

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

María Carolina González Romero
Compiladora



González Romero, María Carolina, compiladora

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada / María Carolina González Romero y otros trece -- 1 edición-- Medellín: UPB. 2023 -- 251 páginas.

ISBN: 978-628-500-092-8 (versión digital)

1. Psiquiatría 2. Trastornos mentales y psiquiátricos 3. Seguridad de los pacientes

CO-MdUPB / spa / RDA / SCDD 21 /

© Camilo Andrés Agudelo Vélez
© Carmenza A. Ricardo Ramírez
© Diego Espíndola Fernández
© José Gabriel Franco Vásquez
© Juan Diego Corzo Casadiego
© Marcela Alviz Núñez
© María Victoria Ocampo Saldarriaga
© Postgrado en Psiquiatría
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

© María Adelaida Posada Uribe
© María Botero Urrea
© María Carolina González Romero
© María Margarita Villa García
© Natalia Gutiérrez Ochoa
© Ricardo Antonio Consuegra Peña
© Yeison Felipe Gutiérrez Vélez

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

ISBN: 978-628-500-092-8 obra digital

Escuela de Ciencias de la Salud

Postgrado en Psiquiatría

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Decano Escuela de Ciencias de la Salud: Marco Antonio González Agudelo

Coordinadora (e) editorial: Maricela Gómez Vargas

Compiladora: María Carolina González Romero

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: María Isabel Arango Franco

Corrección de estilo: Fernando Aquiles Arango Navarro

Imagen portada: Shutterstock ID 310562189

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2023

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Telefax: (0057) (4) 354 4565

A.A. 56006 Medellín-Colombia

Radicado: 2253-13-03-23

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Manejo desde psiquiatría del paciente intoxicado

Marcela Alviz Núñez*

*"Todo es veneno y nada es veneno,
sólo la dosis hace el veneno"*
Paracelso (1493-1541), el padre
renacentista de la toxicología

Resumen

La atención clínica del paciente intoxicado debe ser multidisciplinar y suele implicar a varios especialistas médicos, incluidos médicos de urgencias, anestesiólogos, intensivistas y toxicólogos. A veces se pasa por alto el papel del psiquiatra, siendo supremamente importante ya que gran porcentaje de las intoxicaciones voluntarias que llegan al servicio de urgencias son intentos de suicidio, además los pacientes que toman regularmente psicofármacos pueden de forma no intencional tener más riesgo de intoxicación. Las sustancias más frecuentemente implicadas en las intoxicaciones son plaguicidas, analgésicos, psicofármacos. Es importante un enfoque rápido y práctico del paciente en el servicio de urgencias que permita establecer la severidad de la intoxicación, ya que en algunos casos es necesario manejo en unidad de cuidados intensivos. El diagnóstico de las sustancias implicadas es fundamental por lo que es necesario una anamnesis, evaluación clínica completa y la realización de tóxicos en orina.

Palabras clave: Intoxicación; Sobredosis; Abstinencia; Manejo

* Médica y cirujana de la Universidad del Norte, residente de tercer año de Psiquiatría Universidad Pontificia Bolivariana. marcela.alviz@upb.edu.co

1. Introducción

Las intoxicaciones accidentales e intencionales o las sobredosis de drogas constituyen una fuente importante de morbilidad, mortalidad y gastos de atención de la salud agregados en todo el mundo; es fundamental el reconocimiento rápido de estas condiciones, así como la identificación del tóxico implicado, para el manejo adecuado y evitar muertes y complicaciones.

En este capítulo revisaremos las sustancias más frecuentes, signos clínicos claves, y el manejo inicial del paciente intoxicado; es importante conocer algunos términos para entender mejor los conceptos a tratar.

1.1 Toxicocinética

Este término denota la disposición de los venenos en el cuerpo (es decir, su farmacocinética). El conocimiento de la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de una toxina permite evaluar el valor de los procedimientos diseñados para eliminarla de la piel o del tubo digestivo. Por ejemplo, los medicamentos con grandes volúmenes aparentes de distribución, como los antidepresivos y los antipalúdicos, no son aptos para que los procedimientos de diálisis consigan eliminarlos. Los fármacos con volúmenes de distribución bajos, como el litio, la fenitoína y los salicilatos, se eliminan con más facilidad mediante procedimientos de diálisis y diuresis.¹

1.2 Toxicodinámica

Denota los efectos nocivos de las toxinas (efectos farmacodinámicos). El conocimiento de la toxicodinámica es útil en el diagnóstico y tratamiento de la intoxicación. Por ejemplo, la hipertensión y la taquicardia son datos típicos en las sobredosis de anfetaminas, cocaína y fármacos antimuscarínicos.¹

1.3 ABCD

Nemotecnia para el tratamiento inicial de apoyo de todos los pacientes envenenados; significa vía respiratoria (airway), respiración (breathing), circulación y dextrosa o descontaminación¹.

