

## SINDROME CONFUSIONAL AGUDO POR ABSTINENCIA AGUDA DE NICOTINA

MANUEL KLEIN, SILVIO PAYASLIAN, JAVIER GOMEZ, ALEJANDRA PRIGIONI

*Servicio de Clínica Médica, Clínica Modelo SA, Lanús, Provincia de Buenos Aires*

**Resumen** El síndrome confusional agudo (SCA) o delirium en pacientes hospitalizados es un problema frecuente y grave. Se caracteriza por síntomas de comienzo agudo y curso fluctuante con inatención, pensamiento desorganizado, y con distintos niveles de alteración de la conciencia. En la bibliografía consultada, el SCA como manifestación de un síndrome de abstinencia aguda nicotínica fue descrito en solo ocho casos. Presentamos el caso de un tabaquista grave que, internado por una reagudización de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), presentó un cuadro de SCA al tercer día de abstinencia tabacal, cediendo los síntomas tras la administración de un parche de nicotina. Lo descrito sugiere que en pacientes internados que presentan SCA y agitación, con fuertes antecedentes de tabaquismo, un simple ensayo con un parche de nicotina puede ofrecer en pocas horas una notable respuesta terapéutica y a su vez un test confirmatorio. El reconocimiento del SCA como forma de presentación de la abstinencia nicotínica permitirá identificar casos habitualmente complejos en los que se podrá implementar una sencilla y eficaz alternativa terapéutica.

**Palabras clave:** síndrome confusional agudo, delirium, nicotina, síndrome de abstinencia.

**Abstract** *Delirium due to acute nicotine withdrawal.* Delirium or acute confusional state among hospitalized patients is a frequent and serious problem. It is characterized by acute onset symptoms, fluctuating course, impaired attention, unorganized thinking, and altered level of consciousness. Delirium, as a manifestation of acute nicotine withdrawal syndrome has been reported in the reviewed literature only in eight cases. We report the case of a heavy smoker admitted because of a reagudization of his chronic obstructive pulmonary disease. At the third day of nicotine abstinence, he developed delirium with a rapid improvement of his symptoms after treatment with a transdermal nicotine patch. This description suggests that in hospitalized heavy smokers who develop delirium with agitation, a simple trial with a nicotine patch can offer a dramatic therapeutic response in a few hours, constituting additionally a confirmatory test. The recognition of delirium as a manifestation of nicotine withdrawal could allow to determine the origin of symptoms and to apply the appropriate therapy, in certain complex cases that now remain undiagnosed.

**Key words:** delirium, acute confusional state, nicotine, substance withdrawal syndrome

El síndrome confusional agudo (SCA) o delirium en pacientes hospitalizados es un problema frecuente y grave. Se caracteriza por síntomas de comienzo agudo y curso fluctuante con inatención, pensamiento desorganizado, y con distintos grados de alteración de la conciencia<sup>1</sup>. El síndrome de abstinencia nicotínica no es una causa de SCA formalmente reconocida en la literatura de referencia<sup>2-6</sup>. En la bibliografía consultada, el SCA como manifestación de un síndrome de abstinencia aguda nicotínica se halló en solo tres citas que sumaron la descripción de ocho casos<sup>7-9</sup>. Muchos de los síntomas por abstinencia de nicotina son similares a aquellos de la abstinencia de otras drogas: ansiedad, insomnio, de-

presión, dificultades de concentración, impaciencia, irritabilidad, e inquietud<sup>10,11</sup>. La disminución de la frecuencia cardíaca y la ganancia de peso son rasgos distintivos de la abstinencia nicotínica, y se observan días después de la cesación del hábito de fumar<sup>10</sup>. Presentamos el caso de un tabaquista grave que, internado por una reagudización de su EPOC, presentó un SCA al tercer día de abstinencia tabacal, cediendo los síntomas tras la administración de un parche de nicotina.

### Caso clínico

Un hombre de 65 años de edad ingresó por reagudización de su EPOC. Tenía antecedentes de tabaquismo: 60 cigarrillos/día durante 50 años hasta la actualidad. No tenía antecedentes de enolismo ni consumo de drogas. Su medicación habitual era salbutamol, fenoterol, teofilina, esteroides de depósito mensual y alprazolam. A su ingreso estaba lúcido con una TA: 150/70 mmHg, FC: 120 x min, FR: 28 x min, afebril. Presentaba cianosis, tiraje intercostal, murmullo vesicular globalmente

disminuido, roncus y sibilancias generalizadas. Con O<sub>2</sub> por cánula nasal a 3 l/min presentaba un pH 7.44, pCO<sub>2</sub> 47.3 mmHg, pO<sub>2</sub> 70.5 mmHg, Bic 32.2 mEq/l, EB 6.9, Sat 94.5%. Comenzó tratamiento con ampicilina-sulbactam, salbutamol, bromuro de ipratropium, hidrocortisona, aminofilina y oxigenoterapia controlada.

