

Maria Alicia Vera Carrera ^a; Shirley Mercedes Vite Correa ^b; Melissa Monserrat Carvajal Prado ^c; Kerly Paola Motoche Granados ^d

Manejo de intoxicación por opioides

Management of opioid poisoning

*Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm. 4.,
diciembre, ISSN: 2588-073X, 2019, pp. 494-510*

DOI: [10.26820/recimundo/3.\(4\).diciembre.2019.494-510](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(4).diciembre.2019.494-510)

URL: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/636>

Código UNESCO: 3205 Medicina Interna

Tipo de Investigación: Artículo de Revisión

© RECIMUNDO; Editorial Saberes del Conocimiento, 2019

Recibido: 15/09/2019

Aceptado: 23/11/2019

Publicado: 30/12/2019

Correspondencia: karinaborjaa@gmail.com

- a. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; maveca2786@hotmail.com
- b. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; shirleyvi16co@hotmail.com
- c. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; melissa_carvajalp@hotmail.com
- d. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; arianna1medik@hotmail.com

RESUMEN

Los opioides son fármacos analgésicos utilizados para el tratamiento del dolor agudo o crónico. Estas sustancias se caracterizan por la afinidad a los receptores opioides, unidas a esos receptores reducen las señales del dolor que llegan al cerebro, tanto por una acción central como periférica al reducir o controlar el dolor, controlan las emociones, en conjunto disminuye la sensación y percepción de un estímulo doloroso. Se trata de un conjunto de sustancias con una serie de rasgos comunes con una potente acción depresora y analgésica sobre el sistema nervioso central con capacidad de generar con prontitud tolerancia y dependencia, por lo que al suspender o disminuir su administración, se presenta un síndrome de abstinencia de características muy definidas. Según las manifestaciones clínicas debe realizarse hemograma, electrolitos, BUN, creatinina, CPK, cito químico de orina, gases arteriales, electrocardiograma (especialmente en intoxicación por propoxifeno), radiografía de tórax (en caso de hipoxia persistente), tomografía de cráneo y estudio de líquido cefalorraquídeo para descartar otras causas de coma o convulsiones. La tríada clínica clásica del síndrome (coma, miosis y depresión respiratoria) es común a todos los productos de este género. Se preconizan la respuesta a naloxona como confirmación de la intoxicación, suele estar causado por pérdida de la tolerancia, por la administración de un producto demasiado puro o por la administración conjunta de otras drogas. El tratamiento de la intoxicación aguda por opiáceos busca primordialmente conseguir una vía aérea protegida, permeable y efectiva junto a una adecuada ventilación. La metodología usada es descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, como google académico, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico que enriquezca el análisis del tema planteado en este artículo.

Palabras claves: Opioides; Naloxona; Dolor; Potente acción analgésica; Adecuada ventilación; Acción depresora; Sistema nervioso central.

Manejo de intoxicación por opioides

Vol. 3, núm. 4., (2019)

Maria Alicia Vera Carrera; Shirley Mercedes Vite Correa; Melissa Monserrat Carvajal Prado; Kerly Paola Motoche Granados

ABSTRACT

Opioids are analgesic drugs used to treat acute or chronic pain. These substances are characterized by affinity to opioid receptors, together with those receptors reduce the pain signals that reach the brain, both by a central and peripheral action to reduce or control pain, control emotions, together decreases the sensation and perception of a painful stimulus. It is a set of substances with a series of common features with a powerful depressive and analgesic action on the central nervous system with the ability to promptly generate tolerance and dependence, so that when suspending or decreasing its administration, a syndrome of abstinence from very defined characteristics. According to clinical manifestations, hemogram, electrolytes, BUN, creatinine, CPK, chemical urine appointment, arterial gases, electrocardiogram (especially in propoxyphene poisoning), chest radiography (in case of persistent hypoxia), skull tomography and study of cerebrospinal fluid to rule out other causes of coma or seizures. The classic clinical triad of the syndrome (coma, myosis and respiratory depression) is common to all products of this genus. The response to naloxone is recommended as confirmation of intoxication, usually caused by loss of tolerance, by the administration of a product too pure or by the joint administration of other drugs. The treatment of acute opioid poisoning primarily seeks to achieve a protected, permeable and effective airway with adequate ventilation. The methodology used is descriptive, with a documentary approach that is, reviewing sources available on the web, such as google scholar, with timely and scientifically relevant content that enriches the analysis of the topic raised in this article.

