

# Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen 27  
Volume

Suplemento 1  
Supplement

2004

*Artículo:*

## El paciente farmacodependiente traumatizado: manejo anestésico

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in  
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[www.Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

## El paciente farmacodependiente traumatizado: manejo anestésico

Dr. Jaime Rivera-Flores, Dra. Margarita Chavira Romero

La farmacodependencia es un problema cosmopolita, con interacciones sociales, culturales, religiosas y médicas; en las que el consumo sigue aumentando a todos los niveles (ricos, pobres, niños, ancianos, etc.).

En nuestro país las sustancias psicotrópicas del tipo de la cocaína (debido a la asociación con otro tipo de sustancias que han hecho posible abaratar su costo) y las anfetaminas han incrementado su consumo.

Desde el año de 1969 la OMS acuñó el término de farmacodependencia, definiéndola como: “el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco produciendo cambios del comportamiento y otras reacciones”. A las sustancias que causan farmacodependencia o drogadicción se les denomina “drogas” (sustancias químicas que son introducidas voluntariamente al organismo, que tienen propiedades de modificar las condiciones físicas y/o químicas del organismo); otro término por el que son denominadas las drogas son “sustancias psicoactivas o psicotrópicas” las cuales pueden ser clasificadas de acuerdo a los efectos que producen: psicoestimulantes (cocaína, marihuana, anfetaminas, etc.) y psicodépresoras (barbitúricos, benzodiacepinas, alcohol, etc.).

Otras clasificaciones son de acuerdo a la familia farmacológica o a la legalidad de su obtención: legales (tabaco, café y alcohol) e ilegales (cocaína, marihuana, heroína, etc.).

Este tipo de sustancias pueden producir: refuerzo de la conducta, tolerancia, dependencia física o psíquica (actualmente denominada dependencia química); afectando al sistema nervioso central (SNC), con efectos calmantes, depresores, estimulantes, placer o energizantes y efectos secundarios en otros aparatos y sistemas del organismo (cardiovascular, nervioso periférico, endocrino, etc.).

Las sustancias más empleadas en la actualidad en nuestro país son: tabaco, alcohol, cafeína, cocaína, marihuana e inhalantes.

El consumo de inhalantes (solventes) se encuentra en el 6º lugar; pero ha de considerarse que existen muchos niños

de la calle e indigentes que pueden conseguir fácilmente este tipo de sustancias (pegamento, gasolina, pintura, etc.), además de personas que laboran teniendo contacto con estas sustancias (carpinteros, pintores, zapateros, despachadores de gasolina y otros) y por lo tanto puede ser que la cantidad de consumidores sea mayor.

Las vías de administración de los psicotrópicos son variables, dependiendo de cada uno de ellos; pero actualmente se han implementado otras formas para poder rápidamente alcanzar los efectos, así como la asociación de 2 o más sustancias; por lo que al enfrentarnos a un paciente, éste puede tener una sintomatología variada, dependiendo de las sustancias administradas.

El cuadro clínico varía de acuerdo a cada sustancia en particular, aunque se ha determinado uno en forma general para todas las sustancias: comportamiento inusual, agresivo, letargia, confusión, equimosis, cianosis, traumatismos, hipo o hipertensión, midriasis, olor característico, arritmias cardíacas, etc.

Existe una relación directa entre el consumo de psicotrópicos y el trauma; siendo el paciente farmacodependiente la causa o el efecto del traumatismo (accidentes automovilísticos, homicidios, violaciones, suicidios, asaltos, etc.).

Los síntomas generales o específicos de cada sustancia en particular en un paciente traumatizado pueden alterar (potencializar o encubrir) por los síntomas del traumatismo (estado de choque, inconsciencia, dolor, etc.) y por lo tanto pasar desapercibidos o considerarse de mayor importancia en las evaluaciones primaria y secundaria.

El manejo del paciente debe iniciarse desde el lugar del accidente y continuarse en el área de urgencias con el ABC (vía aérea permeable, ventilación y circulación) considerando primero al traumatismo y secundariamente los efectos de los psicotrópicos, aunque en algunas circunstancias esto variará; se tomarán muestras de sangre y se realizarán los estudios complementarios pertinentes si el estado del paciente lo permite.

En la valoración preanestésica debemos consignar la o las sustancias que consumen, así como el tiempo de administración (aguda, crónica); la vía de administración, cantidad, farmacodependencia, última dosis; y si han presentado síndrome de supresión en caso de que el paciente se encuentre consciente y cooperador; en muchas ocasiones niegan estar bajo el efecto de alguna sustancia.

