



MANEJO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE OPIOIDES EN EL CONTEXTO DE SALUD CUBANO.

Durán Cruz Julio Antonio¹

¹ Facultad de Ciencias Médicas de Holguín "Mariana Grajales Coello"/Especialista de Primer Grado en Farmacología. Profesor Asistente, Holguín, Cuba, ORCID: 0000-0001-7679-0115/ E-mail: julioantoniodurancruz@gmail.com

RESUMEN:

Los fármacos opioides agrupan a todos los compuestos naturales, semisintéticos y sintéticos que presentan propiedades farmacológicas similares a la Morfina, incluyendo a su vez a los neuropéptidos opioides endógenos. Desde el punto de vista de su estructura química pueden ser Fenantrénicos o No Fenantrénicos, siendo ejemplos de ellos: Morfina, Codeína, Loperamida, Difenoxilato, Tramadol, Fentanilo, entre otros. El Síndrome de Abstinencia de Opioides representa el conjunto de síntomas y signos que aparecen tras la interrupción brusca, reducción rápida de la dosis o bloqueo de los receptores de opioides, en un individuo con dependencia física a estas sustancias; caracterizado por hiperactividad del sistema nervioso autónomo, alteraciones gastrointestinales y distress psicológico. La Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas incluye algunos criterios para establecer el Síndrome, teniendo presente los diagnósticos diferenciales del mismo. Al Examen Físico signos positivos como midriasis, HTA, taquicardia, dolor abdominal, rigidez muscular y en exámenes de laboratorio Hemoconcentración, Hipoglucemia reactiva, Alcalosis metabólica, etc. A partir de la Escala de Cows se establece la gravedad del paciente y se deriva a la atención secundaria de ser necesario. El manejo de este tipo de abstinencia requiere, en el contexto de salud cubano, la combinación de terapia farmacológica con medicina integrativa y soporte psicosocial.

Palabras clave: opioides, Morfina, farmacodependencias, "Síndrome de abstinencia".



INTRODUCCIÓN

El opio es un exudado que se obtiene por medio de las cápsulas de la semilla de la planta *Papaver somniferum* o amapola, conocida también como Adormidera. Se extrae por medio de incisiones superficiales en los frutos verdes de la planta. Se presenta como un látex blanco y lechoso que al secarse se convierte en una resina pegajosa marrón, la cual se raspa obteniéndose así el opio en bruto.^[1]

El uso del opio se remonta más atrás de lo que es la historia de la Edad Media y Moderna, se corresponde con uno de los productos vegetales más antiguos que el hombre ha utilizado para el control de sus enfermedades pero también con fines hedonísticos. En excavaciones arqueológicas realizadas en Suiza se han encontrado semillas de Adormidera que datan del período neolítico (5500-8000 a.c). El registro más antiguo del uso medicinal del jugo de opio se remonta a la antigua Sumeria (actual Irak), alrededor del 4to milenio a.c. Estos registros se encuentran grabados en tablas de arcilla de aproximadamente 3400 años a.c (Tablas de Uruk).^[2]

Los antiguos sumerios denominaban a la amapola como “planta de la felicidad” o de la “alegría”. El cultivo de la misma con fines medicinales pasó a los asirios y después a los babilonios, hasta llegar a los egipcios. Las referencias escritas más antiguas del uso medicinal del opio se encuentran precisamente en Egipto, en los conocidos Papiro de Ebers (1550 a.c). En la mitología griega también se hace alusión al uso del opio por dioses como Thoth, Isis, Ra, Hypnos, Nyx y Tánatos, así como en las notas de Teofrasto (370-285 a.c). Existen evidencias arqueológicas sobre el consumo del mismo durante las guerras troyanas. Hipócrates usaba la esponja soporífera, la cual correspondía con una esponja de mar con una preparación de opio, beleño y mandrágora para controlar el dolor.

Los romanos acuñador monedas con la figura de la adormidera y también hicieron uso del opio, el cual luego difunde a los países árabes, introduciéndose a todo el oriente, luego en Persia e India. Con posterioridad se introdujo en China, Turquía, Europa, etc. A partir de la Edad Media los boticarios confeccionabas diversos preparados galénicos a

partir de esta planta, dentro de ellos el Polvo de Over y la tintura de opio. ^[3]

En 1806 el farmacéutico alemán F. Serturmer aisló el primer alcaloide del opio al cual denominó Morfina, designado de esta manera en alusión a Morpheo (Dios griego del sueño). En 1827 se inició la producción y comercialización de la Morfina. En 1832 Robiquet aísla la Codeína y Merck en 1848 la Papaverina. En el año 1874, el químico inglés Alder Wright sintetiza la Heroína, la cual luego es distribuida y comercializada. A principios del siglo XX comienza a utilizarse un extracto de alcaloides del opio denominado Pantopon y finales del año 1920 se desarrolló en Inglaterra para uso hospitalario, el coctel de Brompton (constituido por Morfina, Cocaína, Alcohol etílico y Agua de cloroformo). ^[4]