1.4 Antídoto

Sustancia que contrarresta el efecto de un veneno.

1.5 Abstinencia

El DSM-5 describe la abstinencia como un síndrome que ocurre cuando las concentraciones sanguíneas o hícticas de una sustancia descienden en un individuo que ha mantenido un consumo intenso prolongado de esa sustancia. La aparición de un síndrome de abstinencia cuando se interrumpe la administración del fármaco es la única evidencia real de dependencia física. Los tipos de síntomas de abstinencia dependen de la categoría farmacológica de la droga. Por ejemplo, la abstinencia de una estimulante causa sedación durante la abstinencia. La abstinencia de un opioide produce deseos intensos del opioide y síntomas físicos como náusea, vómito y diarrea. La abstinencia relacionada con el trastorno por consumo de cannabis incluye también síntomas somáticos como diaforesis, cefalea y dolor abdominal. La dependencia y abstinencia tienen manifestaciones físicas y emocionales.²

1.6 Síndrome de discontinuación

El síndrome de discontinuación de antidepresivos se caracteriza por la aparición repentina de síntomas poco después de suspender el antidepresivo o disminuirlo demasiado rápido; el síndrome suele ser auto limitado cuando no se trata y se resuelve después de reiniciar el antidepresivo.³ Generalmente se piensa que el síndrome comprende uno o más síntomas, como mareos, fatiga, dolor de cabeza y náuseas, que pueden ocurrir cuando se suspenden los antidepresivos que se han tomado de forma continua durante al menos varias semanas, (por ejemplo, cuatro).⁴ El síndrome es especialmente probable que ocurra si los pacientes:

1.6.1 Suspenden abruptamente los antidepresivos

1.6.2 Disminuyen los antidepresivos demasiado rápido (p. ej., durante dos a siete días)

1.6.3 Cambian a un nuevo antidepresivo con un perfil farmacodinámico diferente

1.6.4 Omiten algunas (p. ej., tres o cuatro) dosis consecutivas de anti-depresivos con vidas medias relativamente cortas o farmacocinética no lineal, como paroxetina o venlafaxina

Además, es posible que surjan síntomas de interrupción si el paciente cambia de una formulación de marca a una genérica, debido a las diferencias en la bioequivalencia.

1.7 Epidemiología


El envenenamiento accidental e intencional por sustancias lícitas e ilícitas, sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, las intoxicaciones corresponden al 1-3% de los ingresos al servicio de urgencias.⁵ En los Estados Unidos, entre 2008 y 2011, hubo un estimado de 1,1 millones de visitas anuales al departamento de emergencias relacionadas con intoxicación por drogas, o 35,4 visitas por cada 10 000 personas; 24,5% de estos pacientes requirieron ingreso hospitalario en comparación con el 12,7% para presentaciones no relacionadas con intoxicaciones.⁵ Es común que los pacientes intoxicados presenten síntomas graves, que requieren manejo en unidades de cuidados intensivos (UCI), se calcula que el 15% de los pacientes intoxicados requiere manejo en UCI.⁶ En general, la frecuencia de exposiciones tóxicas que provocan la muerte es baja (0,07 %), pero esta proporción se duplicó desde 1998, cuando solo el 0,035% de las exposiciones provocaron la muerte.⁷ En el 2008 el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) informó que cerca de 41.000 personas, fallecieron por intoxicación, convirtiéndose en la primera causa de muerte por lesiones desde 1980, triplicando a las causadas por accidentes de tránsito.⁸

La incidencia de la intoxicación aguda en Suramérica es de 1,34 a 2,54 casos por 1000 habitantes, de los cuales la exposición no intencional se presentó en el 78,6%, y la intencional en el 16,4%. El 50% de los casos reportados fue de menores de 5 años, el 29,7% en mayores de 20 años y el 48% correspondió al sexo masculino. Los medicamentos se vieron involucrados en el 49,2% (benzodiazepinas, anticonvulsivantes, antidepresivos, fenotiazinas y opiáceos), seguido por los productos de aseo; plaguicidas; productos industriales, químicos y cosméticos.⁹

En Colombia es frecuente el sub registro de las intoxicaciones, y las causas de intoxicación aguda dependen de la región geográfica en que se presentan.⁸ Las bases epidemiológicas nacionales de Colombia, como del Centro de Información y Asesoría Toxicológica, han encontrado que los principales agentes causales de intoxicaciones son en su orden: plaguicidas, medicamentos, sustancias cáusticas y corrosivas, derivados de hidrocarburos, bebidas alcohólicas, animales y plantas venenosas.⁸

