

¿Qué hacer con el paciente farmacodependiente?

Dr. Harry Bonet*

* Shriners Hospital for Children Philadelphia.

Se define el abuso de sustancias como la autoadministración de drogas que se desvía del uso médico o social, el cual, si se hace continuo, conlleva a una dependencia física y psicológica.

Estos pacientes se nos presentan a los anestesiólogos en una variedad de circunstancias: como en trauma para cirugías de emergencia, en obstetricia como en trabajo de parto y emergencias, así como también en las cirugías que se realizan a diario. Muchos de éstos con problemas comunes de todas las drogas, mientras otros con signos y síntomas específicos de cada droga por individual.

Por esto, es muy importante que el anestesiólogo debe tener el conocimiento de cada droga que se usa de forma ilícita, conocer los efectos de cada una de ellas y su presentación clínica de cuando es por abuso o intoxicación y cuáles deben ser las opciones anestésicas que puedan ser beneficiosas como tratamiento o las que puedan ser de detrimento para el paciente.

Durante la evaluación preoperatoria hay que tener en consideración tres aspectos importantes, como el acceso intravenoso, el estado nutricional y el estado del sistema inmunológico del paciente.

Debe sospecharse de abuso intravenoso cuando existe dificultad durante el acceso intravenoso debido a una tromboflebitis previa. En muchos casos, debe considerarse un acceso venoso central.

Los pacientes drogadictos presentan muchos problemas sociales y, por lo tanto, están propensos a la malnutrición, la cual conlleva a un alto riesgo perioperatorio, debido a que un estado nutricional deficiente, puede alterar el manejo anestésico, debido a una inestabilidad hemodinámica y a un riesgo postoperatorio elevado de complicaciones como infecciones y cicatrización deficiente de las heridas quirúrgicas.

Los pacientes drogadictos intravenosos presentan situaciones de depresión del sistema inmunológico y exposición a infecciones severas como el SIDA, la hepatitis C y tuberculosis, entre otras.

Administrar anestesia a pacientes drogadictas embarazadas es particularmente complejo y difícil, especialmente cuando los efectos del abuso de drogas se asemejan a la preeclampsia. La mayoría de estas pacientes, debido a sus problemas sociales o por miedo a acciones legales, no reciben control prenatal, lo cual conlleva a poner en riesgo la vida del producto de la concepción como malformaciones congénitas, bajo peso al nacer y prematuridad.

COCAÍNA

La cocaína se extrae de las hojas de la planta *Erythroxylum coca*, utilizada por los indígenas en América del Sur. Es altamente adictiva y produce una estimulación del sistema nervioso simpático al bloquear la recepción presináptica de norepinefrina, serotonina y dopamina y, por lo tanto, acumulando la concentración postsináptica de estos neurotransmisores. Esto produce una euforia (que dura 5 a 10 minutos si se fuma y de 10 a 30 minutos si se aspira) producida por una estimulación de las catecolaminas libres en el axis simpatoadrenal y también por prolongación de la actividad dopaminérgica en el sistema límbico y la corteza adrenal.

La cocaína causa vasoespasmo coronario, isquemia miocárdica e infarto al miocardio. Los pacientes fumadores de cocaína presentan un elevado riesgo de daño pulmonar y edema pulmonar. El abuso crónico de cocaína está asociado con una atrofia del septo nasal, agitación, pensamiento paranoico e hiperreflexia y agregación plaquetaria.

Cuando se administra anestesia a los pacientes adictos a la cocaína es muy importante recordar su vulnerabilidad a las arritmias cardíacas y a la isquemia miocárdica. La nitroglicerina debe siempre estar disponible para tratar la isquemia al miocardio asociada con la hipertensión arterial. El dolor precordial asociado con la cocaína puede ser tratado con pentolamina, nitroglicerina, verapamil, benzodiazepinas y

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

aspirina. La anestesia regional está contraindicada debido a la trombocitopenia.

ÉXTASIS

Esta droga tiene propiedades estimulantes y alucinógenas^(3,4). La methylenedioxymethamphetamine (NDMA) se toma en forma de pastilla o de forma diluida para uso rectal y de más rápida absorción. Sus efectos generalmente duran de tres a seis horas, pero pueden durar por varios días también. Algunos de sus efectos incluyen disfunción de la memoria, deseabilidades cognitivas y problemas de conducta debido al daño provocado a las neuronas serotoninérgicas en el sistema nervioso central.

Los tres principales efectos de esta droga que comprometen la vida del paciente son: la hipertermia, las arritmias cardíacas y la insuficiencia renal. Se han reportado casos de fallo hepático fulminante y coagulación vascular diseminada.

Manejo anestésico:

- Agitación y convulsiones: administrar diazepam.
- Hipertermia: restricción de líquidos.
- Hipertensión: labetalol.
- Hipertermia: enfriamiento corporal y dantrolene.
- Daño renal: promover diuresis, manitol, furosemida.
- Inestabilidad hemodinámica: nitroglicerina.
- Evitar: succinilcolina, lidocaína, opioides y efedrina.

ALUCINÓGENOS

Los alucinógenos como el ácido lisérgico dietilamina (LSD) y la fenciclidina (PCP) se toman generalmente por vía oral. La dependencia es generalmente oral, mientras que la dependencia física o la abstinencia son raras.

Los efectos de estas drogas incluyen las alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, además de la distorsión de los alrededores y de la imagen corporal. Producen una estimulación del simpático que produce midriasis, aumento de la temperatura corporal, hipertensión y taquicardia.