La medicación preanestésica tiene por objetivo prevenir el síndrome de supresión; se proporciona analgesia con opiáceos (fentanil) y sedación a base de benzodiazepinas (diazepam 10 mg IM o IV, clordiazepóxido 40 mg/día), neurolépticos (haloperidol 50-100 mg IV); otros fármacos como betabloqueadores, bloqueadores H<sub>2</sub>, procinéticos, etc. se indican dependiendo de cada caso en particular.

La monitorización invasiva está indicada en pacientes graves, debido al psicotrópico o al traumatismo "*per se*".

El manejo anestésico dependerá de cada sustancia en particular, al estado de intoxicación (agudo, crónico, crónico agudizado, síndrome de supresión); siendo de elección en pacientes agudos la anestesia general (por ejemplo en pacientes bajo el efecto de sustancias con efectos simpatomiméticos –anfetaminas, cocaína– habrá de evitarse el empleo de ketamina y de halogenados que tengan una interacción medicamentosa con catecolaminas o que produzcan un robo coronario); en forma general se menciona que deben emplearse aquellos fármacos con un metabolismo hepático mínimo y que además proporcionen estabilidad cardiovascular (etomidato, atracurio, fentanil, e isoflurano; pero de acuerdo a la farmacología puede considerarse al cis-atracurio y al

sevoflurano). Importante considerar que los psicotrópicos, el dolor, el trauma y la misma respuesta neuroendocrina retardan el vaciamiento gástrico, por lo que estos pacientes son considerados que tienen estómago lleno; por lo cual puede emplearse la inducción de secuencia rápida para el control inmediato de la vía aérea, sea por la ruta despolarizante o la no despolarizante.

La anestesia regional en pacientes con intoxicación aguda se contraindica por la falta de cooperación del paciente; en los crónicos al abuso de inhalantes, alcohol, se evaluarán datos de neuropatías periféricas.

Se ha observado que en un paciente que se encuentra bajo intoxicación aguda, los requerimientos (dosis) de los fármacos anestésicos disminuyen hasta un 50%; y en los pacientes con intoxicación crónica, por la inducción enzimática en muchos casos las dosis se incrementan, aunque hay otros factores que influyen. Hay que recordar también que puede haber situaciones de tolerancia cruzada con algunas drogas y de igual forma requerirse mayores dosis para poder alcanzar el efecto deseado.

Las principales complicaciones que pueden presentarse en este tipo de pacientes son: broncoaspiración, hemorragia e hipotensión severas, y el síndrome de supresión que puede presentarse en cualquier momento del perianestésico.

En el Hospital General Balbuena, el 85% de pacientes ingresados son por causa traumatológica; de los cuales más de un 50% se encuentran bajo el influjo de algún psicotrópico; siendo aproximadamente el 50% de los mismos los que entran a quirófano para su manejo anestésico-quirúrgico.

## REFERENCIAS

- Beattie CH, Lewis TC, Mark LJ. Evaluation of the patient with alcoholism and other drug dependences. In: Longnecker DE, Tinker JH, Morgan GE Jr. Eds. Principles and Practice of Anesthesiology. Ed. Mosby. St Louis. 1998;528-54.
- Frendland, E. Alcohol y traumatismos. Clin Urg NA 1993;3:891-917.
- Frost EA, Seidel MR. Valoración preanestésica del paciente con abuso de drogas. Clin Anest NorteAm 1990(4):781-93.
- Grande CM, Sum PST. Anestesia en trauma. En: Rogers MC. Ed. Principles and practice of Anesthesiology. Mosby Year Book. 1993;2215-30.
- Hardman JG, Wilson MJ, et al. Anesthetic management of severely injured patients: general issues. Br J Hosp Med 1997;58:19-21.
- May JA, White HC. The patient recovering from alcohol or drug addiction. Special Issues for the Anesthesiology. 2001;92:1601-8.
- Pavlva EG. Abuso del etanol y otras sustancias en pacientes traumatizados. En: Grande, CC. Tratado de Anestesia en el paciente con trauma y cuidados críticos. Ed. Mosby 1994; Vol. II: 779-88.
- Pham TS, Nizard V, Pourriat JL. Anestesia en pacientes drogadictos. En Encyclopedie Médico-Chirurgicale. 2001;E-36-659-A-10(1-11).
- Rivera FJ, Campos VAF. Anestesia en paciente embarazada farmacodependiente. En: JGH Eds. Anestesia Obstétrica. Dr. Canto Sánchez L. Ed. Manual Moderno. México, D.F. 2001;597-612.
- Rivera Flores J, Chavira Romero M. Paciente con adicciones. En: Aldrete JA, Guevara López U, Capmourteres E. Eds. Texto de Anestesiología Teórico-Práctica. 2ª Ed. El Manual Moderno. México, D.F. 2004;1227-38.

