

## Drogadicción y anestesia

**Dr. Roberto Vitón Martín**

Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Centro de Diagnóstico Integral Josefa Camejo. Punto Fijo. República Bolivariana de Venezuela.

Email: [Roberto.viton@infomed.sld.cu](mailto:Roberto.viton@infomed.sld.cu), [rvm8823@yahoo.es](mailto:rvm8823@yahoo.es)

---

### RESUMEN

**Introducción:** La OMS (1969) denominó droga a «toda sustancia que introducida en un organismo vivo que puede modificar una o varias de sus funciones». La adicción a drogas es el resultado de un progresivo establecimiento de tolerancia farmacológica y dependencias física y psíquica. **Objetivos:** Describir el comportamiento de los pacientes drogadictos tratados por cirugía electiva en el municipio Falcón, Estado Falcón, República bolivariana de Venezuela para buscar soluciones pertinentes durante el periodo octubre2007-2008. **Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal de todos los pacientes que asistieron al Centro Médico de Diagnóstico Integral Josefa Camejo, de la misión Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela bajo los efectos de anestesia general, regional o combinada, durante el período comprendidos entre octubre 2007 a octubre 2008. **Resultados:** Durante la medicación preoperatoria y el perioperatorio hubo presencia de hipertensión arterial y arritmias, así como trastornos del equilibrio hidromineral y ácido base. No se presentó síndrome de supresión y solo se observó la presencia de hipotensión arterial en 12.50 %. **Conclusiones:** Los consumidores de drogas constituyen un grupo de alto riesgo con profundas y diversas manifestaciones tanto cardiovasculares como neurológicas durante el perioperatorio, por lo cual el conocimiento por parte del anestesiólogo de su manejo es importante.

**Palabras claves:** Droga, anestesia. Drogodependencia.

---

### INTRODUCCIÓN

---

La OMS (1969) denominó droga a "toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones". Se denomina tolerancia a la necesidad de dosis cada vez mayores para obtener los efectos observados con la dosis original.

La adicción a drogas es el resultado de un progresivo establecimiento de tolerancia farmacológica y dependencias física y psíquica. La dependencia física obliga la necesidad de una administración continua de la droga para evitar la aparición de un síndrome de supresión o síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia se suele caracterizar por un efecto rebote de aquellos sistemas fisiológicos que fueron inicialmente modificados por la droga.

Existen múltiples clasificaciones de las drogas. Freixa<sup>1</sup>, desde el punto de vista sociológico se dividen las drogas en institucionalizadas o legales y no institucionalizadas o ilegales. Entre las primeras se incluirían el café, té, tabaco y alcohol. Probablemente más operativa es la clasificación de Vahas<sup>(2)</sup>, que tiene la virtud de incluir, por vez primera, los efectos de refuerzo de la conducta, que se habían ignorados hasta entonces. Por último, existe una clasificación «eufemista» o «política» que divide las drogas en "blandas" y "duras". Estas diferencias desde el punto de vista sanitario carecen de fundamento y sólo obedecen a intereses económicos.

El problema de salud que representa la drogadicción en la morbimortalidad y la necesidad de crear programas de salud a favor de combatir la misma, justifica que se realicen investigaciones que enriquezcan la literatura científica; sin embargo, a pesar de la gran incidencia que se observa en el mundo no se publican artículos que esclarezcan la situación. Es por ello, que al tomar en cuenta la responsabilidad como médicos con dedicación al paciente grave, surgió la motivación de realizar el siguiente estudio, con la finalidad de identificar algunas variables que se relacionan con el comportamiento de drogadicción en pacientes que asistieron a consultas para ser intervenidos quirúrgicamente por cirugía electiva en el ASIC Josefa Camejo de La Misión Barrio Adentro en el municipio Falcón, del estado Falcón durante el período que abarcó los meses de octubre 2007 al 2008.