Los datos del Sivigila reportan que en el año 2022 se notificaron 25.360 casos de intoxicaciones por sustancias químicas por todos los tipos de exposición, lo que representa una incidencia de 49,1 casos por cada 100.000 habitantes, la incidencia de las intoxicaciones por intencionalidad suicida es de 27,1 casos por cada 100.000 habitantes, y es la mayor de los últimos 5 años. Es más frecuente en mujeres en edades entre los 12 y 26 años, en este mismo grupo de edad se encuentra que las sustancias químicas más empleadas corresponden a acetaminofén, hipoclorito de sodio y psicofármacos (amitriptilina, sertralina, fluoxetina, quetiapina, clonazepam). La distribución por estratos socioeconómicos para el ciclo adolescente muestra que en el estrato 1 se encuentra el 36,5% de los casos y en el 2 el 38,9%; para el ciclo juventud la distribución es de 32,3% y 40,5% respectivamente. La mayor cantidad de muertes ocurrieron por intoxicaciones por plaguicidas con el 64,4% de los casos, sin embargo, la letalidad es mayor para la intoxicación por gases, la cual fue de 31,3 por cada 1 000 intentos de suicidio con este grupo de sustancia. El sexo masculino es el que tiene el mayor porcentaje de suicidios consumados con un 59,3% de los casos notificados en las edades de 20 a 24 años y mayores de 60 años.¹⁰

Un estudio realizado en la ciudad de Medellín entre los años 2010 y 2013 que incluyó 244 pacientes intoxicados en los servicios de urgencias de los hospitales de alta complejidad de la ciudad, encontró una mediana de edad de 28 años. La principal causa de toxicidad fue por intento suicida, se presentó en el 60% (147), y 39,8% (97) fueron por intoxicaciones accidentales. Las sustancias más frecuentemente utilizadas fueron plaguicidas, analgésicos y psicofármacos (antidepresivos, benzodiacepinas). La proporción de letalidad fue de 3% (7), siendo más frecuente en los residentes de área rural. Las mujeres realizaron 54,7% de todas las intoxicaciones determinándose una razón de prevalencia de intoxicación de origen suicida de 1 hombre por 1,4 mujeres.⁸



Muchos pacientes intoxicados que se han expuesto intencionalmente tienen un riesgo elevado de suicidio posterior con una tasa del 1,6% (IC 1,2–2,4) después de 12 meses y del 3,9% (IC 3,2–4,8) después de 5 años ; y repetición de autolesiones no fatales o auto envenenamiento del 16,3% (IC 15,1–17,7) después de 12 meses.¹¹ En el 2019, 97.339 personas murieron por suicidio en la Región de las Américas, y se estima que 20 veces ese número puede haber realizado intentos de suicidio.¹² La contribución del envenenamiento a los casos de suicidio varía según la región: el envenenamiento suicida es especialmente frecuente en los países escandinavos y el Reino Unido, mientras que la carga de los envenenamientos suicidas es relativamente menor en la mayor parte de Europa del Este y América Central y del Sur.¹³ Numerosos factores contribuyen a la elección de un método de suicidio, los patrones sociales de suicidio pueden entenderse a partir de conceptos básicos como la aceptabilidad social del método (es decir, cultura y tradición) y su disponibilidad (es decir, oportunidad)¹⁴.

2. Abordaje inicial del paciente intoxicado

2.1 Lo primero es definir rápidamente ante qué tipo de paciente nos encontramos

2.1.1 Paciente con presentación aguda de intoxicación, **con ingestión intencionada** de sustancias con fines suicidas, o por sobredosis con drogas recreativas.

2.1.2 Paciente con presentación aguda de intoxicación, **no intencionada**, secundaria a accidentes, abstinencia, interacciones medicamentosas, condiciones fisiológicas del paciente que precipitan la intoxicación (ejemplo, deshidratación en paciente con ingesta de litio).

2.1.3 Paciente con presentación aguda de intoxicación, con sustancia e intención **desconocida**

2.1.4 Paciente con intoxicación aguda con **compromiso sistémico grave**.

2.1.5 Paciente con intoxicación aguda con **compromiso sistémico leve**.

2.1.6 Paciente con intoxicación aguda *asintomático*.

2.2 Para poder clasificar a nuestro paciente es necesario un examen físico completo y un historial de medicamentos, esto es crucial para identificar las medidas inmediatas necesarias para estabilizar y prevenir el deterioro del paciente.¹⁵ Por lo tanto, un examen físico sistemático que incluya lo siguiente es vital:

2.2.1 Evalúe las vías respiratorias: administre naloxona IV a pacientes con depresión respiratoria y signos, síntomas o antecedentes que sugieran intoxicación por opioides.¹⁶

2.2.2 Los signos vitales.

2.2.3 El estado mental.

2.2.4 El tamaño pupilar.

2.2.5 Temperatura y humedad de la piel.

Asegúrese de exponer completamente al paciente y busque signos de traumatismo, consumo de drogas (p. ej., huellas de agujas), infección o inflamación de las extremidades, busque píldoras, o equipos relacionados con las drogas en la ropa, carteras, pero tenga cuidado al hacerlo para evitar pincharse con una aguja.¹⁷

