

DEPENDENCIA AL DEXTROPROPOXIFENO

* Nelson Eduardo Prudencio Quintanilla

* David José Bustos Cisneros

* Raquel Caero Rodríguez

RESUMEN

El propoxifeno es un opiáceo relacionado con la metadona, que proporciona analgesia al unirse a receptores opiáceos. Se destaca el hecho de que el propoxifeno puede desarrollar rápidamente tolerancia al efecto analgésico, lo que obliga a incrementar la dosis y frecuencia. Esta tolerancia se explica por factores farmacodinámicos. Presentamos un caso de una paciente con fuerte dependencia al propoxifeno y describimos la sintomatología más relevante.

Palabras clave: *Propoxifeno, drogo dependencia, psiquiatría*

ABSTRACT

Propoxifen is a opioid drug related to metadona that provide analgesia by binding to opioid receptors. It is remarkable the analgesic effect rapid tolerance propoxifeno can develop, which cause doses and frequency increase. This tolerance is explained by pharmacodynamical factors. Here we present a psychiatryc patient with strong propoxifeno dependence and we describe the most relevant symptomatology.

Key words: *Propoxifeno, drug dependence. Psychiatry.*

INTRODUCCION

El dextropropoxifeno es un opiáceo estructuralmente relacionado con la metadona.

Los opioides proporcionan analgesia al unirse a receptores tanto dentro como fuera del SNC, existiendo tipos y subtipos diferentes de receptores a saber: m1, m2, D1, D2, k1, k2 y k3. Hay un mecanismo a través del cual, activando dichos receptores es inhibida la liberación de neurotransmisores excitadores produciendo analgesia, pero no es el único; también tienen efectos estimulantes

sobre la neurotransmisión a través de cambios celulares coordinados que incluyen liberación de dopamina, acetilcolina, sustancia P, CCK, péptido relacionado con el gen de calcitonina, adenosina, 5-HT, noradrenalina. Puede pensarse que los efectos estimulantes de opioides sean debido a apertura de los canales de K, ingreso de Ca y a la formación de AMPc.

Al ser estimulados los receptores m de amplia distribución en el SNC, su acción se asocia a analgesia supraes-

* Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios.

pinal y medular, sedación, dependencia física, hipnosis, depresión respiratoria, miosis, euforia e inhibición del peristaltismo gastrointestinal. Los receptores delta de distribución más restringida a ciertas áreas del tálamo, tronco cerebral y otras dentro del SNC y en la médula en la sustancia gelatinosa de Rolando, al ser estimulados dan analgesia y depresión respiratoria. Los receptores kappa también de distribución amplia en SNC, y en el asta posterior de la médula espinal, al ser estimulados se relacionan con efectos tales como analgesia espinal, disforia y en menor medida con diuresis y sedación.

Potencialmente los mecanismos de varias de estas acciones se podría deber a los metabolitos de la morfina conocidos como morfina-6beta-glucuronido y morfina-3-glucuronido. Se sabe que el metabolito activo es la morfina-6-glucuronido (M6G), que es entre 45 y 100 veces más potente que la morfina y que contribuye a la acción analgésica de la misma. El acumulo de morfina-3-glucuronido provoca en cambio vómitos, trastornos cognitivos.

Se destaca del dextropropoxifeno el hecho de desarrollar tolerancia para el efecto analgésico rápidamente, este fenómeno común de la mayoría de los opiáceos es más marcado con este fármaco, por lo cual no debería ser la elección cuando existe la posibilidad de una administración prolongada. La tolerancia para un efecto de una droga no significa que haya dejado de ser eficaz, sino que ha perdido potencia. En términos prácticos se expresa como un acortamiento de la duración del efecto de una dosis determinada, o como disminución de la intensidad de respuesta para esa dosis, lo que obliga a incrementar la frecuencia de administración o la dosis. La naturaleza de esta tolerancia no se explica por factores farmacocinéticos, sino por factores farmacodinámicos a nivel de la propia célula.

El dolor o el malestar de naturaleza psicosomática vienen de cuadros de imagen mental, creados por el tétano, que presionan contra el cuerpo y le afectan. Por ejemplo, un cuadro de imagen mental de un incidente del pasado, en que la persona se fracturó un brazo, puede reactivarse en el presente; impactando al cuerpo y causando dolor en ese mismo brazo.

Según los resultados de exámenes clínicos, la acción de la aspirina y otros analgésicos es inhibir la capacidad del tétano para crear cuadros de imagen mental y también reducir la capacidad de transmisión eléctrica de los conductos nerviosos.

En consecuencia, el tétano vuelve estúpido, vacío, olvidado, iluso e irresponsable. Cae en un estado en el que se vuelve como "de palo", sin sentimientos, insensible, incapaz, y no es digno de confianza; de hecho, llega a ser realmente una amenaza para sus semejantes.

Cuando el efecto de los medicamentos desaparece o empieza a desaparecer, poco a poco regresa la habilidad para crear cuadros de imagen mental y con ella sea reactivan somáticos (sensaciones del cuerpo, enfermedades, dolores o malestares) con mucha más dureza. Una de las respuestas que la persona tiene ante esto es el consumo de medicamentos. Sin mencionar la heroína, también hay personas adictas a la aspirina. La compulsión nace del deseo de volverse a liberar de los somáticos y las sensaciones indeseadas. El ser se vuelve cada vez más insensible y cada vez necesita mayores cantidades y un uso más frecuente de la medicación.