Constituye el objetivo de esta investigación describir el comportamiento de los pacientes drogadictos tratados por cirugía electiva en el municipio Falcón, Estado falcón, República Bolivariana de Venezuela.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal de todos los pacientes que asistieron al Centro Médico de Diagnóstico Integral Josefa Camejo, de la misión Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela bajo los efectos de anestesia general, regional o combinada, durante el periodo comprendidos entre octubre 2007 y octubre 2008.

De un universo de 1100 pacientes intervenidos quirúrgicamente, se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico intencional una muestra de 16 pacientes que asistieron a consulta de cirugía y traumatología para ser intervenidos quirúrgicamente por enfermedades no cardiovasculares y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Edad >18 años. Presentar una adicción. Tratados por cirugía electiva. Más de un mes de haber abandonado la adicción.

Se excluyeron aquellos programados para cirugía con anestesia local y local más sedación.

La no realización del proceder anestésico y/o la intervención quirúrgica programada constituyó criterio de salida.

Todos los pacientes recibieron medicación con diazepam 10mg VO y metoclopramida 10mg VO. En la mañana siguiente recibieron medicación preanestésica con dimenhidrinato 50mg/1ml IV y diazepam 10 mg IV.

La inducción anestésica se realizó con lidocaína 40 mg, midazolam 10 mg, fentanilo a 5µg/kg de peso y succinilcolina 100mg para realizar el proceder de la laringoscopia. El mantenimiento de la anestesia se realizó con O2/aire ambiental/N2O e Isoflurano a una CAM 1. Como relajante se utilizó atracurio 25 mg. En la recuperación de los pacientes no se utilizó en ninguno de los casos naloxona.

La técnica de recolección de la información fue a través de un formulario de datos creada previamente por el autor, para tomar los mismos de las historias clínicas que se encuentran en el archivo del Centro Médico Diagnóstico Integral correspondientes a los meses a estudiar. Los datos se sometieron a análisis estadísticos.

## RESULTADOS

La distribución de los pacientes drogadictos por edades, reflejó predominio del grupo etáreo de 18 a 30 años (50 %), destacándose los que viven en áreas urbanas. La mayor incidencia se presentó en el sexo masculino (87.5 %) e incidencia marcada de los que presentaron antecedentes de hábito de fumar. El consumo de cocaína y anfetaminas fue de 50 %, seguido de la ingestión de heroína (18.75 %) y el uso de marihuana y crack en 12.50 % cada uno. El vómito se presentó en 18.75 % del total ([cuadro 1](#)).

**Cuadro 1.** Comportamiento durante la medicación preanestésica según tipo de adicción. Falcón octubre 2007—octubre 2008

Medicación preanestésicas	No.	%
No presentaron síntomas	10	62.50
Vómitos	3	18.75
Taquicardia	1	6.25
Ansiedad	1	6.25
Dolor	1	6.25
Total	16	100.00

Fuente: Hoja de recolección de datos.

En el [cuadro 2](#) hay una mayor incidencia de pacientes que no presentaron síntomas. Se encontró 25 % de pacientes que sufrieron hipertensión arterial a pesar de estar controlados con sustancias antihipertensivas y haber recibido medicación preanestésica.

**Cuadro 2.** Comportamiento durante la inducción de anestesia según tipo de adicción. Falcón octubre 2007—octubre 2008

Inducción de anestesia	No.	%
No presentaron síntomas	8	50.00
Vómitos	1	6.25
Hipertensión arterial	4	25.00
Taquicardia	1	6.25
Ansiedad	2	12.50
Total	16	100.00

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Durante el perioperatorio se presentaron complicaciones cardiovasculares del tipo de las arritmias cardíacas (taquicardia supraventricular y ventricular) en 50 %, así como la hipotensión arterial en 12.50 % del total. La presencia de alteraciones del

equilibrio ácido base y electrolítico (acidosis metabólica y deshidratación isotónica ligera e hipopotasemia ligera) 12.50 %. ([cuadro 3](#)).

