentaron un subtipo excitación (70%), mientras la mayoría de pacientes con ambos diagnósticos presentaron un subtipo inhibición o estupor catatónico (37,5%).

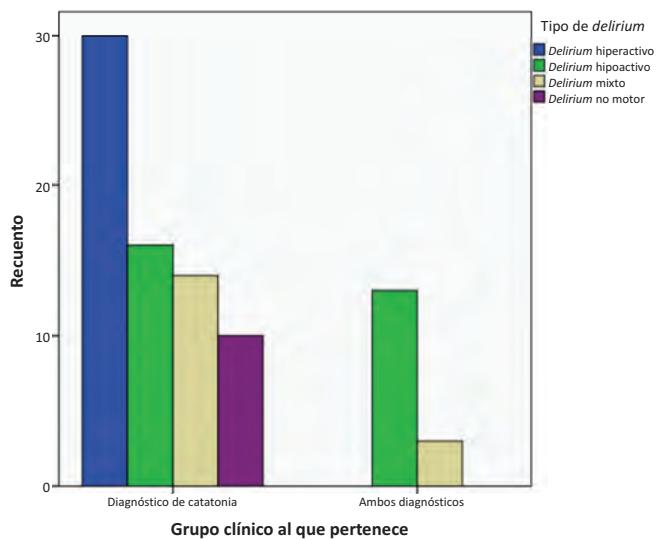
Análisis de clinimetría

A todos los pacientes se les aplicaron diferentes escalas de los síntomas que presentaban los pacientes. En cuanto a la escala DSM 5 de catatonía se observó que 17 pacientes con *delirium* puntuaron para

1 de sus ítems y 7 para 2 ítems. La mayoría de pacientes con catatonía puntuaron 6 ó más ítems de la escala.



Gráfica 7. Causas de la catatonía.



Gráfica 8. Tipo de delirium.

DISCUSIÓN

Se incluyeron pacientes que fueron evaluados en el Instituto por interconsulta neuropsiquiátrica en un periodo de 6 meses, correspondiendo el diagnóstico de *delirium* a un 32% de todas las patologías evaluadas; la catatonía a 9,6% de los casos. En un estudio retrospectivo realizado previamente en este mismo Instituto se obtuvo un porcentaje similar de pacientes con *delirium* de 38,5% en 2 años y la catatonía fue el síndrome más frecuente entre los pacientes con infecciones del sistema nervioso central. Otros estudios han mostrado diferentes cifras de acuerdo al tipo de

pacientes donde se realicen los estudios. En unidad de cuidados intensivos el porcentaje de pacientes con *delirium* puede llegar hasta del 80%, en población geriátrica hasta el 50% y en pacientes adultos hospitalizados del 10 al 40%. Igualmente en catatonía los porcentajes han fluctuado entre 7 a 17% en pacientes psiquiátricos y de 4 a 40% en pacientes con patología orgánica.

En cuanto a las variables sociodemográficas pudo observarse que los hombres fueron el doble que las mujeres. Esto puede explicarse por varias razones entre ellas porque sólo se toman pacientes con ciertos diagnósticos, es posible que pacientes de sexo femenino tengan un porcentaje mayor de otros diagnósticos neuropsiquiátricos y que el instituto es un centro de referencia para patologías neurológicas y neuroquirúrgicas más complejas de México, lo que podría modificar la epidemiología. Otro estudio en donde también se comparó el *delirium* contra catatonía se reportó un porcentaje similar de distribución en sexo siendo los hombres un 73.7% de la muestra aunque con predominio de mujeres en la catatonía.

Aunque no hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados, los pacientes con *delirium* se caracterizaron por tener una mayor edad que los pacientes con catatonía. En general, los estudios han mostrado una mayor prevalencia de casos de *delirium* en pacientes mayores de 55 años lo que está en concordancia con nuestro estudio. En cuanto a pacientes con catatonía los resultados son variables y algunos muestran un riesgo mayor en pacientes mayores de 65 años mientras que otros estudios han reportado una mayor prevalencia en pacientes menores; en población psiquiátrica, no se presentaron diferencias importantes en otras variables sociodemográficas.

La gran mayoría de pacientes tanto los que presentaron diagnóstico de catatonía, como los que presentaron *delirium* estaban solteros o casados, se encontraban en un nivel socioeconómico 1 ó 2 y la escolaridad estuvo entre primaria y preparatoria. El Instituto además de ser un centro de referencia para las patologías neurológicas es una entidad oficial que cuenta con un gran número de usuarios entre los estratos más bajos.

