

## JORDI Y LA CATATONIA: «MI MADRE ESTÁ MUERTA»

SERGI PIÑAR RODRÍGUEZ

Enfermero especialista en salud mental. Área de Salud Mental.  
Parc de Salut Mar/Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions.  
Barcelona.

### RESUMEN DEL CASO

La catatonia se considera un síndrome neuropsiquiátrico infratratado e infradiagnosticado, que presenta buen pronóstico si se trata de forma precoz, evitando complicaciones y riesgo vital. Se estima una prevalencia de catatonia del 9,2 %, siendo frecuente tanto en enfermedades médicas (neurológicas y no neurológicas, intoxicación por fármacos y sustancias), como en las psiquiátricas (esquizofrenia, depresión). Precisa de una aproximación multidisciplinaria para afinar el diagnóstico etiológico. El tratamiento de primera elección son las benzodiacepinas y la terapia electroconvulsiva; paralelamente y no de forma menos importante, los pacientes precisan de cuidados de enfermería intensivos debido a las complicaciones derivadas de la inmovilidad prolongada en el tiempo, y la imposibilidad de hidratarse y alimentarse el propio paciente. Otros riesgos derivados a nivel autonómico son la deshidratación, la broncoaspiración, la trombosis venosa profunda, la embolia pulmonar, las contracturas musculares, la insuficiencia renal y la rabdomiólisis, las úlceras por decúbito, la pérdida de peso, los déficits nutricionales, las alteraciones hidroelectrolíticas y las infecciones urinarias.

Se expone el caso clínico de un paciente de 54 años con diagnóstico de esquizofrenia de años de evolución y discapacidad intelectual del 70%. Actualmente, presenta un cuadro de catatonia que aparece de forma aguda días después de la muerte de su madre por enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19; del inglés, *coronavirus disease 2019*). Se describe el caso y se explican sus características, las intervenciones de enfermería que se llevaron a cabo y la evolución que presentó.

**Palabras clave (MeSH):** catatonia, neuropsiquiatria, terapia electroconvulsiva, lorazepam.



## INTRODUCCIÓN

La catatonía es un síndrome neuropsiquiátrico, que presenta alteraciones motoras, afectivas, conductuales y autonómicas. Kahlbaum describió la catatonía ya en el año 1974, asociando este síndrome a enfermedades afectivas y médicas<sup>1</sup>. Posteriormente, Kraepelin y Bleuler lo relacionaron con la demencia precoz y la esquizofrenia, respectivamente; esto marcó la evolución de la catatonía como un subtipo de esquizofrenia, provocando su infradiagnóstico<sup>2</sup>. Fue en la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*<sup>3</sup> en 2013 cuando se mejoran tanto los criterios diagnósticos como el diagnóstico de catatonía en cualquier enfermedad psiquiátrica o médica. En esta quinta edición, para tener un diagnóstico de catatonía, se deben dar tres de los siguientes 12 signos: estupor, catalepsia, flexibilidad cérica, mutismo, negativismo, adopción de una postura, manierismos, estereotipias, agitación, muecas, ecolalia y ecopraxia.

Su prevalencia es posiblemente baja, a pesar de ser un síndrome frecuente con una clínica muy aparatosa; en definitiva, sigue siendo infradiagnosticado e infratratado. Su aparición más frecuente es en enfermedades médicas (20,6 %), trastorno bipolar (20,2 %), psicosis posparto (20 %), autismo (11,1 %), esquizofrenia (9,8 %) y enfermedades psiquiátricas mixtas (5,7 %)<sup>4</sup>. La catatonía se vincula a la esquizofrenia, sin embargo, las investigaciones realizadas en los últimos años apuntan a una mayor presencia en procesos afectivos. Puede aparecer en cualquier momento de la vida, con particularidades específicas en la edad pediátrica y geriátrica. Su etiopatogenia puede ir desde enfermedades médicas, hasta psiquiátricas, neurológicas y toxicológicas. El diagnóstico y

