

DOLOR

Vol. 37. Supl. 1 Abril-Junio 2014
pp S60-S63

Consideraciones analgésicas perioperatorias en el enfermo con dependencia de sustancias

Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez*

* Médico adscrito al Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán». Presidente del Consejo Directivo de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, A. C.

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Se define **adicción** como una «enfermedad crónica y recurrente, que se caracteriza por cambios neurobiológicos encefálicos, en la cual, intervienen factores genéticos, psicológicos, sociales y ambientales, que condicionan la presencia de una conducta compulsiva respecto a la búsqueda y al consumo de sustancias químicas (lícitas o ilícitas), a pesar del conocimiento de sus potenciales efectos adversos» (Figura 1). Existen criterios específicos para su diagnóstico (Figura 2).

y 65 años consumió una droga en forma ilícita (y representa al 2.5% de la población general) (Figura 3). Siendo, este consumo, mayor en hombres que en mujeres (4.6 hombres por cada mujer). El tipo de sustancia ilícita preferente en el consumo es *Cannabis* sp. seguido de cocaína (el consumo de esta última se ha duplicado en la última década mientras que el consumo de *Cannabis* sp. se ha mantenido estable). El consumo de sustancias ilícitas ocurre generalmente antes de los 25 años por lo que este problema de salud se observa en población económicamente activa (principal grupo de atención en los sistemas de seguridad social de la Nación).

2. EL CONSUMO DE DROGAS EN LA NACIÓN

De acuerdo al Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), en el 2008, el 5.2% de la población entre 12

3. RELEVANCIA PARA EL ANESTESIÓLOGO

Los anestesiólogos debemos tener en cuenta tres elementos importantes: (i) los accidentes son la principal causa de

Adicción Conducta compulsiva respecto a la búsqueda y al consumo de sustancias químicas (lícitas o ilícitas)	<ul style="list-style-type: none"> • DSM-IV lo llama «desorden en el uso de sustancias con dependencia física y psicológica» • OMS y APA lo denominan “dependencia de sustancias”
Dependencia	<ul style="list-style-type: none"> • Definición RAE: «necesidad compulsiva de consumir una sustancia para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación»
Tolerancia	<ul style="list-style-type: none"> • Estado adaptativo; en el cual, la exposición continua a una droga, induce cambios en los receptores iónicos de la membrana neuronal, produciendo al paso del tiempo, la disminución de uno o más de sus efectos

Modificado de:

Cami J, Ferre M. N Engl J Med. 2003;349:975-986. & Meyers MJ. Fam Pract Recertif. 1999;21:53-76.

Figura 1.

Conceptos referentes a la dependencia de sustancias.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

Tomado de:

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision: DSM-IV-TR. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.

