

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Enrique Cabrera"

El dilema del paciente con trastornos mentales y de la conciencia en la práctica clínica

The dilemma of the patient with mental upsets and of the conscience in the clinical practice

Miguel A. Serra Valdés

Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana. Cuba. E.mail: maserra@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el paciente con trastornos mentales, alteraciones de la conciencia y la conducta es frecuente en la práctica clínica y no necesariamente por enfermedad psiquiátrica.

Objetivo: enfatizar en el razonamiento clínico, fundamental en la aplicación del Método Clínico o Proceso diagnóstico en la Práctica Clínica.

Material y Métodos: se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema a través de la consulta de bases de datos de publicaciones biomédicas (PubMed, Hinari, SeCimed, Scielo, EBSCO, Google, LIS Cuba), para acceder a artículos fundamentalmente de los últimos 5 años.

Desarrollo: se revisaron conceptos básicos, causas, manifestaciones clínicas y mecanismos relacionados, conducta y una revisión sobre algunas drogas como problemática actual incluida en el tema. Como resultado servirá de orientación en la interpretación y la adopción de decisiones clínicas del tema abordado en la práctica clínica.

Conclusiones: el enfrentamiento requiere una correcta aplicación del Método Clínico y un nivel adecuado de competencia y desempeño profesional, no solo en el internista, sino en todos los profesionales vinculados a la práctica clínica.

Palabras clave: trastornos de conducta, trastornos mentales, etiologías, fisiopatología, método clínico, examen neurológico, drogas, adulto.

ABSTRACT

Introduction: the patient with mental upsets, alterations of the conscience and of the conduct is frequent in practice clinical and not necessarily for psiquiatrial illness.

Objective: the objective of the present work is to emphasize in the clinical, fundamental reasoning in the application of the clinical method or prosecute in practice clinical diagnosis.

Material and Methods: it carried out to him a bibliographical revision on the topic through the consultation of biomedical bases of data of publications (PubMed, Hinari, SeCimed, Scielo, EBSCO, Google, LIS Cuba), to accede to articles fundamentally of the the last ones 5 years.

Development: were revised basic concepts, cause, clinical manifestations and related mechanisms, conduct and a revision on some drugs as problematic current included in the topic. As a result it will serve as orientation in the performance and takes it of clinical decisions of the topic put into port in practice clinical.

Conclusions: confront to the treaty topic requires of a correct application of the clinical method and an appropriate competitive level and play professional, not single in the internist, but in all related professionals to the attention related to the clinical practice in urgency and ambulatory.

Key words: opsets of conduct, mental upsets, etiologist, physiopathology, clinical method, neurological examination, drugs, adult.

INTRODUCCIÓN

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades describe el término *trastorno* como la presencia de un comportamiento o grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompaña de malestares y conductas diferentes que interfieren con la actividad hasta ese momento normal del individuo y puede instalarse de forma aguda lenta e insidiosamente.¹ Nos parece más comprensible y aplicable a todos los que nos dedicamos a la práctica clínica, sobre todo como internistas y tenemos que enfrentar pacientes. Otros prefieren denominar trastornos de la conciencia, trastornos de la conducta y alteraciones neurológicas entre otras. Incursionaremos no solo en patologías propias de la Clínica, sino desde nuestro perfil y de forma general en trastornos que se atribuyen por muchos al campo de la Psiquiatría. Pido disculpas, pues, a los profesionales de esta especialidad si leen el presente trabajo; pero estoy seguro que saldrán complacidos.

La psiquiatría actual, a pesar de conservar unas características antropológicas especiales y requerir, como especialidad, una preparación que trasciende lo estrictamente "médico", vuelve a acercarse al tronco común de la Medicina, dadas los importantes aportes de los últimos decenios provenientes de distintas áreas

médico-biológicas, como la neurofisiología, la neuroendocrinología, la bioquímica y la genética.²

El médico que envía pacientes al psiquiatra debe conocer no sólo cuándo conviene hacerlo, sino también cómo hacerlo, ya que la concepción social y el estigma asociado a los trastornos mentales dificultan el proceso. Los médicos de atención primaria y hospitalaria deben basar su consulta con el psiquiatra en presencia de síntomas o signos de un trastorno mental, y no en la simple ausencia de razones físicas que justifiquen la sintomatología del paciente visto de una forma superficial. Es necesaria la confección de una correcta y completa historia clínica y si fuera necesario algunas investigaciones.

Al estudiante de Medicina que tarda 2h en obtener datos de la anamnesis y efectuar una exploración física, y varias más en organizar toda la información en una presentación coherente, le parece extraordinaria la capacidad del clínico experto para confirmar un diagnóstico y decidir un plan terapéutico en un período breve. Aunque el conocimiento médico y la experiencia contribuyen en gran medida a la capacidad del clínico experimentado para hacer con rapidez un diagnóstico diferencial y un plan terapéutico, la mayor parte del proceso implica destreza en la adopción de decisiones.

