INTOXICACION POR OPIACEOS

Nadia Martín Campos e Irune Fernández Rived. Servicio de Urgencias CHN

INTRODUCCION

La drogodependencia es un fenómeno universal que afecta a casi todos los países. El abuso de drogas, aumenta globalmente afectando especialmente a los jóvenes.
La dependencia de opiáceos es la toxicomanía por drogas ilegales mas importante. Suele iniciarse antes de los 25 años y es mas frecuente en varones. Los patrones de uso incluyen fumar, esnifar, y la inyección iv o subcutáneo.
La intravenosa es la preferida de los dependientes por que proporciona una rápida y elevada concentración de la droga en el cerebro, que se experimenta como un instantáneo y breve sentimiento de placer físico y mental[i].

La intoxicación por opiáceos se presenta casi siempre como consecuencia de una sobredosis accidental de un derivado de éstos, usualmente la heroína por inyección.
Otras formas de intoxicación, a las que no somos ajenos en nuestro medio, son los llamados correos de drogas, "body packers" o mulas, utilizados en el tráfico internacional de transporte de drogas. En estos casos la droga es generalmente tragada, envuelta en condones, que pueden contener heroína o cocaína. Su ruptura puede conducir a toxicidad severa y letal[ii].

El opio es un producto natural de un tipo de[iii] amapola llamada Papaver somniferum. Se da en zonas de medio y extremo oriente.
Se conoce con el nombre de opiáceos a una familia de sustancias que tienen en común su emparentamiento con el opio (adormidera), bien por que derivan de el, como es el caso de la morfina, bien por que se elaboran mediante síntesis química a partir de la propia morfina, como es el caso de la heroína. Se tata de un conjunto de sustancias con una serie de rasgos comunes como una potente acción depresora y analgésica sobre el SNC con capacidad de generar tolerancia y dependencia[iv].
Los opiáceos interactúan con receptores que están distribuidos en el sistema nervioso central (SNC), periférico, tracto-gastrointestinal y están estrechamente relacionados a las 3 familias conocidas de péptidos opiódes endógenos (encefalinas, endorfinas y dimorfinas). Se han identificado 5 receptores principales: mu(μ), kappa(k), delta(δ), sigma(σ), y epsilon(ε).

Dependiendo de su afinidad por los receptores opioide y de su eficacia se clasifican como[v]:
Agonistas puros: morfina,heroína, codeína, metadona, levo-alfa acetil-metadol
(LAAM), fentanilo, dextropropoxifeno

- Agonistas parciales: bupremorfina
- Agonistas/antagonistas: pentazocina
- Antagonistas: naloxona, naltrexona

Ente los depresores del sistema nervioso central encontramos: metadona, heroína, morfina, codeína , fentanest, meperidina y otros.

METADONA:

El clorhidrato de metadona es un opiáceo sintético derivado del difenilheptano. Presenta una buena absorción oral con efecto pico entre 2-4 horas.
A diferencia de la morfina tiene una extraordinaria duración de acción con una media de 25h, por lo que una sobredosis puede producir un cuadro de intoxicación muy prolongado. Se metaboliza en el hígado y se excreta en orina y heces en forma de metadona y de sus metabolitos.[vi]
Administrado oralmente actúa entre los 30 – 35 minutos tras su ingestión. Sus efectos principales duran entre 18-24 horas, aunque algunos pueden durar hasta 36 h. Cuando alcanza el cerebro ocupa básicamente los receptores mu(µ) y kappa(k), provocando analgesia y deprimiendo la respiración. Produce miosis pupilar, depresión respiratoria, relajación muscular, liberación de la hormona antidiurética, estreñimiento, aumento de la temperatura y aumento de las glucemias.
Se usa en programas de desintoxicación y mantenimiento, pero ha surgido también como droga de abuso. Sus principales propiedades son su efectividad analgésica y la eficacia por vía oral además de la parenteral. Su uso continuado produce dependencia psíquica y física. Las dosis letales son de 100 mg en pacientes sin tolerancia[vii].

HEROÍNA:

Es la 3-6-diacetilmorfina o diamorfina (caballo, sugar, papelina, chute). Potente derivado opiáceo sintético y es el mas utilizado como droga de abuso.
La heroína se diluye habitualmente con azucares (glucosa, lactosa, sacarosa etc) y se adultera para aumentar su volumen con cafeína, pirazetam, procaína, quinina, fenobarbital y escopolamina entre otras sustancias.[viii]
La heroína es autoadministrada por vía intranasal, esnifada-inhalada, subcutánea o intravenosa y también fumada (chino). Su comienzo de acción es rápido, durando su efecto de tres a cuatro horas. En dosis excesivas la toxicidad se prolonga 24 horas aproximadamente. Tiene una vida media de 5-9 minutos, se metaboliza rápidamente a monoacetilmorfina por la esterasas sanguíneas. Se elimina fundamentalmente por el riñón de una forma libre o conjugada a las 72 horas y tiene circulación enterohepática[ix].
Dependiendo de muchas variables como tiempo de consumo, vía de administración, hábitos sanitarios, estilo de vida. Las consecuencias pueden ser: alteraciones de la nutrición (adelgazamiento extremo), afecciones gastrointestinales (estreñimiento severo), dolencias cardiovasculares, trastornos psicológicos (apatía, depresión), patologías ginecológicas (amenorrea, problemas ovulatorios).
La tolerancia se desarrolla con gran rapidez: se tiende a aumentar la cantidad de heroína para conseguir los mismos efectos, lo cual desencadena habituación y dependencia[x].
El pronostico de la intoxicación por heroína es malo con baja tasa de deshabituación y alta mortalidad a corto plazo.
Las determinaciones analíticas se pueden hacer antes de las 72-96 horas por examen en orina por enzimoinmunoensayo (semicuantitativo) y por cromatografía de gases-espectrómetro de masas para la determinación cualitativa y cuantitativa. La heroína por su escasa vida media es prácticamente indetectable en muestras biológicas.