Keywords: Opioid; Naloxone; Pain; Powerful analgesic action; Adequate ventilation; Depressing action; Central nervous system.

Introducción.

Los opioides son sustancias derivadas de la adormidera o sus análogos sintéticos con efectos similares. La morfina, la heroína, el tramadol, la oxycodona y la metadona son opioides. Pueden crear dependencia, que se caracteriza por un fuerte deseo de consumir la sustancia, un deterioro de la capacidad para controlar su uso, el consumo persistente de opioides pese a las consecuencias perjudiciales conexas, la prioridad que se da al consumo en detrimento de otras actividades y obligaciones, el aumento de la tolerancia y la aparición de síntomas de abstinencia cuando se interrumpe el consumo. La dependencia de los opioides sujetos a prescripción incluye la dependencia iatrogénica ocasionada por el tratamiento del dolor crónico, así como la dependencia derivada del desvío de opioides sujetos a prescripción o su robo a pacientes, o en establecimientos médicos, farmacias y cadenas de fabricación y distribución.

Los pacientes con cáncer avanzado presentan con frecuencia síntomas que afectan desfavorablemente a su bienestar o calidad de vida. La inmensa mayoría de estos pacientes (aproximadamente el 80%) tendrán dolor antes de la muerte (Centeno, 1999). Evidencia escrita han demostrado que el dolor por cáncer es diagnosticado y tratado con opioides por debajo de lo que sería conveniente. El incremento de disponibilidad de los analgésicos, una mayor formación médica y el desarrollo de programas de Cuidados Paliativos, han incrementado el consumo de opioides, tanto en países desarrollados como en el resto del mundo. Este aumento en la utilización de los opioides ha llevado a situar a la toxicidad neurológica en sus diversas manifestaciones como uno de los efectos adversos más importantes de los opioides.

Manejo de intoxicación por opioides

Vol. 3, núm. 4., (2019)

Maria Alicia Vera Carrera; Shirley Mercedes Vite Correa; Melissa Monserrat Carvajal Prado; Kerly Paola Motoche Granados

Los efectos adversos de los opioides, tales como la depresión respiratoria, sedación postoperatoria, náusea y vómito, son bien conocidos, pero no siempre se les concede la relevancia adecuada. El uso de las técnicas multimodales ya ha demostrado reducción de estos efectos. Otros efectos descritos de los opioides incluyen la inmunosupresión mediada por la proteína G, acoplada a los receptores μ en las células inmunológicas (monocitos, neutrófilos, células T y B), pudiendo afectar el resultado de la cirugía o de una variedad de procesos, incluyendo infecciones bacterianas, virales y cáncer. El impacto sobre el sistema inmune puede ser particularmente peligroso en pacientes vulnerables y la elección de fármacos sin efectos en la respuesta inmunológica debería ser importante. En el siguiente artículo se explicará el manejo supervisado de la aplicación de opioides en diferentes patologías.

Metodología.

Esta investigación está dirigida al estudio del “Manejo de intoxicación por opioides”. Para realizarlo se usó una metodología tipo descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, como google académico, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo y que sirvan de inspiración para realizar otros proyectos. Las mismas pueden ser consultadas al final, en la bibliografía.

Resultados.

