

ABORDAJE DEL SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

CARMEN HINOJOSA LILAO¹, ELENA LAULLÓN LÓPEZ¹, SARA CABEZAS GUTIÉRREZ²,
PABLO VÁZQUEZ HERRERA² Y DIANA CRESPO AMARO³

¹Enfermera especialista en salud mental. ²Residente de psiquiatría. ³Psiquiatra adjunta.
Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).

RESUMEN

Introducción: el síndrome neuroléptico maligno es una urgencia neurológica, potencialmente mortal, asociada de forma idiosincrásica al uso de agentes antipsicóticos. Se caracteriza por una tétrada distintiva, que incluye un cambio en el estado mental, rigidez muscular, fiebre y disautonomía, requiriendo una alta sospecha clínica para el diagnóstico y el tratamiento.

Objetivo: conocer los cuidados asistenciales de enfermería para ofrecer una actuación de calidad.

Material y métodos: se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: PubMed/Medline y CINAHL.

Resultados: la inmediatez en la instauración de medidas es fundamental, incluyendo entre ellas la suspensión del antipsicótico y medidas básicas de apoyo, junto con terapia farmacológica y/o terapia electroconvulsiva según el estado del paciente.

Discusión: una rápida actuación multidisciplinaria y el uso de protocolos de actuación son clave para poder ofrecer unos cuidados asistenciales de calidad.

Palabras clave: síndrome neuroléptico maligno, actuación, cuidados y enfermería.

INTRODUCCIÓN

El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una urgencia neurológica, potencialmente mortal, asociada de forma idiosincrásica al uso de antagonistas de la dopamina, entre los que encontramos los fármacos neurolépticos o antipsicóticos¹⁻⁹.

Actualmente, las tasas de incidencia se han visto reducidas, variando entre el 0,01 y el 3 %, con discrepancias entre estudios. La mortalidad se estima entre el 5 y el 10 %^{1,3-5,8-11}.

Aunque se desconoce la causa del SNM, el bloqueo del receptor de dopamina parece fundamental para la mayoría de teorías explicativas de su patogenicia^{2,8-10,12}.

Según la evidencia, tanto la distribución por edad como por sexo se corresponden con la distribución

Correspondencia: Carmen Hinojosa Lilao
Correo electrónico: carmenhinojosalilao@gmail.com

de la exposición a los agentes antipsicóticos, describiéndose, así, en todos los grupos de edad y siendo más frecuente en hombres, con una relación de 2:1 frente al sexo femenino^{3,8,9,13}.

Aunque parece que los antipsicóticos de primera generación, también llamados *típicos*, son los más comúnmente implicados¹, prácticamente todos los agentes antipsicóticos usados en la actualidad se han asociado al SNM^{3,6,7,9,14,15}.

Cabe mencionar que, aunque los síntomas generalmente se desarrollan durante las primeras 24-72 horas tras el inicio o cambio en el tratamiento con antipsicóticos, el SNM puede ocurrir después de varias semanas con una dosis única o después del tratamiento con el mismo agente en la misma dosis durante muchos años^{1,8,9}.

Además, encontramos factores de riesgo asociados a su desarrollo, entre los cuales destacan la administración por vía parenteral, la asociación de varios neurolépticos, con antidepresivos tricíclicos, sales de litio o agentes antiparkinsonianos, y su administración a pacientes con síndromes cerebrales de naturaleza orgánica^{1,8,9}.

El SNM se caracteriza por una tétrada clínica distintiva, presente en el 98 % de los casos, que incluye un cambio en el estado mental, rigidez muscular de «tubo de plomo», que consiste en la resistencia que permanece uniforme en toda la amplitud del movimiento pasivo, fiebre (superior a 38 °C) y disauto-

nomía manifestada como taquicardia, presión arterial lábil y taquipnea principalmente. Además de estas manifestaciones clínicas, es reseñable la presencia de creatina-cinasa elevada, por encima de 1000 UI/L en pruebas de laboratorio, correlacionándose sus niveles con la gravedad y el pronóstico de la enfermedad^{1,3,5-10,14}.

