



**Universidad del sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Escuela de Medicina Humana**



Título del trabajo: Ensayo acerca de los tipos de narcóticos y como afectan al organismo

Unidad III

Nombre de la asignatura: Crecimiento y desarrollo

**Nombre del alumno:
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. José Miguel Culebro

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 13 de Diciembre de 2020.

Buenas noches Dr mis comentarios sobre el tema son los siguientes:

Narcóticos

La palabra narcótico es un vocablo griego que significa "cosa capaz de adormecer y sedar". A pesar de que esta palabra se usa con frecuencia para referirse a todo tipo de drogas psicoactivas, es decir, aquellas que actúan sobre el psiquismo del individuo, el campo de los narcóticos se pueden dividir en la actualidad en varios grupos, que son los siguientes:

- Opio, opiáceos y sucedáneos sintéticos.
- Neurolépticos o tranquilizantes mayores.
- Ansiolíticos o tranquilizantes menores.
- Somníferos o barbitúricos.
- Grandes narcóticos o anestésicos generales.

Se trata de drogas con composiciones y orígenes distintos, que tienen en común su efecto en el organismo, aunque éste se manifieste en manera y en grado diferentes. Pero el elemento fundamental que las une consiste en que todos los narcóticos causan adicción física. Es adictivo aquel fármaco que, administrado en dosis suficientes durante un período de tiempo relativamente largo, induce un cambio metabólico. Cuando deja de administrarse desencadena una serie de reacciones conocidas como "síndrome de abstinencia".

Los narcóticos producen sus efectos farmacológicos, terapéuticos y adversos al estimular receptores específicos de la membrana celular de los que existen tres tipos: mu (μ , con dos subtipos $\mu 1$ y $\mu 2$), kappa (κ) y delta (δ). Se encuentran distribuidos ampliamente en el sistema nervioso central y periférico, predominando en zonas relacionadas con la transmisión del dolor. Además, existen receptores en el tracto gastrointestinal, sistema cardiovascular y glándulas suprarrenales. Los narcóticos se clasifican según su mecanismo de acción en:

1) Agonistas puros: producen efectos determinados por el tipo y ubicación del receptor estimulado.

2) Agonistas parciales: con menor actividad intrínseca en receptores μ , y efectos clínicos de menor magnitud.

3) Agonistas-antagonistas: acción mixta, con actividad agonista en un tipo de receptor y antagonista en otro.

4) Antagonistas puros que desplazan a los agonistas de los receptores, con reversión del efecto clínico en forma dosis dependiente.

Tabla 1. Clasificación clínica de los analgésicos narcóticos	
Agonistas puros	Morfina, codeína, dihidromorfona, dihidroximorfona, levorfanol, metadona, propoxifeno, meperidina, alfaprodina, fentanil, alfentanil, sufentanil. Tramadol
Agonistas parciales	Buprenorfina
Agonistas-antagonistas	Pentazocina, nalorfina, butorfanol, nalbufina
Antagonistas puros	Naloxona, Naltrexona, nalmefene

Tabla 2. Efectos de la estimulación de los receptores opiáceos	
u1	Analgesia, sedación, náuseas y vómitos, constipación, retención urinaria, miosis, bradicardia, aumento de temperatura, tolerancia
u2	Sedación, depresión respiratoria, dependencia
K	Analgesia débil, sedación, depresión respiratoria débil, miosis, tolerancia débil, sin tolerancia cruzada con u
d	Depresión respiratoria, analgesia débil, náuseas y vómitos, prurito, tolerancia, tolerancia cruzada con u

Los narcóticos tienen efectos farmacológicos principalmente en el sistema nervioso central y gastrointestinal. La analgesia, que es el efecto clásico y el más estudiado, se produce por acción de los narcóticos a nivel supra espinal y espinal, inhibiendo la transmisión del dolor y los componentes emocional y afectivo asociados. La estimulación de receptores μ ubicados en las vías del dolor produce analgesia de mayor potencia.