Los opioides son fármacos analgésicos utilizados para el tratamiento del dolor agudo o crónico. Estas sustancias se caracterizan por la afinidad a los receptores opioides. Unidas a esos receptores reducen las señales del dolor que llegan al cerebro, tanto por una acción central como

periférica al reducir o controlar el dolor, además de sus bien conocidos efectos sobre la región funcional de las áreas del cerebro que controlan las emociones, en conjunto disminuye la sensación y percepción de un estímulo doloroso (Herrera, 2013). Estas sustancias incluyen agonistas (hidromorfona, metadona y fentanilo, entre otros), antagonistas (naloxona y naltrexona) y agonistas-antagonistas mixtos opioides (pentazocina, butorfanol y dezocina, entre otros). Están incluidas las morfina endógenas (endorfinas). Los opiáceos son principios activos de tipo alcaloides (p.ej., morfina, codeína, tebaína) obtenidos de la savia de amapola, de nombre científico *Papaver somniferum*. Todos los opiáceos son opioides, pero no todos los opioides son opiáceos.

Se conoce con el nombre de opiáceos a una familia de sustancias que tienen en común su origen con el opio, bien porque derivan de él, como la morfina porque se elaboran mediante síntesis química a partir de la morfina, como es el caso de la heroína (químicamente diacetilmorfina). (Gainza, 2003) Se trata de un conjunto de sustancias con una serie de rasgos comunes con una potente acción depresora y analgésica sobre el sistema nervioso central con capacidad de generar con prontitud tolerancia y dependencia, por lo que al suspender o disminuir su administración, se presenta un síndrome de abstinencia de características muy definidas.

Los opioides pueden administrarse por vía oral, intramuscular, intravenosa, transdérmica, intra nasal e inhalada. La dosis y vía de administración influyen en los síntomas y su duración. La biodisponibilidad oral es variable por diferencias en el metabolismo hepático de primer paso (morfina 25%, codeína 60%). El paso de la barrera hemato encefálica depende de la liposolubilidad, siendo mayor con la heroína y la morfina, lo que explica su mayor potencial adictivo. Los opioides tienen metabolismo fase I y II, algunos generan metabolitos tóxicos como

Manejo de intoxicación por opioides

Vol. 3, núm. 4., (2019)

Maria Alicia Vera Carrera; Shirley Mercedes Vite Correa; Melissa Monserrat Carvajal Prado; Kerly Paola Motoche Granados

la normeperidina. La excreción es renal, por lo cual el diagnóstico puede establecerse midiendo los opioides o sus metabolitos en orina (Mugabure-Echaníz, Febrero 2005).

Los mecanismos de toxicidad de estas sustancias se deben a la interacción con los receptores opioides μ (MOP), κ (KOP) y δ (DOP). La activación del receptor μ produce analgesia, depresión respiratoria, disminución de la motilidad intestinal, retención urinaria, bradicardia, miosis y euforia. El receptor κ media la disforia y los efectos psicotomiméticos y el receptor δ produce analgesia y depresión respiratoria.

Efectos clínicos

Los opiáceos actúan a nivel de los siguientes sistemas (Centeno, 1999):

- Sistema nervioso central: analgesia sin pérdida de conciencia, somnolencia y cambios de estado mental, euforia/disforia, náuseas/vómitos, miosis.
- Sistema respiratorio: depresión respiratoria, gasometría compatible con hipo ventilación, efecto dosis dependiente, pico de depresión respiratoria en 7 min, posterior a dosis, recuperación de la sensibilidad del centro respiratorio en 2-3h. es la consecuencia más seria de la sobredosis de opioides y se debe a la disminución en la sensibilidad al dióxido de carbono y de la respuesta ventilatoria a la hipoxia.
- Efectos cardiovasculares (escasos): liberación de histamina, hipotensión ortostática, hipotensión, hipoxia, vasodilatación cerebral/hipercarbia, toxicidad directa /hipersensibilidad a adulterantes, bradicardia por disminución de la estimulación del sistema nervioso central y daño miocárdico en caso de hipoxia prolongada.

-
- Efectos gastrointestinales: descenso de motilidad intestinal. Se presentan náuseas y vómito por estimulación de la zona quimiorreceptora, y retraso del vaciamiento gástrico y disminución del peristaltismo por la activación de los receptores μ intestinales.
 - Otros: la intoxicación aguda puede complicarse con rhabdomiolisis, hiperkalemia, mioglobinuria y falla renal.