OBJETIVO

Aportar conocimientos y enfatizar en el razonamiento clínico para los profesionales que se enfrenten al dilema de la atención de pacientes que presentan trastornos mentales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema a través de la consulta de bases de datos de publicaciones biomédicas (PubMed, Hinari, SeCimed, SCielo, EBSCO, Google, LIS Cuba), para acceder a artículos fundamentalmente de los últimos 5 años, que respondieran al tema. El tema como tal no aparece publicado y se extrajeron los aspectos relacionados de artículos y textos encontrados.

DESARROLLO

Abordaje del problema

Muchos egresados al no aprender adecuadamente el método del diagnóstico, o habiendo sido adecuadamente enseñados para ello, pero sin el tiempo y la experiencia para hacerlo suyo, llegan a la práctica sin posibilidades de aplicarlo correctamente, lo que demanda tiempo, esfuerzo y dedicación, crean sus propios métodos individuales en forma arbitraria y desorganizada, y sin una base teórica apropiada menosprecian el valor heurístico que tiene, recurren a la tecnología abrumadoramente y la farmacología como medio para salir airoso de situaciones comprometedoras con olvido de la tecnología humana, tanto o más importante que aquella. Satisfechos de poner un rótulo diagnóstico al enfermo, llegan a la

conclusión, sin un estudio apropiado de la ciencia clínica, que el método del proceso diagnóstico es innecesario.³ Y no es menos cierto que lo vemos a diario en la práctica clínica en los Servicios de Urgencia, Consultas Médicas y Salas de hospitalización. Creo que este es un problema que a pesar de insistirse mucho cada año, en cada Congreso, en cada Convención Científica de nuestros Hospitales Docentes y Universidades Médicas, aún sigue sin resolverse. En mi opinión como autor se hace necesario revisar los programas de estudio en los diferentes escenarios y garantizar personal de alta categoría docente y experiencia en la práctica clínica para lograr una mejor preparación en este sentido del egresado. Al menos con el desarrollo del mayor número de habilidades posibles y de ser capaz de realizar un razonamiento científico adecuado de los problemas que enfrenta.

El método clínico o proceso diagnóstico en la práctica clínica comprende un grupo de pasos ordenados que todo médico debe aplicar en la búsqueda del diagnóstico de los problemas de salud de sus pacientes, y que consisten en el interrogatorio o anamnesis para conocer las quejas o síntomas que presentan; el examen físico, en busca de determinados signos por medio de la exploración corporal para después agrupar, relacionar, combinar e integrar los síntomas y signos encontrados y poder establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas que expliquen el problema de salud del enfermo; así como la comprobación de estas hipótesis a través de exámenes complementarios o por la evolución del paciente. En caso de que no se comprueben habrá que reevaluar completamente cada uno de los pasos. Sin embargo, en los últimos años, el Método Clínico ha venido sufriendo un deterioro universal al cual nosotros tampoco estamos ajenos. Diversos factores se han implicado en este proceso, entre ellos tenemos el resquebrajamiento de la relación médico-paciente, el menosprecio por el valor del interrogatorio y el examen físico, vale decir, del componente clínico de la Medicina, y la utilización cada vez más irracional de la tecnología, sobre todo, la más sofisticada y cara para llegar al diagnóstico.^{4,5}

La implementación de la clínica, como todo proceder científico, tiene una sistemática, un modo de hacer que no obstante debe ser modificado en alguna medida para poder reflejar adecuadamente la realidad siempre diferente y en constante cambio del paciente. El médico atiende a pacientes que presentan diferentes enfermedades que condicionan reacciones psíquicas y biológicas particulares, complejas, que exigen dominio y perfeccionamiento continuo de habilidades clínicas, enseñadas primeramente en la carrera de Medicina, pero que en realidad se aprenden y desarrollan plenamente solo durante la práctica asistencial. La interrelación dialéctica médico-paciente es fuente del desarrollo del método clínico.⁶

El diagnóstico constituye la base fundamental de la atención a los pacientes y premisa indispensable en la terapéutica eficaz, o la conducta en general. La Medicina no es una ciencia exacta, y en su práctica hay muchos elementos impredecibles, sobre todo, en el diagnóstico. Pero debemos con buen juicio y actuación reducir al mínimo los posibles errores. No hay dudas entonces que es indispensable un buen nivel de competencia y desempeño de los profesionales que se enfrentan a la atención directa del paciente. Queremos destacar que los problemas diagnósticos en la práctica clínica no solo ocurren en los hospitales, pues en nuestros días existen Cuerpos de Guardias bien equipados en las diferentes áreas de salud de todo el país. Luego el método clínico es extensivo a la Atención Primaria de Salud y dondequiera que exista la atención directa a enfermos.

