

2. OPIOIDES U OPIÁCEOS

2.1. EFECTOS FISIOLÓGICOS Y COMPORTAMENTALES.

Efectos sobre el SNC. Entre la variedad de opiáceos todos tienen efectos cualitativamente similares y sólo se diferencian en su potencia y duración. En dosis pequeñas o moderadas dosis (5-10 mg) los principales efectos subjetivos de la morfina son el adormecimiento, decremento de la sensibilidad a estímulos externos e internos, baja de la ansiedad e inhibición. En esas dosis, ocurre relajación muscular, disminución del dolor, alguna depresión respiratoria y su efecto es frecuentemente seguido de un sueño placentero (dreamy sleep).

En altas dosis se puede desarrollar un estado de euforia, diferente del estado de relajación obtenido en pequeñas dosis. La literatura inglesa lo refiere frecuentemente como una "patada", "explosión"; un "corrientazo" o "rush" que el adicto a la morfina siente inmediatamente después de la inyección de morfina o heroína en la vena. Ese "rush" se sigue de un "orgasmo abdominal". Quienes toman opiáceos orales, que los fuman, los inhalan o inyectan subcutánea- o intramuscularmente no experimentan este "rush". Por lo anterior no se cree que este "rush" sea la base del abuso. Es interesante notar que no siempre la inyección i.v. va acompañada de efectos euforizantes. De hecho, en sujetos adaptativos, que no padecen dolor, la administración de morfina puede producir disforia. La elación o euforia ocurre cuando el sujeto presenta una depresión anormal o se encuentra altamente excitado.

La náusea que frecuentemente acompaña las pequeñas dosis se incrementa en dosis altas por contacto con las zonas trigger (input vagal al intestino) en médula (área postrema). Para el adicto el efecto nauseabundo es un "buen mal" porque funciona como estímulo discriminativo de efectos euforizantes.

En más altas dosis se pasa de la depresión a la inconsciencia. Las pupilas se constriñen mucho y la tasa respiratoria decrementa. A tales dosis el centro respiratorio en tallo cerebral, que normalmente responde a altos niveles de CO₂ en sangre por desencadenamiento incrementa la tasa respiratoria, se deprime severamente y puede ser la causa última de muerte. De gran significado es el hecho de que a muy altas dosis, la morfina no causa enlentecimiento del habla, significativa incoordinación motora, o confusión mental severa como otros agentes analgésicos (como el óxido nitroso) que acompañan la analgesia de confusión mental o inconsciencia.

2.2. CONSECUENCIAS: USO DE OPIACEOS.

El uso compulsivo de opiáceos envuelve tres componentes independientes: tolerancia, dependencia psicológica y dependencia física. La tolerancia produce una necesidad de incrementar la dosis tras varias administraciones con el fin de obtener la misma magnitud de efectos. El mantenimiento de la tolerancia depende de la magnitud y la frecuencia del uso de drogas. La tolerancia ocurre para todos los opioides, inclusive las endorfinas. Después de varios meses de uso fuerte de drogas un usador puede auto-administrarse 40-50 veces la dosis letal normal. La tolerancia a opiáceos se desarrolla muy rápidamente, sin

embargo no todos los efectos farmacológicos de la morfina conducen a una idéntica tolerancia o a la misma tasa. Por ejemplo, la analgesia y la euforia presentan una rápida tolerancia, pero los efectos constipatorios y las pupilas en punto persisten tras el uso prolongado.

2.3. TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS

2.3.1. Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por opiáceos

A. Consumo reciente de un opiáceo.

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, o deterioro social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.

C. Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos:

- Somnolencia o coma
- Lenguaje farfullante
- Deterioro de la atención o de la memoria

D. Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.3.2. Criterios para el diagnóstico de abstinencia de opiáceos

A. Alguna de las siguientes posibilidades:

1. interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opiáceos.
2. administración de un antagonista opiáceo después de un período de consumo de opiáceos.

B. Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después del Criterio A:

- humor disfórico
- náuseas o vómitos
- dolores musculares
- lagrimeo o rinorrea
- dilatación pupilar, piloerección o sudoración
- diarrea

- bostezos
- fiebre
- insomnio

C. Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.4. TRASTORNOS INDUCIDOS POR OPIÁCEOS

- Intoxicación por opiáceos
- Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas
- Abstinencia de opiáceos
- Delirium por intoxicación por opiáceos
- Trastorno psicótico inducido por opiáceos: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos
- Trastorno del sueño inducido por opiáceos
- Trastorno sexual inducido por opiáceos
- Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.