2.3 Los estudios de diagnóstico inmediato a realizar incluyen

2.3.1 Pulsioximetría

2.3.2 Monitorización cardiaca continua

2.3.3 Electrocardiograma (ECG)

2.3.4 Glucemia capilar: los pacientes hipoglucémicos deben recibir inmediatamente dextrosa (25 g en adultos, 0,5 g/kg en niños)⁷. Los pacientes alcohólicos o desnutridos también deben recibir 100 mg de tiamina por vía intramuscular o en la solución de perfusión intravenosa en este momento para prevenir el síndrome de Wernicke.¹



2.3.5 Pruebas exhaustivas de drogas en orina (si están disponibles) de una muestra cateterizada; no use lidocaína intrauretral antes del cate-terismo, ya que esto puede enmascarar otras sustancias, también es posible la recolección de la muestra por orina espontánea con supervisión de la toma de la muestra.

2.3.6 Hemograma completo

2.3.7 Electrolitos séricos básicos, BUN y creatinina

2.3.8 Lactato sérico

2.3.9 Gasometría arterial o venosa, incluidos los niveles de carboxihe-moglobina y metahemoglobina

Se debe obtener acceso intravenoso (IV) en todos los casos de in-toxicación.¹⁵

2.4 El enfoque “ABCDE”

El manejo inicial de un paciente con compromiso del estado general o que presenta convulsiones o cuyo estado mental está alterado debe se-guir el mismo enfoque, independientemente del tóxico involucrado: las medidas de apoyo son los aspectos básicos (“ABCDE”) del tratamiento para la intoxicación.

2.4.1 "A" estabilización de las vías respiratorias: los pacientes que no puedan proteger sus vías respiratorias deben intubarse inmediata-mente. A menos que el paciente esté moribundo, la intubación de secuenc-ia rápida con pre oxigenación y bloqueo neuromuscular suele ser el mejor enfoque para asegurar la vía aérea. Se prefiere el rocuronio a la succinilcolina en casos de sospecha de intoxicación por organofosfora-dos y toxicidad aguda por digoxina,¹⁸ para muchos pacientes, simple-mente colocarlos en decúbito lateral sobre el costado izquierdo o la implementación de la maniobra de “empuje mandibular” es suficiente para mover la lengua flácida fuera de la vía respiratoria.¹⁹

2.4.2 "B": Respiración: administre oxígeno de alto flujo a todos los pa-cientes en estado crítico con sospecha de sobredosis.

2.4.3 "C": Circulación: la circulación debe evaluarse mediante la vigilancia continua de la frecuencia del pulso, presión arterial, excreción urinaria y evaluación de la perfusión periférica.

2.4.3.1 La hipotensión se trata con una infusión intravenosa (IV) rápida de 2 L de cristaloides isotónicos, seguida de una infusión de norepinefrina o pequeños bolos de fenilefrina, salvo información más específica para guiar el tratamiento. A veces, la dosis de vasopresor o inotrópico necesaria para lograr una respuesta puede ser mucho mayor que las dosis utilizadas para pacientes no intoxicados.²⁰ Los antidotos seleccionados pueden administrarse empíricamente a pacientes hipotensos cuando las circunstancias sugieran una etiología específica (Tabla 2.)

2.4.3.2 La bradicardia con hipotensión sugiere una sobredosis de digoxina, bloqueadores de los canales de calcio no dihidropiridínicos o bloqueadores beta.¹⁵

2.4.4 "D": discapacidad y estabilización neurológica: una vez que se aseguran las vías respiratorias, la respiración y la circulación, la atención se dirige hacia la estabilización neurológica. La hipoglucemia puede presentarse como cualquier alteración del estado mental, que incluye confusión, convulsiones, déficits focales y coma.⁷ Trate estos síntomas con dextrosa intravenosa cuando el glucómetro informe una glucemia capilar baja o normal baja. Las convulsiones debidas a envenenamiento o abstinencia se tratan mejor con dosis crecientes de benzodiazepinas (p. ej., diazepam 5 mg IV, repetidas y duplicadas cada 5 a 10 minutos según sea necesario para convulsiones refractarias). Cuando es probable que las convulsiones se deban al bloqueo de los canales de sodio, se debe administrar bicarbonato de sodio por vía intravenosa además de las benzodiazepinas²¹.

2.4.5 "E" eliminación: Los procedimientos de desintoxicación deben realizarse simultáneamente con la estabilización inicial, la evaluación diagnóstica y la evaluación de laboratorio. La desintoxicación implica la eliminación de toxinas de la piel o el tracto gastrointestinal. Los métodos para mejorar la eliminación de venenos, como el lavado gástrico, el carbón activado, la irrigación intestinal completa y la hemodiálisis, pueden ser útiles para pacientes seleccionados.¹⁹ Importante recordar que el carbón activado no es útil en sustancias como litio, yodo, cáusticos y hierro, el lavado gástrico en general se realiza en las primeras dos horas de la intoxicación.

