

Analgesia en el paciente con abuso de sustancias nocivas

Dra. Maricruz Perezamador del Cueto,* Dra. Mayra Gisela Salcedo-Carrillo**

* Instituto Nacional de Cancerología (INCAN).

** Hospital General de Chihuahua «Dr. Salvador Zubirán».

Colaborador de la Red Mexicana PAIN OUT.
<http://www.painoutmexico.com>

Solicitud de sobretiros:

Dra. Maricruz Perezamador del Cueto
Instituto Nacional de Cancerología.
Avenida San Fernando Núm. 22,
Col. Belisario Domínguez Secc. 16,
14080, Tlalpan, Ciudad de México.
Teléfono: (55) 6280-9499
E-mail: marix_pc@yahoo.com.mx

Recibido para publicación: 15-01-2019

Aceptado para publicación: 11-03-2019

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

RESUMEN

En los últimos años se ha incrementado de manera considerable el uso y abuso de diversas sustancias nocivas, incluida entre ellas los opioides, ya sea por prescripción médica o de manera recreativa. Este aumento genera una población de pacientes que van a requerir una atención especializada al momento de ser hospitalizados o al realizarse alguna intervención quirúrgica. Anestesiólogos, cirujanos y enfermeras deben estar familiarizados con los fenómenos farmacológicos típicos de los usuarios. El uso y abuso de sustancias puede disminuir la eficacia de los opioides para el control del dolor agudo de causa quirúrgica, por lo que se recomiendan estrategias con analgesia multimodal con técnicas neuroaxiales y regionales, lo cual ha demostrado un mejor control del dolor agudo postoperatorio.

Palabras clave: Abuso de sustancias, analgesia, dolor agudo, terapia multimodal.

ABSTRACT

In recent years, the use and abuse of various harmful substances has increased considerably, including opioids, either by medical prescription or recreationally. This increase generates a population of patients that will require specialized attention at the moment of being hospitalized or when performing some surgical intervention. Anesthesiologists, surgeons and nurses should be familiar with the typical pharmacological phenomena of users. The use and abuse of substances can decrease the efficacy of opioids for the control of acute pain due to surgery, which is why strategies with multimodal analgesia including neuroaxial and regional techniques are recommended, which has shown better control of acute postoperative pain.

Keywords: Substance abuse, analgesia, acute pain, multimodal therapy.

El creciente uso de drogas ilícitas, así como el consumo de opioides por prescripción médica, representa un reto para el anestesiólogo en el control del dolor perioperatorio. Además de la analgesia, es indispensable realizar una historia clínica completa que incluya las comorbilidades psicológicas y médicas que acompañan a este tipo de paciente, el grado de ansiedad y el tipo de sustancia que consume⁽¹⁾. El manejo inadecuado del dolor es muy común en estos pacientes, debido a prejuicios y temores comunes⁽²⁾. El uso y abuso de

sustancias pueden disminuir la eficacia de los opioides para el control del dolor agudo⁽³⁾.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones más reciente en México, el consumo de alcohol tuvo un incremento importante al pasar de 35.6% en el 2002 a 42.9% en el 2011. Asimismo, el consumo de drogas ilegales ha mostrado un aumento significativo desde el 2002. De manera similar al panorama internacional, el alcohol (43.3%), la marihuana (23.7%) y los inhalables (22.2%) fueron las sustancias

ilegales de mayor consumo entre los adolescentes en nuestro país⁽⁴⁾.

La adicción se define como una enfermedad cerebral crónica y recurrente, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas ilegales, a pesar de las consecuencias perjudiciales^(1,5). Los factores biológicos, genéticos y ambientales pueden aumentar la vulnerabilidad a la adicción, especialmente en la adolescencia temprana⁽³⁾.

La tolerancia y la dependencia física pueden ocurrir después de la exposición crónica a muchas sustancias, estos cambios en la homeostasis del cuerpo conducen a la dependencia física, así como a un estado de neuroadaptación a un opioide específico, que se caracteriza por la crisis de abstinencia si la administración del agonista se suspende abruptamente. Se cree que ocurren fenómenos de adaptación neuronal a los efectos crónicos de los opiáceos, que involucran unos complejos fenómenos celulares y moleculares de autorregulación y sensibilización⁽⁶⁾. Los principales peligros de un paciente con una adicción durante el período perioperatorio son la sobredosis y la abstinencia (Cuadro I). Es importante que el anestesiólogo conozca cuáles son las sustancias más comúnmente consumidas y las implicaciones clínicas de acuerdo con la sustancia utilizada (Cuadro II)^(3,6).

