

Selección de reseñas bibliográficas (Abril, Mayo y Junio, 1991)

Estudios de seguimiento de anorexia nerviosa: una revisión de los resultados de cuatro décadas de investigación

H. CH. Steinliausen, C. Rauss-Mason and R. Seidel from the Departament of Child and adolescent Psychiatry, University of Zürich (Switzerland).

Psychological Medicine, mayo 1991; 21(2): 447-454.

El presente artículo hace una revisión de los estudios publicados sobre anorexia nerviosa, comparando los que van del período 1953-81 con los del período 81-89, comparación que precisa de técnicas de análisis estandarizadas, comparando para el seguimiento variables como normalización del peso, normalización de la menstruación, conductas alimentarias, estado psíquico, indicadores de adaptación psicosocial, proporción de cronicidad y mortalidad, y valores globales para el seguimiento.

La revisión nos permite identificar un número de factores pronóstico, los cuales han sido identificados en la literatura publicada entre 1950-70 y que se mantienen en las publicaciones de la década de los 80.

VARIABLES que indican mejor pronóstico: edad de comienzo precoz, personalidad histriónica, malas relaciones padres-hijos, menor intervalo entre comienzo de los síntomas e inicio del tratamiento, nivel social y educacional alto, tratamiento hospitalario breve y no readmisiones.

VARIABLES que indican peor pronóstico: presencia de vómitos, conductas bulímicas, importante pérdida de peso, cronicidad-compulsividad, desarrollo premórbido-anormalidades clínicas...

CONCLUSIONES: Las investigaciones sobre el curso de la anorexia nerviosa en los años 80 aportan hallazgos similares a los que encontramos en las investigaciones de las 3 décadas precedentes. El grado de normalización del peso, la menstruación y las conductas alimentarias, así como los grados de remisión y cronicidad son similares para ambos períodos de comparación. El único cambio significativo es un dato de buen augurio, la disminución de los porcentajes de mortalidad. Esto nos indica un mejor conocimiento de las consecuencias amenazadoras de la enfermedad.

J. C. García Alvarez
(MIR, III H.P.M.)

Los trastornos de personalidad en el sector público

John M. Oldham (Jefe Clínico de la Oficina de Salud Mental de Nueva York y Doctor del Instituto Psiquiátrico de Nueva York), ambos profesores de la Universidad de Columbia.

Hospital and Community Psychiatry mayo 1991; 42(5): 481-487.

Usando la base de datos clínica de los Hospitales estatales de Nueva York, examinan la prevalencia de los trastornos de personalidad del Eje II del DSM III y exploran los patrones de comorbilidad entre los trastornos de Eje I y Eje II. Encuentran que un 11% de 129.286 pacientes atendidos en 1988, reciben el diagnóstico de trastorno de personalidad y que estos, tienen más frecuentemente diagnósticos primarios de trastorno esquizoafectivo, trastorno afectivo mayor, distimia y trastorno por uso de sustancias diferentes al alcohol. La comparación de estos datos con los facilitados por Hospitales no estatales mostro distintos patrones de coexistencia de diagnóstico primario y trastorno de personalidad y una frecuencia más alta (17,2%) de trastornos de personalidad borderline en pacientes no estatales.

Basándose en un menor porcentaje de paciente de Hospitales estatales que son diagnosticados de trastornos de personalidad, acaban concluyendo que estos no se diagnostican sistemáticamente por falta de métodos uniformes de medida y una infrautilización de test significativos.

M. García Pérez
(MIR, II H.P.M.)

Discontinuación de la medicación en pacientes esquizofrénicos mayores

Ruskin P, Nyman G.

Journal of nervous and mental disease, abril 1991; 179: 212-214.

Numerosos estudios han mostrado que los neurolépticos son efectivos en la prevención de recaídas, por ello, muchos esquizofrénicos reciben tratamiento de mantenimiento con neurolépticos a altas dosis y durante períodos prolongados.

* Grupo de Hemeroteca de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Coordinado por Rodríguez Vega, B. y formado por Bautista, L., Bayón, C., Camuñas, C., Catalina, M. L., Diéguez, A., Franco, B., García Alva-

rez, J. C., García Pérez, M., García Yagüe, E., García-Noblejas, J., Grob, E., Gutiérrez, R., Hera, M. I. de la, Herráez, C., Llanos, E., Nafs, A., Polo, C. Rodríguez Calvin, J. L., Tejadas, A., Vicente, N.