Todos los pacientes con *delirium* presentaron diagnósticos neurológicos como era de esperarse en una institución especializada en este tipo de casos clínicos. El que se presentó con más frecuencia fue neoplasia cerebral que pudiera también estar asociado a la alta tasa de complicaciones que presentaron estos pacientes. Llama la atención la gran diferencia entre diagnósticos de pacientes con sólo catatonía y con ambos diagnósticos. Los primeros tuvieron predominio de

diagnósticos psiquiátricos entre los que se encontró esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, psicosis y trastorno afectivo bipolar mientras que en los segundos el predominio fue de cuadros neurológicos entre los que sobresalió la encefalitis. Aunque en el estudio de Grove⁸ no se especifica cuáles fueron los diagnósticos que presentaron los pacientes dice que se excluyeron los que tuvieran antecedentes de esquizofrenia o trastornos afectivos lo cual hace sospechar que todo el grupo de pacientes en ese estudio presentaba enfermedades médicas no psiquiátricas incluyendo el 12.7% que presentó catatonia por el DSM-5. Este tipo de resultados puede abrir la puerta al debate sobre la necesidad de modificar los criterios de la catatonia debida a la condición médica general el cual hasta el momento no puede ser realizado si se presenta exclusivamente durante un episodio de *delirium*.

Los pacientes con catatonia sólo presentaron un 10% de complicaciones mientras los que presentaron ambos diagnósticos más del 80%. Varios estudios en la literatura han dado evidencia sobre la morbi-mortalidad asociada a la catatonia sea esta de origen orgánico o neurológico¹⁶. En este caso se plantea la hipótesis que tuvieron mayores complicaciones aquellos que presentaron ambos diagnósticos por los cuadros neurológicos que presentaron entre los se encontraban encefalitis, epilepsia y meningoencefalitis.

Vale la pena mencionar que los pacientes con catatonia tenían en su mayoría cuadros psiquiátricos estos no siempre fueron la causa de su catatonia. Similares reportes han sido dados desde mucho tiempo atrás y desmienten de nuevo que la catatonia sea una forma unitaria de insanía, ya que los pacientes pueden presentar asociado con frecuencia cuadros neuropsiquiátricos.

En cuanto al desenlace de la estancia hospitalaria en términos generales se observó que los pacientes que presentaban ambos diagnósticos eran los que permanecían más tiempo hospitalizados, con mayor número de días con presencia de síntomas de *delirium* como de catatonia y mayor tiempo con los diferentes tipos de tratamiento que recibieron para el síndrome. En el estudio realizado por Grover se presentó una correlación entre severidad de los síntomas de la escala Bush y Francis y el puntaje total de la escala DRS. Algunos estudios plantean que los pacientes con diagnóstico de catatonia asociado a condiciones médicas generales tienen una peor morbilidad y pronóstico que los pacientes con catatonia asociada a trastornos psiquiátricos como el trastorno afectivo bipolar o esquizofrenia. En este estudio la mayoría de pacientes con ambos diagnósticos presentaban cuadros neurológicos, lo que puede estar en correlación con la literatura y explicar

sus estancias prolongada y mayor persistencia en los síntomas.

El 100% de los pacientes con catatonia bien fuera única o acompañada de *delirium* recibieron tratamiento con benzodiacepinas lo cual está en relación con muchas de las recomendaciones que se hacen sobre el tratamiento de esta entidad. Para muchos autores juegan el papel más importante en el manejo de la catatonia y buena respuesta tiene que ver con la relación que se ha encontrado con el sistema GABA, con la disminución significativa de receptores cuando se hacen estudios comparando con sujetos control. Sin embargo, otros autores han planteado que no siempre hay buena respuesta hacia las benzodiacepinas argumentando que no siempre es el sistema GABA el que está implicado sino también otros como en el caso de los pacientes esquizofrénicos en el que puede predominar una disfunción dopamínérgica. Los pacientes con diagnóstico de *delirium* sólo recibieron benzodiacepina en un 8,6% de los casos lo que está en relación con las guías de tratamiento que recomiendan sólo usar este tipo de medicamentos en caso de que el síndrome confusional sea provocado por el alcohol, en caso de convulsiones o si el paciente requiere sedación por su condición.