Se recomienda formular estrategias con analgesia multimodal, la cual ha demostrado una reducción en los requerimientos de opioides y de sus efectos adversos; al igual, debe de ser un manejo multidisciplinario, donde se incluya a un psiquiatra por los trastornos afectivos y las psicomorbilidades que pueden estar presentes^(1,7). No hay estudios controlados que permitan establecer alguna estrategia específica en el manejo de pacientes dependientes de sustancias⁽⁷⁾. No obstante, hay trabajos que nos ofrecen

recomendaciones útiles basadas en la experiencia de centros de tratamiento del dolor.

Actualmente se sabe que un paciente con abuso de sustancias que se somete a dolor agudo moderado a severo, benigno u oncológico, puede ser tratado con opioides, con una dosificación y rotación correcta. que en situaciones controladas no suele presentar un riesgo mayor para el desarrollo de dependencia^(8,9).

El uso se debe ajustar en los consumidores activos de opioides con el fin de evitar síntomas de abstinencia, dolor por dosis insuficiente y el riesgo de sufrir efectos por toxicidad cuando se sobreestima la tolerancia^(7,10).

En pacientes con otro tipo de dependencia, el uso de opioides no representa riesgo aumentado, siempre y cuando se realice con una indicación sustentada, adecuado seguimiento y su uso no sea por períodos prolongados^(10,11).

ABUSO DE OPIOIDES EN TRATAMIENTO Y ABSTINENCIA

No hay evidencia de que el uso de opioides para tratar el dolor agudo aumente el riesgo de recaída y es más probable que un dolor severo mal tratado sí lo haga. Existen recomendaciones donde se puede utilizar la escala analgésica reversa propuesta por la OMS, permaneciendo en el tercer escalón los opioides potentes, AINE y coadyuvantes, durante un período corto de siete días y descender gradualmente hasta el primer escalón, en donde podrá permanecer por más tiempo con este manejo^(6,12).

En todos estos casos se debe establecer un manejo multimodal^(1,13). Durante el manejo del dolor agudo es posible que el paciente pueda tener síntomas de abstinencia o hiperalgesia por la sobreutilización de bolos de morfina u otro opioide. Antes de tener esta sospecha, se debe estar muy seguro de que el dolor está siendo bien tratado^(7,13). En estos casos también es recomendable utilizar lo necesario de opioides y optimizar un manejo multimodal del dolor^(1,7).

Se debe tener en cuenta que un dolor agudo con un inadecuado manejo puede llegar a ser persistente o crónico, con mayor riesgo en este tipo de pacientes, los cuales pueden llegar a tener diversas complicaciones⁽¹⁴⁾. Por lo que es de suma importancia conocer todos los aspectos que implica tratar a un paciente con abuso de sustancias en toda su estancia hospitalaria, recordando algunos puntos clave como dosis total de opioide en 24 horas, si está en tratamiento, realizar una rotación equianalgésica al opioide que va a utilizar en la anestesia y analgesia, tipo de sustancia usada y su última dosis administrada, así como los signos y síntomas de abstinencia y siempre teniendo preparadas las estrategias de manejo multimodal.

Cuadro I. Diferencias clínicas entre abuso y abstinencia.

Abuso	Abstinencia
Vómito	<i>Disforia</i>
Prurito	Náusea y vómito
Sudoración	Lagrimeo y rincorrera
Miosis	Dolor muscular
Espasmos	
Pérdida de apetito	Piloerección
Somnolencia	Midriasis
Depresión respiratoria	<i>Diarrea</i>
Marcas de agujas	Sudoración
	Fiebre e insomnio

Cuadro II. Sustancias de abuso y sus efectos^(11,12,14-16).

