

CAPÍTULO III

Intoxicación por escopolamina

*Jorge Salcedo, MD
Jefe Departamento de Urgencias
Fundación Santa Fe de Bogotá*

*Iván Martínez, MD
Oficina de Recursos Educativos
Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina*

INTRODUCCIÓN

La escopolamina es un alcaloide cuaternario que actúa como antagonista competitivo de la acetilcolina en los receptores muscarínicos. Es soluble en agua.

Se encuentra en algunas especies de plantas de la familia de las solanáceas. Entra al organismo por vía oral con rápida absorción.

FARMACODINAMIA

La escopolamina es un antagonista competitivo de la acetilcolina en la terminal posganglión del sistema nervioso parasimpático. No tiene ningún efecto sobre los receptores nicotínicos. Cruza la barrera hematoencefálica por lo cual puede producir manifestaciones del sistema nervioso central.

El efecto de esta sustancia es bastante marcado en el músculo liso del sistema gastrointestinal.

Los síntomas ocurren 30-60 minutos después de la ingesta y pueden continuar por 24-48 horas debido a que la escopolamina retarda el vaciamiento gástrico.

EPIDEMIOLOGÍA

La intoxicación en Colombia es frecuente con fines delictivos. Se utiliza mezclada con depresores del sistema nervioso central en una mezcla conocida como “burundanga”.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es necesario conocer la dosis aproximada consumida por el paciente, así como la ruta de administración y la ingesta de otras sustancias que puedan aumentar la toxicidad de la escopolamina.

Los síntomas y signos encontrados en la evaluación inicial incluyen:

- Mucosas y piel secas.
- Disfagia.
- Fotofobia.
- Visión borrosa.
- Taquicardia.
- Retención urinaria.

También puede encontrarse hipertermia, confusión, agitación, convulsiones y coma. Es común la amnesia de los eventos sucedidos después de la ingesta de la escopolamina.

En el examen físico se puede encontrar:

- Signos vitales: taquicardia, hiperpirexia, hipertensión o hipotensión.
- Ojo, nariz y garganta: midriasis, mucosas secas.
- Abdomen: ruidos intestinales disminuidos, globo vesical.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

La escopolamina puede encontrarse en orina o sangre. Es necesario recoger la sangre en tubo sin anticoagulante. La muestra de orina debe ser de mínimo 50 mL.

La prueba mas importante es la de orina debido a que la escopolamina se puede detectar hasta seis horas después de la intoxicación.

TRATAMIENTO PREHOSPITALARIO

El paciente debe ser llevado de forma rápida a un centro asistencial. Durante el transporte se realiza la evaluación y manejo del ABC. No se recomienda el uso de fisostigmina como parte del manejo prehospitalario.

TRATAMIENTO

El manejo inicial debe estar orientado a estabilizar la condición clínica del enfermo. Es muy importante colocar sonda nasogástrica y sonda vesical para aliviar la incomodidad que produce la distensión gástrica y la distensión vesical respectivamente. Las sondas también son útiles para tomar muestras de toxicología.

INHIBICIÓN DE LA ABSORCIÓN

Se utiliza carbón activado y lavado gástrico. La dosis de carbón activado es de 1 g/kg de

peso. También puede administrarse catártico salino como sulfato de magnesio 40 mg VO.

ANTÍDOTO

El antídoto es la fisostigmina, un medicamento inhibidor de la acetilcolinesterasa. Puede revertir todos los síntomas anticolinérgicos asociados con esta intoxicación. La dosis de fisostigmina es de 0,5-2 mg IV. Cuando el diagnóstico es correcto se observa una rápida respuesta. La dosis puede repetirse cada 15 minutos si no hay disminución marcada de los síntomas.

La fisostigmina es capaz de producir una crisis colinérgica (convulsiones, depresión respiratoria, asistolia) con la posibilidad de llevar al paciente a la muerte.

Debido a que la mayoría de los individuos responden al manejo básico con medidas de soporte, solo se indica el uso de fisostigmina en los siguientes casos:

- Ausencia de mejoría con el tratamiento inicial.
- Taquiarritmias con inestabilidad hemodinámica.
- Convulsiones.
- Agitación extrema.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Gutiérrez M. Intoxicación por burundanga. En: Guías para manejo de urgencias. Ministerio de Salud, Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. Bogotá, 1996.
2. Hamilton RJ, Perrone J, Hoffman R, et al. A descriptive study of an epidemic of poisoning caused by heroin adulterated with scopolamine. *J Toxicol Clin Toxicol* 2000; 38:597-608.
3. Ziskind AA. Transdermal scopolamine-induced psychosis. *Postgrad Med* 1988; 84:73-6.