Es importante resaltar que la base del diagnóstico reside en que se interpreten correctamente las sensaciones del paciente, y que todos los datos recogidos sean fidedignos, ya que si nos apoyamos en datos que no correspondan con la situación real del paciente, todo el ejercicio diagnóstico se hará sobre bases falsas que solo

conducirán al error y al fracaso. Hay que buscar, y saber buscar, para poder encontrar, y poseer suficientes conocimientos para poder interpretar los hallazgos obtenidos, además de tener mucho cuidado para no "encontrar" algo que realmente no existe. Es muy importante detectar la importancia de todos los datos encontrados en el interrogatorio, exámen físico y complementarios. Además, hay que sintetizar los datos obtenidos de una forma útil para el diagnóstico.⁷⁻¹⁰

Prácticamente a diario el clínico y el especialista en Medicina General Integral, así como otras especialidades que derivan de la clínica se enfrentan a pacientes que tienen alteraciones de la conducta y otras funciones psíquicas superiores. Esto ocurre tanto en los Servicios de Urgencias y Emergencias, como en las Salas de hospitalización, y hasta en la consulta externa. La experiencia del autor considera que debe orientarse el problema en una de las siguientes direcciones:

1. ¿Se trata de un paciente con síntomas mentales de nuevo inicio cualitativamente diferente a síntomas mentales conocidos y estables?
2. ¿Se trata de síntomas mentales atípicos que se inician en una edad atípica?
3. ¿Se trata de un paciente con síntomas mentales agudos sin antecedentes de enfermedad mental?

Para ello se requiere un interrogatorio exhaustivo hasta donde coopere el enfermo, a familiares, amigos, compañeros de trabajo y convivientes. Aunque el paciente no coopere podemos detectar algunos síntomas relacionados con el lenguaje, la memoria, el curso del pensamiento, nivel de atención, ideas delirantes, etcétera. Abordar los antecedentes patológicos personales, familiares, antecedentes de tipo epidemiológicos, búsqueda de contacto o consumo de sustancias tóxicas, drogas o medicamentos. Realizar un examen físico completo como está establecido en la clínica con especial atención a los parámetros vitales, estado cardiocirculatorio y respiratorio, esfera neurológica y endocrina. Hasta el aliento y el olor de las excrecencias son importantes. El SNC es claramente el sistema orgánico cuya evaluación es con más frecuencia mal realizada en el paciente.¹¹⁻¹³ Esto es así a pesar de la alta prevalencia de disfunción neurológica en los pacientes en las terapias intensivas.

Esto se complementa con exámenes de laboratorio necesarios, estudio del líquido cefalorraquídeo, electrocardiograma, radiología del tórax y TAC simple de cráneo. De los elementos recogidos podremos orientarnos en lo que se conoce en la práctica clínica como Psicopatología especial o psicosis orgánica o sintomática; o si resulta un trastorno psíquico reactivo o exacerbación aguda de un trastorno psiquiátrico crónico. En resumen: ¿se trata de una afección médica con manifestaciones neuropsiquiátricas o de una patología psiquiátrica? La patología psiquiátrica es atendida por la especialidad en cuestión. La afección médica con manifestaciones neuropsiquiátricas es atendida por el especialista en Medicina General Integral y por el Internista.

Quedaría definir el nivel de actuación de acuerdo con la magnitud del problema. Si existe compromiso de funciones vitales o riesgo vital en el paciente la conducta es en el Servicio de Urgencias y Emergencias (UCIE) o Unidades de Cuidados Intensivos. De lo contrario la hospitalización y estudio ya que la terapéutica no es emergente.

El pensamiento científico

Para orientar la conducta en cualquiera de los niveles de actuación se hace necesario conocer las posibles causas y ser capaces de reconocerlas. El médico se transforma como resultado de la práctica asistencial y el estudio de los avances de

las Ciencias Médicas de la época. La interacción de la teoría y la práctica le permite perfeccionarse, ganar en experiencia clínica y capacidad diagnóstica.⁶

Uno de los problemas más frecuentes en los trastornos de la conducta y la conciencia, yo diría que el capítulo más frecuente y amplio, son las llamadas psicosis orgánicas sintomáticas o trastornos psíquicos reactivos, que a menudo conducen a la subvaloración y la remisión del caso a los Servicios de Psiquiatría. Un tiempo breve después los profesionales se encuentran que les devuelven el caso. El psiquiatra insiste en descartar un proceso orgánico o funcional que sea responsable de las manifestaciones del paciente. Y con razón hay que tener en cuenta el descartar las siguientes posibilidades más frecuentes responsables de ello. Los trastornos orgánicos por lesiones intracraneales, otras lesiones orgánicas o trastornos funcionales se diferencian de la percepción deformada de los psicóticos en que estos presentan percepciones racionales, aunque a veces limitadas y lentas, excepto en los casos con demencia y estados posefálicos. Sus causas más comunes son los tumores cerebrales, traumatismos craneoencefálicos y estados postraumáticos, encefalitis, demencias, psicosis orgánicas, trastornos afectivos orgánicos y los llamados trastornos orgánicos de la personalidad.¹¹⁻¹⁴ Las etiologías más frecuentes que pueden deberse a alteraciones cerebrales primarias o a enfermedades sistémicas son:^{11, 13, 15-27}