Droga	Acción	Efecto	Abstinencia
Anfetaminas/es-timulantes (alucinantes, éxtasis, dexies, poppers) (Ritalín, droga inteligente)	Efecto simpaticomimético, afectando esencialmente los sistemas cardiovascular y metabólico. Los aspectos del síndrome de abstinencia pueden estar mediados por diferentes sistemas de neurotransmisores (dopamina, norepinefrina y serotonina)	<i>Euforia, agresión y cambios de la personalidad</i> <i>Uso crónico: psicosis, daño cardíaco, malnutrición, convulsiones</i> <i>Niveles tóxicos: taquicardia, sudoración, rabdomiólisis, hipertermia, falla hepática</i>	<i>Ansiedad por la ingesta de la droga, agitación, sueños vividos o desagradables, hipersomnia, pérdida de interés o placer, movimientos lentos, melancolía</i>
Cocaína (perico, talco, blanca)	Inhibe la captación pre-sináptica de dopamina, serotonina, epinefrina y norepinefrina	Convulsiones, infarto de miocardio, ictus, depresión respiratoria, arritmias, crisis hipertensivas, hipertermia y muerte súbita	Agitación, inquietud, estado de ánimo deprimido, fatiga, aumento del apetito, sueños vividos, sospecha extrema y paranoia
Barbitúricos	Actúa sobre los receptores adrenérgicos que estimulan el sistema cardiovascular, renal y el SNC	Es común su uso para contrarrestar los efectos de las anfetaminas y la cocaína o para producir un estado de euforia	Produce alucinaciones, altas temperaturas, inquietud, y convulsiones
Benzodiacepinas	Derivados del ácido barbitúrico sintético, los barbitúricos son hipnóticos sedantes; incluyen fenobarbitona y tiopental sódico	La retirada brusca de una benzodiacepina puede producir confusión, psicosis tóxica, convulsiones o una afección que se parece al <i>delirium tremens</i>	El síndrome de abstinencia puede desarrollarse en cualquier momento hasta tres semanas después de suspender una benzodiacepina de acción prolongada, pero puede ocurrir dentro de un día en el caso de una acción corta
Cannabis (marihuana, hachís, mota, hierba)	Actúan en los receptores de ácido gamma-amino butírico, ansiolíticos e hipnóticos más utilizados	Sentimientos de euforia, estado de ánimo mejorado y reducción de las náuseas	Insomnio, ansiedad, agresión, dolores de cabeza, fatiga, sofocos fríos y calientes, y dolores musculares
Dietilamida del ácido lisérgico (LSD, ácido de batería, Elvis, loony tunes, and Lucy in the sky with diamonds)	Inhibe el receptor muscarínico del sistema parasimpático, aumentando la rotación de acetilcolina Alucinógeno	Delirios y alucinaciones visuales que distorsionan el sentido del tiempo del usuario y de identidad	

REFERENCIAS

1. Quinlan J, Cox F. Acute pain management in patients with drug dependence syndrome. *Pain Reports.* 2017;2:e611.
2. Coluzzi F, Bifulco F, Cuomo A, Dauri M, Leonardi C, Melotti RM, et al. The challenge of perioperative pain management in opioid-tolerant patients. *Therapeutics and Clinical Risk Management.* 2017;13:1163-1173.
3. Acuña J. Acute pain management in patient with substance use disorders. *Rev Med Clin Condes.* 2014;25:664-673.
4. Rudd RA, Seth P, David F, Scholl L. Increases in drug and opioid-involved overdose deaths—United States, 2010–2015. *MMWR.* 2016;65:1445-1452.
5. Squeglia LM, Csverenka A. Adolescence and drug use vulnerability: findings from neuroimaging. *Curr Opin Behav Sci.* 2017;13:164-170.
6. Tena-Suck A, Castro-Martínez G, Marín-Navarrete R, Gómez-Romero A, Fuente-Martín, Gómez-Martínez R. Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica, *Med Int Méx.* 2018;34:264-277.
7. Kakko J, Grönbladh L, Svanborg KD, et al. A stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional methadone maintenance in heroin dependence: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2007;164:797-803.
8. Gevirtz C, Frost EA, Bryson EO. Perioperative implication so buprenorphine maintenance treatment for opioid addiction. *Int Anesthesiol Clin.* 2011;49:147-155.
9. Ballantyne J. Opioid dependence and addiction during opioid treatment of chronic pain. *Pain.* 2007;129:235-255.
10. Mitra S. Perioperative management of acute pain in the opioid-dependent patient. *Anesthesiology.* 2004;101:212-227.
11. Bryson E. Perioperative addiction. Springer Science & Business Media; 2012.
12. Salottolo K, Peck L, Carrick M, Tanner A 2nd, Madayag R, McGuire E, et al. High on drugs: Multi-institutional pilot study examining the effects of substance use on acute pain management. *Injury.* 2019;50:1058-1063.
13. http://anesthesiology.queensu.ca/assets/APMS/apmse4_2015_final.pdf
14. López-Millán JM. Utilización de ketamina en el tratamiento del dolor agudo y crónico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2007;1:45-65.
15. Vadivelu N, Kai AM, Kodumudi G, Haddad D, Kodumudi V, Kuruvilla N, et al. Recommendations for substance abuse and pain control in patients with chronic pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2018;22:25.
16. Vadivelu N, Mitra S, Kaye AD, Urman RD. Perioperative analgesia and challenges in the drug-addicted and drug-dependent patient. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2014;28:91-101.