Diagnóstico

Estas sustancias pueden contener una amplia variedad de ingredientes activos, adulterantes y contaminantes, el síndrome clínico puede estar sólo parcialmente relacionado con el componente opioide. Según las manifestaciones clínicas debe realizarse hemograma, electrolitos, BUN, creatinina, CPK, cito químico de orina, gases arteriales, electrocardiograma (especialmente en intoxicación por propoxifeno), radiografía de tórax (en caso de hipoxia persistente), tomografía de cráneo y estudio de líquido cefalorraquídeo para descartar otras causas de coma o convulsiones. En pacientes que usan drogas intravenosas deben descartarse complicaciones infecciosas asociadas (endocarditis, meningitis bacteriana, hepatitis viral y VIH principalmente) (Santamaría-Molina, 2009).

Manifestaciones clínicas de la intoxicación por opiáceos

La tríada clínica clásica del síndrome (coma, miosis y depresión respiratoria) fue descrita en 1970 y es común a todos los productos de este género. Varios autores preconizan la respuesta a naloxona como confirmación de la intoxicación suele estar causado por pérdida de la tolerancia, por la administración de un producto demasiado puro o por la administración conjunta de otras drogas. Esta última suele ser la causa más frecuente de la muerte por intoxicación:

Manejo de intoxicación por opioides

Vol. 3, núm. 4., (2019)

Maria Alicia Vera Carrera; Shirley Mercedes Vite Correa; Melissa Monserrat Carvajal Prado; Kerly Paola Motoche Granados

- Coma: infrecuentemente pueden añadirse convulsiones y clínica focal. Cuando estas manifestaciones aparecen suelen indicar la asociación de daño cerebral estructural, como abscesos o hemorragias o sugiere que la intoxicación se deba a determinados opiáceos, en los que las convulsiones son más típicas (fentanilo, meperidina).
- Miosis: a menos que exista acidosis, hipoxemia severa o hipotensión o inclusive que la intoxicación se deba a meperidina (midriasis) o se hayan mezclado drogas anticolinérgicas o simpaticomiméticas con las que podemos encontrar un síndrome mixto de estupor o delirio. Depresión respiratoria. Se alcanza con menos de 12 respiraciones por minuto (Flores, 2008).
- Edema pulmonar: prevalente con heroína y metadona, generalmente se inicia a las 2-4 horas de la intoxicación, pero puede retrasarse hasta las 24 horas. Es un edema pulmonar no cardiogénico, que se debe a la liberación transitoria endógena de catecolaminas que lesionan la membrana alveolar dando lugar a un síndrome similar al distrés respiratorio. No hay datos auscultatorios llamativos y la gasometría muestra acidosis mixta e hipoxia. En la radiografía de tórax se aprecia un infiltrado alveolar bilateral, que si no se resuelve tras tratamiento sugerirá otras patologías agudas como aspiración, atelectasias o infección. El tratamiento es la reversión con naloxona y la observación durante 12-24 h.
- Otras alteraciones que pueden producirse son: hipotensión, alteraciones electrocardiográficas, (repolarización, bradi/ taquiarritmias...) generalmente como resultado de la hipoxia prolongada y sus consecuencias metabólicas, o como consecuencia del agente directo o de sus adulterantes, alteraciones de laboratorio (rabdomiolisis, hiperpotasemia, mioglobinuria e insuficiencia renal), endocarditis,

botulismo, etc. La intensidad de la intoxicación depende de la tolerancia. Los mecanismos de tolerancia son los mismos en todos los opiáceos siendo éste un proceso reversible. La abstinencia de heroína en 2 semanas puede producir pérdida de la tolerancia y dar lugar a una sobredosis.

Dosis tóxica: un individuo tolerante a los opioides puede requerir dosis mayores y los niños suelen tener mayor sensibilidad y desarrollar toxicidad con dosis cercanas a la terapéutica.

