

El consumo de drogas ha ido incrementando día a día y con esto la adicción a las mismas; siendo un reto para el equipo quirúrgico su manejo por las posibles implicaciones y complicaciones que pueden presentarse, pero sobretodo al anestesiólogo que tiene que planear al manejo anestésico basado en el estado del paciente, el tipo de cirugía, considerando el tipo de sustancias y los cambios neuroconductuales y fisiológicos que presenta el paciente.

La OMS define a una droga como “una sustancia química que es introducida voluntariamente en el organismo, que posee la propiedad de modificar las condiciones físicas, químicas o ambas del organismo”; la drogadicción es “su consumo voluntario, abusivo, periódico o crónico, nocivo para el individuo y la sociedad”, la dependencia es “el impulso irreprímible de continuar administrándose la droga o un fármaco de forma periódica o continua”.¹

El consumo actualmente es la combinación de dos o más drogas, las cuales involucran en su momento diferentes efectos que pueden intervenir en el manejo anestésico.

La farmacodependencia no respeta edades, sexo, raza, escolaridad, medio socioeconómico ni religión. Con anterioridad se distinguía el empleo de ciertas sustancias de acuerdo al medio socioeconómico, hoy día se han abaratado, como en el caso de la cocaína, las combinaciones (cortes) que se hacen con otras sustancias y que además hacen haya mayor problema de neumonitis.

Existen muchas drogas que son aceptadas por la sociedad, como es el caso del tabaco, cafeína, alcohol y algunos fármacos), otros que son recetados para tratamientos crónicos principalmente (opioides, barbitúricos, benzodiazepinas, antidepresivos, entre otros) y además se consideran son obtenidas legalmente; aunque algunos fármacos y otros también se consiguen de forma ilegal (fármacos, cocaína, etc.). En nuestro país y en otros, el hecho de aceptación legal de marihuana la hace ser actualmente de uso legal.¹⁻³

La adicción a diferentes sustancias tiene un sustrato orgánico y cultural. Lo orgánico es debido a los circuitos de recompensa neuronal, producción e interacción de neurotransmisores. El sustrato cultural es por la tolerancia y reconocimiento de cada región.

Las sustancias que han incrementado su consumo son los opiáceos, la marihuana y la cocaína. El opio y sus derivados son de los que mayor adicción desencadenan.⁴

El alcohol y otro tipo de sustancias se han mantenido con respecto a su consumo, pero se ha visto la asociación con otras sustancias.

La población adolescente tiene un incremento en el inicio de consumo a diferentes sustancias (drogas).

La neurobiología de la adicción está en un ciclo de tres etapas: embriaguez/intoxicación, retiro/afecto negativo, y preocupación/anticipación; los cuales pasan por múltiples neuroadaptaciones:

- (1) mayor prominencia de incentivos,
- (2) disminución de la recompensa cerebral y aumento del estrés
- (3) función ejecutiva comprometida

Así mismo existen tres neurocircuitos principales: ganglios basales, amígdala extendida y corteza prefrontal.⁴⁻⁶

El tipo de droga o la combinación de varias sustancias, modifican la respuesta neuroconductual y fisiológica cardiovascular principalmente, aunque en pacientes crónicos influye también otros aparatos y sistemas.

El consumo influye en el manejo anestésico, debido a que nos podemos enfrentar a pacientes con un consumo agudo, crónico, crónico agudizado y también quienes ya presentan adicción y presenten síndrome de supresión o abstinencia.

Debemos realizar una buena valoración preanestésica, debido a que también podemos enfrentarnos a pacientes que se encuentran bajo tratamiento para erradicación del consumo de drogas; y en éstos casos el uso de algunos de nuestros fármacos, en especial opiáceos pueden desencadenar el nuevo uso de los mismos.²⁻³

En la valoración preoperatoria debemos investigar el o los tipos de sustancias consumidas, cantidad (dosis), frecuencia, efectos secundarios, presencia de síndrome de supresión/abstinencia, tratamiento de desintoxicación; así como las fisiológicas que se presentan en el momento sean agudas o crónicas. Determinar si existen alteraciones de sistema nervioso periférico (importante para aplicación de anestesia regional).

Ante procedimientos quirúrgicos electivos o de urgencia relativa, podemos hacer estudios de laboratorio que nos den información sobre la función, hepática y renal; realizar evaluación cardiovascular (ecografía, electrocardiograma, etc.).^{2-3,7}

Dependiendo del tipo de droga y su consumo serán también los estudios a solicitar y realizar. En situaciones de emergencia, contar con un ultrasonido en el área de quirófano para evaluar la función cardiovascular.