Algunos autores sugieren que los síntomas esquizofrénicos disminuyen con la edad y que los efectos secundarios de los neurolépticos son peor tolerados en pacientes mayores.

Este trabajo investiga la necesidad de medicación neuroléptica en una población clínicamente estable de pacientes esquizofrénicos con una media de edad de 60 años, en los que predominan los síntomas negativos y mantenidos durante años con neurolépticos, para ello se hizo un estudio doble ciego en el cual un grupo fue mantenido con haloperidol y un segundo grupo con placebo.

El porcentaje de recaídas entre los sujetos que recibieron placebo fue mayor que en el grupo tratado con neurolépticos. Los pacientes que recayeron lo hicieron lentamente, generalmente en un período de 1 a 4 meses. Los pacientes que se descompensaron mejoraron rápidamente tras 1 a 3 semanas de tratamiento neuroléptico.

Las cinco variables que contribuyeron a la recaída en orden decreciente de intensidad fueron: edad, dosis de neurolépticos utilizadas antes de iniciar el estudio, uso de droga o placebo, puntuación en la escala de psicosis BPRS durante el período previo al inicio del estudio y años desde la última hospitalización.

El interés de este artículo radica en que da una serie de variables que pueden predecir que pacientes pueden discontinuar el tratamiento neuroléptico con baja probabilidad de recaída. Su principal limitación es la pequeñez de la muestra.

M.^a Luisa Catalina Zamora
(MIR, I H.P.M.)

Internalización del padre ausente

Harwant S. Gill.

Int. J. Psycho-Anal 1991; 72: 243-252.

El artículo se inicia con una revisión del término Internalización. Esta constituiría una representación mental de un objeto donde convergerían tres diferentes procesos: incorporación, introyección e identificación. La incorporación es la forma más precoz de internalización. La incorporación es la forma más precoz de internalización, antes de que el objeto sea visto como distinto del self. La identificación alude a la modificación de la autorrepresentación del sujeto en orden a aumentar su parecido al objeto tomado como modelo, mientras la introyección forma una representación del objeto dentro de la mente del sujeto pero externo a la autorrepresentación del individuo. Los niños sin padres internalizaría un padre idealizado, se relacionarían con su introyección e identificarían con él tanto sus atributos positivos como negativos. Un niño sin padre crea un padre fantaseado derivado parcialmente de sus propios deseos y temores, de lo que él oyo de su padre de su madre y otros, y parcialmente de lo que él llega a descubrir por sus propias observaciones o pesquisas. A veces, el encuentro con el padre real constituye una experien-

cia devastadora. La técnica psicoanalítica activa las introyecciones patogénicas del paciente y las analiza en un intento de modificarlas. Si el paciente falla en atribuir cualquier significado emocional el analista, ello puede indicar miedo a promover su amor y sentimientos dolorosos de enfado o de otra naturaleza. Por otra parte, tratar al analista como sustituto completo del padre ausente y no moverse a otras formas de relación, podría ser interpretado como miedo a revivir lo que tuvo que sentir a causa de la muerte, deserción, etc., de su padre.

Por último, junto al análisis de un caso, el autor propone la hipótesis de que la progenie humana tiene tendencia innata a relacionarse con su padre, o un padre internalizado, incluso si esta figura se deriva solamente de la fantasía.

Antonio Nafs
(MIR, III H.P.M.)

Una organización psicótica de la personalidad

John Steiner.

Int. J. Psycho-Anal. 1991; 72: 201-207.

La principal hipótesis de este artículo es la posibilidad de poder distinguir claramente lo psicótico de lo no psicótico de la personalidad. Estos elementos de hecho podrían coexistir y su división ser revelada como artificial, e incluso defensiva por parte del paciente o el analista en un intento de mantener la cordura por encapsular los elementos locos. Para el autor, siguiendo a Bion, la parte psicótica de la personalidad anhela poseer y controlar a sus objetos, necesiéndolos para reparar a un yo dañado. Por otra parte, la parte no-psicótica es lo suficientemente capaz de enfrentarse con la realidad como para renunciar a sus objetos y realizar el duelo: su principal característica sería su capacidad de balancearse entre la introyección y la proyección.