- Infecciosa: Fiebre tifoidea, sífilis, encefalitis virales diversas, meningitis, gripe o influenza, septicemia por estreptococos, estafilococos o anaerobios, erisipela, neumonías, tuberculosis, gastroenteritis aguda, Enfermedad de Lyme, Enfermedad por VIH/sida.
- Cardiocirculatorias: Insuficiencia cardíaca y arritmias complejas.
- Trastornos endocrinos y metabólicos: Insuficiencia hepática, Enfermedad renal crónica con uremia, *Diabetes mellitus* (hipoglicemia, cetoacidosis, estado hiperosmolar), hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal.
- Encefalopatía pancreática.
- Encefalopatías mixtas.
- Neurológicas: Arteritis temporal, encefalitis infecciosas y no infecciosa, epilepsia, esclerosis múltiple, enfermedad cerebrovascular isquémica, hematoma subdural traumático, tumores cerebrales, migraña, hipertensión intracraneal aguda, narcolepsia y cataplejía, Seudocrisis epiléptica o crisis psicógena, contusión y conmoción cerebral postraumática, hemorragia intracraneal.
- Tóxicas: Drogas ilícitas (heroína, morfina, cocaína, marihuana y otras), - alcoholismo, intoxicación por sustancias químicas diversas, intoxicación por psicofármacos, setas, productos de uso en el hogar, venenos de mordeduras de animales, de algas y animales marinos.
- Enfermedades sistémicas de base inmune: Reumatismo cerebral (convulsiones, estado crepuscular simple, corea), Lupus eritematoso sistémico, las vasculitis.
- Desórdenes hematológicos: Hemorragias agudas graves por diátesis _ hemorrágicas diversas, anemia perniciosa, algunas leucemias y linfomas, síndrome de hiperviscosidad en el Mieloma.
- Psicosis por agotamiento físico.
- Psicosis involutivas: Demencia senil y Enfermedad de Alzheimer.
- Otras: Psicosis ecláptica, Psicosis puerperal exógena, Pelagra (neurastenia, adinámico apatía, alucinaciones, estupor), golpe de calor.

La expresión clínica de estos trastornos pueden resumirse en: ^{11, 13,15-21, 27}

1. Alteraciones del nivel de conciencia (agitación, obnubilación, estupor o coma): Todo trastorno que afecte las relaciones estructurales normales del mesencéfalo, diencefalo y la corteza cerebral deterioran la conciencia por interrumpir el flujo de información del mesencéfalo a la corteza. La pérdida de funciones hemisféricas interfieren los mecanismos de alerta. La escala de Glasgow es muy importante. Es necesario hacer el diagnóstico diferencial con el pseudo coma psicógeno, que pertenece a la Psiquiatría (catatonía, delirio psicótico agudo e histeria).
2. Alteraciones cognitivas (delirio, amnesias y demencias). Es necesario realizar diagnósticos diferenciales con trastornos psiquiátricos como: trastornos bipolares, psicosis paranoides, depresiones.
3. Alteraciones de la expresión emocional(ansiedad, depresión, confusión).
4. Alteraciones del lenguaje (Afasia, disartria, distonía), la memoria, agnosia y apraxia.
5. Alteraciones del equilibrio.
6. Presencia de convulsiones.
7. Manifestaciones focales motoras, sensitivas o ambas y de la postura.

Como vemos, se necesita un buen examen neurológico, pues la mayor parte de los trastornos tratados en este artículo determinan, ya sean de forma directa o por otros mecanismos, alteraciones del SNC. Remito al lector al texto *Semiología Neurológica*. ²⁷

En sentido general, todo trastorno en Medicina tiene una explicación fisiopatológica que emana de la alteración que le da origen y en consecuencia produce las manifestaciones clínicas. Entre los mecanismos fisiopatológicos invocados se encuentran: ^{11, 13,15-19, 27}

1. La hipoxemia y la hipercapnia.
2. Edema cerebral.
3. Hipoglicemia.
4. Lesiones destructivas cerebrales específicas.
5. Estados de abstinencia a fármacos y drogas.
6. Alteraciones de neurotransmisores.
7. Déficit de irrigación encefálica.
8. Mecanismos inflamatorios múltiples.
9. Invasión directa de agentes biológicos: virus, bacterias, hongos, parasitos, etcétera).
10. Toxinas de gérmenes patógenos y otras.
11. Fenómenos vasculíticos.
12. Acción directa de algunos fármacos y tóxicos sobre el metabolismo neuronal, formación de radicales superóxidos y afectación de los neurotransmisores.

El complemento al diagnóstico clínico

Se hace necesario aclarar las incógnitas que pudieran existir ante posibilidades diagnósticas o por el contrario tener la confirmación de nuestra hipótesis. Para ello necesitamos en la mayor parte de los casos los siguientes exámenes complementarios: ^{11, 13,15-27}

- Electrocardiograma.
- Radiología del tórax.

