

Estudio de caso

Intoxicación medicamentosa por Bupropion: A propósito de un caso

Francisca Ríos¹, Julio Moscoso¹, Jorge Amador^{1,2}, Constanza Cornejo^{2*}, Luis Contardo², Milagros Marca³.

1. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile. 2. Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile. 3. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Santiago, Chile.

*Correspondencia: constanzaandrea@gmail.com

Introducción: La intoxicación medicamentosa es un motivo frecuente de consulta en SU, ya sea de manera accidental o intencional, siendo esta última la más frecuente. Los fármacos más utilizados para la autolesión son los que actúan a nivel del SNC, siendo el 15% de los reportes los antidepresivos tricíclicos, ISRS, BZD, antipsicóticos y opiáceos. En vista de la relevancia de estos fármacos en el contexto clínico, el conocimiento de su estructura química, pK y pD, es crucial para iniciar el manejo, conocer tolerabilidad y seguridad cuando se trata de intoxicaciones. El bupropión es un antidepresivo monocíclico que inhibe la recaptación de DA y NE; con un margen terapéutico estrecho y con potencial riesgo de convulsiones a dosis terapéuticas. En caso de sobredosis, este fármaco suele causar efectos secundarios CV (taquicardia e hipertensión) y al ser un bloqueador débil de los canales rectificadores de K⁺, puede conducir a la prolongación del intervalo QTc. **Objetivo:** Caso clínico de paciente intoxicado por Bupropión y manejo farmacológico. Mujer, 44 años, 55 kg y 1,55 mt, con antecedentes de TAB en tratamiento con Quetiapina, Litio, Clonazepam, Escitalopram, Olanzapina y Bupropión (2 meses). Historia de consumo de OH, tabaco, THC, cocaína. El 21/06 ingresa al SU HEC por intento autolítico con 60 comprimidos de bupropión 150 mg de LP. Al ingreso, somnolienta y poco cooperadora en entrevista. Se hospitaliza y se procede a lavado gástrico e instalación de SNG donde se administra carbón activado, presentando luego episodio convulsivo T-C seguido de vómitos. Se administra lorazepam 4 mg para yugulación de convulsión, evolucionando con mala mecánica ventilatoria, necesidad de MAF 15 lts e inestabilidad HDN. Luego de 1 h de manejo médico, paciente persiste con compromiso de conciencia GCS 3, por lo que se decide IOT y sedación con fentanilo-etomidato-rocuronio. Dg: IRA grave, obs neumonía aspirativa (carbón activado), compromiso de conciencia, intento autolítico. Se traslada a UCI-HCSBA, manejo con sedación profunda por nuevos episodios convulsivos. Rx tórax con gran infiltrado basal bilateral concordante con NAC aspirativa, se inicia ATB. Luego de 6 días y manejo intensivo, evoluciona mejor del punto de vista neurológico y ventilatorio, por lo que se inicia weaning, de manera exitosa. Se traslada a UTI, evaluada por psiquiatría-enlace y farmacia clínica, decidiéndose alta domiciliaria post conciliación farmacéutica. **Manejo:** Las convulsiones en intoxicación (bupropion) se manejan con BZD como agentes de primera línea y barbitúricos de 2da línea. No se recomiendan antiepilépticos clásicos, dadas las posibles interacciones farmacológicas. Los pacientes con inestabilidad HDN, arritmias potencialmente mortales, alteración de conciencia y por existir riesgo de nuevas convulsiones tardías, deben manejarse en UCI.