2.5 Diagnóstico de la intoxicación

La historia clínica, el examen físico y las evaluaciones de laboratorio toxicológicas y de rutina se utilizan para establecer y confirmar el diagnóstico de la intoxicación.

2.5.1 Historia: la historia, aunque intuitivamente es la fuente de información más útil para identificar la etiología del envenenamiento, a menudo no es confiable, especialmente cuando la proporciona un paciente después de una ingestión intencional. En una encuesta prospectiva, la historia clínica inicial se correlacionó completamente con las pruebas de confirmación en solo el 31% de los casos.²² Por lo tanto, es necesario siempre verificar la información de la historia clínica, con familiares y personas cercanas al paciente y correlacionar con la clínica y paraclínicos. Además, es fundamental preguntar específicamente sobre el uso de medicamentos de venta libre, remedios tradicionales o a base de hierbas y suplementos dietéticos, ya que a menudo el paciente no los considera medicamentos.

2.5.2 Cuando sospechar una intoxicación:

2.5.1.1 Historia clínica y examen físico no concuerden

2.5.1.2 Aparición súbita de los síntomas

2.5.1.3 Cuadro gastrointestinal súbito masivo

2.5.1.4 Falla orgánica multisistémica de causa desconocida

2.5.1.5 Síndrome convulsivo de Novo

2.5.1.6 Aliento con olor extraño

2.5.1.7 Quemaduras en boca o piel sin causa clara

2.5.1.8 Miosis puntiforme o cambios súbitos en la visión.

2.6 Síndromes tóxicos

A menudo, los síntomas y signos físicos pueden ser las únicas pistas para un diagnóstico de intoxicación. Los grupos de signos y síntomas físicos asociados con intoxicaciones específicas se conocen como síndromes tóxicos o toxidromes. El diagnóstico de un síndrome tóxico específico puede ayudar a guiar opciones terapéuticas específicas. Es importante reconocer que los pacientes pueden no demostrar todo el conjunto de signos y síntomas de un síndrome tóxico. Para complicar aún más el diagnóstico, los pacientes con exposición a múltiples sustancias pueden tener características de varios síndromes tóxicos¹ (ver Tabla 1).

Tabla 1. Síndromes tóxicos comunes

| Toxidrome | Sustancia | Estado mental | FC | PA | FR | T° | TP | RI | D | Otros |
|----------------------------|---|-----------------------|----|----|----|----|----|----|---|---|
| Simpaticomimético | Cocaína Anfetamina | Agitación | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | Temblores convulsiones |
| Anticolinérgico | Difenhidramina Alcaloides de la belladona (atropina y escopolamina) | Delirium | ↑ | ± | ± | ↑ | ↑ | ↓ | ↓ | Rubor cutáneo, retención urinaria, mucosas secas |
| Colinérgico muscarínico | Organofosforados | Somnolencia | ↓ | ↓ | ± | = | ↓ | ↑ | ↑ | DUMBELLSS, fasciculaciones |
| Opioides | Heroína Oxicodona | Somnolencia | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | = | |
| Sedantes-hipnóticos | Benzodiazepinas Barbitúricos | Somnolencia | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ± | ↓ | = | Ataxia, hiporreflexia |
| Síndrome serotonérgico | ISRS-IRSN | Normal O agitación | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | ↑ | | Clonus, hiperreflexia, temblores, convulsiones |
| Simpaticolítico | Clonidina | Somnolencia | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | |

Fuente: adaptado de la referencia¹

Abreviaturas: FC: frecuencia cardiaca, PA: presión arterial, FR: frecuencia respiratoria, T°: temperatura, TP: tamaño pupilar RI: ruidos intestinales D: diaforesis. DUMBELLSS: Mnemotecnia para los efectos muscarínicos, que consisten en diarrea, micción, miosis, broncorrea, bradicardia, vómito, epifora, letargo, sialorrea, diaforesis, por sus siglas en inglés.

2.7 Antídotos específicos

Existe un concepto popular erróneo de que hay un antídoto para cada veneno. En realidad, los antídotos selectivos están disponibles solo para unas pocas clases de toxinas.

Tabla 2. Antídotos e indicaciones

| Antídotos | Indicaciones |
|--|---|
| Atropina | Inhibidores de colinesterasa |
| Benzodiazepinas (diazepam, lorazepam, midazolam) | Ansiedad y agitación, convulsiones, hipertensión, relajante muscular, abstinencia de alcohol o sedantes-hipnóticos, sedación consciente, intoxicación por agentes nerviosos, síndrome serotoninérgico, SNM, toxicidad por cloroquina. |
| Biperideno | Reacciones distónicas agudas asociadas a neurolépticos o metoclopramida |
| Flumazenil | Reversión rápida del coma y la depresión respiratoria inducidos por sobredosis de benzodiazepinas |
| Dantrolene | Hipertermia maligna y síndrome neuroléptico maligno |
| Naloxona | Depresión respiratoria inducida por opioides, clonidina |
| Fisostigmina | Toxicidad anticolinérgica |
| N-acetilcisteína (NAC) | Paracetamol |
| Fentolamina | Crisis hipertensivas asociadas a: sobredosis de estimulantes, interacciones IMAO y abstinencia de clonidina o extravasación de agentes vasoconstrictores |

Fuente: elaboración propia con base en la referencia¹¹.