- Determinación en sangre de concentraciones de alcohol, drogas, fármacos u otras sustancias.
- Determinación de sustancias tóxicas en orina.
- Estudio de la función hepática.
- Estudio de la función renal y determinación del Filtrado glomerular estimado o depuración de creatinina.
- Estudio de función de diferentes glándulas endocrinas según orientación clínica.
- Fondo de ojo.
- Punción lumbar con manometría y estudio del líquido cefalorraquídeo.
- Electroencefalograma.
- TAC de cráneo y RMN si necesario.
- Estudios bacteriológicos.
- Estudios inmunológicos.
- Estudios serológicos.
- Pruebas diagnósticas para infección por VIH y otros.

A la vez hay que ir garantizando medidas que aseguren las funciones vitales, alivio de síntomas, corrección del medio interno, antidotos, etcétera en dependencia del caso en cuestión. No es objetivo del presente artículo hacer valoraciones terapéuticas.

El problema especial de las intoxicaciones

A juicio del autor merece especial atención incluir en la presente revisión algunas intoxicaciones por la importancia actual de reconocerlas en nuestro país en el contexto actual y recordar que profesionales cubanos cumplen colaboración en numerosos países donde pueden enfrentarse al problema y que en la práctica hemos observado que no existe dominio para el diagnóstico de las mismas. Incluiremos en esta revisión las más importantes. Comenzaremos por la alcohólica y disolventes orgánicos (Tabla 1 y Tabla 2).

Tabla 1. Intoxicación alcohólica. Manifestaciones clínicas

Concentración gr/L	Estado clínico	Síntomas y signos.
0.5-1	Euforia	Sociable, desinhibido, disminución de la atención.
1-2	Excitación	Inestabilidad emocional, aumento del tiempo de reacción.
2-3	Confusión	Desorientación, mareo, diplopía, hipostesia, incoordinación, ataxia.
3-4	Estupor	Apatía, incapaz de levantarse, vómitos, incontinencia de esfínteres, adormecimiento.
4-5	Coma	Inconsciencia completa, anestesia, abolición de reflejos, hipotensión, hipoventilación, hipotermia.
> 5	Muerte	Paro respiratorio.

Tabla 2. Intoxicación por disolventes orgánicos. Manifestaciones clínicas

Grupo químico	Compuesto	Clínica
Hidrocarburos alifáticos	Todos ellos	Encefalopatía aguda y crónica Sensibilización miocardio a catecolaminas. <u>Arritmias</u> y muerte súbita.
	Hexano	<u>Polineuropatía periférica</u>
Hidrocarburos halogenados	Todos ellos	Encefalopatía aguda y crónica Sensibilización miocardio a catecolaminas. Arritmias y muerte súbita. <u>Rabdomiolisis</u> .
	Tolueno	Especialmente neurotóxico. Ataxia cerebelosa. Acidosis tubular renal. Neumopatía.
Hidrocarburos aromáticos	Todos ellos	Neuropatía aguda y crónica Sensibilización miocardio a catecolaminas. Arritmias y muerte súbita.
	Tolueno	Especialmente neurotóxico. Ataxia cerebelosa. Acidosis tubular renal. Neumopatía.
Cetonas	Acetona	Encefalopatía aguda y crónica.
	Cetona	Polineuropatía periférica.

Intoxicación por cocaína

Los signos físicos de la intoxicación por cocaína son midriasis, taquicardia, hipertensión, hipertermia, sudoración, temblor, náuseas o vómitos y bruxismo. Los síntomas conductuales incluyen ansiedad, agitación psicomotora, agresividad, ideación paranoide, delirio y alucinaciones, insomnio y conducta estereotipada. La cocaína produce vasoconstricción y puede causar dolor torácico, angina e infarto agudo de miocardio. También ocasiona taquiarritmias ventriculares, aumento de la aterosclerosis, aumento de la demanda de oxígeno y disección aórtica. A nivel neurológico se han descrito infarto y hemorragia cerebral, vasculitis, convulsiones tónico-clónicas, discinesias, distonías y coma. Además se han observado rabdomiolisis, isquemia intestinal y síntomas respiratorios en fumadores de *crack* (dísnea, neumomediastino, edema pulmonar). En los portadores corporales de drogas (*body-packers*) los paquetes pueden producir obstrucciones intestinales y su rotura una toxicidad aguda muy grave.^{19, 20, 23, 25, 28}

Intoxicación por opiáceos

La intoxicación aguda por opiáceos presenta una tríada clásica de signos: miosis puntiforme, depresión respiratoria y alteración del nivel de conciencia (desde somnolencia hasta el coma). La depresión respiratoria resulta de la pérdida de la capacidad para aumentar la ventilación en respuesta a la hipercapnia y la hipoxia. Se manifiesta por una disminución de la frecuencia respiratoria pero también por

una menor profundidad (esfuerzo respiratorio reducido). En los intoxicados leves, la conciencia puede estar poco alterada y el paciente la recupera ante órdenes verbales. Presentan lenguaje farfullante con deterioro de la atención y la memoria. Debe recordarse que la acción analgésica de estas sustancias disminuye la respuesta a estímulos dolorosos. Las pupilas pueden estar dilatadas por hipoxia extrema o en la sobredosis por petidina (opiáceo con propiedades anticolinérgicas). La intoxicación por opiáceos puede también cursar con bradicardia, hipotensión y cambios en la motilidad intestinal. En los novatos, pueden aparecer náuseas y vómitos. La presencia de cianosis es un signo tardío y grave de sobredosis. Las complicaciones de la sobredosis son el edema agudo de pulmón no cardiogénico (1%), convulsiones (los opioides reducen el umbral convulsivo), rabdomiolisis y arritmias. La sobredosis facilita la aparición de infecciones (neumonía 0.5%, endocarditis 0.25%).^{19, 20, 23, 25, 28}