A las 72 hs. presentó SCA. Se observó excitación psicomotriz, inatención marcada, agitación e inquietud progresivas con verbosidad poco comprensible e incoherente que denotaba actividad alucinatoria visual y auditiva. En ese momento los gases en sangre revelaron: (O<sub>2</sub> por cánula nasal a 2 l/min): pH 7.49, pCO<sub>2</sub> 46 mmHg, pO<sub>2</sub> 53.9 mmHg, Bic 35.4 mEq/L, EB 10.3, Sat 93%. Tras el incremento de la FiO<sub>2</sub>, aumentando el flujo a 3 l/min, se observó una mejoría de la pO<sub>2</sub> a 62 mmHg y una Sat 94%, persistiendo el SCA. Se aplicó un parche de nicotina (20cm<sup>2</sup>: 0.7mg/ cm<sup>2</sup>). A la 4ta. hora se observó la resolución del cuadro confusional, con disminución de la agitación e inquietud y restablecimiento de un diálogo coherente. El SCA no recidivó, y se mantuvo el tratamiento con parches de nicotina.

## Discusión

El paciente descrito cumplió con los criterios del DSM-IV de abstinencia nicotínica [292.0], y también los de delirium [293.0]<sup>12</sup>.

Si bien en este caso se observan varias condiciones asociables a la presentación de un SCA: hipoxemia, infección, fármacos (aminofilina, corticoides, abstinencia de alprazolam), el síndrome observado cedió rápida y completamente tras la administración de nicotina, y sin mediar variaciones en las condiciones antes mencionadas.

Los casos descritos en la literatura fueron pacientes cancerosos<sup>7,9</sup> o en condiciones críticas internados en unidades de cuidados intensivos<sup>8</sup>, en los que la abstinencia nicotínica se sumaba a otras causas posibles. Lo destacable en estas descripciones y en el caso que presentamos fue la rápida y dramática resolución del cuadro tras la aplicación de nicotina transdérmica.

Será necesario diseñar estudios que determinen la prevalencia de SCA en el curso de la abstinencia nicotínica y su relación causa efecto. Asimismo se deberá descartar el carácter coincidental del beneficio de este tratamiento en pacientes que presentan concomitantemente otras causas potenciales de SCA, y del mismo modo evaluar la eficacia y seguridad de este tratamiento.

Si bien en nuestro caso una dosis de 14 mg de nicotina fue suficiente para controlar el SCA y la agitación, en pacientes internados que presenten este cuadro, con fuertes antecedentes de tabaquismo, se sugiere un simple ensayo con un parche de 21 mg<sup>7,8</sup> que puede ofrecer en pocas horas una notable respuesta terapéutica y a su vez constituir un test confirmatorio. En caso de una respuesta insuficiente, un ensayo con doble dosis (44 mg) ha sido sugerido como confiable<sup>13</sup>.

El reconocimiento del SCA como forma de presentación de la abstinencia nicotínica permitirá identificar casos habitualmente complejos en los que se podrá implementar una sencilla y eficaz alternativa terapéutica.

## Bibliografía

1. Inouye SK, Van Dyck CH. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. *Ann Intern Med* 1990;113: 941-8.
2. Regazzoni Cj, Aduriz M, Recondo M. Síndrome confusional agudo en el anciano internado, *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 335-8.
3. Vázquez F, O'Flaherty M, Michelangelo H, et al. Epidemiología del delirio en ancianos hospitalizados. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 554-60.
4. Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. SCA: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. *Am J Med* 1999; 106: 565-73.
5. Lipowski ZJ. Delirium in elderly patient. *N Engl J Med* 1989; 320: 578-82.
6. Plum F. Sustained impairments of Consciousness. In: Plum F, Bennett JC (eds). *Cecil Textbook of Medicine* 20th edition. Philadelphia: Saunders, 1996, p: 1970-8.
7. Gallager R. Nicotine withdrawal as an etiologic factor in Delirium. *J Pain Symptoms Manage* 1998;16: 76-7.
8. Mayer SA, Chong JY, Ridgway E, et al. Delirium from nicotine withdrawal in neuro-ICU patients. *Neurology* 2001; 57: 551-3.
9. Krajnik M, Zylicz Z. Terminal restlessness and nicotine withdrawal. *Lancet* 1995; 346: 1044.
10. Hughes JR, Higgins ST. Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes. *Addiction* 1994; 89:1461-70.
11. Breslau N. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 1992;149: 464-9.
12. First MF, (ed). *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, DC; American Psychiatric Association, 1994.
13. Dale LC, Hunt RD, Offard KP, et al. High dose nicotine patch treatment: Percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995; 274:1353-8.