Ejemplos de fármacos opioides que pudiéramos mencionar teniendo en cuenta su clasificación según estructura química son:

Opioides Fenantrénicos: Morfina, Codeína, Heroína, Dihidromorfina, Dihidrocodeína , Nalbufina, Oxycodona, Hidrocodona, Oximorfona e Hidromorfona.

Opioides No Fenantrénicos: Butorfanol, Levorfanol, Fenazocina, Ciclazocina, Pentazocina, Ketociclazocina, Meperidina, Loperamida, Difenoxilato, Tramadol, Tapendalol, Fentanilo, Sulfentanilo, Alfentanilo, Remifentanilo, Metadona y Propoxifeno.

Todos generan sus distintos efectos sistémicos por medio de la interacción con los receptores de opioides, sobre todo (Mu), localizados en las terminales presinápticas en el SNC (cerebro, tronco cerebral y áreas medulares), vías sensitivas periféricas, plexos mientéricos y médula adrenal, acoplados a proteína G. ^[5]

Con la presente investigación nos hemos trazado como objetivo general: Proponer una estrategia para el manejo en urgencias del Síndrome de Abstinencia de Opioides, adecuada al contexto de salud cubano actual. Lo anterior será posible a partir de los siguientes objetivos específicos: caracterizar epistemológicamente los referentes teóricos sobre el síndrome de abstinencia de opioides; identificar los principales pilares médicos a tener presente para su manejo y valorar las estrategias adaptables a nuestro Sistema de Salud para el tratamiento oportuno y adecuado de estos pacientes.



DESARROLLO

SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR OPIOIDES:

A. Concepto: Conjunto de síntomas y signos que aparecen tras la interrupción brusca, reducción rápida de la dosis o bloqueo de los receptores de opioides en un individuo con dependencia física a estas sustancias, caracterizado por hiperactividad del sistema nervioso autónomo, alteraciones gastrointestinales y distress psicológico. (OMS)

B. Fisiopatología: El principal sitio cerebral que desencadena el síndrome de abstinencia a opioides es el locus cerúleo, en la base del cerebro. Las neuronas presentes en el locus cerúleo son noradrenérgicas y poseen un mayor número de receptores opioides. La región del locus cerúleo es la principal fuente de inervación naérgica del sistema límbico y de las cortezas cerebral y cerebelosa. La actividad naérgica en las neuronas del locus cerúleo, un mecanismo vinculado a los receptores opioides, es una de las principales causas de los síntomas de abstinencia a opioides. Además, investigaciones han demostrado que la sustancia gris y el núcleo magno del rafe también intervienen en la presentación del síndrome de abstinencia a opioides. ^[6]

C. Criterios Diagnósticos: CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación:

- 1- Debe ser evidente la reciente suspensión o disminución del consumo de la sustancia después de un consumo repetido y habitualmente prolongado y/o a altas dosis de dicha sustancia.
- 2- Síntomas y signos compatibles con el conocido cuadro clínico de un síndrome de abstinencia por estas sustancias concretamente.
- 3- Los síntomas y signos no se justifican por ningún trastorno médico ni por ningún otro trastorno mental o del comportamiento.
- 4- Tres de los siguientes signos deben estar presentes: deseo imperioso de la droga opioide (craving), rinorrea y estornudos, lagrimeo, dolores musculares o calambres, calambres abdominales, náuseas o vómitos, diarrea, dilatación pupilar, piloerección o

escalofríos, taquicardia o hipertensión, bostezos, sueño sin descanso. (Nota: El craving o deseo imperioso se considera un síntoma asociado, pero no es obligatorio para el diagnóstico).^[7]

D. Hallazgos positivos en el Examen Físico:

Inspección: Signos tempranos (6-24h): Midriasis bilateral persistente (>5 mm), lagrimeo (epifora), rinorrea acuosa, diaforesis profusa, piloerección ("piel de gallina"), excoriaciones por rascado, temblor fino en manos y movimientos involuntarios. Signos tardíos (48-72H): Distensión abdominal por íleo paralítico, decúbito fetal por dolor abdominal o contracturas musculares.

Palpación: Hiperalgia a la presión en músculos grandes (gemelos, cuádriceps), rigidez muscular generalizada, dolor abdominal difuso a la palpación superficial sin defensa, borborismos hiperactivos. HTA.