Intoxicación por anfetaminas

Signos de sobreestimulación simpática con aumento de la presión arterial, taquicardia o bradicardia (refleja), midriasis, sudoración, sequedad de boca, náuseas y vómitos. Además presentan hipertermia, temblor, agarrotamiento y movimientos anormales de la mandíbula, tensión muscular, bruxismo y nistagmus horizontal. Puede presentarse un síndrome de "golpe de calor". Son muy frecuentes los trastornos psiquiátricos como agitación, inquietud, agresividad, ansiedad, crisis de pánico, insomnio, comportamiento estereotipado, alucinaciones, psicosis de tipo paranoide y delirio. Entre los acontecimientos adversos graves destacan las alteraciones cardiovasculares como arritmias, asistolia y colapso cardiovascular, la coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, rabdomiolisis, hepatitis, hiponatremia por secreción inadecuada de HAD, convulsiones y coma.^{19, 20, 23, 25, 28}

Intoxicación por teofilina o sobredosis en la terapéutica

Dentro del rango terapéutico, la teofilina puede producir náuseas, dispepsia, insomnio, cefalea, diarrea y temblores. Fundamentalmente las manifestaciones clínicas de una intoxicación se expresan como alteraciones gastrointestinales náuseas y vómitos cardiovasculares (taquicardia, extrasistolia) y neurológicas (agitación, convulsiones). Además pueden producirse alteraciones metabólicas: hipokaliemia, hiperglicemia, hipomagnesemia, acidosis metabólica, alcalosis respiratoria. También se han publicado diversas alteraciones de forma aislada: rabdomiolisis e insuficiencia renal.²²

Intoxicación por monóxido de carbono

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en orden decreciente son: cefaleas, mareos, sensación vertiginosa, debilidad muscular, confusión y dificultad en la concentración, sensación de falta de aire, alteraciones de la visión, opresión torácica, pérdida de conciencia, dolor abdominal y mioclonias.^{19,28}

Intoxicación por setas

Tema interesante y poco conocido en nuestro país²⁸

La mayoría de las veces se trata de gastroenteritis de escasa importancia, que se limita a un cuadro de náuseas, vómitos y a veces también diarreas. En otros casos se trata de la acción de toxinas que actúan sobre el sistema nervioso vegetativo. Otras veces se trata de la ingestión de setas que tienen una acción sobre el sistema nervioso central y provocan un cuadro de pseudo-embriaguez. Otras formas, menos frecuentes, son las producidas por hongos empleados en ocasiones de forma

voluntaria como agentes alucinógenos, pero que son capaces de producir un cuadro tóxico, o las debidas al consumo, conjuntamente con bebidas alcohólicas, hongos que actúan como sensibilizantes frente al alcohol etílico. Todas ellas son formas leves y, en general, no será necesario un tratamiento agresivo o el uso de antídotos.

De *myces* (hongo) y atropínico: Producido por setas y con sintomatología que recuerda a la intoxicación por "plantas tropánicas" (belladona, estramonio etcétera). "Borrachera" por setas. Ataxia, incoordinación motriz. Delirio y alucinaciones inconstantes. Agitación psicomotriz. En ocasiones, coma.

Alucinaciones, en ocasiones acompañadas de síntomas desagradables, como ataques de pánico, fiebre, convulsiones, producidas por especies de los géneros *Paneolus* y *psilocybe*.

Estimulación colinérgica inducida por el consumo de hongos del género *Inocybe* ("Brujas") y alguna especie del género *Clitocybe*. Los síntomas consisten en hipersecreciones (salivación, sudoración, lagrimeo, secreción bronquial), miosis y, en ocasiones, bradicardia e hipotensión. Solo en el caso de presentarse estas alteraciones estaría indicado el uso de la atropina como antídoto.

Debida al consumo conjunto de bebidas alcohólicas y determinadas setas, como el *Coprinus atramentarius* o el *Clitocybe clavipes*, que poseen una toxina (la coprina) que interfiere el normal metabolismo oxidativo del etanol, y provoca el acúmulo de acetaldehído. Los síntomas consisten en un enrojecimiento del cuello, cara y cabeza, con sensación de calor, y enrojecimiento cutáneo evidente (*flushing*). Puede asociar palpitaciones, hipotensión y, en ocasiones, enérgicos vómitos.

La hemólisis por setas puede ser de dos tipos. A veces, se trata del consumo de *Ascomycetes* crudos o poco cocinados, en cuyo caso, por la presencia de proteínas hemolizantes termolábiles puede producirse una discreta hemólisis. Existe, sin embargo, una grave forma de hemólisis mediada por complejos inmunes, que se produce en algunas personas al consumir de forma repetida la seta *Paxillus involutus*. Se trata de una hemólisis masiva que puede conducir a la muerte en algún caso.