Cabe mencionar que el SNM requiere una alta sospecha clínica para el diagnóstico y el tratamiento, por lo que es un síndrome más a menudo considerado que verdaderamente diagnosticado^{4,8-10}.

El hecho de ser un síndrome que, aun con una escasa incidencia, supone una urgencia médica, la cual requiere de una adecuada y precoz consideración para evitar un pronóstico mortal, justifica nuestra necesidad de conocer los cuidados enfermeros que necesitamos brindar ante su posible aparición, ya que, como especialistas en salud mental, la mayoría de nuestros pacientes toman neurolépticos de diversa índole.

OBJETIVO

Conocer los cuidados asistenciales de enfermería ante el SNM para ofrecer una actuación de calidad holística.

MATERIAL Y MÉTODOS

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de la Biblioteca Online del Servicio Riojano de Salud, desde donde se accedió a los buscadores PubMed y CINAHL.

Se efectuó la búsqueda a través de las palabras clave obtenidas de DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), eligiendo como referencia «Neuroleptic Malignant Syndrome» y «Nursing Care» (fig. 1).

**EL SNM ES UNA URGENCIA
NEUROLÓGICA ASOCIADA DE
FORMA IDIOSINCRÁSICA AL USO
DE ANTAGONISTAS DE LA
DOPAMINA**

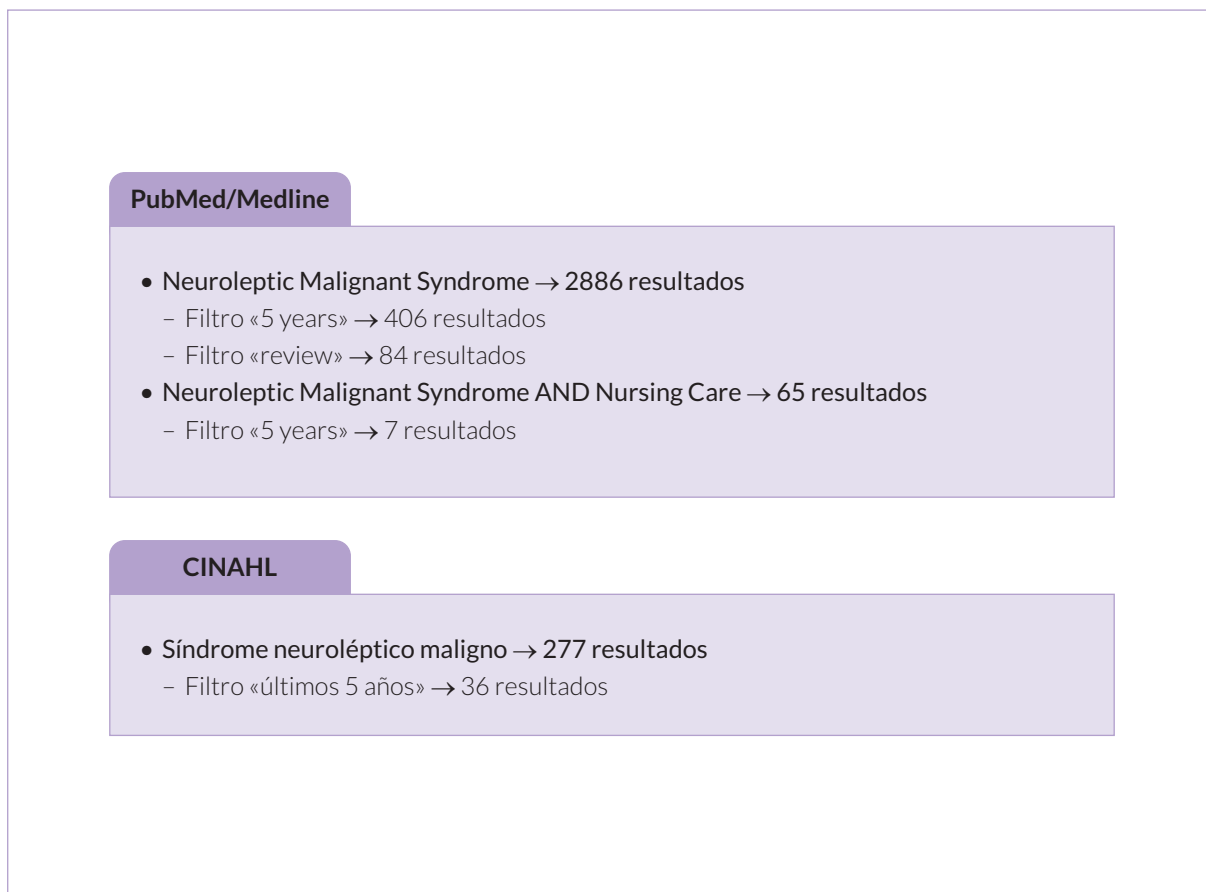


Figura 1. Búsqueda realizada.

De toda la bibliografía revisada (127 artículos científicos), se retiraron 82 artículos por los siguientes motivos de exclusión:

- No acceso gratuito → 23 artículos.
- Duplicados → 7 artículos.
- Otro idioma que no fuera inglés o castellano → 18 artículos.
- Resumen no relevante para la consecución del objetivo planteado → 34 artículos.

Tras la selección de 45 artículos, tan solo 18 fueron usados para realizar el trabajo, por saturación teórica.

EL SNM SE CARACTERIZA POR UNA TÉTRADA CLÍNICA DISTINTIVA

RESULTADOS

En cuanto al manejo terapéutico, es fundamental tanto el diagnóstico precoz como la inmediatez en la instauración de medidas encaminadas a disminuir o prevenir complicaciones de forma multidisciplinaria^{2,4,8,9,12,16}.

La primera medida ante la sospecha de SNM sería suspender la administración del antipsicótico y avisar al psiquiatra de referencia, aunque cabe mencionar que, según el estado del paciente, habría que avisar a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para coordinar el traslado^{6,7,9,10,17}.