3. Toxicología en la práctica psiquiátrica

Existe un grado de interacción entre la enfermedad mental y las intoxicaciones. Especialmente enfermedades afectivas (trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar) y trastornos de personalidad del clúster B (límite, narcisista, histriónico y antisocial) que confieren el mayor riesgo.²³ Es importante resaltar que los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) no solo tienen las tasas más altas de repetición de conducta suicida y una tasa de suicidio de por vida del 10%, sino

que sus patrones de comportamiento, son intensamente cambiantes, e impredecibles, junto con altas tasas de polifarmacia y uso comórbido de sustancias, lo que genera que intoxicación sea más severas.²⁴ La evaluación psicosocial y el cuidado posterior de los pacientes que se autolesionan deben incluir una detección cuidadosa de tales trastornos e intervenciones terapéuticas apropiadas.

3.1 Cuándo solicitar interconsulta a psiquiatría:

3.1.1 Intento suicida

3.1.2 Síntomas afectivos

3.1.3 Síntomas psicóticos

3.1.4 Trastorno mental conocido

3.1.5 Trastorno por uso de sustancias

3.1.6 Sospecha de trastorno de la personalidad (especialmente TLP)


3.2 Evaluar la intención suicida

El comportamiento autoagresivo que va acompañado de cualquier intención de morir se clasifica como un intento de suicidio.²⁵ El suicidio se refiere a conducta auto lesiva con la intención de suicidarse y que es fatal.

La ideación suicida corresponde a los pensamientos de suicidarse; estos pensamientos pueden incluir un plan.²⁶ Por lo tanto, el primer paso para evaluar el riesgo de suicidio es determinar la presencia de ideación suicidas, incluido su contenido y duración. El interrogatorio debe determinar si el paciente tiene ideación suicida activa o pasiva.

Ideación suicida activa: pensamientos de tomar medidas para suicidarse. Como ejemplo, "Quiero suicidarme" o "Quiero acabar con mi vida y morir".

Ideación suicida pasiva: el deseo o la esperanza de que la muerte lo alcance. Por ejemplo, "Estaría mejor muerto", "Mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto" o "Espero irme a dormir y nunca despertar".



3.2.1 La intensidad de la ideación suicida puede surgir y disminuir rápidamente durante períodos cortos de tiempo, a menudo reducidos sustancialmente cuando el paciente llega al hospital.¹¹ Por lo tanto, es necesario tener en cuenta diferentes factores, que pueden aumentar el riesgo de un paciente a consumir el suicidio en un intento posterior y que, en caso de estar presente, pueden cambiar la conducta médica, ordenando remisión a una institución de salud mental, para mitigar este riesgo.

3.2.1.1 Potencial de alta letalidad de la intoxicación.

3.2.1.2 Múltiples intentos suicidas previos.

3.2.1.3 Soporte social deficiente.

3.2.1.4 Enfermedad mental de base, sobre todo si no está en remisión.

3.2.1.5 Ambivalencia con respecto a la ideación suicida.

3.2.1.6 Acceso a métodos muy letales, por ejemplo, personal de la salud, policías, militares.

3.2.1.7 No arrepentimiento de intento suicida.

3.2.1.8 Plan suicida bien estructurado.

3.3 Síndrome por abstinencia

Es importante definir si nuestro paciente con antecedente de consumo de sustancias, presenta una sobredosis, o un síndrome de abstinencia.

El DSM-5 describe la abstinencia como un síndrome que ocurre cuando las concentraciones sanguíneas de una sustancia descienden en un individuo que ha mantenido un consumo intenso prolongado de esa sustancia.²⁷ La aparición de un síndrome de abstinencia cuando se interrumpe la administración del fármaco es la única evidencia real de dependencia física. Los tipos de síntomas de abstinencia dependen de la categoría farmacológica de la droga. Por ejemplo, la abstinencia de una estimulante causa sedación durante la abstinencia. La abstinencia de un opioide produce deseos intensos del opioide y síntomas físicos como náusea, vómito y diarrea. La abstinencia relacionada con el trastorno por consumo de cannabis incluye también síntomas somáticos como diaforesis, cefalea y dolor abdominal. La dependencia y abstinencia tienen manifestaciones físicas y emocionales. La eliminación de un fármaco del sistema a menudo genera estados emocionales negativos como disforia, ansiedad e irritabilidad.²

Aproximadamente el 5% de los pacientes que experimentan abstinencia alcohólica sufren de delirium tremens. El cual se define por alucinaciones, desorientación, taquicardia, hipertensión, hipertermia, agitación y diaforesis en el contexto de reducción aguda o abstinencia de alcohol, típicamente comienza entre 48 y 96 horas después de la última bebida y dura de uno a cinco días²⁸.