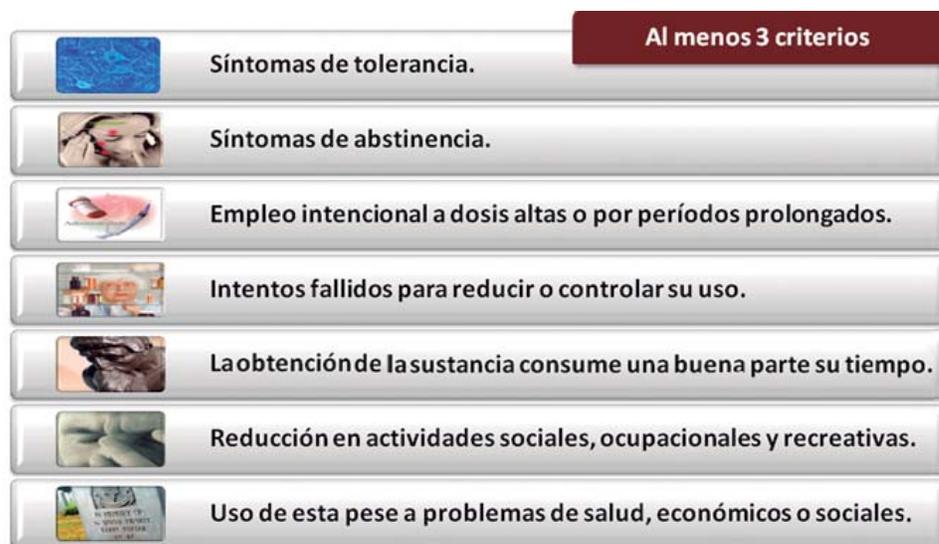
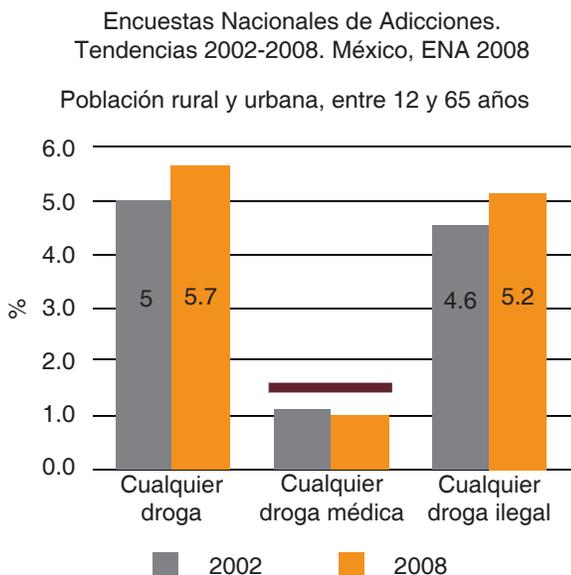


Figura 2.

Criterios diagnósticos del DSM-IV para el desorden en el uso de sustancias con dependencia física y psicológica.



Tomado de: Consejo Nacional Contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. www.conadic.gob.mx

Figura 3. Consumo de sustancias con fines recreativos en México.

morbimortalidad en población económicamente activa, (ii) este grupo poblacional es susceptible de consumir sustancias ilícitas y (iii) al menos un tercio de las cirugías realizadas en el país ocurren en ese grupo poblacional. Consecuentemente, ante este grupo poblacional vale la pena realizar durante el interrogatorio preguntas relacionadas con el consumo de sustancias en forma abierta y sin prejuicios.

Más aún, la atención médica de pacientes con alcoholismo o abuso de sustancias es común en nuestra práctica cotidiana, estimándose que ocurre en: (i) 25% de los pacientes que acuden a clínicas de atención primaria, (ii) 10 al 16% de los pacientes ambulatorios, y (iii) 25 al 40% de los pacientes hospitalizados.

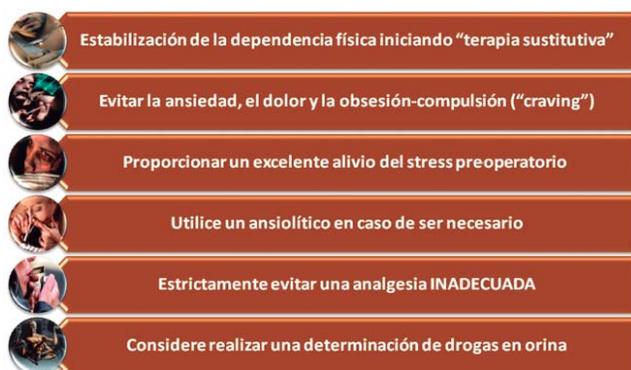
4. EVALUACIÓN DEL RIESGO ADICTIVO

Frecuentemente el grupo médico evita interrogar los antecedentes de uso y abuso de sustancias con fines recreativos durante la elaboración de la historia clínica. Esto, posiblemente se deba a diferentes causas: (i) mayor consumo de tiempo, (ii) el estigma que existe alrededor del paciente identificado como «adicto», (iii) la falta de destrezas o de confianza para obtener esta información y (iv) la presencia de una conducta hostil por parte del paciente ante cuestionamientos de esa naturaleza.