Efectos adversos

Son consecuencia del efecto farmacológico y en general son proporcionales a la dosis administrada. Los más frecuentes o importantes son náuseas y vómitos, prurito, retención urinaria y depresión del sistema nervioso central, especialmente de presión respiratoria. Otros problemas menos estudiados, que pueden ser significativos incluyen alteraciones psiquiátricas agudas, confusión, mareos, hipotensión ortostática, rigidez torácica, íleo y constipación.

Náuseas y vómitos: Ocurren frecuentemente luego de la cirugía y en pacientes oncológicos; en ambos contextos constituyen un problema multifactorial. Además de los narcóticos o de otras drogas, especialmente aquellas usadas en quimioterapia, son factores contribuyentes el dolor, la hipotensión, la distensión gástrica, el tipo de cirugía, los movimientos y el sexo femenino. En dosis equianalgésicas, no hay diferencias entre los narcóticos en cuanto a su capacidad para gatillar náuseas y vómitos, y tampoco influye la ruta de administración.

La administración profiláctica de antieméticos se recomienda sólo en casos seleccionados, debido a que no es segura y se asocia a una incidencia significativa de efectos secundarios.

El tratamiento debe iniciarse con medidas generales de soporte: tratar la hipotensión, la hipovolemia y el dolor. Se puede intentar también cambiar de narcótico. Luego se puede recurrir a antieméticos (ver capítulo sobre cuidados paliativos): metoclopramida, butirofenonas, antihistamínicos o fenotiazinas, escopolamina transdérmica o parenteral.

En casos refractarios, se puede emplear ondansetron y eventualmente naloxona en dosis bajas; ésta puede disminuir la duración y/o calidad de la analgesia.

Prurito: Es un efecto adverso cualquiera sea la ruta de administración del narcótico, alcanzando incidencias de hasta un 100%. La causa es desconocida; el hecho que

dosis muy bajas de morfina intratecal produzcan prurito y que éste se presente varias horas después de su administración, sugiere un mecanismo central. La incidencia de prurito con narcóticos que liberan histamina (morfina, meperidina) o no (fentanil y sufentanil) es similar. Para la morfina, la incidencia y severidad del prurito depende de la vía de administración: es más frecuente e intenso cuando se administra por vía peridural o intratecal, menor cuando se administra en bolos muy pequeños y repetidos y aún menor si se usa por vía intramuscular.

Retención urinaria. También es un problema multifactorial, especialmente en el postoperatorio. Sin embargo, la retención urinaria puede presentarse en hasta un 40% de los pacientes que reciben narcóticos por vía intramuscular o intravenosa en el postoperatorio, o en más del 60% si son administrados por vía intratecal o peridural. Otros factores son el dolor, sedación, posición supina y otras drogas anticolinérgicas. La eficacia de drogas como betanecol o prazosina en pacientes con retención urinaria producida por narcóticos es incierta, aunque la fenoxibenzamina sería útil en su prevención. La naloxona es muy eficaz, pero sólo en dosis que revierten el efecto analgésico.

Depresión respiratoria. Es la complicación más temida, aun que el problema debe ser puesto en perspectiva. La incidencia es difícil de evaluar, pues los datos son incompletos, no controlados o retrospectivos; la depresión intensa o marcada podría alcanzar al 0,09% luego del uso parenteral de narcóticos y ser quizás unas diez veces más frecuente luego del uso intratecal o peridural. Las muertes son muy raras, siendo dos las publicadas conocidas: una con morfina oral y otra con analgesia controlada por el paciente. Se ha especulado que los narcóticos lipofílicos podrían ser más seguros, pero no hay comprobación. El factor más importante, por cualquier vía de administración, es la dosis usada. Otros factores de riesgo son edad avanzada, malas condiciones generales, enfermedad respiratoria preexistente, dosis elevadas y repetidas y el uso concomitante de sedantes. Un deterioro súbito de función hepática o renal puede disminuir la velocidad de eliminación y aumentar el riesgo.