



### **TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL**

Marina Fernández Fariña, Federico Mayor Sanabria, María del Pilar Paz Otero, Estela Lozano Bori

[marina.fdezf@gmail.com](mailto:marina.fdezf@gmail.com)

Catatonía, Tratamiento, Benzodiazepinas, Terapia Electroconvulsiva

### **RESUMEN**

En cuanto al manejo de la catatonía, generalmente precisa de un abordaje a nivel hospitalario. Para ello, nos basamos en tres bloques de igual importancia para conseguir la resolución del cuadro.

En el primero se prioriza la prevención y tratamiento de complicaciones somáticas en pacientes con catatonía, todo esto mediante el manejo de la desnutrición y deshidratación, el manejo de las complicaciones tromboembólicas y osteomusculares, el cuidado de las úlceras de presión, así como la vigilancia estrecha de retención aguda de orina, estreñimiento o impactación.

En el segundo bloque se trataría la patología de base, a través de la identificación precoz de la patología que subyace a los síntomas, que puede ser tanto somática como psiquiátrica y que mejora su pronóstico.

En el tercer y último bloque abordamos el tratamiento de la catatonía, siendo los tratamientos de elección las benzodiazepinas y la terapia electroconvulsiva. La eficacia de estos tratamientos es del 60-80% y el objetivo es la resolución completa de la sintomatología.

## TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL

Es importante diferenciar el tratamiento de la catatonía no maligna y la catatonía maligna. También, hablaremos del tratamiento de mantenimiento tras la resolución del episodio agudo, aunque no hay unas recomendaciones claras actualmente.

Por último, mencionaremos otros tratamiento empleados en la catatonía como pueden ser los antipsicóticos o algunos antiepilépticos, entre otros.

El pronóstico de la catatonía es generalmente favorable, sin embargo es muy dependiente del reconocimiento precoz del cuadro, dado que sin un tratamiento precoz el paciente puede desarrollar una Catatonía Maligna.

### ÍNDICE

1. Prevención y tratamiento de complicaciones somáticas en pacientes con catatonía.
2. Tratamiento de la patología de base.
3. Tratamiento de la catatonía.
  - a) Principios generales de uso de Benzodiazepinas en catatonía.
  - b) Principios generales de uso de Terapia Electroconvulsiva en catatonía.
  - c) Manejo de la catatonía no maligna.
  - d) Manejo de la catatonía maligna.
  - e)

## TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL

- f) Tratamiento de mantenimiento tras resolución del episodio agudo.
  - g) Otros tratamientos.
4. Pronóstico de la catatonía.
  5. Conclusiones.
  6. Bibliografía

El manejo de la catatonía precisa generalmente de un abordaje a nivel hospitalario, tanto por el tipo de tratamiento que se utiliza, como por la gravedad de la clínica que pueden presentar. Este se basa en tres bloques de igual importancia para conseguir una resolución del cuadro y que vamos a exponer en adelante:

### **1. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES SOMÁTICAS EN PACIENTES CON CATATONÍA**

Se trata del primer bloque de tratamiento y se realiza fundamentalmente de la siguiente forma:

En primer lugar, se aborda la posible existencia de desnutrición y deshidratación. Esto puede ocurrir en pacientes con rechazo a la ingesta y deben registrarse los balances hídricos y valorar necesidad de alimentación parenteral o sueroterapia.

Nos encargáramos del manejo de posibles complicaciones tromboembólicas, ya que hasta en el 25% de los pacientes catatónicos aparecen trombosis venosas profundas, sobre todo

## **TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL**

en pacientes con catatonías inhibidas. Se deben aplicar medidas preventivas como favorecer la deambulaci3n en la medida de lo posible, uso de medias de compresi3n y valorar la necesidad de introducir anticoagulaci3n si la inmovilizaci3n es prolongada.

Posteriormente nos ocuparíamos del manejo de complicaciones osteomusculares, con cuidados mediante fisioterapia activa o mediante movimientos pasivos.

