

## Influencia estacional en la intoxicación medicamentosa grave con intención autolítica

### Seasonal influence in severe drug self-poisoning

Sr. Director:

La influencia del clima sobre el suicidio es un factor considerado y estudiado en múltiples artículos<sup>1-4</sup>. La mayoría de los estudios reportan un pico en la tasa de suicidios en la primavera tardía, para ambos sexos<sup>5,6</sup>. Nosotros trabajamos en un entorno con una climatología con una oscilación térmica de 6°C entre las diversas estaciones, con una media entre 18–24°C (64,4–75,2°F), situados a 4° del Trópico de Cáncer, próximos a la costa africana, encontrándonos en un clima subtropical. Por ello, nos planteamos investigar el que, si al disponer de un clima uniforme durante todo el año, nuestros pacientes con intoxicación medicamentosa grave se ven libres o no de la influencia estacional en la incidencia de esta enfermedad. Por tanto, el objetivo de nuestro estudio era analizar la influencia de la variabilidad estacional en la epidemiología y el pronóstico de los enfermos con intoxicación medicamentosa grave con fines autolíticos.

Para ello, se realizó un estudio retrospectivo observacional de los datos recogidos prospectivamente sobre los pacientes, procedentes del Servicio de Urgencias, que ingresaron en nuestra UCI, de carácter polivalente, de adultos y con una capacidad de 24 camas, de un hospital terciario. Se incluyeron todos los pacientes ingresados directamente desde urgencias, con el diagnóstico de intoxicación medicamentosa grave de origen autolítico, durante el período comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2008, excluyéndose los que procedían de las plantas de hospitalización o desde otros hospitales. Se analizaron variables demográficas como la edad, el sexo, el APACHE II al ingreso, los días de estancia en la UCI, la necesidad de ventilación mecánica y por último, la mortalidad en la UCI.

Se analizaron todos los pacientes ingresados durante el período estudiado, y se compararon según el período estacional del año en el que ingresaban (primavera, verano,

otoño e invierno), mediante las pruebas de la *t* de Student o la de Mann-Whitney para comparar variables continuas y la prueba de la  $\chi^2$  o la de Fisher para comparar porcentajes, considerándose significativa una  $p < 0,05$ .

Durante el período de estudio ingresaron en nuestra UCI, procedentes del Servicio de Urgencias, 3.115 pacientes, de los cuales 132 (4,23%) lo hicieron por intoxicación medicamentosa grave con fines autolíticos. Las características demográficas de los pacientes ingresados según la estación del año en la que fueron admitidos se pueden observar en la [tabla 1](#) adjunta. Al analizar las diferencias observadas entre los pacientes según la estación del año en la que fueron admitidos en la UCI, encontramos un incremento estadísticamente significativo en la incidencia de ingresos en primavera por esta patología respecto al invierno (31,8 vs. 19,6%,  $p < 0,05$ ), sin diferencias en la edad (40,3±16,1 vs. 38,3±11,1,  $p=0,56$ ), la mortalidad (7,1 vs. 3,8%,  $p=0,54$ ), el APACHE II al ingreso (10,4±5,4 vs. 11,8±7,2,  $p=0,38$ ), ni en la estancia media (3,4±3,5 vs. 6,2±11,8 días,  $p=0,24$ ). Tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas en el sexo de los pacientes ingresados durante las 4 estaciones, existiendo en todas ellas un predominio del sexo masculino.

En conclusión, podríamos afirmar que a pesar de la estabilidad climática de nuestro entorno, el factor estacional, y la primavera en particular, influye en el incremento en la tasa de ingresos, no así en la mortalidad, de los pacientes que ingresan en nuestra UCI tras intoxicación medicamentosa grave.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Lee HC, Lin HC, Tsai SY, Li CY, Chen CC, Huang CC. Suicide rates and the association with climate: a population-based study. *J Affect Disord.* 2006;92:221–6.
2. Lin HC, Chen CS, Xirasagar S, Lee HC. Seasonality and climatic associations with violent and nonviolent suicide: a population-based study. *Neuropsychobiology.* 2008;57:32–7.
3. Eisenbach C, Ungur AL, Unger J, Stremmel W, Encke J. Admission to intensive care for parasuicide by self-poisoning: variation by time cycles, climate and the lunar cycle. *Psychiatry Res.* 2008;161:177–84.

**Tabla 1** Características de los pacientes admitidos en la UCI tras intoxicación medicamentosa grave, según el período estacional

	Primavera	Verano	Otoño	Invierno
<i>n</i> (%)	42 (31,8%)	33 (25%)	31 (23,4%)	26 (19,6%)
Edad, años (media±DE)	40,3±16,1	42,8±12,3	38,9±14,7	38,3±11,1
Sexo femenino, <i>n</i> (%)	19 (45,2%)	15 (45,4%)	12 (38,7%)	10 (38,4%)
Apache II	10,4±5,4	11,9±6,7	10,1±5,1	11,8±7,2
Estancia media en UCI (días)	3,4±3,5	6,1±8,8	3,3±4,8	6,2±11,8
Necesidad de VM, <i>n</i> (%)	31 (73,8%)	25 (75,7%)	25 (80,6%)	19 (73,1%)
Mortalidad UCI, <i>n</i> (%)	3 (7,1%)	3 (9,1%)	1 (3,2%)	1 (3,8%)

VM: ventilación mecánica.

4. Preti A, Miotto P. Influence of method on seasonal distribution of attempted suicides in Italy. *Neuropsychobiology*. 2000;41: 62–72.
5. Micciolo R, Williams P, Zimmermann-Tansella C, Tansella M. Geographical and urban-rural variation in the seasonality of suicide: some further evidence. *J Affect Disord*. 1991;21: 39–43.
6. Rock DJ, Greenberg DM, Hallmayer JF. Impact of case fatality on the seasonality of suicidal behaviour. *Psychiatry Res*. 2005;137: 21–7.