Podrían coexistir así conflictos entre elementos del paciente y objetos que ganarían sustentación de su contacto con la realidad, y por otra parte elementos destructivos omnipotentes que amenazarían su supervivencia. Una u otra parte podrían ser proyectadas en el analista sometiéndolo a gran presión al situarlo en un juego de varios roles en su figura de ayuda y su figura de amenaza para la estabilidad obtenida por la organización psicótica. Figuras idealizadas y omnipotentes, fantaseadas o tomadas de la realidad podrían asociarse a las partes destructivas del self, mientras figuras más benignas —como la del analista— tratarían de acotar y resistir la locura de estas soluciones: pero tales figuras benignas podrían ser superadas por la falta de atractivo en su mensaje y por su aparente debilidad frente a la omnipotencia.

Antonio Nafs
(MIR, III H.P.M.)

La «cesión» de un niño, potencialmente conduciendo a una «alteración de el ego»

José Rallo y Angeles de Miguel.

International Review of Psycho-Analysis. Int. Rev. Psycho-Anal. 1991; 18: 4241-248.

En el presente artículo, los autores hacen una nueva revisión desde el análisis de un caso, del término «cesión» infantil, acuñado ya por los autores junto a M. Samames, H. Corominas y J. F. Acosta en 1972 como un fenómeno descrito como propio entonces de la familia española. La cesión puede ser distinguida por dos rasgos: el primero es el rechazo de la maternidad misma, y el segundo la delegación de dicha función en favor de una persona conocida de la familia, con quien existe previamente algún vínculo afectivo. La cesión podrá adquirir rasgos benignos o malignos, de acuerdo a si predominan elementos reparatorios o persecutorios. En el último caso, los aspectos más característicos surgen de una situación en la cual el niño se halla a sí mismos sumergido en un modelo familiar altamente conflictivo, el cual hace difíciles las identificaciones estables, enfatiza los procesos disociativos y crea dificultades en el establecimiento de la prueba de realidad y la discriminación de las relaciones de objeto. En el artículo se presenta un caso de cesión al nacimiento de tipo maligna y se utilizarán para su análisis fundamentalmente los conceptos de alteración del ego en la obra de Freud.

Antonio Nafs
(MIR, III H.P.M.)

Secuelas psicológicas del aborto terapéutico: denegado y completado

Paul K. B. Dagg, M. D.

Am J Psychiatry, mayo 1991; 148(5): 578-585.

En el último medio siglo se ha ido a unas leyes más liberales respecto al aborto terapéutico sobre todo en países desarrollados, que actualmente están en revisión. Hacen una revisión de la literatura de las secuelas psicológicas en el aborto realizado y en el denegado en la mujer y en la mujer-niño.

Secuelas psicológicas del aborto realizado:

Las primeras revisiones mencionadas son de Simon y Senturia en 1966 y Doane y Quigley en 1981 que ya señalan las indicaciones inespecíficas del aborto. A *corto plazo*, Freedman y col. encuentran subescalas SCL-90 elevadas que indicarían el alto nivel de estrés que disminuyen tras el aborto. En 1985, Major y col. con el test Beck y entrevistas valoran un rango medio no depresivo tras el aborto que va mejorando a las 3 semanas. Cohen y Roth observan en las subescalas de depresión, ansiedad e impacto de eventos una caída significativa tras el aborto. Otros estudios apuntan en igual dirección (Ewing, Rouse, Mackenzie). Niswander y Ratterson hallan que los de causa psíquica. En 1965 Jansson estudiaba la admisión psiquiátrica tras aborto o parto, viendo

relación con la historia psiquiátrica previa y aquellas madres solteras solamente.

A *largo plazo*, los resultados son similares. Brody, Niswander y col. refieren la normalización a los 6-12 meses de los tanteos alterados según MMPI tras el aborto, cosa que no ocurría en aquellos abortos denegados tras el aborto. Hacen mención de estudios de abortos libre (Zabsin, Athanasiou, Jacobs...) en relación a controles, y otros de abortos terapéuticos (Peck, Marcus...). En general concluyen que los factores que se correlacionan con altos rangos de distress psicológico tras el aborto son: indicación médica o genética, contactos psiquiátricos previos, pasado el primer trimestre, y ambivalencia ante el embarazo. El grado de soporte es contradictorio los hallazgos encontrados.

Sobre el estado psicológico preaborto refieren que aquellas con mayor distress postaborto, usaban más mecanismos de negación represión y proyección (Spreckhard), tenían menos autoestima y más alienación (Athanasiou) y menor control interno (Bracken).