Casi todos los pacientes con *delirium* o catatonia recibieron manejo con antipsicóticos. La indicación en los casos de catatonia es evitarlos por el riesgo que estos puedan causar síndrome neuroléptico maligno. En este caso el uso de este tipo de medicamentos está explicado en el tratamiento de las patologías que acompañan el síndrome. En el caso de pacientes psiquiátricos para el manejo de síntomas como alucinaciones, delirios, conducta desorganizada y además presentaban *delirium* para el manejo de la agitación psicomotora, agresividad, alteraciones perceptuales y del contenido del pensamiento. En los casos de catatonia siempre fueron usados antipsicóticos de una menor incidencia de efectos secundarios de tipo motor como la olanza-pina y la quetiapina. Más del 80% de los pacientes con *delirium* recibieron tratamiento con antipsicóticos que están indicados como primera línea en muchas de las guías de manejo.

Los medicamentos estimulantes también fueron usados sobretodo en pacientes que presentaban ambos diagnósticos. Este tipo de medicamentos están indicados como adyuvantes en los pacientes con catatonia que presentan un subtipo inhibido o alteraciones volitivas. La recomendación es sobre todo con el uso de dopamínérgicos en pacientes cuya causa de la catatonia sea farmacológica o que presenten síndrome neuroléptico maligno. Se han usado amantadina, dantrolene, bromocritina y levodopa con resultados sa-

tisfactorios; también hay reportes de casos con metilfenidato.

El 50% de pacientes con catatonia y 6.2% de los que presentaron ambos diagnósticos recibieron terapia electroconvulsiva. Esta continua siendo el tratamiento de elección junto con las benzodiacepinas para la catatonia en muchos estudios. En el caso específico de este estudio se utilizó más para pacientes que presentaban catatonia secundaria a causas psiquiátricas ya que en los pacientes con causas neurológicas se utilizaron otros tipos de terapias como plasmaféresis que recibieron 31.2% de los que presentaban *delirium* y catatonia. Esto último se debe a que las causas que llevaron a la catatonia se confirmaron o sospecharon fueran encefalitis autoinmunes y fue este tratamiento junto con otros inmunomoduladores los que llevaron a la mejoría de los pacientes. Vale la pena resaltar que la catatonia al igual que el *delirium* son síndromes cuya resolución también va a depender de la resolución de la causa de base.

En el estudio de Grover ya se había observado que la mayoría de los pacientes que presentaban catatonia presentaban *delirium* tipo hipoactivo y mixto mientras que los que no presentaban catatonia presentaban con mayor frecuencia *delirium* hiperactivo. Se encontraron similares resultados ya que la gran mayoría de pacientes que presentaban ambos diagnósticos puntuaron para *delirium* hipoactivo (81.2%) y los pacientes con sólo *delirium* en su mayoría (43%) presentaron un subtipo de cuadro confusional hiperactivo.

CONCLUSIÓN

El 70% de los pacientes presentó un subtipo de excitación catatónica que está caracterizado por presencia de verbigeraciones, excitación motora, iteracciones, conductas de utilización e impulsividad. Este tipo de catatonia no es tan frecuente, en general se presenta más asociada a cuadros psiquiátricos como manía bipolar. En la literatura está más asociado el subtipo inhibición catatónico a los pacientes con esquizofrenia. Los pacientes que presentaron ambos diagnósticos tuvieron un 37,5% de subtipo inhibición o estupor catatónico (rigidez, inhibición motora, mutismo, gegenhalten y parakinesias) y un 25% de alteraciones en la volición; catalepsia (rituales, flexibilidad cérea, negativismo, respuesta exagerada, obediencia automática y adopción de posturas). Esto último está de acuerdo con la literatura en donde la gran mayoría de cuadros asociados a enfermedad médica presentan cuadros de inhibición o alteración de la volición.

