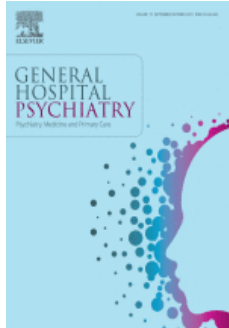


Neuropsiquiatría. Catatonia



REEVALUACIÓN DEL TEST DE LORAZEPAM: PROPUESTA DE UN ALGORITMO PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA"

Letter to the editor. Revisiting the lorazepam challenge: An algorithm for clinical-decision making . Matthew Gunthera, James Luccarelli, Scott Beach

General Hospital Psychiatry (2025).

Palabras clave: Lorazepam, Catatonia Benzodiazepines, Lorazepam challenge test

Resumen: Los pacientes con catatonia pueden mostrar mejorías rápidas con benzodiacepinas, lo que ha llevado al uso frecuente del *"Test con Lorazepam"* (LCT, por sus siglas en inglés) como prueba diagnóstica. Sin embargo, existe poca orientación sobre cómo interpretar sus resultados, cómo determinar la mejoría clínica y cómo proceder en casos con escasa o nula respuesta. Como ocurre con todas las pruebas diagnósticas, el LCT debe interpretarse dentro del marco bayesiano de *la probabilidad preprueba*.

Una revisión reciente (1) que se refleja en el artículo que estamos comentando , propone un posible enfoque para la realización del LCT. En dicha revisión, los autores recomiendan administrar dos dosis de Lorazepam, separadas por 5 minutos. No se establece una preferencia entre las vías intravenosa, intramuscular u oral. Se recomienda una reevaluación entre los 5 y los 30 minutos posteriores, considerando una respuesta positiva aquella que conlleve una reducción del 50 % en la puntuación. Según este enfoque, tanto los casos con alta como con baja sospecha clínica que respondan positivamente al LCT, se consideran indicativos de catatonía. En los casos con alta sospecha que no respondan, los autores recomiendan avanzar directamente a dosis más altas de Lorazepám, y posteriormente a terapia electroconvulsiva (TEC) si no se observa mejoría.

En este artículo se presenta un algoritmo alternativo basado en la experiencia clínica, con el objetivo de reducir los efectos adversos, identificar diagnósticos alternativos y guiar al clínico en situaciones de respuesta equívoca. En comparación, nuestro algoritmo:

- 1) Propone el uso de una sola dosis de Lorazepam;
- 2) Permite un intervalo mayor entre dosis debido a la variabilidad en el tiempo de respuesta;
- 3) Establece un umbral más bajo para definir una respuesta positiva; y
- 4) Describe diferencias clave en la conducta a seguir para dos de los cuatro posibles resultados, en los cuales se recomienda una evaluación adicional y/o un manejo.

Comentario: En España el Lorazepam para uso I.M. o I.V. se denomina *Temelor* y se presenta en ampollas de 4mg/ml.

El artículo se divide en cuatro apartados, **la sospecha clínica y realización del test con Lorazepam, la interpretación de la prueba, la aplicación del algoritmo y las conclusiones.**

Lo primero que debemos hacer es realizar una evaluación exhaustiva que incluya la historia clínica, y [la utilización de la escala de Catatonia de Bush-Francis \(BFCRS\)](#). Os dejo un enlace sobre el que ya hablamos en otros números de la sección.

Se **considerarán casos de alta sospecha** aquellos en los que se observe un cambio clínico significativo respecto al estado basal del paciente, manifestado a través de síntomas motores y conductuales característicos o la existencia de episodios catatónicos previos en la historia del paciente.

Por el contrario, la sospecha clínica de catatonia debería disminuir en presencia de las siguientes condiciones médicas (pueden simularlo):

- **Síndrome de enclaustramiento**, (Mirada vertical y parpadeo se mantienen y se trata de comunicar a través de estos, hay lesiones pontinas en RMN cerebral, no responde a benzodiacepinas);
-
- **Status epiléptico no convulsivo** (con frecuencia antecedentes epilepsia y EEG suele ayudar).
- **Enfermedad de Parkinson**. (Normalmente cooperan, Temblor presente e inicio insidioso).
- También cuando no se alcance simultáneamente los criterios del **DSM-5-TR** (al menos 3 de la lista) y yo añadiría 3 **en la CIE-11** (tener en cuenta que no son los mismos en ambos) y el umbral de la **BFCRS** (2 de los 14 primeros).

Los autores recuerdan que, aunque **nunca se ha demostrado una correlación** entre la puntuación en la **BFCRS** y la respuesta a la prueba terapéutica con Lorazepam, parece razonable considerar los **extremos de la escala** como un **proxy de la sospecha clínica**: así, las **puntuaciones <7 podrían representar casos de baja sospecha, mientras que puntuaciones >20 podrían constituir** casos de **alta sospecha**.