L. Santana Cabrera\*, M. Sánchez-Palacios,  
A. Uriarte Rodríguez y S. Martínez Cuéllar

*Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario  
Insular de Gran Canaria, Gran Canaria, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* lsancabx@gobiernodecanarias.org  
(L. Santana Cabrera).

doi:10.1016/j.rce.2009.09.012

## Síndrome dopaminérgico maligno secundario a retirada brusca de levodopa

### Dopaminergic malignant syndrome due to acute withdrawal of l-dopa

*Sr. Editor*

El síndrome dopaminérgico maligno (SDM), más conocido en la literatura como síndrome neuroléptico maligno-like (SNML), es una entidad muy infrecuente que aparece en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) tratados con levodopa (l-dopa) y que sufren una brusca suspensión de este tratamiento. Puede ser potencialmente mortal, de ahí la importancia de un rápido diagnóstico y tratamiento<sup>1</sup>. Se presenta el caso de un paciente que desarrolló un SDM en el contexto de un ingreso hospitalario por una fractura de cadera.

Varón de 66 años de edad con antecedentes de demencia leve y EP en tratamiento con l-dopa desde hacía varios años. Ingresó por fractura de cadera izquierda y pocas horas tras la intervención quirúrgica comenzó con fiebre. El paciente estaba febril (T=38,4°C), somnoliento, respondía a estímulos pero no colaboraba en la exploración. Ofrecía resistencia a la apertura palpebral y presentaba rigidez generalizada, sin movimientos tónicos o clónicos en extremidades ni fasciculaciones. La herida quirúrgica presentaba un aspecto normal. El resto de la exploración física era anodina. La Rx simple de tórax no mostraba infiltrados. Los hemocultivos, urocultivos y cultivos de herida quirúrgica fueron negativos. La ecografía de partes blandas del lecho quirúrgico no mostró ninguna colección. Se practicó punción lumbar que dio salida a líquido claro de características normales y con cultivo negativo. Inicialmente, el paciente fue tratado con antibioterapia empírica y antitérmicos que no se mostraron efectivos, ampliando posteriormente el espectro microbiológico con la adición de nuevos antibióticos sin obtener respuesta favorable y persistiendo fiebre mantenida de 39–40°C. Ante la negatividad de las exploraciones realizadas conducentes a un diagnóstico de fiebre de origen infeccioso y la muy improbable existencia de otra patología que explicase el cuadro del paciente se optó por establecer un diagnóstico de exclusión de síndrome neuroléptico maligno (SNM). Se inició por tanto tratamiento con dantrolene a dosis de 0,2 mg/k/6 h con el que persistió la fiebre,

incrementando la dosis a 1 mg/k/6 h y asociando bromocriptina 0,5 mg/8 h. Ante la nula respuesta a estas medidas se reinició además el tratamiento con l-dopa por sonda nasogástrica. A pesar de estas medidas el paciente evolucionó de forma rápida y desfavorable, falleciendo. La familia no concedió la autopsia clínica.

El SDM se produce por la brusca suspensión del tratamiento con l-dopa en pacientes con EP<sup>1</sup>. Clínicamente se manifiesta de forma similar al SNM, ampliamente descrito en la literatura como una complicación infrecuente y grave del tratamiento con neurolépticos<sup>2,3</sup>. Por ello, la mayoría de autores también denominan al SDM como SNML, pero diferenciándolo como una entidad independiente del SNM al acontecer exclusivamente en pacientes con EP a los que se suspende el tratamiento con l-dopa y cuyo pilar básico de tratamiento es la rápida reintroducción de dicho fármaco<sup>4</sup>. Este SNML (al que nosotros preferimos denominar SDM) también se ha descrito recientemente asociado al cambio o disminución de medicación antiparkinsoniana distinta a l-dopa<sup>5,6</sup>. La presentación clínica del SDM se caracteriza fundamentalmente por la presencia de rigidez muscular generalizada, fiebre, alteraciones en el nivel de conciencia y en la función autonómica, elevación de los niveles de creatinina y ligera leucocitosis<sup>7</sup>. A nivel fisiopatológico, se cree que el mecanismo por el que se desencadena el SDM es un déficit agudo en los niveles de l-dopa a nivel del sistema nervioso central<sup>1</sup>, que ocurre en pacientes previamente predispuestos a sufrir dicho síndrome por presentar bajos niveles de ácido homovalínico en líquido cefalorraquídeo<sup>8</sup> y que además tienen un aumento iatrogénico de la transmisión dopaminérgica a causa de dicho tratamiento<sup>1</sup>. Esto conduciría a un bloqueo del sistema dopaminérgico, a una disfunción del sistema autonómico y a un hipermetabolismo del músculo esquelético<sup>8</sup>. Es por esto que al igual que otros autores creemos más acertada, desde un punto fisiopatológico, la denominación como SDM de esta entidad más que como SNML<sup>1</sup>. El periodo de latencia entre la suspensión de l-dopa y el inicio de los síntomas es variable, presentando en una serie un rango entre 72–108 h<sup>1</sup>. Sin embargo, en el caso aportado el comienzo de la fiebre ocurrió entre las 12–24 h de la suspensión de dicho tratamiento, lo cual hizo que no se sospechara el SDM hasta que se excluyó la posibilidad de una infección. El diagnóstico exige un elevado índice de sospecha<sup>4</sup> y requiere además excluir otras causas de fiebre, fundamentalmente de origen infeccioso<sup>1</sup>. El tratamiento del SDM se basa en la rápida administración de l-dopa como medida fundamental<sup>4</sup>, la cual puede ser apoyada por el