

INTOXICACIONES POR OPIÁCEOS Y DERIVADOS

Dr. Alberto Martín Briz

M.I.R. en Medicina Familiar y Comunitaria

Se entiende por opiáceos a un grupo de sustancias potencialmente adictivas, que pueden ser derivados naturales del opio, semisintéticas o sintéticas meperidina y que tienen como característica común el unirse a los receptores opioides del sistema nervioso central. Pueden consumirse vía oral, intranasal, inhalada, intramuscular, subcutánea o endovenosa (forma de consumo más frecuente en los años ochenta, actualmente en receso respecto a otras vías). Los efectos tóxicos máximos se alcanzan a los 10 minutos si la vía es intravenosa, a los 30 minutos vía intramuscular y a los 90 minutos tras administración subcutánea o consumo oral.

La causa más frecuente de intoxicación por opiáceos es la sobredosis de heroína inhalada o intravenosa. Además, la sobredosis ocasiona el 50% de las muertes entre consumidores de heroína.

CLASIFICACIÓN DE LOS OPIÁCEOS

- **Naturales:** opio, morfina, codeína, papaverina.
- **Semisintéticos:** heroína, oxicodona, hidroximorfona, oximorfona.
- **Sintéticos:** metadona, meperidina, fentanilo, difenoxilato, dextropropoxifeno, pentazocina, tramadol.

CLÍNICA

- Disminución del nivel de conciencia, somnolencia, estupor, coma.
- Miosis puntiforme.
- Hipoventilación y depresión respiratoria (menos de 12 respiraciones por minuto).
- Disminución de la temperatura corporal e hipotermia.
- Puede haber fiebre por pirógenos endógenos o por los efectos de la propia droga en los centros termorreguladores.

COMPLICACIONES

- **Cardiovasculares:** arritmias, bigeminismo, bloqueos, colapso cardiovascular.
- **Pulmonares:** depresión respiratoria, aspiración, edema agudo de pulmón no cardiogénico.
- **Neurológicas:** crisis convulsivas, agitación, estupor, coma.
- **Urológicas:** retención urinaria.
- **Digestivas:** íleo paralítico.

DIAGNÓSTICO

Se debe basar en la anamnesis al paciente y a los acompañantes, junto con la exploración física. Como pruebas complementarias se debe contar con las siguientes:

- Hemograma, hemostasia y bioquímica (con CPK).
- Pulsioximetría.
- ECG.
- Rx. de Tórax y de Abdomen (en posibles transportadores).
- Análisis toxicológico en orina.

CRITERIOS DE INGRESO

Los pacientes con intoxicación leve o moderada deben ingresar en el área de observación del servicio de urgencias. Si presenta síntomas o signos de intoxicación grave, precisa ingreso hospitalario, incluso en UCI según el caso.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

- Vía venosa periférica con suero fisiológico a 21ml por hora.
- Oxigenoterapia según cada caso.
- Lavado gástrico, incluso si la ingesta ha sido más de seis horas antes, ya que los opiáceos retrasan el vaciamiento gástrico.
- Administración de carbón activado y catárticos.
- Control de constantes y diuresis.
- El tratamiento en el caso de los *body packers* puede verse en el tema de la Intoxicación por Cocaína.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

Se procede a la administración del antagonista específico: **Naloxona** vía endovenosa. Si no hay depresión respiratoria, se comienza con 0.01 mg/Kg (1 ampolla y media). Si hay depresión ventilatoria o parada respiratoria, se administra 0.03 mg/Kg (5 ampollas). La dosis inicial se puede repetir las veces que haga falta, controlando las pupilas y la función respiratoria para valorar la respuesta. Normalmente la respuesta es inmediata, lo cual también sirve para confirmar el diagnóstico. En el caso de intoxicación por metadona, pentazocina, codeína, bruprenorfina y propoxifeno, la dosis inicial recomendada de Naloxona es 10 veces mayor a la habitual.

Dado que la vida media de la Naloxona es de 15-40 minutos y la de muchos opiáceos es de más de 30 minutos (en el caso de la heroína 60-90 minutos), los síntomas pueden reaparecer. Por ello, en ocasiones es necesaria una perfusión intravenosa continua a 0.4 mg/h, lo cual se consigue diluyendo 6 ampollas en 100 ml de suero y se profunda a 18 ml por hora, modificándose según respuesta, con una dosis máxima de 0.8 mg/h. Esta perfusión se mantiene normalmente unas 10 horas, excepto en el caso de intoxicación por metadona, que se mantiene 24-48 horas.

Se debe tener en cuenta que en pacientes adictos a opiáceos, la Naloxona desencadena un síndrome de abstinencia, que generalmente se resuelve en 20-45 minutos y que sólo precisa de tratamiento sintomático.

Hay un nuevo antagonista de opiáceos, aún no comercializado en España, que es el **Nalmefene**, que tiene mayor vida media que la Naloxona, unas 4-8 horas. Además se puede administrar vía oral. En el caso de la intoxicación por buprenorfina, se puede emplear **Doxapram**, que es un estimulante respiratorio. Deberá evitarse en pacientes epilépticos o con historia de crisis convulsivas.