SINDROME DE ABSTINENCIA:

Consiste en los síntomas físicos que se desarrollan al suspender la administración. Surge un deseo vehemente de consumir el opiáceo: a las 8-12 horas del último consumo aparece ansiedad, anhelo por la droga, sensación de debilidad, tos, lagrimeo, rinorrea, sialorrea, estornudos, irritabilidad e hipersudoración y nauseas. Es seguido de una segunda fase de intranquilidad bostezos e insomnio y aumento de los síntomas anteriores. Una tercera fase a las 20-30 horas que llega a un máximo a las 36-72 horas y que desaparece lentamente entre los 7 y 14 días y que consiste en escalofrios, aumento de la temperatura corporal, hipertensión arterial, taquicardia, palidez, taquipnea, piloerección, sudoración profusa, conducta agitada, midriasis, estrabismo, hiperglucemia, erección y eyaculación espontáneas, hipermenorrea, nauseas, vómitos, salivación, molestias gastrointestinales en forma de retortijones y diarreas, perdida de peso, dolores musculares, temblores, rigidez, paresias y convulsiones clónico episódicas.

Los fármacos recomendados para el tratamiento de la misma son las benzodiacepinas[xi].

DIAGNOSTICO INTOXICACION/SOBREDOSIS

Alteración del nivel de conciencia + uno de los siguientes:

- FR<12 respiraciones por minuto, con bajas saturaciones de oxígeno
- Pupilas mióticas
- Evidencia circunstancial
- Historia de abuso

Los opiáceos pueden detectarse en orina, recientemente se ha añadido la posibilidad de detectarlos en pelo y sudor, técnica que no suele realizarse de manera habitual[xii].

TRATAMIENTO:

Se basa en el adecuado uso de la vía aérea y en el empleo del antídoto naloxona.

- Resucitación/estabilización: asegurar proteger la vía aérea y oxigenar
- Reestablecer la función hemodinámica
- Naloxona 0.2-0.4 mg iv, sc, im. Repetir dosis con 0.2 mg si no hay respuesta en 5-7 minutos. Pacientes con completa respuesta a naloxona son necesarias dosis suplementarias de naloxona solo si la hipoventilación es significativa clínicamente. 1 ampolla de 0,4 se puede diluir hasta 10 ml con fisiológico y administrarla en bolo lento o rápido iv según la clínica con el fin de evitar el síndrome de abstinencia.
- Perfusión de naloxona: respuesta positiva pero inadecuada a bolo inicial, depresión respiratoria recurrente tras los bolos iniciales, intoxicación con opiáceos poco antagonistas o de acción larga. Dosificación: 2/3 de la dosis inicial de la reversión/hora + bolo adicional a los 15 min del comienzo con la ½ de dosis inicial.

Si se producen convulsiones recurrentes deben sospecharse otras causas diferentes al opiáceo (coingestión, adulterantes, patología del sistema nervioso central…).

Se han descrito complicaciones asociadas al empleo de naloxona como asistolia, arritmias y edema pulmonar. Por otra parte grandes dosis de naloxona pueden enmascarar la presencia de otros tóxicos como anfetaminas y cocaína.[11]

BIBLIOGRAFIA:

1. Fundación de ayuda contra la drogadicción. Web: www.fad.org
2. Ford M, Hoffamn R. Emergency aspects of drug abuse. Opioids and designer drugs. Emergency Medicine Clinics of North America. Vol. 8, N°3, August 1990, 495-511.
3. Sanchéz L. Obseravatorio español sobre drogas. Informe numero 4, marzo 2001. Madrid. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2001.
4. Navarro J. El consumo de drogas. En: FAD y Colaboradores. Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años. Madrid, Fundacion de Ayuda contra la Drogadiccion. 2002:98-116
5. Zweben JE, Payte JT. Methadone Maintenance in the treatment of opioid dependence: A current perspective. West J Med 1990; 152:588- 599
6. Gainza I, Nogué S, Martinez Velasco C et al. Intoxicacion por drogas. Anales Sis San Navarra Bol . 26 supl. 1 Pamplona 2003
7. Kulberg A. Abuso de sustancias: identificación clínica y tratamiento. Clínicas Prediátricas de Norteamérica 1986; 2:337-374.
8. Cabrera Bonet R, Cabrera Forneiro J. Las Drogas de Abuso: Un reto Sanitario. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid 1994
9. Wanger K, Brough L, MacMillan I, Goulding J, MacPhail I, Christensom JM. Intravenous vs subcutaneus naloxona for out- of- hospital management of presume opioid overdose. Acad Emerg Med 1998; 5:293-299
10. Chisholm CD, Furbee RB. Opioid Poisoning.En: Harwood-Nuss, Linden Luten, Shepherd and Wolfson,eds. The Clinical Practice of Emergency Medicine, second edition.Philadelphia:Lippicott-Raven Publishers, 1996; 1382-1386.
11. Osterwalder JJ. Naloxone for intoxication with intravenous heroin and heroin mixtures harmlesss or hazardous ? a prospective clinical studi. J toxicol clin toxicol 1996; 34:409-416