Dentro de las actuaciones independientes, encontramos^{7,9,10,12,17}:

- Monitorización básica de constantes vitales.
- Oxígeno, si lo requiere, para mantener una saturación de oxígeno > 93 %.
- Canalización de una vía venosa periférica para la administración de fluidoterapia intensiva.
- Extracción de analítica sanguínea para conocer los niveles de creatina-cinasa, entre otros.
- Medidas físicas para disminuir la temperatura corporal.
- Sondaje vesical para el control de la diuresis horaria.
- Valoración del estado neurológico de forma continua con la escala de coma de Glasgow.

Según la evidencia, la terapia farmacológica se lleva a cabo ante aquellos pacientes que no responden a la retirada de la medicación y las medidas básicas dentro de las primeras 48 horas. Sin olvidar las actuaciones anteriormente mencionadas, se procederá a la administración de la medicación pautaada. Generalmente, para mitigar la agitación y/o la rigidez muscular, se inicia una pauta con benzodiazepinas, a las cuales se les puede asociar dantroleno y/o bromocriptina dependiendo de la gravedad de los síntomas^{6,7,9,11,12}.

En pacientes que no responden a estos fármacos durante la primera semana, parece que la terapia electroconvulsiva (TEC) es una opción de tratamiento, en especial, para aquellos en los que la catatonía residual persiste después de que otros síntomas se han resuelto^{7,9,11,12,15,18}, por lo que, en este

caso, se prestarán los cuidados protocolizados de la TEC¹⁹.

Por último, cabe mencionar que, por norma general, tras la resolución del episodio, estos pacientes vuelven a requerir el uso de medicación antipsicótica para tratar su patología de base. Si bien es verdad que el riesgo de SNM recurrente tras la reanudación de los antipsicóticos es incierto, desde enfermería, podemos minimizar el riesgo controlando de forma minuciosa cualquier síntoma del SNM y evitando la deshidratación^{5,9}.

ES FUNDAMENTAL TANTO EL DIAGNÓSTICO PRECOZ COMO LA INMEDIATEZ EN LA INSTAURACIÓN DE MEDIDAS ENCAMINADAS A DISMINUIR O PREVENIR COMPLICACIONES DE FORMA MULTIDISCIPLINARIA

DISCUSIÓN

Conocer una complicación potencial del uso de antipsicóticos, como es el SNM, permite a los profesionales de enfermería percibir el cuadro de forma precoz y poder realizar las actuaciones necesarias.