Secuelas psicológicas del aborto denegado:

Observan que un 40% lo realizan por otros medios y que el índice de adopción es pequeño. Estudios (Drower, Nash...) ven que el embarazo no deseado no implica niño no deseado ya que se acepta en un 59%. Los problemas en los no deseados son diversos (Resnick, Forssmann...), desde trastornos de conducta, mayor dificultad escolar, peores relaciones... hasta mayor criminalidad, uso de alcohol y drogas.

Da una amplia perspectiva psiquiátrica del problema y examina importantes cuestiones, dando importancia no solo al aborto terapéutico, sino también cuando es denegado.

Clara Herráez Martín de Valmaseda
(MIR, III H.P.M.)

Suicidio, estresores y el ciclo de la vida

Charles L. Rich, Gary M. Warsrad, Robert A. Nemiroff, Richard C. Fowler, Deborah Young.

Am J Psychiatry 1991; 148: 524-527.

Ya desde Morselli y Durkheim se han estudiado los factores estresantes en relación al suicidio, añadiendo en este artículo los distintos estadios de la vida.

Investigan en una Federación del suicidio de San Diego 204 casos consecutivos, obteniendo la mayor información posible (excluyen 2 casos por dicho motivo) con entrevistas estructuradas, según diagnóstico DSM III por consenso de dos investigadores y revisando los life events también por dos investigadores independientemente, los cuales agruparon en ocho categorías. Estadísticamente realizan la X con la corrección de Yates.

Se obtuvo 195 casos, 98%, que tenían 1 ó más factores estresantes (137 hombres con una X:1,99 factores cada uno, 58 mujeres con X:1,98).

Como patrones predicibles encuentran la categoría «Conflicto-Separación-Rechazo» como la más frecuen-

te en la adolescencia e inicio adulto, edad de lucha por su identidad y separación familiar. Los «problemas económicos» tienen un pico en la 5.ª década (se educa a los hijos, se busca el ascenso laboral...) siendo significativamente mayor en el hombre que en la mujer pudiendo influir el rol social. Las «enfermedades médicas» va aumentando a partir de los 40-90 años pudiendo reflejar la preocupación por la imagen corporal. Alcanza su máximo a los 80 años o más. Sorprende en los ancianos que la muerte de personas significativa no sea un factor estresante alto, ya que cabría esperar que hiciera más evidente sus propias limitaciones y su muerte. Las demás categorías no diferenciaron patrones.

Finalizan planteando varios puntos a reflexionar:

— Decidir postmortem si hubo algún evento estresante.

— Cuándo un factor estresante ha ocurrido: precisión y especificidad.

— Factores no incluidos, por ej., endógenos.

— Interacción de los factores estresantes con la enfermedad psiquiátrica.

— Estudios de comparación con sujetos control de la población.

— La máxima información, incluidos indicios clínicos.

Resulta interesante este artículo, principalmente, debido a las grandes dificultades que plantea el tema del suicidio, como ellos mismos señalan en la discursión.

Clara Herráez Martín de Valmaseda
(MIR, III H.P.M.)

Intervención psiquiátrica en el trasplante de hígado

M. Crespo Hervás y F. Ferré Navarrete.

Actas luso-españolas de Neurol. Psiquiat. 1991; 19(3): 162-166.

En este trabajo los autores hacen una valoración del papel del psiquiatra dentro del grupo multidisciplinario encargado del trasplante hepático, una de las intervenciones terapéuticas que conllevan más estrés para el paciente.

Abordan el tema en sus dos facetas fundamentales: Período pretrasplante y período postrasplante.

En el primero se valora la selección de candidatos, el screening psiquiátrico realizado, la patología psiquiátrica más común (encefalopatía hepática y trastornos adaptativos) así como el tratamiento psiquiátrico recomendado.

En el segundo se hace hincapié en la patología psiquiátrica (incluida la adaptación postrasplante y la derivada del uso de la ciclosporina), tratamiento sugeridos

para la misma y de la importancia del concepto de calidad de vida postrasplante.

Creo que es un trabajo que permite una buena orientación en este tipo de pacientes y que marca la pauta a seguir en el abordaje psiquiátrico en otros trasplantes salvando las especificidades propias de cada uno.

José Agustín García-Noblejas
(MIR, II H.P.M.)