En un estudio reciente donde se plantea un nuevo

subtipo de *delirium* con características catatónicas se analizaron 13 casos tomados de la literatura y 3 casos de pacientes que estudiaron los autores y observaron que de acuerdo al DSM IV los síntomas en que más puntuaron los pacientes para catatonia fueron: mutismo en 14 pacientes, retramiento 10, adopción de posturas 8, inmovilidad 8, mirada fija 7, negativismo 6 y rigidez 6. En nuestro estudio de los 70 pacientes con sólo *delirium* se observó de acuerdo al DSM 5 que 7 pacientes puntuaron para estupor o ausencia de actividad psicomotora, 5 pacientes puntuaron para mutismo, 4 para negativismo y 15 para agitación. Puede plantarse que puede existir un solapamiento entre ambos diagnósticos, ya que pueden compartirse síntomas entre *delirium* de tipo hipoactivo y catatonia. Fink y Taylor han advertido sobre el cuidado que debe tenerse en ciertos síntomas que podrían hacer un diagnóstico erróneo de una catatonia. Entre estos el mutismo es un síntoma común de entidades neurológicas, el estupor puede ser explicado por fármacos con propiedades sedantes, por estados pos-ictales, eventos cerebrovasculares y encefalitis. La rigidez puede estar presente en parkinsonismo por uso de antipsicóticos o de Parkinson y conductas repetitivas como estereotipias, muecas o tics pueden encontrarse en pacientes obsesivos compulsivos o con Gilles de la Tourette. Es por esta razón que en el análisis de los casos que comparten este tipo de diagnóstico deben tomar peso síntomas duros como flexibilidad cérea, catalepsia, mitgehen, gegenhalten y obediencia automática.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Fink M. Catatonia from its creation to DSM-V: Considerations for ICD. *Indian J Psychiatry* 2011;53(3):214-7.
2. Association AP. DSM 5. Ame Psych Publishing 2013;969.
3. Lawlor PG, Bush SH. *Delirium diagnosis, screening and management*. *Curr Opin Support Palliat Care* 2014;8(3):286-95.
4. Ueda S, Takeuchi J, Okubo Y. Successful use of olanzapine for catatonia following *delirium*. *Psych Clin Neurosci* 2012; 66(5):465.
5. Nunes ALS, Cheniaux E. *Delirium and mania with catatonic features in a Brazilian patient: response to ECT*. *J Neuropsych Clin Neurosci* 2014;26(1):E1-3.
6. Upadhyaya SK, Pathania M, Sharma A. *Multiple-etiiology delirium and catatonia in an alcoholic with tubercular meningoencephalitis*. *Ind Psychiatry J* 2011;20(2):139-41.
7. Grover S, Ghosh A, Ghormode D. Do patients of delirium have catatonic features? An exploratory study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2014;68(8):644-51.
8. *Delirium with catatonic features: a new subtype?* [psychiatric times [Internet]. 2009 [citado 17 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.psychiatrictimes.com/articles/delirium-catatonic-features-new-subtype>
9. Seethalakshmi R, Dhavale S, Suggu K, Dewan M. *Catatonic syndrome: importance of detection and treatment with lorazepam*. *Ann Clin Psychiatry off J Am Acad Clin Psychiatr* 2008;20(1):5-8.
10. Rosebush PI, Hildebrand AM, Furlong BG, Mazurek MF.