Los benzodiazepinas se usan para tratar la agitación psicomotora que la mayoría de los pacientes experimentan durante la abstinencia y para prevenir la progresión de los síntomas de abstinencia menores a los mayores. El diazepam (Valium), el lorazepam (Ativan) se usan con más frecuencia para tratar o prevenir la abstinencia de alcohol, pero se pueden usar otras benzodiazepinas.²⁹

3.4 Psicosis tóxica

El uso de sustancias puede exacerbar y precipitar episodios psicóticos en pacientes funcionales y ser la causa de cuadros psicóticos agudos pasajeros sin que haya un trastorno funcional subyacente.³⁰

4. Desafíos

En cualquier paciente con enfermedad mental, un nuevo fármaco o una dosis mayor de un fármaco existente puede crear una mezcla de síntomas psiquiátricos y efectos tóxicos que agrega una capa de complejidad al diagnóstico y manejo.

4.1 Un ejemplo sería el caso de un paciente deprimido al que se le cambia la terapia de un antidepresivo tricíclico a un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) con un período de lavado inadecuado, lo que lleva a un estado afectivo mixto con características tanto de depresión como de manía que puede evolucionar a un síndrome serotoninérgico franco³¹.

4.2 Otro ejemplo es un paciente esquizofrénico tratado con medicación antipsicótica que desarrolla un síndrome neuroleptico maligno (SNM) y



presenta síntomas de parkinsonismo, rigidez, hipertermia y psicosis, la bromocriptina podría aliviar el SNM, pero empeorar la psicosis.³²

4.3 Otro tema importante es el papel de las adicciones. Los pacientes que abusan de las sustancias tienen altas tasas de trastornos del estado de ánimo, ansiedad y problemas de conducta que pueden complicar la evaluación, el manejo las intoxicaciones y la abstinencia.

4.4 Aunque los jóvenes realizan más intentos suicidas, la muerte por suicidio es más común con el aumento de la edad, una de las razones es la mayor carga de enfermedades médicas que conlleva la edad (especialmente el dolor crónico y el cáncer) y la correspondiente mayor vulnerabilidad al impacto de las toxinas.¹¹ Las personas mayores son más propensas a estar poli medicados para diversas patologías crónicas, medicamentos que tienen márgenes de seguridad estrechos en caso de sobredosis (p. ej., antihipertensivos, anti arrítmicos, agentes para la insuficiencia cardíaca, insulina, hipoglucemiantes orales y anticoagulantes). Un nivel inicial de deterioro cognitivo también es más común con la edad, por lo que los pacientes mayores tienen más probabilidades de experimentar delirium y estadías hospitalarias más complicadas que los adultos más jóvenes cuando sufren de intoxicación aguda.³³

5. Conclusiones

Las intoxicaciones son una de las principales consultas al servicio de urgencias, tanto de forma intencional y no intencional, es necesario un enfoque práctico, no olvidar el ABDCD primario, y la identificación de la causa de la intoxicación a través de la entrevista, cuadro clínico y estudios toxicológicos, esto permite definir el manejo posterior y el uso de antídotos cuando es necesario.

El papel del psiquiatra en el manejo de las intoxicaciones es fundamental, debido a la alta frecuencia de intentos de suicidio como causantes de las mismas, y la comorbilidad de enfermedad mental, trastornos de la personalidad y trastorno por uso de sustancias, es importante definir cuando es necesario la evaluación por psiquiatría, sobre todo cuando existe alto riesgo suicida.

Agradecimientos

Especial agradecimiento al doctor José Julián Aristizábal Hernández, por su asesoría para la creación de este capítulo, él es médico y cirujano Universidad de Antioquia, especialista en Toxicología Clínica Universidad de Antioquia y docente de Toxicología Clínica y de Farmacología en la Universidad Pontificia Bolivariana.