Tambi3n puede ser necesario el cuidado de las úlceras de presi3n, sobre todo en catatonías inhibidas, con medidas de liberaci3n de presi3n, con cambios posturales cada dos horas, y cubriendo prominencias óseas.

Por último, es importante una vigilancia estrecha de la aparici3n de una retenci3n aguda de orina y de estreñimiento o impactaci3n. Sobre todo en catatonías inhibidas, pueden precisar de sondajes u otras intervenciones.

## **2. TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DE BASE**

La identificaci3n precoz de la patología que subyace a los sntomas catatoniformes, mejora su pron3stico. Estas pueden ser variadas, tanto somáticas (causa metab3lica, infecciosa, o neurol3gica, priorizando, en estos casos, el tratamiento de la enfermedad m3dica si así lo requiere), como psiquiátricas.

De manera general, se recomienda un uso cuidadoso en estas últimas de los antipsic3ticos. Existe recomendaci3n de evitar los antipsic3ticos (sobre todo los de 1ª generaci3n), pero tambi3n otros fármacos bloqueadores de dopamina como los antieméticos. Los antipsic3ticos de 2ª generaci3n podrían ser de utilidad para el tratamiento de la catatonía, debiendo priorizar aquellos con un perfil de bajo antagonismo D2 y mayor agonismo parcial D2. Sin embargo es importante recordar que todos los antipsic3ticos, aunque su perfil receptorial sea más selectivo, pueden precipitar o empeorar la catatonía, por lo que algunos autores recomiendan combinar siempre los antipsic3ticos con benzodiazepinas.

## TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL

Además, tratar la catatonía con antipsicóticos puede aumentar el riesgo de Síndrome Neuroléptico Maligno, especialmente en pacientes deshidratados, con antipsicóticos intramusculares o en escalada rápida de dosis. En la Catatonía maligna todos los antipsicóticos están contraindicados. Cuando la catatonía se haya resuelto y el paciente se encuentre estable hemodinámicamente, con ingestas adecuadas, y movilidad normal, se podría considerar la introducción de un antipsicóticos. La introducción de los estos debería hacerse con cautela, con exploración reglada de inestabilidad autonómica y recurrencia de síntomas catatónicos. Las benzodiazepinas, si fueron útiles para la resolución del episodio de catatonía, deberían mantenerse mientras se introduce el antipsicótico.

### 3. TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA

Existen 3 conceptos claves sobre el manejo de los síntomas catatónicos:

- Los tratamientos de elección son las Benzodiazepinas y la Terapia Electroconvulsiva.
- La eficacia de estos tratamientos es del 60-80% de forma global.
- El objetivo del tratamiento es la resolución completa de la sintomatología.

#### a) Principios generales de uso de Benzodiazepinas en catatonía

- Las benzodiazepinas pueden administrarse de forma intravenosa, intramuscular o vía oral. Se suele preferir de manera inicial la vía intravenosa para asegurar la adherencia, y garantizar una mayor rapidez de acción y absorción completa. La infusión debe hacerse de forma lenta. Progresivamente, puede hacerse la transición a forma oral.

## TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL

- El lorazepam es generalmente la benzodiacepina más usada, iniciando con 1-2mg tres veces al día (es decir, 3-6mg diarios). Progresivamente, se pueden aumentar 3mg diarios cada 48h aproximadamente, pudiendo ser necesarias dosis entre 21-30mg. Las dosis generalmente necesaria es de 6-21mg. En pacientes que ya toman lorazepam por otra indicación cuando tienen el episodio de catatonía se añade esta pauta (1-2mg tres veces al día) a la pauta preexistente de lorazepam.

- Aunque se suele usar el lorazepam, hay experiencia clínica de respuesta también a otras benzodiacepinas (diazepam, clonazepam, clorazepato, midazolam, alprazolam). No existen estudios aleatorizados comparativos entre diferentes benzodiacepinas, por lo que la Revisión Cochrane de 2019 no concluye a favor de ninguna de ellas (el único estudio incluido comparaba lorazepam con oxacepam, con resultados no significativos).