Algunas alertas a tener en consideración son:

Dosis letal de codeína: 7-14 mg/kg.	Dosis letal de hidrocodona para adultos: 100 mg.
Dosis letal de heroína pura: ≥350 mg en no adictos. ≥1800 mg en adictos	Dosis letal de morfina: ≥120 mg en individuos que nunca han recibido el fármaco.

El síndrome de toxicidad neuropsicológica de los opioides incluye alteraciones cognitivas y sedación severa, estado confusional agudo o delirio, alucinaciones, mioclonias, convulsiones e hiperalgesia (Centeno, 1999). Los pacientes que muestren todos o algunos de estos efectos y

Manejo de intoxicación por opioides

Vol. 3, núm. 4., (2019)

Maria Alicia Vera Carrera; Shirley Mercedes Vite Correa; Melissa Monserrat Carvajal Prado; Kerly Paola Motoche Granados

estén sometidos a tratamientos con analgésicos mayores pueden estar sufriendo neurotoxicidad inducida por opioides:

Alteraciones cognitivas: se observan con frecuencia en pacientes con cáncer avanzado. Son más frecuentes cuanto más avanzada está la enfermedad y hasta un 80% de los pacientes lo experimentan en algún momento. En las últimas 48 horas la disfunción cognitiva puede esperarse como parte de la disfunción global del paciente moribundo (Brecher-Grosso, 2012). Las alteraciones cognitivas pueden expresarse clínicamente como confusión, déficit de atención, menor capacidad de retención, disminución de habilidades manuales o alteración de la capacidad de realizar elementales operaciones matemáticas. Conviene no olvidar que el estado confusional agudo o delirio es la principal explicación de una alteración cognitiva en los pacientes con cáncer terminal. Al detectar disfunción cognitiva hay que pensar siempre en la posibilidad de que forme parte de este cuadro sindrómico superior.

Estado confusional agudo o delirio: el delirio, o estado confusional agudo, es un síndrome orgánico cerebral transitorio caracterizado por la presentación aguda de trastornos cognitivos y de la atención, acompañados por alteraciones de la percepción y de la conducta psicomotora. Se establece cuatro criterios diagnósticos de delirio:

- a) Trastornos en el nivel de conciencia y la capacidad de atención.
- b) Alteraciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje y percepción) no debidas a demencia.
- c) Presentación aguda (horas o días) y curso fluctuante.

- d) Evidencia de un proceso subyacente relacionado etiológicamente con la alteración, o de una sustancia inductora, o de múltiples causas contrayentes.

Alucinaciones: las alucinaciones se han incluido como parte integrante del delirio. Sin embargo, también pueden darse en pacientes con perfecto nivel de conciencia y funciones intelectuales intactas; este síndrome, con perfecto estado cognitivo, se ha llamado alucinosis orgánica. La elevada frecuencia del delirio en pacientes con cáncer en las últimas semanas de vida, es posible encontrar una evolución desde las alucinaciones al delirio, pero no es obligado, y con más frecuencia puede tratarse de una situación aislada o en el marco de otros síntomas tóxicos, pero no necesariamente con delirio.

Mioclónicas y convulsiones: altas dosis de morfina inducen mioclónicas en animales y en personas. El término mioclónicas se aplica a movimientos repentinos, rápidos, breves e involuntarios de uno o varios miembros. Son causados por contracciones musculares activas que pueden afectar a un solo músculo o a un determinado número de fibras musculares. Las mioclónicas relacionadas con los opioides, las contracciones se extienden a todo un grupo muscular. Pueden manifestarse en ambas extremidades como sacudidas dolorosas simétricas o también pueden ir acompañadas de importantes contracciones abdominales. Se les ha llamado también mioclónicas multifocales porque tienden a involucrar áreas diferentes cada vez. Este dato puede servir para diferenciarlas de otros movimientos espontáneos, cortos y repentinos de los miembros como son las convulsiones motoras-focales que afectan siempre al mismo grupo muscular.