Una comparación de cuatro medidas para diagnosticar el trastorno de personalidad borderline según DSM-III-R en pacientes ambulatorios»

Lewis S. J., Harder D. W.

J. Nerv Ment Dis 1991; 179: 329-337.

El diagnóstico de trastorno de personalidad borderline (TPB) ha aparecido siempre como ambiguo debido a los múltiples síntomas usados para describirlo. A pesar de la controversia en la investigación, actualmente existe un consenso clínico que acepta el TPB como una entidad única la cual puede ser definida por criterios diagnósticos según el DSM-III-R.

Realiza una revisión de las dos aproximaciones teóricas más predominantes, la perspectiva psicodinámica (Kernberg) y el modelo médico categorial.

El propósito del estudio es evaluar las capacidades de cuatro instrumentos metodológicos para diferenciar un grupo de pacientes con TPB según criterios DSM-III-R de un grupo control con otros diagnósticos en el medio ambulatorio. Se utilizan la entrevista Estructural de Kernberg, la entrevista Diagnóstica para TBP (DIB), el Índice del Síndrome Borderline (BSI) y el Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI).

Los resultados del estudio indican que el método alternativo más eficaz para diagnosticar TPB según criterios DSM-III-R es el DIB, aunque los cuatro instrumentos permiten la identificación del TPB. El DIB tiene además una capacidad de discriminación alta entre este trastorno y otros diagnósticos.

De los ocho criterios del DSM-III-R los síntomas claves en la identificación del trastorno son la inestabilidad afectiva, relaciones interpersonales inestables, agresividad intensa con falta de control, conductas impulsivas, trastornos de la identidad, y gestos suicidas.

Las dimensiones del MCMI y características de la historia personal se utilizaron para identificar los aspectos que permiten diferenciar el TPB de otros diagnósticos y otros trastornos de la personalidad.

Carmen Bayón Pérez
(Psiquiatra, SS.MM. Tetuán)

El estado de la cuestión en...

Síndrome Neuroléptico Maligno: revisión de los casos publicados en la literatura española 1988-90

Jesus P. Pérez Jiménez, Mercé Salvador Robert

Médicos Residente de Psiquiatría. Hospital La Paz, Madrid.

El Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) es una complicación potencialmente grave derivada del uso de los neurolépticos (NLP).

Descrito por Delay y Deniken en 1968 es en los últimos años cuando ha despertado un cierto interés reflejando en el incremento del número de publicaciones aparecidas en la literatura psiquiátrica internacional.

En este trabajo se revisan un total de 19 casos publicados en la literatura médica española en los años 1988 a 1990.

El SNM se ha descrito en pacientes tratados con NLP de alta y de baja potencia, en pacientes que recibían un tratamiento con NLP por primera vez y en pacientes con tratamiento NLP de larga duración. Una vez iniciado suele evolucionar de forma fulminante desarrollándose en un plazo de 24-72 horas el cuadro clínico completo del SNM. Las manifestaciones clínicas del SNM son las siguientes:

1. Síntomas estrapiramidales (rigidez muscular generalizada en tubo de plomo, akinesia, rueda dentada...).
2. Disminución del nivel de conciencia con tendencia al estupor y finalmente coma.
3. Disfunción neurovegetativa que cursa con hipertermia, diaforesis, taquicardia y labilidad tensional.

En las exploraciones complementarias se halla: leucoci-

tosis (hasta 30.000/mm³), aumento CPK sérica (hasta 15.000 U/L) y ocasionalmente un discreto aumento de las enzimas hepáticas. El EEG muestra alteraciones difusas inespecíficas. El TAC no aporta hallazgos significativos. El LCR es normal salvo un discreto aumento de las proteínas en algunos casos.

REVISIÓN DE LOS CASOS PUBLICADOS EN ESPAÑA

No se conoce la incidencia real SNM, ya que no existen estudios sistemáticos sobre la población tratada con NLP. Las distintas incidencias referidas en la literatura mundial divergen considerablemente de unos autores a otros (Po-pe, 1986, 1,4%; Addonizio, 1986, 2,4%) pudiendo ser atribuidas tanto a una mayor o menor rigidez de los criterios clínicos como a la naturaleza de los estudios (prospectivos, retrospectivos). En nuestra revisión, sólo se recoge la incidencia referida al Hospital de Valme (Sevilla), 1,5% de la población en tratamiento con NLP.