En el aspecto sexual, es común que una persona que toma medicamentos se sienta muy estimulada al principio. Pero después de las primeras "experiencias", se vuelve cada vez más difícil lograr el estímulo sexual. El esfuerzo por lograrlo se vuelve obsesivo, mientras que el estímulo en sí mismo es cada vez menos satisfactorio.

CASO CLÍNICO

Paciente de 31 años de edad, sexo femenino, profesional, procedente de Cochabamba. Consume desde los 19 años de edad por cefalea, dextropropoxifeno, la sensación de bienestar hace que incremente en frecuencia y cantidad el consumo y posteriormente cambie, hace ocho años por prescripción médica a vía endovenosa, llegando a inyectarse 15 ampollas en 24 horas, repartidos en dosis de cada 8 horas. Presenta síndrome de abstinencia, caracterizados por: náuseas, vómitos, ansiedad, angustia, sudoración, palpitaciones, temblor distal, insomnio, falta de apetito, disminución del libido, adelgazamiento cuya sintomatología mejora con la aplicación del dextropropoxifeno, causando "sensación de calor, estar llena, tranquilidad, descanso, relajación y alivio de las molestias de la abstinencia".

Ha presentado periodos depresivos, con ideas de minusvalía, de muerte, de culpa, remordimiento, dificultad para conciliar el sueño y pérdida de peso importante. Debido a esta dependencia la familia opta por enviarle a realizar estudios superiores a otro país donde no pudo

acceder al dextropropoxifeno manteniéndose en abstinencia sin dificultad alguna, durante un año y medio. Retornando al país recae a la semana y después de muchos meses con marcado deterioro social, laboral y de salud física deciden internarla.

Antecedente de presentar infecciones urinarias a repetición y amenorrea de 4 meses.

Examen físico. Paciente en regular estado general, delgada, pálida, pelo de tinte amarillento, ligero temblor distal, equimosis en brazos y piernas. Signos vitales F.C.80x', F.R.24x', P.A.100/80 mmHg, T.36.2°C, P.42 Kg.

Examen mental. Conciencia clara, coherente, relevante, pensamiento con ideas de minusvalía, desesperanza. Modula tristeza con tendencia al llanto. Atención conservada, memorias correctas. Tiene juicio de enfermedad.

Laboratorios. Hemograma, 3, 852.000 mm³, Htc.35%, Hb 11,2 gr%, VES 1 hora 34 mm, 2 hora 62 mm, plaquetas 185.000 mm³, leucocitos 10,275 mm³, segmentados 74%, linfocitos 20 %, eosinófilos 4%, monocitos 2%, glicemia 65 mg%, urea 53 mg%, creatinina 1,4mg%, bilirrubina directa 0,3 mg%, bilirrubina indirecta 0,9 mg%, bilirrubina total 1,2 mg%, GOT. 80 U/L, GPT. 71U/L, fosfatasa alcalina 256 U/L, BHCG. Negativo.Examen de orina leucocitos 6 a 20 por campo, hematíes 50 a 80 por campo.

Electroencefalograma. Ligera desorganización cerebral generalizada.

T.A.C. Malformación venosa frontal izquierda.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El personal de salud prescribe psicofármacos como: analgésicos (dextropropoxifeno), tranquilizantes, hipnóticos, somníferos, etc. con el deseo de aliviar el sufrimiento humano. Muchos de estos fármacos presentan efectos colaterales indeseables de dependencia.

Este es un síndrome que genera para el individuo una gran disfunción social, laboral y sufrimiento. Al igual que para su familia. Nadie desconoce el gran costo que acarrea esta patología a la sociedad.

Frecuentemente solo reparamos en los síndromes de dependencia como: alcoholismo, marihuana y cocaína, sin embargo los fármacos usados para fines médicos pueden generar dependencias graves. Las anteriores

puntualizaciones han hecho que la Sociedad Boliviana de Psiquiatría filial Cochabamba a través de una carta ha notificado del riesgo de dependencia de dextropropoxifeno. Esta presentación de caso refuerza la labor del cuidado de la salud mental del pueblo boliviano por los especialistas en Psiquiatría.

BIBLIOGRAFIA

1. Plummer, J. Clinical Pharmacology of Acute Pain: postoperative pain, acute myocardial infarction, and migraine. Pain 1999 an Update Review Refresher Course Syllabus, 9th World Congress on Pain Aug. 1999 Viena Austria. Fax: 61-8-8204-4197;467.
2. Apéndice 1: Buenas Prácticas Prescriptivas. Programa a distancia de formación médica continua en farmacología, 1999. Asociación Argentina de Farmacovigilancia y Farmacoepidemiología; 1-2.
3. González García, G. Remedios Políticos para los medicamentos.2da. Ed.1994; Cap 2:85.
4. Gómez Sancho M, Reig E. Uso de la morfina, Madrid. 1997; cap1.
5. Zieher LM y cols: Farmacología de la inflamación y el dolor. Programa a distancia de Formación Médica Continua en Farmacología. 1998,caps 7y 8: 83-102.
6. Karlsten R, Torsten G. Adenosin a new analgesic for the treatment of neuropathic pain? IASP Newsletter 2000; issue 1.
7. Villalonga A, Carrasco MS: Farmacología en Anestesiología. Federación Europea para la Enseñanza de la Anestesiología (FEEA). 1999, 102-143.