**Cuadro 3.** Comportamiento de los pacientes drogadictos durante el perioperatorio, Falcón octubre 2007—octubre 2008

Complicaciones durante el perioperatorio	No.	%
Arritmia cardíacas	8	50.00
Hipotensión	2	12.50
Depresión respiratoria	1	6.25
Alteraciones del equilibrio ácido base y electrolítico	2	12.50
Broncoespasmo	1	6.25
Anafilaxia aguda	1	6.25
Convulsiones	1	6.25
Total	16	100.00

Fuente: Hoja de recolección de datos.

En el [cuadro 4](#) se observa que hubo una mayor incidencia de pacientes que no presentaron complicaciones. No se presentó síndrome de supresión aunque sí síntomas enmarcados en este síndrome (12.50 %). Se presentó hipotensión arterial (6.25 %) y vómitos a pesar que se utilizaron protectores H2 antieméticos y estimuladores del vaciamiento gástrico.

**Cuadro 4.** Comportamiento durante el postoperatorio. Falcón octubre 2007—octubre 2008

Complicaciones durante el postoperatorio	No.	%
No presentaron complicaciones	11	68.75
Hipotensión	2	12.50
Hipertensión	1	6.25
Vómitos	1	6.25
Dolor	1	6.25
Total	16	100.00

Fuente: Hoja de recolección de datos.

## DISCUSIÓN

EL predominio del grupo etéreo de 18 a 30 (50 %), se debe a la falta de información que existe en este segmento de edades, el desconocimiento de los peligros que conlleva el consumo de estupefacientes, la falta de divulgación de los medios de información masiva sobre las adicciones y sus peligros. El segundo grupo de 31 a 40 % tuvo una incidencia de 31.25 % y se caracterizó por personas que son adictas al consumo de drogas desde la adolescencia por las mismas causas ya descritas. Esto coincide con lo descrito por otros autores en artículos anteriores (3-5) que aducen el fenómeno de la drogadicción en las edades comprendidas entre 18 y 40 años como las de mayor incidencia del fenómeno descrito.

En el comportamiento de los pacientes según procedencia, se destacaron los que viven en áreas urbanas. Esto coincide con la literatura publicada (6,7), y considero se deba a la presencia de marginalidad, disminución de las expectativas de vida, falta de cultura y la escasa presencia del tema en los medios de información masiva como la radio y la televisión, la pérdida de valores, la búsqueda de nuevas sensaciones y el aumento en el desconocimiento de los riesgos que conlleva el consumo de los estupefacientes.

La distribución de los pacientes consumidores según sexo, se observó mayor incidencia en el sexo masculino, lo cual está en concordancia con lo planteado por autores revisados (22,23,26), aunque algunos artículos destacan un aumento preocupante de la dependencia a drogas en el sexo femenino en los últimos años.

Hay un predominio marcado de los que presentaron antecedentes de hábito de fumar, lo cual coincide con la literatura (26) ya que existe un consenso del uso de lo que se conoce como drogas legales o leves como el alcohol, café y el hábito de fumar, que son adquiridas como legales y son aceptadas por la sociedad.

Se observó un predominio marcado del consumo de cocaínas y anfetaminas, seguido de la ingestión de heroína y el uso de marihuana y crack. El consumo de derivados de los opioides se caracterizó por la presencia de acufenos, inquietud, agitación, mirada fija y bradicardia en la etapa de excitación y miosis intensa, depresión respiratoria o apnea, hipotensión, hipotermia y anuria, hasta el estado de coma profundo en la etapa de depresión. Otros autores (17,22,25) encontraron que la heroína es de las sustancias más empleadas y produce crónicamente neuritis traumática, neuropatía atraumática, polineuritis, síndrome de Horner, infecciones (endocarditis bacteriana, SIDA, hepatitis B o C).