tratamiento precoz es primordial, pero el estado clínico de los pacientes dificulta la anamnesis y el síndrome podría deberse a varias causas concomitantes. A nivel clínico, se han identificado dos tipos de catatonía: una hipocinética o retardada-estuporosa (mutismo, inmovilidad, reducción de la ingesta y aislamiento), frecuente en episodios depresivos, y la catatonía hipercinética o excitada (agitación, impulsividad, confusión), frecuente en episodios maníacos, aunque ambas pueden sucederse al mismo tiempo<sup>5</sup>. El tratamiento del síndrome catatónico se llevará a cabo en régimen hospitalario. Se realizarán cuidados integrales al paciente, controlando el estado nutricional, de hidratación, la movilización y todo lo referente a la seguridad del paciente. A nivel farmacológico, el tratamiento inicial se realiza con benzodiacepinas (BZD) (lorazepam en dosis de 1-2 mg) por vía oral o intravenosa/intramuscular según el estado del paciente. Si no responde al tratamiento con BZD, se aconseja el uso de terapia electroconvulsiva (TEC) bilateral. La TEC consiste en inducir una convulsión generalizada previa sedación completa del paciente. Una vez se obtiene respuesta, se aconseja mantener el tratamiento durante seis meses (lorazepam y/o TEC de mantenimiento)<sup>6</sup>.

Describiremos, mediante un caso clínico de catatonía, un plan de cuidados de enfermería durante la hospitalización de Jordi en una unidad de psiquiatría de agudos.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se estudia el caso de un hombre de 54 años, que ingresa en la unidad de agudos de psiquiatría por estado catatónico. Tiene antecedentes psiquiátricos de esquizofrenia paranoide y de discapacidad intelectual, con retraso en el desarrollo psicomotor en la infancia. Presenta antecedentes médicos de artrosis y recientemente fue ingresado por enfer-

Correspondencia: Sergi Piñar Rodríguez  
Correo electrónico: spinar@psmar.cat

medad por coronavirus de 2019 (COVID-19; del inglés, *coronavirus disease 2019*) con mínima afectación pulmonar. Su madre fallece por COVID-19 hace tres días, pero antes ella firma la tutela con una fundación; ella es la única cuidadora principal. Responsables de la fundación le llevan desde la residencia a urgencias por presentar un cuadro catatoniforme: perplejidad, inhibición psicomotora, ralentización, flexibilidad cérica y conducta alucinatoria. Se decide el ingreso hospitalario y se inicia TEC y antidepresivos orales. Responde con palabras sueltas a preguntas, aunque repite varias veces la frase: «mi madre está muerta». A los dos días de ingreso en la unidad, precisa sondaje vesical por retención aguda

de orina. Se instaura una vía periférica para hidratación, que se sustituye a las 24 horas por una sonda nasogástrica para nutrición enteral. Se realiza interconsulta con neurología, que descarta lesiones a nivel cortical que explicaran el actual cuadro de catatonía; resultado de la tomografía computarizada craneal sin lesiones.

## VALORACIÓN GENERAL

Para la realización de la valoración, se ha utilizado el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon<sup>7</sup> (tabla 1).

Tabla 1. Valoración de enfermería de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon

| PATRONES                         | VALORACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Percepción/manejo de la salud | Dependencia total en las AVD debido a la inhibición psicomotora por catatonía.<br>Alérgico a la penicilina. Recientemente ha sufrido la COVID-19 y ha precisado ingreso durante 15 días.<br>Buena adherencia a las formulaciones inyectables de liberación prolongada con flufenazina cada mes por vía intramuscular.                                                                                              |
| 2. Nutricional/metabólico        | Pérdida de peso debido a la imposibilidad de alimentarse por vía oral. Actualmente, portador de sueroterapia y alimentación parenteral.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 3. Eliminación                   | Estreñimiento por inmovilidad en la cama. Portador de sonda vesical en los primeros días de ingreso; posteriormente, portador de pañal por incontinencia tanto fecal como urinaria.                                                                                                                                                                                                                                |
| 4. Actividad/ejercicio           | Encamado las 24 horas del día debido a la catatonía. Rigidez muscular, que provoca espasticidad de las extremidades tanto superiores como inferiores. Se inicia el tratamiento con TEC de forma aguda tres veces a la semana.<br>Presenta úlceras de primer grado debido a la inmovilidad total y espasticidad muscular. Se han instaurado cambios posturales, protección de zonas de apoyo y colchón antiúlceras. |
| 5. Sueño/descanso                | Insomnio global, precisando tratamiento para poder dormir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6. Cognitivo/perceptivo          | Consciente, pero desorientado. Dificultades para poder expresarse y formular frases debido a la catatonía. Presenta conducta alucinatoria y con elevada latencia de respuesta. Emite palabras aisladas sin un discurso elaborado.                                                                                                                                                                                  |