Los criterios diagnósticos usados son los de Levenson en todos los casos, excepto en el estudio de Valme que sigue los criterios de Adityanjee. Aunque estos autores concluyen que dada la elevada mortalidad y la importancia de la temprana supresión de los NLP, deberían adoptarse los criterios de Levenson por ser menos rígidos.

En cuanto al tratamiento, la retirada de los NLP y las medidas de soporte cardiorespiratorio son las primeras a tomar. El Dantroleno se administró en 12 de los 19 casos, solo o combinado con bromocriptina (9 casos). En un trabajo del Hospital Clínico de Barcelona sugieren añadir levodopa/carbidopa en caso de no obtener un efecto rápido con dantroleno y bromocriptina. En dos casos se aplicó Terapia electroconvulsivante.

Caso	Edad	Sexo	Enfermedad de base	Tratamiento (mg/d)	Duración Tto. (días)
1	34	M	Oligofrenia	Haloperidol 5	15
2	65	M	Depresión unipolar	Tioridacina 20 Haloperidol 10 Clotiapina 40 Perfenazina 16	40 40 40 40
3	34	V	Esquizofrenia	Haloperidol 15 Tioridacina 400	8
4	55	V	Depresión bipolar	Perfenazina 24 Haloperidol 15 Clorpromacina 50	90 3 3
5	74	V	Demencia	Flufenacina 25 mg/21 d	40
6	46	V	Depresión bipolar	Clozapina 200 Haloperidol 15 Trifluoperacina 20 Clorpromacina 200	4 4 4 4
7	56	M	Depresión bipolar	Tioridacina 200 Clotiapina 40 Haloperidol 10	10 2 10

8	30	M	Esquizofrenia	Clozapina 100 Haloperidol 30	180 8
9	56	V	DM/arteriopatía/miembro fantasma	Tioridacina 200	30
10	59	M	Psicosis bipolar	?	?
11	40	V	Esquizofrenia	Haloperidol	> 10 años
12	38	V	Esquizofrenia	Haloperidol Lavomepromacina	> 10 años
13	25	V	Etilismo	Haloperidol Clormetiazol	1
14	33	M	Guilles de la Tourette	Haloperidol Clorpromacina	> 10 años
15	67	M	Depresión	Haloperidol 6	2
16	17	M	Encefalopatía congénita	Properiacina 30	10
17	17	M	?	Haloperidol 15	7
18	50	M	Esquizofrenia	Flufenacina 25 mg/mes Clotiapina 120 Prometacina 150	10 años 1 1
19	25	M	Psicosis	Haloperidol 6 Clotiapina 80	7 2

Caso	Síntomas extrapir.	Nivel concienc.	T.º C	CPK	Leucoc.	Complic.
1	Rigidez	Estupor	39,5º	84	17,8	I.R.
2	Rigidez	Estupor	40º	18,8	15,1	T.V.P.
3	Rigidez mioclonia	Coma	41º	883,5	23	Shock
4	Rigidez distonia	Estupor	39º	43,4	12,5	Shock
5	Rigidez	Obnubil.	39,2º	34,9	27	I.R., broncoaspiración
6	Rigidez	Coma	41,5º	81,8	16,5	Neumonía, I.R.
7	Rigidez, temblor	Estupor	41º	124,4	11,9	Neumonía, I.R.
8	Distonia	Estupor	40º	78,3	11	—
9	Rigidez	Coma	39,5º	7,6	9,4	I.R.
10	?	?	?	?	?	—
11	Rigidez	Coma	41,5º	643,4	30,8	—
12	Rigidez	Estupor	39,2º	203,3	9,8	N.A.
13	Rigidez	Estupor	40º	1.563	11,7	Insuficiencia renal
14	Rigidez	Coma	39,8º	136	15,6	Bacteriemia
15	Rigidez distal, postura en flexión	Estupor	39,5º	1.156	16,7	Paro respiratorio, neumonía
16	Hepertonía	Obnubil.	39º	5.120	11,9	—
17	Rigidez, hipertonia	Estupor	39,5º	?	19	—
18	Hipertonía	Estupor	38,5º	1.275	12,8	—
19	Hipertonía sialorrea	Estupor	?	2.690	13,4	—

I.R. insuficiencia respiratoria; T.V.P. trombosis venosa profunda, N.A. neumonía por aspiración.