El interrogatorio del anestesiólogo debe incluir la recolección de información acerca de: (i) historia familiar o personal de abuso de sustancias, (ii) uso y abuso de sustancias por sus efectos satisfactorios ya sea en el pasado o en el momento actual, (iii) patrones de consumo y tipo de sustancias utilizadas, (iv) accesibilidad a sustancias controladas, (v) consumo de sustancias con fines recreativos en el medio social en que se desenvuelve, (vi) presencia de una comorbilidad psiquiátrica incluyendo desórdenes de la personalidad y (vii) capacidad de respuesta al estrés.

En los pacientes en proceso de recuperación de una adicción, además, se debe identificar: (i) redes o grupos de apoyo, (ii) consejería psicológica, (iii) progreso de la recuperación y (iv) recaídas.

A. Recomendaciones preoperatorias



B. Laboratorio y gabinete

	Electrolitos séricos (en especial potasio).
	Gases en sangre (hipoxia asociada).
	Tiempos de coagulación y sangrado (solventes)
	Función hepática (solventes o consumo de alcohol).
	Función renal (cocaína, solventes, y en aquellos en shock).
	EGO (proteinuria).
	EKG (presencia de arritmias)
	RX tórax (EPOC).

Modificado de: Rundshagen I. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2010;45:304-313. & May JA et al. Ansth Analg. 2001;92:1601-1608.

Figura 4. Consideraciones preoperatorias.

5. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS PARA EL ANESTESIOLOGO

5.1. Consideraciones preoperatorias (Figura 4)

Aunado a lo anterior, en el enfermo consumidor de sustancias se deben tener en cuenta varios elementos antes del inicio del acto quirúrgico:

- (i) En etapas de franca intoxicación, pueden presentarse traumatismos no identificados y potencialmente letales, capaces de modificar el desenlace del acto quirúrgico.
- (ii) Las alteraciones cognitivas pueden ser secundarias a causas diferentes a la intoxicación (estados de choque, traumatismos cráneo-encefálicos, etc.).
- (iii) Vale la pena considerar que, el consumo de sustancias excitadoras (metanfetaminas o cocaína), puede ocultar las intoxicaciones etílicas (favoreciendo la depresión respiratoria durante la premedicación).
- (iv) Los consumidores pueden presentar trastornos hepáticos o pancreáticos no identificados.
- (v) Siete de cada diez niega el consumo de sustancias ilícitas por miedo a las autoridades.

5.2. Medicación preanestésica

Los enfermos con dependencia de sustancia pueden presentar diferentes niveles de ansiedad asociados a la abstinencia, al «craving», trastornos de personalidad propios del enfermo u otros. Consecuentemente, se pueden utilizar benzodiazepinas con fines ansiolíticos.

En los enfermos con brotes psicóticos, alucinaciones, o delirio de persecución puede considerarse el empleo de antipsicóticos del tipo de las butirofenonas teniendo en

consideración los potenciales efectos cardiovasculares de diferentes drogas y del impacto sobre el intervalo QT de los antipsicóticos. De igual forma, se debe tener precaución con el empleo de otros fármacos que prolonguen dicho intervalo como algunos antibióticos u ondansetrón.

En todos los casos, se deben proporcionar medidas para estómago lleno. De igual forma considerar que ante la presencia de dolor se debe proporcionar analgesia opioide y que, en los consumidores de heroína, esta medida disminuye el síndrome de abstinencia.

5.3. Recomendaciones intraoperatorias

En este grupo de enfermos se recomienda: (i) considerar el empleo de anestesia neuroaxial en programados, (ii) en procedimientos electivos considere un posible bloqueo de nervios periféricos, y (iii) considere el empleo de anestesia general en situaciones de urgencia.