Percusión: Nada a señalar.

Auscultación: Taquicardia, aumento de los ruidos hidroaéreos ("ruidos de lucha").^[8]

E. Alteraciones principales en Exámenes de Laboratorio:

Hemograma completo: Hemoconcentración, Leucocitosis de leve a moderada por estrés fisiológico.

Química sanguínea: Aumento de urea. Aumento de GGT (marcador de uso crónico de opioides), Hipoglucemia reactiva.

Ionograma con Gasometría: Alcalosis metabólica, Hiponatremia, Hipokalemia.

Otros: Elevación de CK (Creatinina Quinasa) por rabdomiólisis secundaria a agitación severa o convulsiones), Mioglobulinuria, positividad para opiáceos en orina si consumo reciente, etc.

F. Diagnósticos Diferenciales: Hipertiroidismo, Crisis Tirotóxica, Sepsis, Gastroenteritis aguda, Rabdomiólisis (no abstinencia), Crisis suprarrenal, Hipoglucemia, Feocromocitoma, Encefalitis, Síndrome serotoninérgico, Síndrome neuroléptico maligno, Accidente cerebrovascular, Pancreatitis aguda, Arritmias, IMA, Crisis de Ansiedad, Ataques de pánico, Psicosis aguda, Abstinencia a otras sustancias: alcohol, cafeína,



tabaco, cocaína, sedantes o hipnóticos etc. ^[9]

G. Criterios de Gravedad (Escala Cows: Clinical Opioid Withdrawal Scale):

La evaluación COWS (Escala Clínica de Abstinencia de Opiáceos) para la abstinencia de opioides se utiliza comúnmente para determinar la gravedad de la abstinencia. Consta de 11 signos y síntomas comunes de abstinencia de opioides. Las puntuaciones totales, de 0 a 47, varían entre abstinencia leve (5 a 12), moderada (13 a 24), moderadamente grave (25 a 36) y grave (superior a 37). Estas escalas han cobrado mayor interés, ya que la buprenorfina (agonista parcial del receptor Mu, utilizado para tratar la abstinencia de opioides) puede precipitar la abstinencia en pacientes con dependencia de opioides que no presentan síntomas de abstinencia. ^[10-11]

H. Conducta (Adecuada al contexto cubano y dirigida al médico de asistencia en urgencias):

1- Interrogatorio y Examen Físico.

2- Indicar estudios de Laboratorio según disponibilidad y necesidad.

3- Ubicar al paciente en un sitio tranquilo con luz tenue sin estímulos auditivos fuertes.

4- Aplicar Escala Cows según criterios de gravedad (derivando de ser necesario a hospitales provinciales con previa coordinación con los servicios de urgencias luego de ofrecer medidas de soporte vital).

5- Alivio de los síntomas:

-Si dolor o síntomas pseudogripales: Diclofenaco de sodio o Dipirona (Se pueden administrar varias dosis al día sin exceder de 48h el uso del Diclofenaco y no más de 2g la Dipirona). Podría hacerse uso también del Paracetamol (650-1000mg cada 6-8h, máximo 3000mg/día), Ibuprofeno (400 mg cada 4-6h, máximo 2400mg/día) o Naproxeno (500mg c/12h), en dependencia de las características individuales del paciente y del estado hepático y renal. La vía a emplear también dependerá de las características individuales del paciente.

-Si mialgias, artralgias y parestesias: Baclofeno (5-10mg cada 8h, máximo 60mg/día, mejor dosis si disfunción renal).

-Si vómitos: Suspensión de v.o. Dimenhidrinato IM o EV. Puede usarse Metoclopramida

v.o o IM 10mg /8h (No se recomienda si diarrea).

-Si diarrea: Administrar SRO siempre y cuando no esté contraindicado el uso de la vía. Loperamida (4mg iniciales seguido de 2mg después de cada deposición líquida o semilíquida, máximo 16mg/día.

-Si deshidratación o intolerancia mantenida a la v.o: Hidratación parenteral.

-Si ansiedad, agitación o insomnio: Diazepam (5-10mg v.o o IM-EV. Cada 8h solo por 3-5 días en caso de usarlo v.o. Si convulsión aguda se puede hacer uso del mismo vía EV. (Precaución en cuanto a segunda dependencia).

-Empleo de adyuvantes de la analgesia como Carbamazepina, Fenitoína, Gabapentina, Fenobarbital, Prednisolona, Dexametasona, Lidocaína, Mepivacaína, etc, según disponibilidad y características individuales del paciente.

-Corrección de electrolitos en casos específicos.

6-Seguimiento de signos vitales, estado mental y posibles complicaciones.

