

Intoxicación por metadona en la edad pediátrica

Sr. Editor:

La metadona ha sido parte eficaz del tratamiento para la adicción a opiáceos en los últimos 30 años. Su éxito se ha basado en su larga vida media, su lento efecto de acción y la presencia de menos efectos eufóricos cuando se compara a otros opiáceos.

La intoxicación por metadona en la edad pediátrica ha aumentado su incidencia en los últimos años en gran medida por la utilidad de esta droga en terapias de sustitución en toxicómanos¹. Generalmente presenta un origen accidental, aunque se han descrito sobredosis voluntarias². Presentamos 2 casos de intoxicación accidental por metadona, en entornos de tratamiento sustitutivo. La sospecha clínica y la rápida respuesta resultaron fundamentales para una buena evolución de los enfermos.

Paciente 1. Varón de 2 años de edad y 12 kg de peso, ingresó en la unidad de cuidados intensivos pediátricos por la sospecha de intoxicación por metadona. El niño fue encontrado por sus familiares en su domicilio con bajo nivel de consciencia y escasa respuesta a estímulos. El enfermo no presentaba antecedentes médicos de interés. En el momento del ingreso el niño presentaba un adecuado desarrollo para su edad, aunque se encontraba postrado, sin respuesta motora, apertura ocular al estímulo y emisión de palabras ininteligibles. Se mantenía eupneico con SaO₂ > 95% con mascarilla de alto flujo, frecuencia cardíaca de 90 lat./min y presión arterial de 100/60 mmHg. Presentaba pupilas mióticas. Ante la sospecha clínica de intoxicación por opiáceos fue administrada naloxona (10 µg/kg) de forma subcutánea con una rápida recuperación del nivel de consciencia. Se mantuvo perfusión continua intravenosa de naloxona (100 µg/kg/h), tras la administración de 2 bolos subcutáneos con un intervalo de 5 min entre ambos. Reinterrogada la familia se constató la posibilidad de ingestión de 60 mg. de metadona en el propio domicilio. Dicho fármaco formaba parte de un tratamiento sustitutivo de uno de los progenitores del paciente. El estudio toxicológico cualitativo reveló positividad para metadona en orina.

Paciente 2. Mujer de 2 años y 13,4 kg de peso, trasladada al servicio de urgencias de nuestro hospital tras la ingesta de 65 mg de metadona de forma accidental. Ingesta presenciada por un familiar. La paciente no presentaba antecedentes médicos de interés. Presentaba un adecuado desarrollo para su edad, se mantenía eupneica con SaO₂ de 99% con mascarilla, frecuencia cardíaca de 85 lat./min y presión arterial de 110/62 mmHg. En el momento de su ingreso la enferma se encontraba irritable, aunque de manera progresiva fue disminuyendo su nivel de consciencia y enlenteciéndose su frecuencia respiratoria. De forma inmediata le fue administrada naloxona subcutánea (10 µg/kg) con una rápida respuesta neurológica y respiratoria. Manteniendo la misma en perfusión continua intravenosa (100 µg/kg/h). No fue necesaria la intubación orotraqueal. Se mantuvo vigilancia durante 24 h siendo dada de alta sin secuelas. Al igual que en el caso 1, un familiar directo se encontraba en tratamiento sustitutivo con metadona. El estudio toxicológico cualitativo reveló positividad para metadona en orina.

Las intoxicaciones pediátricas por metadona obedecen a un origen accidental en la mayoría de los casos³⁻⁴, aunque se han descrito sobredosis voluntarias². El número total de intoxicaciones por metadona en la edad pediátrica ha ido en aumento en las últimas décadas. El hecho de la instauración de la metadona en los programas de deshabituación al consumo de opiáceos es una de las principales causas¹. Puesto que la metadona es suministrada en forma de tabletas la mayoría de las veces, la vía de ingestión oral es la más frecuente en estos casos. Clínicamente la intoxicación por metadona viene representada por la tríada: de-

presión del sistema nervioso central, miosis y depresión respiratoria. La sospecha de sobredosis, basada en la clínica y el entorno del menor, facilitará el tratamiento del cuadro. Se ha de completar con estudio cualitativo de tóxicos.

El tratamiento se basa en una serie de medidas generales, disminución de la absorción con la administración de carbón activado y el lavado gástrico sólo si no se administró en forma inmediata el carbón activado. Continuar con medidas que incrementen la eliminación, aunque debido al amplio volumen de distribución, y a la disponibilidad del antídoto (naloxona) no son útiles las medidas para forzar la diuresis y eliminar el tóxico. Por último se requiere un manejo específico con aplicación de naloxona 0,4 mg i.v. o subcutánea. Se puede administrar cada minuto hasta completar los 2 mg; si no se obtiene respuesta adecuada, se incrementa la dosis a 2 mg cada 5 min hasta llegar a 10 mg. En niños la dosis es de 0,001 mg/kg de peso; si no se logra respuesta la dosis se incrementa a 0,01 mg/kg. El efecto de la naloxona es más corto que el de los opiáceos. La administración de bicarbonato de sodio ha mostrado utilidad cuando el paciente que se ha intoxicado con propoxifeno presenta prolongación del intervalo QRS o hipotensión^{1,5}.

La información a familias que tienen miembros en programas de tratamiento sustitutivo con metadona debe hacer énfasis en mantener la misma fuera del alcance de los niños. Dado que este hecho puede resultar de mucha dificultad según el entorno del menor, el empaquetamiento de esta sustancia en envases de difícil apertura para un menor podría ayudar a disminuir la incidencia de sobredosis accidentales que aparecen en la edad pediátrica.

**A. González Castro, M. Martín Egaña,
B. Suberviola Cañas y J.L. Teja Barbero**

Servicio de Medicina intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Correspondencia: Dr. A. González Castro.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Avda. Valdecilla, s/n. 39011 Santander. España.
Correo electrónico: jandro120475@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Schwab J, Caggiano AO. Pediatric methadone poisoning revisited. *Clin Pediatr (Phila)*. 2001;40:119-20.
- Lee, Anselm CW, Lam SY. Nonaccidental Methadone Poisoning. *Clin Pediatr*. 2002;41:365-6.
- Aronow R, Paul SD, Woolley PV. Childhood poisoning: An unfortunate consequence of methadone availability. *JAMA*. 1972; 219:321-4.
- Lee KD, Lovejoy FH, Haddow JE. Childhood methadone intoxication. *Clin Pediatr*. 1974;13:66-8.
- Chisholm CD, Furbie RB. Opioid Poisoning. En: Harwood-Nuss, Linden Luten, Shepherd and Wolfson, editors. *The Clinical Practice of Emergency Medicine*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p. 1382-6.