***Delirium* secundario a abstinencia de nicotina: un problema poco conocido en la Unidad de Cuidados Intensivos**

Delirium from nicotine withdrawal in a post-operative adult patient

Sr. Editor: El *delirium*, de acuerdo al DSM-IV, es un trastorno agudo de la conciencia y funciones cognitivas¹, y constituye un problema frecuente en pacientes hospitalizados, con una prevalencia de 6% a 56%². Sus características clínicas incluyen confusión fluctuante, desorientación, dificultades en focalizar la atención, agitación motora y alucinaciones¹. Puede acompañarse de manifestaciones autonómicas como taquicardia, fiebre e hipertensión.

Dada su alta incidencia y asociación con morbilidad y mortalidad es importante reconocerlo y tratarlo prontamente. El diagnóstico diferencial es amplio y la etiología muchas veces es multifactorial, siendo las causas más frecuentes alteraciones metabólicas, infección, intoxicación o abstinencia de fármacos. La abstinencia a nicotina no es considerada frecuente como causa de *delirium*: existen menos de 10 comunicaciones en la literatura^{3,4}. Damos a conocer a un paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos con *delirium* e historia de consumo importante de tabaco, quien mostró una rápida e importante mejoría de los síntomas luego del tratamiento con un parche transdérmico de 30 mg de nicotina.

Un hombre de 53 años, empresario, fumador de 30 cigarrillos al día por 20 años, y con dislipidemia controlada con régimen, consultó a un cardiólogo por fatigabilidad, detectándosele un soplo aórtico. El estudio ecocardiográfico transtorácico, TAC de tórax y coronariografía confirmaron una valvulopatía aórtica y una anuloaortoectasia marcada de la aorta ascendente. Se realizó un reemplazo de la raíz aórtica y de la aorta ascendente con un tubo valvulado; la cirugía se desarrolló sin incidentes. Antes de 24 h del postoperatorio presentó agitación

psicomotora con desorientación, fallas atencionales, insomnio y ocasionalmente alucinaciones visuales. Este cuadro confusional evolucionó sin cambios por más de una semana, sin respuesta a la infusión continua de haloperidol y luego olanzapina 5 mg por día, sugeridos por psiquiatra interconsultor, más lorazepam 2 mg, 2 a 3 dosis diarias. Recibió desde el 2º día del postoperatorio un parche de 20 mg de nicotina. Tanto el electroencefalograma estándar como un scanner de cerebro no mostraron alteraciones. En el examen neurológico destacaba falla atencional fluctuante, con incapacidad de retener 3 objetos al cabo de 5 min, desorientación témporo-espacial, sin fallas formales del lenguaje y sin anormalidades focales.

Al noveno día se decidió aumentar la concentración del parche de nicotina a 30 mg diarios con lo que en menos de 4 h estuvo lúcido, orientado, sin agitación ni insomnio. No recurrieron los episodios confusionales, siendo dado de alta a los pocos días.

En el diagnóstico diferencial en este paciente también se planteó una encefalopatía asociada a la circulación extracorpórea. Este trastorno cede habitualmente en menos de una semana, no se asocia con alucinaciones llamativas y no hubo eventos de hipotensión relevantes en la cirugía que hubieran favorecido su aparición. Por otro lado, la rápida respuesta a una dosis mayor de nicotina, que ya ha sido observada por otros autores, cuando hay falla a una dosis inicial baja³, apoya claramente el diagnóstico de *delirium* secundario a abstinencia a nicotina y ha sido sugerido como test confirmatorio^{3,4}.

La nicotina es el principal alcaloide del tabaco, responsable de su capacidad adictiva. Se absorbe rápidamente y llega al cerebro en 10 a 12 s, provocando liberación de diversos neurotransmisores (dopamina, serotonina, noradrenalina y acetilcolina); el estímulo dopaminérgico del sistema

Correspondencia a: Dr. Marcelo Miranda, Antonio Varas 175 of 302. Santiago de Chile. E-mail: marcelomiranda@terra.cl

de recompensa mediado por el núcleo accumbens explica la adicción que provoca la nicotina⁵. Este núcleo límbico es una vía común para las sensaciones placenteras y lugar de acción de la mayoría de las drogas adictivas⁶.

En humanos, la inyección de nicotina resulta en un aumento de la actividad neuronal en regiones límbicas y corticales, tales como amígdala, núcleo accumbens, el cíngulo y lóbulos frontales. Todo esto explica los efectos potenciadores conductuales inducidos por la nicotina en el sistema nervioso central: placer, alivio de ansiedad, aumento de capacidad de realizar labores, aumento de la memoria, modulación del ánimo y relajación muscular⁶. Al bajar los niveles de nicotina los fumadores dependientes comienzan a presentar síntomas de abstinencia que incluyen ira, irritabilidad, ansiedad, insomnio, dificultades en la concentración, somnolencia, fatiga, hambre, aumento de peso, impaciencia, inquietud, ánimo depresivo y más raramente *delirium*⁶. Estos síntomas comienzan en las primeras 24 h, alcanzan un máximo en 1 a 2 semanas, y generalmente se disipan al cabo de 1 mes.

Esta comunicación enfatiza que debe considerarse a la abstinencia de nicotina como causa de *delirium* en pacientes hospitalizados con antecedente de tabaquismo y que el simple uso de un parche de nicotina de 20 mg, y si no hay respuesta insistir con 30 mg diarios, puede ofrecer una respuesta clínica muy favorable y además constituye una herramienta diagnóstica para evitar mayor estudio y prolongación de la estadía hospitalaria.

La OMS estima que en el mundo existen 1.100 millones de personas con tabaquismo. Considerando que 22,8% de los adultos son fumadores y 50% a 80% de ellos presentan dependencia a la nicotina⁵, es probable que estemos subdiagnosticando esta entidad.

Marcelo Miranda C.

Andrea Slachevsky Ch.

Patricio Venegas P.

Unidad de Neurología y Cardiología de Clínica Las Condes, Santiago de Chile.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 4th edition Washington. American Psychiatric Press 1994.
2. INOUE SK. *Delirium* in hospitalized older patients. *Clin Geriatr Med* 1998; 14: 745-64.
3. MAYER S, CHONG J, RIDGWAY E, MIN K, COMNICHAU C, BERNARDINI G. *Delirium* from nicotine withdrawal in neuro-ICU patients. *Neurology* 2001; 57: 551-3.
4. KLEIN M, PAYASLIAN S, GÓMEZ J, PRIGIONI A. Acute confusional syndrome due to acute nicotine withdrawal. *Medicina* 2002; 62: 335-6.
5. ZHIKOWSKI S, SWAN G, MCCLURE J. Cigarette smoking and nicotine dependence. *Med Clin N Am* 2004; 88: 1453-65.
6. TALWAR A, JAIN M, VIJAYAN V. Pharmacotherapy of tobacco dependence. *Med Clin N Am* 2004; 88: 1517-34.

FE DE ERRATUM

En el Artículo de Investigación "Curva nacional de distribución de peso al nacer según edad gestacional. Chile, 1993 a 2000", de los autores R González, R Gómez, R Castro, J Kae, P Merino, A Etchegaray et al, Rev Méd Chile 2004; 132: 1155-1165, en Introducción, último párrafo, dice:

"... la mortalidad perinatal era de 8,6% y 8,9% por 1.000 recién nacidos vivos..."

Debe decir:

"... era de 8,6 y 8,9 por 1.000 recién nacidos vivos..."