- Hay que recordar que la catatonía es un estado en el que generalmente las dosis altas de benzodiacepinas son toleradas sin inducir excesiva sedación. Por ello es imprescindible vigilar la somnolencia excesiva, que puede ser predictora de riesgo de depresión respiratoria, sobre todo en pacientes con medicación concomitante con opioides/sedantes, con factores de riesgo cardiovascular, con obesidad, edad avanzada o depleción de volumen. En estos pacientes se recomienda iniciar el tratamiento con dosis más bajas (0,5mg tres veces al día) y vigilancia estrecha.

### b) Principios generales de uso de Terapia electroconvulsiva (TEC) en catatonía

- Independientemente del tipo de catatonía, debe administrarse un mínimo de 6 sesiones de TEC para evitar recurrencias.

## TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL

- No hay contraindicaciones absolutas para el TEC. En casos con masa ocupantes de espacio intracraneal, hipertensión intracraneal, feocromocitoma, infarto agudo de miocardio reciente, hemorragia cerebral o enfermedad pulmonar severa debe evaluarse el riesgo-beneficio. No existe contraindicación para el TEC en catatonías de origen orgánico, habiendo casos reportados en la literatura de su uso en catatonías asociadas a Esclerosis Múltiple, Lupus Eritematoso Sistémico, encefalitis...

- La técnica no difiere de la administración para otras indicaciones. Generalmente se administra TEC bilateral de onda/pulso corto, aunque también se ha usado la modalidad unilateral. Se administra directamente bilateral en catatonías de características malignas, riesgo vital o respuesta previa a estimulación bilateral. Se puede intentar Unilateral en pacientes naive o con respuesta previa.

- El régimen de administración es de tres sesiones semanales, aunque los pacientes con catatonía maligna pueden precisar sesiones diarias hasta conseguir la estabilidad fisiológica del paciente.

- Los pacientes con catatonía asociada a gran inmovilidad tienen mayor riesgo de hiperkalemia asociada al uso de succinilcolina, por lo que sería de elección el uso de otros relajantes musculares no despolarizantes como el rocuronio.

### c) Manejo de la catatonía no maligna

El tratamiento se inicia con benzodicepinas, que suelen tener una respuesta del 70-80%, y con respuesta clínica en menos de una semana. Existen factores clínicos predictores de buena respuesta a benzodicepinas, como que el lorazepam challenge fuera efectivo o la presencia de un trastorno afectivo de base (en las psicosis la respuesta es ligeramente

## **TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL**

inferior). No parece haber relación entre la respuesta a benzodiazepinas y el número o patrón de síntomas, la edad o el sexo.

En caso de ausencia de respuesta a benzodiazepinas (no está estandarizado ni claramente definido qué constituye una ausencia de respuesta), se administrará TEC. El TEC puede ser de primera elección en pacientes con contraindicación para benzodiazepinas (embarazadas, Trastorno por Uso de Sustancias), trastorno afectivo claro de base o necesidad de respuesta rápida. Se han documentado respuesta al TEC del 80%-100% en función de la serie de casos, incluso de los casos refractarios a benzodiazepinas. Se han descrito factores predictores de rapidez de respuesta a TEC como una mayor puntuación en la escala Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BF-CRS), presencia de flexibilidad cérica, resistencia a los movimientos o trastorno afectivos, que pueden relacionarse con una respuesta más rápida al TEC. Se ha descrito asimismo que los ecofenómenos predicen una respuesta más lenta, y que los pacientes con trastornos psicóticos crónicos con sintomatología catatónica larvada parecen presentar una respuesta inferior.

En caso de ausencia de respuesta a TEC en monoterapia, se administrará TEC más benzodiazepinas. En estos casos, se recomienda la administración previa al TEC de Flumazenilo para revertir el efecto anticonvulsivante de las benzodiazepinas.