- Catatonic syndrome in a general psychiatric inpatient population: frequency, clinical presentation, and response to lorazepam. *J Clin Psychiatry* 1990;51(9):357-62.
11. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. I. Rating scale and standardized examination. *Act Psych Scand* 1996;93(2):129-36.
 12. Peralta V, Cuesta MJ, Serrano JF, Mata I. The Kahlbaum syndrome: a study of its clinical validity, nosological status, and relationship with schizophrenia and mood disorder. *Compr Psychiatry* 1997;38(1):61-7.
 13. Ocampo Regla M, Ruiz López I, Sosa AL, Colin Piana R. Detección y frecuencia del síndrome catatónico en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía México. *Arch Neurocienc Méx* 2003;8(2):64-9.
 14. Bräunig P, Krüger S, Shugar G. Prevalence and clinical significance of catatonic symptoms in mania. *Compr Psychiatry* 1998;39(1):35-46.
 15. Starkstein SE, Petracca G, Tesón A, Chemerinski E, Merello M, Migliorelli R, et al. Catatonia in depression: prevalence, clinical correlates, and validation of a scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996;60(3):326-32.
 16. Der G, Gupta S, Murray RM. Is schizophrenia disappearing? *Lancet* 1990;335(8688):513-6.
 17. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, Walsh D. Outcome and family study of the subtypes of schizophrenia in the west of Ireland. *Am J Psychiatry* 1994;151(6):849-56.
 18. Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, et al. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med* 1986;16(4):909-28.
 19. Delirium in Critical Care. Anesthesia, intensive care, pain management [Internet]. Cambridge University Press. [17 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.cambridge.org/us/academic/subjects/medicine/anesthesia-intensive-care-pain-management/delirium-critical-care>
 20. Pisani MA, Kong SYJ, Kasl SV, Murphy TE, Araujo KLB, Van Ness PH. Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;180(11):1092-7.
 21. Neufeld KJ, Thomas C. Delirium: definition, epidemiology, and diagnosis. *J Clin Neurophysiol Off Publ Am Electroencephalogr Soc* 2013;30(5):438-42.
 22. Williams ST. Pathophysiology of encephalopathy and delirium. *J Clin Neurophysiol Off Publ Am Electroencephalogr Soc* 2013;30(5):435-7.
 23. Ely EW, Gautam S, Margolin R, Francis J, May L, Speroff T, et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med* 2001; 27(12): 1892-900.
 24. Fink M. Catatonia: a syndrome appears, disappears, and is rediscovered. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 2009; 54(7):437-45.
 25. Addonizio G, Susman VL, Roth SD. Neuroleptic malignant syndrome: review and analysis of 115 cases. *Biol Psychiatry* 1987;22(8):1004-20.
 26. Munoz RA. Neuroleptic malignant syndrome and lethal catatonia. *Am J Psychiatry* 1987;144(10):1369-70.
 27. Singerman B, Raheja R. Malignant catatonia-a continuing reality. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr* 1994;6(4):259-66.
 28. Caroff SN. The neuroleptic malignant syndrome. *J Clin Psychiatry* 1980;41(3):79-83.
 29. Harsch HH. Neuroleptic malignant syndrome: physiological and laboratory findings in a series of nine cases. *J Clin Psychiatry* 1987;48(8):328-33.
 30. Meltzer HY, Cola PA, Parsa M. Marked elevations of serum creatine kinase activity associated with antipsychotic drug treatment. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol* 1996;15(4):395-405.
 31. Northoff G, Wenke J, Pflug B. Increase of serum creatine phosphokinase in catatonia: an investigation in 32 acute catatonic patients. *Psychol Med* 1996;26(3):547-53.
 32. Rosebush PI, Mazurek MF. Serum iron and neuroleptic malignant syndrome. *Lancet* 1991;338(8760):149-51.
 33. Lee JW. Serum iron in catatonia and neuroleptic malignant syndrome. *Biol Psychiatry* 1998;44(6):499-507.
 34. Lee JW, Schwartz DL, Hallmayer J. Catatonia in a psychiatric intensive care facility: incidence and response to benzodiazepines. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr* 2000;12(2):89-96.
 35. Mann SC, Caroff SN, Bleier HR, Welz WK, Kling MA, Hayashida M. Lethal catatonia. *Am J Psychiatry* 1986;143(11):1374-81.
 36. Fricchione GL. Neuroleptic catatonia and its relationship to psychogenic catatonia. *Biol Psychiatry* 1985;20(3):304-13.
 37. Kellam AM. The neuroleptic malignant syndrome, so-called. A survey of the world literature. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1987;150:752-9.
 38. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(2):137-43.
 39. Caroff SN, Mann SC. Neuroleptic malignant syndrome. *Med Clin North Am* 1993;77(1):185-202.
 40. Kostas TRM, Zimmerman KM, Rudolph JL. Improving delirium care: prevention, monitoring, and assessment. *The Neurohospitalist* 2013;3(4):194-202.
 41. Fink M, Taylor MA. Drs. Fink and Taylor Reply. *Am J Psychiatry* 2007;164(3):525.
 42. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Ed. Médica Panamericana; 2000.
 43. Fink M, Taylor MA. Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment. Cambridge University Press; 2006. 280.
 44. Bräunig P, Krüger S, Shugar G, Höffler J, Börner I. The catatonia rating scale I-development, reliability, and use. *Compr Psychiatry* 2000;41(2):147-58.
 45. Krüger S, Bagby RM, Höffler J, Bräunig P. Factor analysis of the catatonia rating scale and catatonic symptom distribution across four diagnostic groups. *Compr Psychiatry* 2003;44(6):472-82.
 46. Trzepacz PT, Baker RW, Greenhouse J. A symptom rating scale for delirium. *Psychiatry Res* 1988;23(1):89-97.
 47. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986;143(1):35-9.
 48. Yudofsky SC, Kopecky HJ, Kunik M, Silver JM, Endicott J. The overt agitation severity scale for the objective rating of agitation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997;9(4):541-8.
 49. Ramírez-Bermúdez J, Aguilar-Venegas LC, Calero-Moscóso C, Ramírez-Abascal M, Nente-Chávez F, Flores-Reynoso S, et al. Neurology-psychiatry interface in central nervous system diseases. *Gac Méd Méx* 2010;146(2):108-1.

ARTÍCULO SIN CONFLICTO
DE INTERÉS