5.3.1. Cannabis sp.

También se conoce como marihuana o marijuana. Su consumo se asocia a vasodilatación e hipotensión ortostática. Sus efectos cardiovasculares son dependientes de la dosis. Los consumidores crónicos deben tener las mismas consideraciones que los portadores de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Aunado a ello, se ha identificado que potencia el efecto de los anestésicos inhalados, de los opioides, de los relajantes musculares.

5.3.2. Cocaína

En su forma en polvo también se conoce como «snow» o «long-nail». En su forma base se conoce como «crack» o «stone». Su consumo se asocia a vasoespasmo y trombosis,

Cuadro I. Guías para el control del dolor en el paciente fármaco dependiente.

Identificar la etiología de la condición dolorosa
El empleo de medicamentos controlados debe reservarse a los casos en los que el dolor es de intensidad severa
Determinar el riesgo adictivo
La prescripción de estos fármacos debe estar a cargo de un especialista en Medicina del Dolor
Iniciar un programa de rehabilitación de adicciones
Evaluar el dolor y las conductas adictivas periódicamente.
Establecer un «contrato de sustancias controladas» con el paciente
Evaluar la presencia de efectos adversos
Determinación urinaria de sustancias psicoactivas
Establecer límites respecto a la periodicidad de la prescripción
Proporcionar la cantidad suficiente del medicamento, le proporciona seguridad al paciente y evita conductas de «búsqueda»

favorece la isquemia cardíaca, promueve la presencia de hipertensión y arritmias (esta eventualidad contraindica el empleo de anestésicos volátiles). Aunado a ello, incrementa la presión de la arteria pulmonar y en el caso del consumo de su presentación base puede presentarse tromboembolia pulmonar. Se ha reportado asma inducido por cocaína. A nivel renal se identifica proteinuria e IRA (insuficiencia renal aguda) y en el músculo rabiomólisis. En consumidores crónicos puede haber delirium transoperatorio y postoperatorio.

5.3.3. Inhalantes (solventes)

También se le conoce como «snifing» o «dusting». Son clasificados en hidrocarburos (alifáticos y aromáticos), cetonas, aloalcanos y nitritos. Se encuentran asociados a cardiomiopatías y síndromes neurológicos irreversibles. De igual forma, puede presentarse depresión miocárdica y arritmias, alteraciones de la función hepática y del tiempo de sangrado, hipoxia, e hipocalemia.

5.4. Recomendaciones postoperatorias

Se recomienda establecer un esquema de analgesia realista antes de la cirugía y que pueda ser llevado al cabo en el postoperatorio. El anestesiólogo debe ser consciente de que

el manejo del dolor posterior a la cirugía requiere de opioides (independientemente de la historia del enfermo). Como ha sido identificado y propuesto en diferentes guías, el uso de una técnica neuroaxial o regional favorece la recuperación temprana y disminuye las comorbilidades.

Evite el empleo de analgésicos «por razón necesaria», ya que es común que el dolor de estos enfermos sea infratratado y que, por mecanismos biológicos (sensibilización), requieran dosis mayores de opioides. Todos los enfermos deben ser valorados por un servicio de psiquiatría con la finalidad de promover la rehabilitación temprana.

6. CONCLUSIONES

No debemos negar el alivio del dolor a aquellos enfermos que presentan dependencia a sustancias y que presentan una condición potencialmente dolorosa.

Debemos redoblar esfuerzos para establecer un tratamiento integral y multidisciplinario. Es nuestro deber favorecer la investigación que logre determinar estrategias terapéuticas específicas, que puedan ser reproducibles y tropicalizadas a las condiciones de los hospitales de la Nación. Todo ello, con la finalidad de proporcionar una terapéutica que beneficie a todos nuestros pacientes por igual, de acuerdo a los principios deontológicos que norman nuestra profesión.

7. LECTURA RECOMENDADA

1. Covarrubias-Gomez A, Betancourt-Sandoval JA, González-García JL. Adicciones, anestesia, y dolor. Rev Mex Anest. 2011;34:200-210.

www.medigraphic.org.mx