Manejo de intoxicación por opioides

Vol. 3, núm. 4., (2019)

Maria Alicia Vera Carrera; Shirley Mercedes Vite Correa; Melissa Monserrat Carvajal Prado; Kerly Paola Motoche Granados

Hiperalgnesia y alodinia: son dos de las manifestaciones más molestas de neurotoxicidad y se han descrito recientemente. Es importante reconocer que se trata de fenómenos distintos. La alodinia es la inducción de dolor por un estímulo inocuo y representa la estimulación de nociceptores por estímulos no nociceptivos. Por contraste la hiperalgnesia supone la respuesta dolorosa exagerada a un estímulo doloroso. En la hiperalgnesia se da una alteración en la intensidad de la respuesta dolorosa y en la alodinia en su cualidad.

Tratamiento de la intoxicación aguda por opiáceos

Se busca primordialmente conseguir una vía aérea protegida, permeable y efectiva junto a una adecuada ventilación. Un esquema práctico a seguir, teniendo en cuenta que, en un individuo dependiente, la administración de una dosis usual de antagonista precipitará un síndrome de abstinencia que puede hacer al paciente inmanejable. La severidad de este síndrome dependerá del grado de dependencia física y de la dosis de antagonista administrada por lo que el uso del antagonista debe de ser evitado en la medida de lo posible. Debe usarse en caso de severa depresión respiratoria y a las mínimas dosis que produzcan reversión de los efectos deletéreos (Fernández, 2005).

La dosis administrada de naloxona debe de individualizarse en función del conocimiento que se tenga de la existencia de una dependencia previa o no. En un paciente dependiente de dosis de 0,04 mg ó 0,08 mg pueden ser suficientes para la reversión de la depresión respiratoria, en otro tipo de paciente pueden administrarse dosis mayores a 2 mg. Es prioritario (Núñez, 2016):

- Resucitación/Estabilización: asegurar, proteger la vía aérea y oxigenar.

- Restablecer la función hemodinámica.
- Ventilación adecuada: observación.
- Ventilación no adecuada: ventilación ambú/mascarilla con O₂ al 100%, naloxona 0,2-0,4 mg.
- Intubación orotraqueal: si existe incapacidad de ventilar correctamente con ambú-mascarilla, pobre oxigenación a pesar de ventilación adecuada, hipo ventilación persistente tras la segunda dosis de naloxona. Son necesarias dosis suplementarias de naloxona sólo si la hipo ventilación es significativa clínicamente.
- 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. Si se producen convulsiones recurrentes deben sospecharse otras causas diferentes al opiáceo (coingestiones, adulterantes, patología del sistema nervioso central, etc.) y deben tratarse con las medidas habituales

Si el diagnóstico es incompleto, valorar que la intoxicación haya sido por vía oral o reconsiderar el diagnóstico teniendo en cuenta la posible existencia de lesiones asociadas como el edema pulmonar, ante la persistencia de hipoxia tras la reversión y ventilación adecuadas. Hay que tener en cuenta que en el caso del heroinómano es habitual la mezcla con otras sustancias como cocaína, anfetaminas, éxtasis, etc. Ésta es una práctica altamente peligrosa debido a los efectos de la heroína se potencian e incrementan, y las posibilidades de sufrir una intoxicación son mayores. Debe realizar un diagnóstico diferencial que además de excluir la asociación de otras drogas tenga en cuenta también la patología orgánica como traumatismo craneoencefálico,

Manejo de intoxicación por opioides

Vol. 3, núm. 4., (2019)

Maria Alicia Vera Carrera; Shirley Mercedes Vite Correa; Melissa Monserrat Carvajal Prado; Kerly Paola Motoche Granados

ictus, neumonía por aspiración etc. El alta del paciente podrá producirse cuando se cumplan las siguientes condiciones (Mugabure-González, 2012):

- Deambulacion normal
- Saturacion de oxígeno > 92%
- Frecuencia respiratoria normal
- Frecuencia cardíaca normal
- Glasgow 15 (traumatismo craneoencefálico leve).