En un total de 6 casos se produjo el fallecimiento del paciente.

Criterios diagnóstico

Levenson

Manifestaciones mayores

Fiebre

Rigidez

Elevación CPK

Manifestaciones menores

Taquicardia

Fluctuaciones TA

Taquipnea

Alteraciones nivel conciencia

Diaforesis

Leucocitosis

Para el diagnóstico son necesarias 3 manifestaciones mayores, ó 2 mayores y 4 menores

Adityanjee

Alteración nivel conciencia: confusión, desorientación, mutismo, estupor-coma

Rigidez muscular

Fiebre >39 durante más de 24 horas

Alteraciones autonómicas (mínimo de 2): taquicardia >90 lpm, taquipnea >25 rpm, fluctuaciones de la TA, diaforesis, incontinencia

Para el diagnóstico debe cumplir los 4 criterios

Considerando la gravedad del cuadro y las frecuentes complicaciones (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, infecciones nosocomiales, shock...) se hace manifiesta la importancia de la sospecha diagnóstica para la instauración de un tratamiento precoz.

BIBLIOGRAFIA

- Rivera JM, et al. Síndrome Neuroléptico Maligno. Análisis de 9 casos. Med Clin (Barc) 1990; 94: 121-125.
- Muñoz Pérez R, et al. Síndrome Neuroléptico Maligno. Aspectos psiquiátricos y psicológicos. Estudio de un caso y revisión de la literatura. An Psiquiatría (Madrid) 1989; 5: 29-35.
- Elvira V, et al. Estudio de dos casos de Síndrome Maligno por neurolépticos. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1991, 19: 47-51
- García Castaño M, et al. Síndrome Maligno por Neurolépticos. An Med Intern (Madrid) 1989; 6(10): 552-553.
- Usandizaga I, et al. Síndrome Neuroléptico Maligno. Med Clin (Barc) 1990; 95: 437
- Pedrol E, et al. Síndrome Neuroléptico Maligno: dificultades terapéuticas. Med Clin (Barc) 1988; 91: 516.

Revistas recibidas

Energía, carácter y sociedad. Revista de la Scuola Europea di Orgonomia. Año IX, N.º 15, Vol. 9. Valencia.

Índice Médico Español, N.º 103. Centro de Documentación e Informática Biomédica. Universidad de Valencia.

Cuadernos de Terapia Familia, N.º 16 y 17. Madrid.

Medicina Militar. Vol. 47, N.º 2. Revista de Sanidad de las Fuerzas Armadas. Ministerio de Defensa. Madrid.

Infancia y Aprendizaje. Journal for the Study of Education and Development. N.º 54. 1991, Madrid.

El Médico. Año X. N.º 413. Saned. Madrid.

Auxilia. Promoción Social y Cultural para Enfermos y Disminuidos Físicos. Barcelona.

Boletín del GCSSM. Febrero 1991. Barcelona.

Psicología en Nicaragua. Publicación de la Escuela de Psicología y de la ANIPS. Año X. N.º 3. Dic. 1990. Nicaragua.

Cuadernos de Psicología. Mayo 1991. C.O.P. de Galicia.

Revista de Sanidad e Higiene Pública. Año LXIV. Dic. 1990. N.º 11 y 12. Ministerio de Sanidad. Madrid.

Revista de Sanidad e Higiene Pública. Número Monográfico. 1990.

Informaciones psiquiátricas. Primer trimestre, 1991. N.º 123. Instituto Psiquiátrico Femenino. Barcelona.

Anthropos. Revista de Documentación Científica de la Cultura. N.º 120, 121 y 122/123. Barcelona.

Arxiu d'etnografia de Catalunya. Revista de Antropología Social. N.º 7. 1989, Tarragona.

Papeles del Psicólogo. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. Epoca III. N.º 49. 1991.

Pabellón de España. Revista Mensual de la Exposición Universal de 1991. N.º 8 y 9. Sevilla.

Fogli di Informazione. N.º 152. Italia.

International Social Science Journal. May 1991. N.º 128. Unesco. París.

Revista Española de Drogodependencia. Vol. 16. N.º 12. 1991, Valencia.

New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry. Vol. VII. N.º 2. 1991, Roma.

Otras publicaciones

Servicio Navarro de Salud. Memoria 1990. Pamplona.

Servicio de Salud Mental. Area 9. Leganés. Memoria 1990.