Intoxicaciones por setas hepatotóxicas: Es la forma más grave de intoxicación por setas, a la que se atribuyen 90 % de fallecimientos por micetismo. Conocida con otros nombres (síndrome faloidiano, intoxicación faloidiana, síndrome ciclopeptídico), se debe al consumo de setas, cuyas toxinas poseen un marcado tropismo por el hígado. Pueden llevar a la muerte en el contexto de una necrosis hepática fulminante. Su prototipo es la *Amanita phalloides*. Otras setas hepatotóxicas son las siguientes: *Amanita verna*, *Amanita virosa*, *Lepiota brunneoincarnata*, *Lepiota fulvella* y *Galerina marginata*

Psicodélicos

Cerca de 6 000 especies de plantas tienen propiedades psicoactivas. Todos los psicodélicos comunes (LSD, mescalina, psilocibina, dimetiltriptamina, y otros derivados de la fenilalanina y triptófano) puede producir efectos fisiológicos similares y de comportamiento. Un sentimiento de tensión inicial es seguida por la liberación emocional como el llanto o la risa (1-2 horas). Más tarde, se producen distorsiones de la percepción, con ilusiones y alucinaciones visuales y, en ocasiones, existe el temor de la desintegración del yo (2-3 horas). Los cambios importantes en el tiempo sentido y labilidad emocional entonces se producen (3-4 horas). Un sentimiento de aislamiento y un sentido de destino y el control se

producen (4-6 horas). Ocasionalmente, el episodio agudo es aterrador (un mal viaje), que puede incluir el pánico, depresión, confusión, o síntomas psicóticos.^{20, 23, 25, 28}

La Fenciclidina

Fenciclidina (PCP, polvo de ángel, píldora de la paz, cerdo), desarrollado como un agente anestésico, apareció por primera vez como una droga de la calle; se vende como engañosamente tetrahidrocannabinol (THC). Está disponible en los cristales, cápsulas y comprimidos para ser inhalada, inyectada, ingestión, o ahumados (comúnmente se rocía sobre la marihuana). La absorción es rápida después de fumar, con inicio de síntomas en varios minutos y los síntomas de pico en 15-30 minutos. La intoxicación leve produce euforia acompañada de una sensación de entumecimiento, intoxicación moderada (5-10 mg) produce la desorientación, el desapego de los alrededores, la distorsión de la imagen corporal, la combatividad, inusual hazañas de fuerza (en parte debido a su actividad anestésica), y pérdida de la capacidad de integrar la información sensorial, especialmente el tacto y la propiocepción. Los síntomas físicos incluyen mareos, ataxia, disartria, nistagmo, se retractó de párpado superior con una mirada en blanco, hiperreflexia, y taquicardia. Hay aumentos de la presión arterial, respiración, tono muscular y la producción de orina.^{19, 20, 23, 25, 28}

MARIJUANA o Marihuana

A dosis moderadas, la marihuana produce dos fases: una leve euforia seguida de somnolencia. En el estado agudo, el usuario tiene una percepción alterada del tiempo, con menos inhibiciones emociones, problemas psicomotrices, problemas de memoria inmediata, y la inyección conjuntival. Las dosis elevadas producen efectos transitorios psicotomiméticas. No existe tratamiento específico, salvo en el caso de los ocasionales "mal viaje". La marihuana con frecuencia agrava la enfermedad mental existente y afecta adversamente el rendimiento del motor.^{19, 20, 23, 25, 28}

CONCLUSIONES

El enfrentamiento al tema tratado requiere una correcta aplicación del Método Clínico y un nivel adecuado de competencia y desempeño profesional, no solo en el internista, sino en todos los profesionales vinculados a la atención de estos pacientes. No todos los trastornos mentales son atribuibles a la Psiquiatría. Existen múltiples causas derivadas de alteraciones por lesiones orgánicas, disturbios metabólicos, acción tóxica sobre el SNC y el consumo de fármacos y drogas ilícitas diversas. Se hace necesario insistir en el empleo correcto del interrogatorio y el examen físico completo que aún presenta dificultades en los graduados y en la formación de posgrado y la utilización de algunos exámenes complementarios útiles. Ya lo dijo Sócrates, filósofo griego del siglo IV AC: *El conocimiento es la virtud, y solo si se sabe se puede divisar el bien...*

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Trastornos mentales y del Comportamiento. Décima revisión de la Clasificación, Descripciones clínicas y Pautas Diagnósticas. CIE 10. Madrid, España: MEDITOR; 1992.