Si tras tres sesiones de TEC más benzodiazepinas, se continúa sin respuesta, se aconseja replantear el diagnóstico, evaluar la calidad del TEC, focalizarse en tratamiento de patología subyacente o valorar la posibilidad de que sea un Síndrome Neuroleptico Maligno (sobre todo, en contexto de pacientes con fármacos depot, que requieren de una vigilancia estrecha hasta su metabolización completa).

### **d) Manejo de la catatonía maligna**

## **TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL**

El tratamiento de la catatonía maligna es el TEC, que debe administrarse de forma precoz, idealmente en los cinco primeros días, lo que se relaciona con su pronóstico.

De forma inicial, se pueden usar benzodiazepinas durante el proceso de obtención del Consentimiento Informado y preparación para el TEC. La respuesta al TEC en catatonía maligna es del 89% y solo del 40% para benzodiazepinas. Cuando comience el TEC se suspende la benzodiazepinas. Deben administrarse mínimo seis sesiones de TEC y, si es efectivo, continuar hasta resolución del cuadro.

Si no se consigue una respuesta completa al TEC en monoterapia, se debe valorar introducir benzodiazepinas (TEC + benzodiazepinas). En caso de usar terapia de benzodiazepinas + TEC se recomienda la administración previa a la TEC de Flumazenilo para revertir el efecto anticonvulsivante de las benzodiazepinas.

Si tras tres sesiones de TEC + benzodiazepinas, se continua sin respuesta, se aconseja replantear el diagnóstico, evaluar la calidad del TEC, focalizarse en tratamiento de patología subyacente o valorar la posibilidad de que sea un Síndrome Neuroléptico Maligno (sobre todo, en contexto de pacientes con fármacos depot, que requieren de una vigilancia estrecha hasta su metabolización completa).

### e) Tratamiento de mantenimiento tras resolución del episodio agudo

No hay consenso ni recomendaciones claras sobre el tratamiento de mantenimiento.

## TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL

Puede ser necesario mantener el tratamiento de benzodiazepinas en los tres-seis meses posteriores al episodio para mantener la recuperación, y posteriormente disminuir y discontinuar la dosis. En otros pacientes puede ser necesario mantener el tratamiento a largo plazo.

Existen casos documentados de TEC de mantenimiento para pacientes con persistencia de síntomas catatónicos

### f) Otros tratamientos

Se han utilizado otros tratamientos para el abordaje de la catatonía, como pueden ser:

- Antipsicóticos: para los cuadros con mucha sintomatología psicótica, priorizando aquellos con baja afinidad por receptores D2 o con agonismo parcial D2 elevado.
- Fármacos antiepilépticos: como la Carbamazepina, el Topiramato, el Valproico (aumento de la neurotransmisión gabaérgica) o la Lamotrigina.
- Zolpidem: que es un modulador alostérico positivo de GABA-A.
- Antagonistas NMDA: en concreto la memantina. Tiene pequeña evidencia y no queda claro si son útiles por el antagonismo glutamatérgico o si tienen efectos indirectos sobre el GABA y DA.
- Dopaminérgicos: como la bromocriptina o la amantadina.

## **TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL**

- Estimulación magnética transcraneal y otras técnicas de neuroestimulación sobre la corteza prefrontal dorsolateral (circuitos cortico-corticales entre el cortex prefrontal y los ganglios basales), pudiendo influir en la transmisión gabaérgica.
- Oxitocina: por su impacto en miedo y ansiedad al actuar sobre la amígdala.

### **4. PRONÓSTICO DE LA CATATONÍA**

El pronóstico de la catatonía es generalmente favorable, especialmente para los subtipos inhibido y excitado. Sin embargo es muy dependiente del reconocimiento precoz del cuadro, dado que sin un tratamiento precoz el paciente puede desarrollar una Catatonía Maligna. Influye asimismo la naturaleza y severidad de la patología subyacente (psiquiátrica o médica). En la Catatonía maligna la mortalidad es hasta del 20%, pudiendo tener morbilidad asociada de forma permanente (déficits cognitivos, síndromes de apatía, estenosis de extremidades). Hay casos de catatonias recurrentes, se ha propuesto su relación con alteraciones genéticas en el cromosoma 15 (15q15).