Referencias

1. Johnson AR, Brown KM. Principios de toxicología clínica. En: Brunton LL, Knollman BC, editores. Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica, 14e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2022 [citado 25 de enero de 2023].
2. Konradi C, Hurd YL. Trastornos por consumo de fármacos y adicción. En: Brunton LL, Knollman BC, editores. Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica, 14e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2022 [citado 28 de enero de 2023].
3. Fava M. Prospective studies of adverse events related to antidepressant discontinuation. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67(Suppl 4):14-21.
4. Jha MK, Rush AJ, Trivedi MH. When Discontinuing SSRI Antidepressants Is a Challenge: Management Tips. *Am J Psychiatry*. 2018; 175(12):1176-1184.
5. Gummin DD, Mowry JB, Beuhler MC, Spyker DA, Brooks DE, Dibert KW *et al*. 2019 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 37th Annual Report. *Clin Toxicol Phila Pa*. 2020; 58(12):1360-1541.
6. Ávila D, García BD, Galvis JC, Gómez JF, Villadiego M, Aguirre M *et al*. Toxicological diagnosis in the critical patient: The challenge. *Rev Médica Risaralda*. 2021; 27(2):126-144.
7. Lam SW, Engebretsen KM, Bauer SR. Toxicology Today: What You Need to Know Now. *J Pharm Pract*. 2011; 24(2):174-188.
8. Estrada A, Mejía M, Zuluaga M, Tamayo S. Epidemiología de las intoxicaciones agudas en los servicios de urgencias hospitalarias. *Rev Toxicol*. 2019; 35:119-123.
9. Mena HC, Bettini SM, Cerda JP, Concha SF, Paris ME. Epidemiología de las intoxicaciones en Chile: una década de registros. *Rev Médica Chile*. 2004; 132(4):493-499.
10. Boletín Epidemiológico. (s.f.). <https://acortar.link/MA0rxc>
11. Rasimas JJ, Carter GL. Psychiatric Issues in the Critically Poisoned Patient. En: Brent J, Burkhart K, Dargan P, Hatten B, Megarbane B, Palmer R *et al*, editores. *Critical Care Toxicology: Diagnosis and Management of the Critically Poisoned Patient* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017; 117-157.
12. Organización Panamericana de la Salud. Carga del suicidio - OPS/OMS. [Internet]. [citado 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>
13. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F *et al*. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ*. septiembre de 2008; 86(9):726-732.
14. Stack S, Wasserman I. Race and method of suicide: culture and opportunity. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. 2005; 9(1):57-68.
15. Erickson T, Thompson T, Lu J. The approach to the patient with an unknown overdose. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2007 [citado 22 de enero de 2023]. 25(2).

16. Boyer EW. Management of opioid analgesic overdose. *N Engl J Med*. 2012; 367(2):146-155.
17. Olson KR, Pentel PR, Kelley MT. Physical assessment and differential diagnosis of the poisoned patient. *Med Toxicol*. 1987; 2(1):52-81.
18. Burket GA, Horowitz BZ, Hendrickson RG, Beauchamp GA. Endotracheal Intubation in the Pharmaceutical-Poisoned Patient: a Narrative Review of the Literature. *J Med Toxicol Off J Am Coll Med Toxicol*. 2021; 17(1):61-69.
19. Olson KR, Smollin C. Manejo del paciente intoxicado. En: Katzung BG, Vanderah TW, editores. *Farmacología básica y clínica*, 15e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2021 [citado 25 de enero de 2023].
20. Skoog CA, Engebretsen KM. Are vasopressors useful in toxin-induced cardiogenic shock? *Clin Toxicol Phila Pa*. 2017; 55(4):285-304.
21. Fletcher ML, Sarangarm P, Nash J, Smolinske SC, Alunday RL, Seifert SA *et al*. A systematic review of second line therapies in toxic seizures. *Clin Toxicol Phila Pa*. 2021; 59(6):451-456.
22. Monte AA, Heard KJ, Hoppe JA, Vasiliou V, Gonzalez FJ. The accuracy of self-reported drug ingestion histories in emergency department patients. *J Clin Pharmacol*. 2015; 55(1):33-38.
23. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013; 151(3):821-830.
24. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry*. 2005; 59(5):319-324.
25. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010; 6:339-363.
26. McCullumsmith C. Laying the groundwork for standardized assessment of suicidal behavior. *J Clin Psychiatry*. 2015; 76(10):e1333-1335.
27. Messent P. DSM-5. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2013; 18(4):479-482.
28. Mirijello A, D'Angelo C, Ferrulli A, Vassallo G, Antonelli M, Caputo F *et al*. Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. *Drugs*. 2015; 75(4):353-365.
29. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (3):CD005063.
30. Gutiérrez Ó, Gutiérrez JC, Arboleda MA, Escobar L, Osorio IA, Londoño M *et al*. Cuadro psicótico agudo asociación con consumo de psicotóxicos. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2000; 29(4):367-374.
31. Boyer EW, Shannon M. The Serotonin Syndrome. *N Engl J Med*. 2005; 352(11):1112-1120.
32. Caroff SN, Mann SC. Neuroleptic malignant syndrome. *Med Clin North Am*. 1993; 77:185-202.
33. Ticehurst S, Carter GL, Clover KA, Whyte IM, Raymond J, Fryer J. Elderly patients with deliberate self-poisoning treated in an Australian general hospital. *Int Psychogeriatr*. 2002; 14(1):97-105.