La aparición de pacientes que sufren vómitos, guarda relación con los criterios de otros autores (3,6) que describieron a este grupo de pacientes como portadores de estomago lleno y por lo tanto se debe administrar si no hay contraindicación bloqueadores H<sub>2</sub> (ranitidina), aceleradores del vaciamiento gástrico (metoclopramida), y antieméticos como (ondansetrón).

Algunos pacientes sufrieron hipertensión arterial a pesar de estar controlados con sustancias antihipertensivas y haber recibido medicación preanestésica. Este grupo estaba relacionado con la ingestión abundante de cafeína, tabaco y más de una sustancia estupefaciente.

La acción de los fármacos anestésicos que se administran en pacientes consumidores de drogas están determinados por factores como: inducción enzimática (citocromo P 450), disminución del metabolismo hepático, alteración de la aclaramiento plasmático, déficit colinesterasas plasmáticas, elevación del umbral de excitabilidad neuronal, y acción en mismos receptores opiáceos. Estos factores influyen en el incremento o disminución del metabolismo y eliminación de los fármacos anestésicos.

En los pacientes con uso crónico de drogas se presenta un incremento de metabolitos circulantes, con aumento de la toxicidad sistémica o hepática la aparición de metabolitos activos y por lo tanto prolongación del efecto. Se presenta inducción enzimática (metabolismo acelerado) por lo que las dosis de los anestésicos se deben incrementar para alcanzar el efecto deseado.

Se observó que durante el perioperatorio se presentaron complicaciones cardiovasculares del tipo de las arritmias cardiacas (taquicardia supraventricular y ventricular), así como hipotensión arterial y la presencia de alteraciones del equilibrio ácido base y electrolítico (acidosis metabólica y deshidratación isotónica ligera e hipopotasemia ligera). Esto coincide con lo publicado por algunos autores en la literatura. (3,6,22,27) La disminución de las cifras de potasio, hizo que se prolongara el efecto de los relajantes no despolarizantes utilizado de forma adecuada. Existe un consenso sobre los objetivos que deben buscarse en la medicación perioperatoria deben estar encaminados a obtener una adecuada estabilidad cardiaca y oxigenación. Vías aéreas permeables, evitar la aparición de broncoespasmo y broncoaspiración, lograr una correcta sedación y analgesia, además de amnesia y prevenir la aparición del síndrome de abstinencia.

Hubo una mayor incidencia de pacientes que no presentaron complicaciones. No se presentó síndrome de supresión aunque sí síntomas enmarcados en este síndrome (12.50 %) como hipotensión arterial, relacionada con el uso de sustancias psicotrópicas por los pacientes previo a la cirugía, 6.25 % presentó vómitos a pesar que se utilizaron protectores H<sub>2</sub>, antieméticos y estimuladores del vaciamiento gástrico.