### **5. CONCLUSIONES**

- En el abordaje de la catatonía maligna es importante tanto prevenir y tratar las complicaciones somáticas que pueda tener el paciente, como tratar la patología de base, además de la catatonía en sí, para mejorar el pronóstico.
- Los tratamientos de elección para la catatonía son las Benzodiazepinas y la Terapia Electroconvulsiva.
- El lorazepam es generalmente la benzodiazepina más usada, siendo preferible de manera inicial la vía intravenosa.

## TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL

- Independientemente del tipo de catatonía, debe administrarse un mínimo de 6 sesiones de TEC para evitar recurrencias.
- No hay contraindicaciones absolutas para el TEC y la técnica no difiere de la administración para otras indicaciones. Generalmente se administra TEC bilateral de onda/pulso corto.
- El tratamiento de la catatonía no maligna se inicia con benzodiazepinas. En caso de ausencia de respuesta, se administrará TEC, pudiendo ser de primera elección en pacientes con contraindicación para benzodiazepinas, trastorno afectivo claro de base o necesidad de respuesta rápida. En caso de ausencia de respuesta a TEC en monoterapia, se administrará TEC más benzodiazepinas. En estos casos, se recomienda la administración previa al TEC de Flumazenilo para revertir el efecto anticonvulsivante de las benzodiazepinas.
- El tratamiento de la catatonía maligna es el TEC, que debe administrarse de forma precoz, idealmente en los cinco primeros días, lo que se relaciona con su pronóstico. De forma inicial, se pueden usar benzodiazepinas durante la preparación para el TEC. Cuando comience el TEC se suspende la benzodiazepinas. Si no se consigue una respuesta completa al TEC en monoterapia, se debe valorar introducir benzodiazepinas. En caso de usar terapia de benzodiazepinas + TEC se recomienda la administración previa a la TEC de Flumazenilo para revertir el efecto anticonvulsivante de las benzodiazepinas.
- Tanto en la catatonía maligna como en la no maligna, cuando no hay respuesta al tratamiento, se aconseja replantear el diagnóstico, evaluar la calidad del TEC, focalizarse en tratamiento de patología subyacente o valorar la posibilidad de que sea un Síndrome Neuroléptico Maligno.
- No hay consenso ni recomendaciones claras sobre el tratamiento de mantenimiento.

## TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL

- Se han utilizado otros tratamiento para el abordaje de la catatonía, como los antipsicóticos, fármacos antiepilépticos, zolpidem, oxitocina, y dopaminérgicos entre otros.
- El pronóstico de la catatonía es generalmente favorable, especialmente para los subtipos inhibido y excitado pero es muy dependiente de la patología subyacente y del reconocimiento precoz del cuadro.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Coffey MJ. Catatonia: treatment and prognosis. UpToDate, 2021.
2. Lloyd JR, Silverman ER, Kugler JL, Cooper JJ. Electroconvulsive Therapy for patients with Catatonia: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2020; 16, 2191-2280.
3. Pelzer ACM, Van der Heijden F, den Boer E. Systematic review of catatonia treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2018; 14, 317-326.
4. Zaman H, Gibson RC, Walcott G. Benzodiazepinas for catatonia in people with schizophrenia or other serious mental illnesses (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019, Issue 8, Art. No: CD006570
5. Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and its treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 2010 vol 36, no 2, pp 239-242.
6. Beach SR, Gómez-Bernal F, Huffman JC, Fricchione GL. Alternative treatment strategies for catatonia: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 2017; 48:1-19.

## **TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA: HACIA UN ABORDAJE INTEGRAL**

7. Hansbauer M, Wagner E, Strube W, Röh A et al. rTMS and tDCS for the treatment of catatonia: a systematic review. *Schizophrenia Research*, 2020.