Si bien, es cierto, tal y como refleja la bibliografía encontrada, que, por lo general, el SNM acaba tratándose en servicios como la UCI, siendo quizás este el motivo de la carencia de formación, información y uso de protocolos de actuación en los servicios de salud mental encontrados.

La revisión realizada muestra las posibles limitaciones que los enfermeros especialistas en salud mental tienen en torno al abordaje de este tipo de urgen-

cias, que, a pesar de tener bajas incidencias, se dan en el perfil de los pacientes que reciben nuestros cuidados, razón por la cual resulta fundamental el conocimiento tanto teórico como práctico para su resolución.

Por todo lo anteriormente comentado, queda patente que una detección precoz, una rápida actuación multidisciplinaria y el uso de protocolos de actuación son clave, tanto en este como en muchos otros casos de la práctica clínica, para poder ofrecer unos cuidados asistenciales de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wijdicks EFM. Turned to stone: a history of the neuroleptic malignant syndrome. *Neurocrit Care*. 2022. [En prensa].
2. Waldorf S. AANA journal course. Update for nurse anesthetists. Neuroleptic malignant syndrome. *AANA J*. 2003; 71(5):389-94.
3. Singhai K, Kuppili PP, Nebhinani N. Atypical neuroleptic malignant syndrome: a systematic review of case reports. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019;60:12-9.
4. Tao M, Li J, Wang X, Tian X. Malignant syndromes: current advances. *Expert Opin Drug Saf*. 2021;20(9):1075-85.
5. Pileggi DJ, Cook AM. Neuroleptic malignant syndrome. *Ann Pharmacother*. 2016;50(11):973-81.
6. Simon LV, Hashmi MF, Callahan AL. Neuroleptic malignant syndrome. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
7. Marloth PV, Ladefoged MR, Boesen MS. [Neuroleptic malignant syndrome caused by olanzapine, risperidone and haloperidol]. *Ugeskr Laeger*. 2022;184(45):V08220506.
8. Velamoor R. Neuroleptic malignant syndrome: a neuropsychiatric emergency: recognition, prevention, and management. *Asian J Psychiatr*. 2017;29:106-9.
9. Ware MR, Feller DB, Hall KL. Neuroleptic malignant syndrome: diagnosis and management. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018;20(1):17r02185.
10. Tormoehlen LM, Rusyniak DE. Neuroleptic malignant syndrome and serotonin syndrome. *Handb Clin Neurol*. 2018; 157:663-75.
11. Ghaziuddin N, Hendriks M, Patel P, Wachtel LE, Dhossche DM. Neuroleptic malignant syndrome/malignant catatonia in child psychiatry: literature review and a case series. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017;27(4):359-65.
12. Schönfeldt-Lecuona C, Kuhlwilm L, Cronmeyer M, Neu P, Connemann BJ, Gahr M, et al. Treatment of the neuroleptic malignant syndrome in international therapy guidelines: a comparative analysis. *Pharmacopsychiatry*. 2020; 53(2):51-9.
13. Gurrera RJ. A systematic review of sex and age factors in neuroleptic malignant syndrome diagnosis frequency. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(5):398-408.
14. Szota AM, Radajewska I, Araszkiewicz AS. Atypical neuroleptic malignant syndrome: case reports and diagnostic challenges. *J Psychoactive Drugs*. 2022;54(3):284-93.
15. Van Achter ON, Sivagurunathan S. [Neuroleptic malignant syndrome treated with electroconvulsive therapy]. *Ugeskr Laeger*. 2020;182(48):V09200630.
16. Gall-Ojurongbe S, Williams C. Improving psychiatric nurses' detection of neuroleptic malignant syndrome. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(8):649-54.
17. Foley JJ. Recognition and treatment of neuroleptic malignant syndrome. *J Emerg Nurs*. 1993;19(2):139-41.
18. Ruth-Sahd LA, Rodrigues D, Shreve E. Neuroleptic malignant syndrome: a case report. *Nursing*. 2020;50(4):32-8.
19. Vázquez Herrera P. Protocolo de terapia electroconvulsiva. Unidad de Corta Estancia del Hospital San Pedro de Logroño. 2020.