Continúa

Tabla 1. Valoración de enfermería de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (continuación)

| PATRONES                            | VALORACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. Autopercepción/autoconcepto      | Verbalizaciones de que su madre está muerta y fascia triste. Imposibilidad de realizar sus actividades lúdicas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 8. Rol/relaciones                   | Su madre ha muerto recientemente por COVID-19 y era la cuidadora principal. Lleva 24 años vinculado a un centro ocupacional, con buen rendimiento. Antes de la catatonia, sus relaciones sociales eran satisfactorias y sin dificultad alguna de comunicación. Era muy afable y querido por la gente del barrio.<br>Actualmente, a pesar de que intenta comunicarse, no es capaz por la inhibición motora. Antes llevaba una vida normalizada y se comunicaba sin problemas, aunque presenta una discapacidad intelectual del 70 %. |
| 9. Sexualidad/reproducción          | No procede.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 10. Adaptación/tolerancia al estrés | Se observa elevada angustia por su situación. Ralentización psicomotriz, que le dificulta la movilidad y la capacidad para comunicarse.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 11. Valores/creencias               | Sufrimiento por la muerte de su madre. Ella era el único familiar y se ha quedado solo. Está tutelado por la Fundación SOM. Tiene buena relación con los responsables de la fundación y los cuidadores del centro ocupacional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

AVD: actividades de la vida diaria; COVID-19: enfermedad por coronavirus de 2019 (del inglés, *coronavirus disease 2019*); TEC: terapia electroconvulsiva.

## PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Diseñamos un plan de cuidados (tabla 2) utilizando la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)<sup>8</sup> para poder formular los

diagnósticos enfermeros, se plantean los resultados mediante la clasificación de resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification)<sup>9</sup> y se escogen las intervenciones utilizando la clasificación de intervenciones de enfermería NIC (Nursing Intervention Classification)<sup>10</sup>.

Tabla 2. Diagnósticos (NANDA), objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) de enfermería

|       |                                                                                                                                                                                                                        |                                            |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| NANDA | [00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización.                                                                                                                                               |                                            |
| NOC   | [0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. Indicador:<br>• [20401] Úlceras por presión.<br>• [20416] Articulaciones anquilosadas.                                                                           | PI: 1; PD: 5; PA: 5<br>PI: 1; PD: 5; PA: 2 |
| NIC   | [740] Cuidados del paciente encamado. Actividades:<br>• Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.<br>• Girar al paciente inmovilizado, al menos, cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico. |                                            |

Continúa

Tabla 2. Diagnósticos (NANDA), objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) de enfermería (continuación)

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| NANDA | [00251] Control emocional inestable r/c alteración emocional excesiva m/p deterioro funcional.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |
| NOC   | [2103] Gravedad de los síntomas. Indicador:<br>• [210311] Deterioro del estado de ánimo.<br>• [210307] Ansiedad asociada.                                                                                                                                                                                                                               | PI: 1; PD: 5; PA: 3<br>PI: 1; PD: 5; PA: 4 |
| NIC   | [5270] Apoyo emocional. Actividades:<br>• Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo.<br>• Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.<br>[5820] Disminución de la ansiedad. Actividades:<br>• Estar con el paciente para dar seguridad y reducir el miedo.<br>• Observar signos verbales y no verbales de ansiedad.                           |                                            |
| NANDA | [00052] Deterioro de la interacción social r/c duelo inadaptado m/p ansiedad con la interacción social.                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |
| NOC   | [1203] Severidad de la soledad. Indicador:<br>• [120304] Sensación de desesperanza.<br>• [120306] Sensación de pérdida por la separación de otra persona.                                                                                                                                                                                               | PI: 1; PD: 5; PA: 3<br>PI: 1; PD: 5; PA: 2 |
| NIC   | [5310] Dar esperanza. Actividades:<br>• Facilitar el alivio y disfrute de logros y experiencias anteriores del paciente/familia.<br>• Evitar disfrazar la verdad.<br>[5290] Facilitar el duelo. Actividades:<br>• Fomentar la expresión de sentimientos ante la pérdida.<br>• Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento. |                                            |
| NANDA | [00121] Trastorno de la identidad personal r/c nueva situación de vida m/p sentimientos de vacío.                                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |
| NOC   | [1202] Identidad personal. Indicador:<br>• [120217] Verbaliza su propia singularidad.<br>• [120207] Realiza roles sociales.                                                                                                                                                                                                                             | PI: 1; PD: 5; PA: 5<br>PI: 1; PD: 5; PA: 5 |
| NIC   | [5000] Elaboración de relaciones complejas. Actividades:<br>• Crear un clima cálido y de aceptación.<br>• Estar atento a los mensajes no verbales del paciente.<br>[5320] Humor. Actividades:<br>• Determinar el tipo de humor apreciado por el paciente.<br>• Fomentar el juego y la distracción.                                                      |                                            |

Escala de Likert: puntuación de 5 = la mejor posible; 1 = la peor posible.

m/p: manifestado por; NANDA: diagnósticos de enfermería (North American Nursing Diagnosis Association); NIC: intervenciones de enfermería (Nursing Interventions Classification); NOC: criterios de resultados de enfermería (Nursing Outcomes Classification); PA: puntuación alcanzada; PD: puntuación deseada; PI: puntuación inicial; r/c: relacionado con.

## EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y SEGUIMIENTO

El proceso de cuidados que se ha llevado a cabo con Jordi se ha realizado a lo largo de los tres meses que ha durado el ingreso en la unidad de agudos. Hemos utilizado la escala de Likert para valorar la evolución, donde se ha comparado la puntuación inicial con la del alta. Existe una evolución favorable, ya que ha aumentado la puntuación inicial de todos los indicadores.

Al principio del ingreso, Jordi no podía colaborar en sus actividades de la vida diaria ni comunicarse correctamente. Después de cinco sesiones de TEC, su movilidad mejora, aunque presenta en la mano derecha espasticidad debido a la inmovilidad durante tanto tiempo (precisa fisioterapia al alta). Es capaz de comunicarse mejor y expresar sin problemas lo que quiere y cómo lo quiere. Participa activamente de actividades lúdicas con el personal, de las visitas de sus amigos y vecinos y, sobre todo, es capaz de expresar sus sentimientos hacia su madre y su tristeza.

A nivel médico, continuará con las sesiones de TEC con frecuencia quincenal, tratamiento antidepresivo y antipsicóticos inyectables de liberación prolongada. La continuidad de cuidados se realizará por parte del equipo de profesionales del centro de salud mental de adultos de zona. Jordi actualmente está recuperado completamente de su estado de catatonia; disfruta de su vida, pero sigue verbalizando cuando nos ve «mi madre está muerta»..., así que no bajamos la guardia.

## DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

La importancia del cuadro catatónico y su investigación han aumentado en la última década; sin

embargo, a nivel clínico, no evoluciona al mismo ritmo. Es habitual observar cuadros de inmovilidad y enlentecimiento psicomotor en pacientes de salud mental sin tener un diagnóstico de episodio de catatonia. El cuadro de catatonia evoluciona muy rápido y el paciente es muy vulnerable, presentando graves complicaciones: deshidratación, broncoaspiración, úlceras por presión, embolia pulmonar o progresión a características malignas, como el síndrome neuroléptico maligno, al mantener los tratamientos con antipsicóticos o antagonistas de la dopamina.

Los cuidados de enfermería delante de episodios de catatonia precisan de actuación muy rápida, pero habitualmente el contexto tanto estructural como de dinámicas de una unidad de psiquiatría de agudos no siempre lo facilita. Es necesaria más investigación al respecto y complementarlo con más formación en patología psicosomática para abordar con efectividad las posibles complicaciones que pueda presentar un paciente catatónico.

Cabe destacar que la aplicación de la TEC, otros tratamientos farmacológicos y los cuidados adecuados de enfermería han permitido revertir el cuadro de catatonia de Jordi. Ha sido un trabajo multidisciplinario, en el que han participado muchos profesionales durante los tres meses de ingreso de Jordi (nutricionista, fisiología, neurología, medicina interna, traumatología, nefrología, digestivo, fundación tutelar y amigos de Jordi). Queremos destacar la participación de todos para la mejora de Jordi y de cualquier paciente que presente de aquí en adelante un episodio catatónico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kahlbaum KL. Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit. Berlín: Hirschwald; 1974.

2. Taylor MA, Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own. *Am J Psychiatry*. 2003;160(7):1233-41.
3. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
4. Solmi M, Pigato GG, Roiter B, Guaglianone A, Martini L, Fornaro M, et al. Prevalence of catatonia and its moderators in clinical samples: results from a meta-analysis and meta-regression analysis. *Schizophr Bull*. 2018;44(5): 1133-50.
5. Northoff G, Steinke R, Czervinka C, Krause R, Ulrich S, Danos P, et al. Decreased density of GABA-A receptors in the left sensorimotor cortex in akinetic catatonia: investigation of in vivo benzodiazepine receptor binding. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1999;67(4):445-50.
6. Pelzer AC, Van der Heijden FM, Den Boer E. Systematic review of catatonia treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:317-26.
7. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Madrid: Mosby; 1996.
8. Herdman TH, Kamitsuru S; NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2021-2023. Barcelona: Elsevier; 2021.
9. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
10. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.