El monitoreo puede ser invasivo o no invasivo, dependiendo del estado del paciente, sus complicaciones y el tipo de cirugía.

La elección del procedimiento anestésico también dependerá de cada caso en particular, de preferencia anestesia libre de opioides, en su caso la anestesia regional guiada por ultrasonido, con uso de anestésicos locales (bupivacapina liposomal, ropivacaína) asociada a adyuvantes no opioides.

El consumo crónico de drogas puede producir tolerancia, tolerancia cruzada; así mismo existe inducción enzimática, además de alteración hepática (modifica el metabolismo), cardiovascular (afectación directa o indirecta de drogas como cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, otras), renal (disminución de la eliminación de fármacos), otras sustancias afectan las colinesterasas plasmáticas, etc. De forma aguda se ven varios efectos de acuerdo a cada sustancia en particular, hipotensión arterial (alcohol, marihuana, inhalantes), hipertensión arterial y taquicardia (cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, cafeína), los alucinógenos (peyote, hongos, LSD) pueden tener efectos muscarínicos o nicotínicos.

Aún así el manejo anestésico debe basarse en la respuesta cardiovascular y neuroconductual; en principio evitar el uso de opioides, procurar una anestesia libre de opioides; en los casos agudos como trauma, puede ser difícil llevar a cabo éste tipo de manejo anestésico.

La anestesia regional guiada por ultrasonido, está indicada cuando los pacientes cooperan y además puede prolongarse la analgesia postoperatoria.

Los opioides, para el manejo del dolor perioperatorio se dejan como última alternativa, evaluar la función hepática y renal para poder administrar fármacos como el paracetamol, ketorolaco, diclofenaco etc.^{2-3,7-8}

En pacientes con consumo crónico de drogas, se ha creado un sistema de atención para su evaluación completa en conjunto con el cirujano y especialistas en adicciones y así determinar el manejo anestésico, evitar el uso de opioides y evaluar al paciente hasta su alta de hospital y tratamiento ambulatorio.⁸⁻¹⁰

REFERENCIAS

- 1.- Kalivas PW, O'Brien C. *Drug addiction as a pathology of staged neuroplasticity. Neuropsychopharmacology. 2008;33:166-180.*
- 2.- Rivera Flores J, Chavira Romero M. *Capítulo 62. Pacientes con adicciones. En Texto de Anestesiología Teórico-Práctica. Aldrete JA Aldrete Ed. Manual Moderno. 2ª Ed. México, D.F. 2004;1227-35*
- 3.- Judith A, Paul S. Pagel. *Cap. 20. The Patient With a Substance Use Disorder. In Anesthesiology. Longnecker DE. 3th Ed. Mc Graw Hill Education. New York 2018;276-90*
- 4.- Bose J, SL Hedden, Lipari RN. *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality. 2018.*
- 5.- Baborik AL, Satre DD, Kline-Simon AH. *et al. Alcohol, cannabis, and opioid use disorders, and disease burden in an integrated health care system. J. Addict. Med. 2017;1: 3-9.*
- 6.- Uhl GR, Koob GF, Cable J. *The neurobiology of addiction. Ann. N.Y. Acad. Sci. xxxxx (2019) 1-24 doi: 10.1111/nyas.13989*
- 7.- Rivera Flores J. *Manejo perioperatorio del paciente consumidor de drogas. 1ª Ed. Alfil. Distrito Federal. 2009*
- 8.- *Tragedy Impetus for Perioperative Anesthetic Program for Recovering Addicts. Anesthesiology News. Pain Medicine JANUARY 8, 2018 www.anesthesiologynews.com/Article/PrintArticle?articleID=46563*
- 9.- Alford DP, Compton P, Samet JH. *Acute pain management for patients receiving maintenance methadone or buprenorphine therapy. Ann Intern Med. 2006;144:127-134.*
- 10.- Crapanzano K, Vath RJ, Fisher D. *Reducing stigma toward substance users through educational intervention: harder than it looks. Acad Psychiatry. 2014;38:420-425.*
- 11.- Severtson SG, Bartelson BB, Davis JM, *et al. Reduced abuse, therapeutic errors, and diversion following reformulation of extended-release oxycodone in 2010. J Pain. 2013;14:1122-1130.*