En última instancia, y dado que no se dispone de datos concluyentes, la **distinción dicotómica** entre alta y baja sospecha debe fundamentarse en un **juicio clínico global** (informado por la experiencia.)

Una vez que se plantea la sospecha de catatonía, el siguiente paso es realizar la prueba terapéutica con Lorazepam (LCT). La evaluación de este test se fundamenta en los siguientes criterios:

Reducción del 50 % en la BFCRS.

- La experiencia clínica indica que debe existir **cierta flexibilidad** cuando hay un **cambio clínico claro en la sintomatología**, incluso si **no se alcanza la reducción del 50 %** (incluir cambios **evidentes en múltiples dominios sintomáticos**, o un **cambio significativo en un único síntoma**, como en el caso de un paciente previamente mudo que comienza a responder).
- La **precisión en la determinación de la respuesta** se ve favorecida cuando el **mismo clínico** realiza tanto la evaluación previa como la posterior.
- La experiencia clínica sugiere que muchos pacientes responden de forma mucho más **gradual**, requiriendo al menos **30 minutos** para mostrar mejoría, y en ocasiones hasta **2 horas**.
- La **sedación inducida por el Lorazepam** puede producirse, pero la experiencia anecdótica indica que **no excluye el diagnóstico de catatonia** ni debe interpretarse como **falta de respuesta**.

Por último, tenemos el algoritmo de la prueba de Lorazepam, al que me he permitido añadir un párrafo sobre el Diazepam sacado del artículo que os señalo en la información adicional.

En mi experiencia la utilización de Diazepam en ampollas intravenosas ha sido de gran utilidad en varios casos antes de que en mi hospital hace unos meses introduyéramos el Lorazepam parenteral en la farmacia.

Asimismo, me gustaría destacar ciertos aspectos semiológicos fundamentales en la exploración psicopatológica, específicamente en relación con tres fenómenos motores que, si bien comparten una base común en cuanto a la alteración del tono muscular, presentan características diferenciales al evaluar el movimiento pasivo de una extremidad.

- **Rigidez** (la resistencia no varía)
- **Flexibilidad cérea** (resistencia inicial, luego no)
- **Gegenhalten** (la resistencia varía con la fuerza que haces)

Bibliografía: Gunther M, Luccarelli J, Beach S. Revisiting the lorazepam challenge: An algorithm for clinical-decision making [letter]. *Gen Hosp Psychiatry*. 2025;93:86–8.

- (1) Hirjak D, Rogers JP, Wolf RC, Kubera KM, Fritze S, Wilson JE, et al. Catatonia. *Nat Rev Dis Primers* 2024 Jul 18;10(1):1–18.

Información adicional:

Uso del diazepam. Lin CC, Hung YY, Tsai MC, Huang TL. The Lorazepam and Diazepam Protocol for Catatonia Due to General Medical Condition and Substance in Liaison Psychiatry. *PLoS ONE*. 2017; 12(1): e0170452. doi:10.1371/journal.pone.0170452.

Probabilidad preprueba. El *test del Lorazepam* (LCT) debe interpretarse siempre en función de la probabilidad de que el paciente tenga catatonía antes de realizar la prueba, lo que en medicina se conoce como probabilidad preprueba. Según el enfoque bayesiano, el resultado del test (positivo o negativo) no tiene un valor absoluto, sino que modifica—pero no sustituye—nuestro juicio clínico previo. Así, una respuesta positiva al Lorazepam refuerza el diagnóstico si ya sospechábamos fuertemente una catatonía, pero puede ser poco concluyente si esa sospecha era baja; del mismo modo, una respuesta negativa no descarta el diagnóstico en casos con signos clínicos claros. El LCT es, por tanto, una herramienta complementaria, no definitiva, cuya utilidad depende del contexto clínico en el que se aplica.

Os dejo un enlace a la página WEB de nuestra unidad docente donde os podéis bajar el algoritmo traducido al español con alguna pequeña modificación y una presentación reciente sobre Catatonía realizada en el congreso de Zaragoza de la SEPSM de este último año.

Por último y aplicando las nuevas tecnologías **la IA** sugiere una serie de preguntas como **guía de estudio** del artículo.

¿Qué es la prueba de reto de Lorazepam (LCT) y para qué se utiliza?

¿Cómo se determina si un paciente es un caso de alta o baja sospecha de catatonía antes de realizar la LCT?

¿Cuál es un enfoque recomendado para administrar Lorazepam durante la LCT?

¿Cómo se interpreta una respuesta positiva a la LCT?

¿Cuál es el momento óptimo para evaluar la respuesta a la LCT?

¿Qué significa si se produce sedación después de administrar Lorazepam durante la LCT?

¿Cómo se aplica el algoritmo de toma de decisiones basado en la sospecha inicial y la respuesta a la LCT?

¿Qué se recomienda en caso de catatonía maligna?