7-Atención psicosocial al paciente y la familia.

8-Uso de Fitoterapia de ser posible con tilo, manzanilla, pasiflora etc. si ansiedad leve.

9- Acupuntura: PC6 (reduce ansiedad, náuseas y palpitaciones), HT7 (útil para insomnio y agitación), LI4 (regula SN autónomo), GV20 (mejora cefalea y ansiedad generalizada), GB34 (relaja tendones y reduce mialgias), ST36 (alivia fatiga), CV12 (regula náuseas y dolor abdominal), etc.

10- Trazar un plan de seguimiento integral y multidisciplinario del paciente (7-30-90 días).

11- Prevención de recaídas.



CONCLUSIONES

Ante la interrupción brusca, reducción rápida de la dosis o bloqueo de los receptores de opioides en un individuo con dependencia física a estas sustancias existe una alta probabilidad de desarrollar el Síndrome de Abstinencia de Opioides. A partir de la Escala de Cows se establece la gravedad del paciente y se deriva a la atención secundaria. El manejo de este tipo de abstinencia en nuestro contexto de salud, requiere de uso de AINEs como Dipirona o Diclofenaco de Sodio, en otros casos Ibuprofeno, Naproxeno o Paracetamol en dependencia de la vía de administración a utilizar y la magnitud del dolor. Para la emesis Dimenhidrinato o Metoclopramida, contraindicada esta última si diarrea, donde se recomienda el uso de Loperamida y corrección hidroelectrolítica oral o parenteral. Los ansiolíticos y sedantes son de utilidad para el tratamiento de insomnio y ansiedad, así como otros adyuvantes de la analgesia, entre ellos anticonvulsivantes, glucocorticoides y anestésicos locales. El tratamiento farmacológico ha de ir en fusión con el uso de la fitoterapia, la acupuntura y un apoyo psicosocial sólido tanto para el paciente como para su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Nikolaides JK, Thompson TM. Opioids. In: Walls RM, ed. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023: chap 151.
- 2- Ritter JM, Flower R, Henderson G, et al. Drug use and addiction. In: Ritter JM, Flower R, Henderson G, et al. eds. Rang & Dale's Pharmacology. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2024: chap 50.
- 3- Rehni AK, Jaggi AS, Singh N. Síndrome de abstinencia a opioides: conceptos emergentes y nuevas dianas terapéuticas. CNS Neurol Disord Drug Targets. 1 de febrero de 2013; 12 (1):112-25.
- 4- Scavone JL, Sterling RC, Van Bockstaele EJ. Interacciones entre cannabinoides y opioides: implicaciones para la dependencia y la abstinencia de opiáceos. Neurociencia. 17 de septiembre de 2013; 248:637-54.
- 5- Zoorob R, Kowalchuk A, Mejia de Grubb M. Terapia con buprenorfina para el trastorno por consumo de opioides. Am Fam Physician. 1 de marzo de 2018; 97 (5):313-320.
- 6- Tompkins DA, Bigelow GE, Harrison JA, Johnson RE, Fudala PJ, Strain EC. Validación concurrente de la Escala Clínica de Abstinencia de Opiáceos (COWS) e índices de ítem único con el instrumento de evaluación de abstinencia de opioides del Instituto Clínico (CINA). Drug Alcohol Depend. 1 de noviembre de 2009; 105 (1-2):154-9.
- 7- Wesson DR, Ling W. Escala Clínica de Abstinencia de Opiáceos (COWS). J Psychoactive Drugs. Abril-Junio de 2003; 35 (2):253-9.
- 8- Button D, Hartley J, Robbins J, Levander XA, Smith NJ, Englander H. Inicio del tratamiento con buprenorfina en dosis bajas en adultos hospitalizados con trastorno por consumo de opioides: un análisis de cohorte retrospectivo. 1 de marzo-abril de 2022. J Addict Med. 16 (2):e105-e111.
- 9- Choy M. Actualización de la aprobación farmacéutica. P T. Agosto de 2018; 43 (8):461-462.
- 10- Fatseas M, Denis C, Massida Z, Verger M, Franques-Rénéríc P, Auriacombe M. Reactividad inducida por señales, respuesta al cortisol y resultados del consumo de sustancias en personas con dependencia a la heroína tratadas. Biol Psychiatry. 15 de octubre de 2011; 70 (8):720-727.
- 11- Peck Y, Clough AR, Culshaw PN, Liddell MJ. Cócteles multidroga: Impurezas en drogas ilícitas de uso común incautadas por la policía en Queensland, Australia. Drug Alcohol Depend. 1 de agosto de 2019; 201 :49-57.