Se concluye que los consumidores de drogas constituyen un grupo de alto riesgo con profundas y diversas manifestaciones tanto cardiovasculares como neurológicas durante el perioperatorio, por lo cual el conocimiento por parte del anestesiólogo de su manejo es importante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Freixá F, Soler Insa FA. Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario. Barcelona. Ed. Fontanella. 1977. pp. 35-46
2. Nahas G. Drogue et civilisation. París. Ed. Pergamon. 1982. pp. 93- 105
3. Rivera FJ, Chavira RM. Pacientes con adicciones. En: Texto de anestesiología teórico-práctica. Aldrete J, Guevara López U, Capmourteres EM. Eds. El Manual Moderno. México, D.F. 2ª Ed. 2004. pp. 1227-37.
4. Siegel RK. Changing patterns of cocaine use; longitudinal observations, consequences and treatment. NIDA Res Monogr Ser 1984; 50:92-110.
5. Borges,G. Adicciones problema de salud pública. Cuadernos de Nutrición 1996; 19(4):21-9.
6. Yuguero J. Drogodependencias. Medicine 1988;45(5):87-107.
7. Amara H, Zuckerman B, Cabral H. Drug use among adolescent mothers: Profile of risk. Pediatrics 1989;84:144.
8. Durazzo AE, Machado FW, et al: Reduction in cardiovascular events after vascular surgery with atorvastatin. A randomized trial. J Vascular Surg 2004; 39:967.
9. Eagle KA, Berger PB, Calkins H, et al: ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery-executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1996 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). J Am Coll Cardiol 2002; 39:542.
10. Poldermans, Bax JJ, Kertai MD, et al: Statins are associated with a reduced incidence of perioperative mortality in patients undergoing major noncardiac vascular surgery. Circulation 2003; 107:1848.
11. Gulati M, Pandey DK, Arnsdorf MF. Exercise capacity and the risk of death in women-The St. James Women Take Heart Project. Circulation 2003; 108:1554.
12. Practice Advisory for Preoperative Evaluation: A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthetic Evaluation. Anesthesiology 2000; 96:485.
13. Markowitz JS, Donovan JL, DeVane CL. Effect of St. John's wort on drug metabolism by induction of cytochrome P450 3A4 enzyme. JAMA 2003; 290:500.
14. Roizen MF: The Real Age Makeover: Looking Younger, Living Longer!. New York: Harper Collins Ed; 2004. pp 55-73

15. Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ: Does physician weight affect perception of health advice?. *Prev Med* 2003; 36:41.
16. O'Malley PG, Feuerstein IM, Taylor AJ: Impact of electron beam tomography, with or without case management, on motivation, behavioral change, and cardiovascular risk profile: A randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289:2215.
17. Jaffe JH. Drogadicción y abuso de drogas. En: Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Panamericana. México.1991. pp. 513-562.
18. Ortiz JR, Albarrán ML, Sánchez B, Santaolalla A, Criado A. Anestesia y reanimación en el paciente adicto a la heroína. *Act Anest Reanim* 1995; 5: 29.
19. Añaños F, Ballve M, Boscar R, Camps M, Lorenzo O, Rull M. Anestesia y reanimación en la intervención de urgencia del toxicómano. En: Estudio de la problemática del toxicómano. Madrid. Inf Latino SA. 1983. pp. 73-95.
20. Mouhafhel AH, Madu EC, Santmary WA, Fraker TD. Cardiovascular complications of cocaine. *Chest* 1995; 107: 1426-1434.
21. Barasch PG, Fleming JM. Cocaine therapeutic uses and problems anesthetizing the abuser. *ASA Anual refresher course lectures*. Nueva Orleans 1992: 171.
22. Lozano JL. Intoxicación por opiáceos, cocaína y anfetaminas. En: García-Monco. Manual del médico de guardia. Madrid. Ed Díaz de Santos. 1993: pp. 672-676.
23. Casas M. Drogodependencias no alcohólicas. En: Rodés J, Guardia J. El manual de medicina. Barcelona. Ed científico técnica. 1993: pp. 973.
24. Miró JM, García J. Infecciones en drogadictos. En: Perea EJ. Enfermedades infecciosas. Barcelona. Doyma. 1991. pp. 547-555.
25. Verdaguer A, López JL, Camí J et al. Estudio de los procesos patológicos en 176 ingresos de heroinomános en un hospital general. *Med Clin*. Barcelona. 1984. pp. 82: 9-12.
26. Fernández Ferré ML, Gual Solé A, Cabezas Peña C. Tabaquismo alcoholismo y otras drogodependencias. En: Martín Zurro, Cano Perez. Manual de atención primaria. Barcelona. Doyma. 1995. pp. 484-509.
27. Rivera Flores J, Chavira M. El paciente farmacodependiente traumatizado: Manejo anestésico. En: *Anestesia en ortopedia y traumatología* 2004; 27(Supl1): 165-166.

Recibido: Octubre 12 del 2009.

Aprobado: Noviembre 15 del 2009.