Consideraciones anestésicas: inestabilidad autonómica, exagerada respuesta a las drogas simpatomiméticas como la efedrina. Los alucinógenos prolongan los efectos analgésicos y respiratorios depresivos de los opioides. Prolongan el efecto de la succinylcolina. La anestesia regional induce hipotensión.

MARIJUANA

La marihuana es una de las drogas más populares por sus efectos alucinógenos. Se obtiene de la planta *Cannabis sativa*, la cual contiene químicos conocidos como cannabinoides. La

marihuana puede ser fumada de diferentes maneras, tomada o masticada. Sus usuarios experimentan una intensa sensación de relajamiento seguida de una euforia que puede durar horas. La marihuana combinada con alcohol o diazepam aumenta su efecto sedativo, mientras que si se combina con cocaína o anfetaminas aumenta su efecto estimulante.

Los cannabinoides son altamente liposolubles, por lo que se acumulan rápidamente en el tejido adiposo y luego son transportados al cerebro. El tiempo medio de eliminación en consumidores o accionales es de 56 horas, mientras que en los adictos es de 28 horas. La eliminación completa de una dosis puede durar 30 días. El metabolismo del cannabinoide ocurre en el hígado y se producen 20 metabolitos y muchos de ellos tienen propiedades psicoactivas.

Consideraciones anestésicas: pacientes bajo la influencia de dosis bajas o moderadas presentan taquicardia y aumento del gasto cardíaco, mientras que dosis altas presentan hipotensión y bradicardia. La taquicardia supraventricular se presenta con frecuencia. Los gases anestésicos provocan depresión miocárdica. La vía aérea siempre está irritada y puede presentarse con edema y obstrucción. Para el control del dolor postoperatorio se recomienda la anestesia epidural.

OPIOIDES

Los efectos analgésicos y/o de euforia que producen estos medicamentos son de gran atracción para que personas no adictas empiecen a utilizarlas, lo que conlleva a una tolerancia rápida, adicción física, dependencia psicológica y síndrome de abstinencia. El abuso de estas drogas ocurre por vía oral, subcutánea e intravenosa.

Los problemas médicos asociados al abuso de opioides son los siguientes: SIDA, hepatitis, abscesos de piel, tromboflebitis séptica, tétano, endocarditis con/sin embolismo pulmonar, neumonitis por aspiración, disfunción de la glándula adrenal, glomeruloesclerosis focal segmentaria y desnutrición.

El síndrome de abstinencia puede complicar el período postoperatorio presentando las siguientes manifestaciones: aumento de la actividad del sistema nervioso simpático (diaforesis, midriasis, hipertensión, taquicardia), deseo por la droga, seguido de dolores musculoesqueléticos, insomnio, cólicos abdominales y diarrea.

Consideraciones anestésicas: no existe un manejo idóneo que diferencie al adicto agudo o crónico. Mantener la vía aérea y la hemodinamia. Para pacientes eufóricos, administrar benzodiazepinas. Evitar las drogas antiarrítmicas clase IA y III. Administrar naloxone para la intoxicación por opioides. Controlar la hipoglicemia. Recordar que la mayoría de estos pacientes pueden estar infectados con SIDA. La anestesia regional es segura. El manejo postoperatorio del dolor puede ser complicado.

CONCLUSIONES

Los anesthesiólogos deben ser conscientes de este grave problema, como es la adicción a las drogas. Es importante obtener un panel de toxicología durante el preoperatorio para poder minimizar los efectos de los agentes anestésicos

y otras drogas durante la administración de la anestesia. Igualmente, tomar precauciones para un postoperatorio complicado. Debido a las diversas presentaciones clínicas, debido al consumo de una sustancia o de varias simultáneamente, el manejo anestésico debe ser individualizado para cada paciente.

REFERENCIAS

1. Schwartz B, Rezkalla S, Kloner R. Contemporary reviews in cardiovascular medicine. Cardiovascular effects of cocaine. *Circulation*. 2010;122:2558-2569.
2. Hernández M, Birnbach D, Van Zundert A. Anesthetic management of the illicit-substance-using patient. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 2005;18:315-324.
3. Hill GE, Ogunnaike BO, Johnson ER. General anaesthesia for the cocaine abusing patient. Is it safe? *British J of Anaesth*. 2006;97:654-657.
4. Ludlow J, Christmas T, Paech MJ, et al. Drug abuse and dependency during pregnancy: anaesthetic issues. *Anaesth Intensive Care*. 2007;35:881-893.
5. Kuckowski K. The cocaine abusing parturient: a review of anesthetic considerations. *Can J anesth*. 2004;51:145-154.
6. Bryson E, Silverstein J. Addiction and substance abuse in anesthesiology. *Anesthesiology*. 2008;109:905-917.
7. Hall AP, Henry JA. Acute toxic effects of "ecstasy" and related compounds: overview of pathophysiology and clinical management. *Br J Anaesth*. 2006;96:678-685.
8. Koopmann A, Von Der Goltz C, Hermann D, et al. Propofol addiction initiated by anesthetic use. *Am J Psychiatry*. 2011;168:211-212.
9. Wilson C, Canning P, Caravati EM. The abuse potential of propofol. *Clin Toxicol (Phila)*. 2010;48:165-170.
10. Ashton CH. Adverse effects of cannabis and cannabinoids. *Br J Anaesth*. 1999;83:637-649.