Se han descrito también complicaciones asociadas al empleo de naloxona como asistolia, arritmias y edema pulmonar, siendo éste otro de los motivos por el que debe de limitarse en lo posible la dosis administrada. Por otra parte, grandes dosis de naloxona pueden enmascarar la presencia de otros tóxicos asociados como anfetaminas o cocaína. El concepto de sobredosis de heroína ha cambiado, como se ha demostrado, en la mayoría de muertes por sobredosis, los niveles de opiáceo detectados en sangre son bajos y hay añadida la presencia de benzodiazepinas y alcohol, fundamentalmente.

Conclusiones.

El consumo de opioides en dosis elevadas puede producir depresión respiratoria e incluso la muerte. La intoxicación por opioides se caracteriza por una combinación de tres signos y síntomas, a los que suele hacerse referencia como la “tríada por sobredosis de opioides”. Los síntomas de esa tríada son:

- Pupilas puntiformes (miosis).

- Pérdida de consciencia.
- Depresión respiratoria.

Se sugiere el uso de distintas opciones terapéuticas para tratar la dependencia de opioides, que incluyan apoyo psicosocial, tratamientos de sustitución con metadona o buprenorfina, apoyo a la desintoxicación y tratamiento con antagonistas de opioides como la naltrexona. Se recomienda la administración gradual de opioides en el tratamiento del dolor oncológico en los adultos: el uso inicial de analgésicos no opioides, seguido de opioides débiles y posteriormente de opioides fuertes a medida que aumenta el dolor. Al prescribir opioides, se deben considerar medidas destinadas a reducir el riesgo de uso indebido y desvío, lo que incluye una selección cuidadosa de los pacientes y evaluación de la psicología, si fuera necesario.

Todos los pacientes que reciban opioides neuraxiales, deberán ser vigilados y monitorizados sobre su nivel de ventilación, oxigenación y sobre todo de su nivel de conciencia. Adecuando su duración en tiempo y en medios humanos y materiales, a la farmacocinética del opioide administrado, a la patología de base del paciente y medicación coadyuvante (farmacodinamia) y por último a la disponibilidad de personal sanitario entrenado para mantener un adecuado protocolo de vigilancia y actuación frente a la temida depresión respiratoria.

Bibliografía.

- Brecher-Grosso. (2012). Síndrome de Neurotoxicidad inducida por opioides en pacientes oncológicos en cuidado paliativo. *Revista Medica Sanitas*, 15(3), 30-37.
- Centeno, C. (1999). Uso apropiado de opioides y neurotoxicidad. *Medicina Paliativa*, 6(1), 3-12.
- Fernández, P. (2005). Intoxicaciones agudas por psicofármacos y drogas de abuso en Pontevedra durante el año 2001. *Revista de Toxicología*, 22(1), 37-40.

Manejo de intoxicación por opioides

Vol. 3, núm. 4., (2019)

Maria Alicia Vera Carrera; Shirley Mercedes Vite Correa; Melissa Monserrat Carvajal Prado; Kerly Paola Motoche Granados

Flores, J. (2008). Fármacos analgésicos opioides. *Revista Elsevier S.L. España*, 435-452.

Gainza, I. (2003). Intoxicación por drogas. *ANALES Sis San Navarra*, 26(1), 99-128.

Herrera, E. (Junio de 2013). ¿Qué sabe usted acerca de... los Opioides? *Revista Mejicana de Ciencias Farmacéutica*, 44(2), 62-63.

Mugabure-Echaníz. (Febrero 2005). Fisiología y farmacología clínica de los opioides. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 12(1), 33-45 .

Mugabure-González. (Abril de 2012). Actualizaciones en el manejo clínico de los opioides espinales en el dolor agudo postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 19(2), 72-93.

Núñez, P. (2016). Tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol y otras drogas en urgencias. *Formación Médica Continuada*, 23(2), 97-102.

Santamaría-Molina. (2009). Guías para el manejo del paciente intoxicado. *Departamento de Farmacología y Toxicología de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia*, 134-137.



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL

CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMESCLAR, AJUSTAR Y CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES, SIEMPRE Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.