2. Ballús C, Valdés M, Gastó C, Masana J, Otero A, Sánchez Turet M. Psiquiatría y Medicina. En: Farreras-Rozman. Tratado de Medicina Interna. 16 ed. New York: Editorial Mosby-Doyma; 2010, p. 1581-1617.
3. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Super . Ciudad de La Habana. Mayo-ago. 2000; 4(2).
4. Arteaga Hernández J, Fernández Sacasas J. El método clínico y el método científico. Medisur [serie en internet]. 2010; 8(5). [Citado 10 de enero de 2011]. Suplemento El método clínico. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1312/351>
5. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. Medisur [serie en internet]. 2010; 8(5). [Citado 10 de enero de 2011]; Suplemento El método clínico. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1316/357>
6. Pérez Lache Néstor. Lugar y papel del método clínico. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2011 Mar; 50(1): 112-115. [Citado 2012 Oct 22]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000100012&lng=es.
7. Moreno Rodríguez MA. Valor del interrogatorio en el diagnóstico. Rev Cubana de Med. 2000; 39:160-5.
8. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med. 2000; 39:106-14.
9. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia en la anamnesis. Medisur [serie en internet]. 2010; 8(5). [Citado 10 de enero de 2011]. Suplemento El método clínico. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1314/353>
10. Rodríguez Rivera L. La ciencia y el arte en el examen físico. Medisur [serie en internet]. 2010; 8(5). [Citado 10 de enero de 2011] Suplemento El método clínico. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1315/356>
11. Lovesio C. Evaluación Neurológica. En: Medicina Intensiva. Editorial El Ateneo, Buenos Aires. 2006. Libro Virtual. [Citado 22 marzo 2010] Disponible en: <http://www.IntraMed.net/libros: páginas no numeradas>
12. Krahn Lois E, Jowsey Sheila G. Psychiatry. In Mayo Clinic Internal Medicine. USA: MAYO CLINIC SCIENTIFIC PRESS; 2008, p.707-24.
13. Crum BA, Benarroch E, Brown RD, Rubino FA. Neurology. In Mayo Clinic Internal Medicine. USA: MAYO CLINIC SCIENTIFIC PRESS; 2008, p. 613-58.
14. Pardillo Palomino JF y Fernández Olazabal P. Psicodiagnóstico de Rorschach. La Habana: ECIMED; 2008, p. 59-68.
15. Nogué Xarau S. Epidemiología de las intoxicaciones y sus factores causales. En: Farreras-Rozman. Tratado de Medicina Interna. 16 ed. New York: Mosby-Doyma; 2010,P. 2631-39.
16. Farré Albaladejo M. Intoxicación por drogas de abuso. En Farreras-Rozman. Tratado de Medicina Interna. 16 ed. New York: Editorial Mosby-Doyma; 2010, p. 2542-46.

17. Munué Mas P, Nogué Xarau S, Piqueras Carrasco J, Nolla Salas J. Intoxicación por productos industriales, plantas y setas, mordeduras de animales y productos de uso en el hogar. En: Farreras-Rozman. Tratado de Medicina Interna. 16 ed. New York: Editorial Mosby-Doyma; 2010, p. 2646-51.
18. Steve G. Peters. Critical Care Medicine. In Mayo Clinic Internal Medicine. USA: MAYO CLINIC SCIENTIFIC PRESS; 2008, p. 129-45.
19. Casanova JV. Intoxicaciones exógenas. En: Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Interna. Colectivo de autores. La Habana: ECIMED; 2011, p. 751-60.
20. Vicente Peña E, Vicente Sánchez BM. Intoxicaciones agudas por drogas ilícitas. En: Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Interna. Colectivo de autores. La Habana: ECIMED; 2011, p.763-70.
21. Arocha García A, Domínguez Perera MA. Traumatismos craneoencefálicos. Em: Caballeros A. Terapia Intensiva. La Habana: ECIMED; 2009, p.1723-48.
22. Larry Jameson J. Intoxicación y sobredosis de fármacos. En: Manual Harrison de Medicina Interna, 17a edición. New York: McGraw-Hill; 2008, p.130-59.
23. McCabe SE, *et al.* Medical and non-medical use of prescription drugs among secondary school students. J Adolesc Health. 2007; 40(1):76. [PMID: 17185209]
24. Teter CJ, McCabe SE, LaGrange K: Illicit use of specific prescription stimulants among college students: prevalence, motives, and routes of administration. Pharmacotherapy. 2006; 26(1):1501-1510 [Citado 10 junio 2011]
doi: 10.1592/phco.26.10.1501 Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1794223>
25. Traub SJ, Hoffman RS, Nelson LS. Body packing—the internal concealment of illicit drugs. New England Journal of Medicine. 2003; 349(26):2519-2526. doi: 10.1056/NEJMra022719.
26. Silverio JM. Evaluación neurológica en el enfermo en coma. En: Caballero A. Terapia Intensiva. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008, p. 953-66, t.3.
27. Rodríguez García PL, Rodríguez Pupo LR. Semiología neurológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012, p. 174-224, 226-48.
28. Dreisbach RH, Robertson, WO, Pacheco, MdelR. Manual de Toxicología Clínica: prevención, diagnóstico y tratamiento. El Manual Moderno. 1984; p. 105-230.

Recibido: 27 de Septiembre de 2013

Aprobado: 4 de Octubre de 2013