

**ENFOQUE PERIOPERATORIO EN PACIENTES CON
ABUSO DE OPIOIDES Y TOLERANCIA**

PRESENTADO POR: KATHERINE QUEVEDO PORRAS
MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE ANALGESIA,
ANESTESIA Y REANIMACION
ROTANTE EN CLINICA DE DOLOR
PERU

ENFOQUE PERIOPERATORIO EN PACIENTES CON ABUSO DE OPIOIDES Y TOLERANCIA

La adicción a opioides representa comorbilidad tanto orgánica y psicológica y debería ser considerado como un problema de riesgo elevado. Dentro de los rasgos particulares vistos perioperatoriamente están la tolerancia, hiperalgesia y el requerimiento mayor de analgésicos junto con síndromes de abstinencia.

EVALUACION DEL PACIENTE

Es necesario la obtención de datos subjetivos y objetivos. Datos subjetivos: durante la entrevista. Datos objetivos relacionados con pruebas de sangre y tamizaje de drogas en orina. 2 cuestionarios son prácticos para el empleo diario por anesthesiólogos:

- CAGE - AID (Adaptado para Incluir drogas) es una modificación del instrumento común de 4 preguntas usado para detectar el abuso potencial de alcohol
- Una prueba de selección quizás más fácil y validada, es la pregunta: "¿Cuántas veces en el año pasado ha usado usted una medicina ilegal o ha usado una medicación de prescripción para motivos no médicos? "

PREMEDICACION: La primera opción para la premedicación debería ser antipsicóticos o neurolepticos.

TERAPIA CON OPIOIDES A LARGO PLAZO- SUBSTITUCION

El objetivo de substitución es mantener la dependencia en una forma estable.

METADONA

Opioide agonista sintético y antagonista N-methyl-D-aspartate. La función principal de metadona es suprimir síndrome de abstinencia. La vida media de eliminación es variable y hace un promedio de 24 a 36 h. La dosis inicial tiende a estar en el rango de 30 a 40 mg por día. Es posible titular la dosis de substitución que usa 10 mg oralmente cada 30 a 45 minutos, estando alerta para el desarrollo de síndromes de abstinencia. La titulación intravenosa es realizada con 0.5 a 1 mg cada 10 minutos. Es fácil comenzar con la metadona, pero es muy difícil dejarla.

BUPRENORFINA

Opioide parcial agonista. Actualmente, Buprenorfina es el mejor medicamento para la terapia de substitución. No causa sobredosis. No se acumula. No es hepatotóxico. Suboxone es una combinación de buprenorfina y naloxona, si es inyectado IV el componente naloxone precipitará síndromes de abstinencia. Su alta afinidad para receptores opioide requiere un intervalo de tiempo de al menos 6 h después del último consumo de la heroína, y al menos 24 h después de la última dosis de metadona o la morfina de liberación lenta, para no causar abstinencia. La duración de efecto es estimada en hasta 72 h. La dosis inicial es 2 a 4 mg y la dosis diaria 2 a 8 mg. La administración sublingual es apropiada por la analgesia postoperatoria.

MANEJO INTRAOPERATORIO

La terapia de antagonista debería ser reservada para pacientes con depresión respiratoria que amenaza la vida. Primero, tomar la medicación durante la mañana de cirugía. Segundo, los pacientes en peligro de abstinencia pueden tener sus síntomas manejados.

Clonidina comúnmente es usado para tratar los síntomas de abstinencia a opioides y puede dar en una dosis de partida de 0.1 mg dos veces al día.

MANEJO POSOPERATORIO

Las estrategias de analgesia deberían enfocarse en menor uso de opioides, uso de ahorradores de opioide o técnicas multimodales con agentes no opioides IV como acetaminofen o bupivacaina liposomal. Analgésicos no opioides, AINES, anestesia regional cuando sea posible, α -2 agonistas, y ketamina puede tener efectos profundos analgésicos, en particular cuando se usan en combinación. Un énfasis sobre la analgesia multimodal.

- 2-adrenergicos agonist clonidina (0.1 a 0.2mg/kg IV o 75 (150) mg dos a tres veces por día oralmente y en demanda) es una opción lógica debido a su propiedad de ahorrador de opioide así como su efecto anti-hiperalgesico.
- Varios estudios muestran que el efecto positivo de s-(p)-ketamina sobre el dolor postoperatorio cuando es usado simultaneamente con opioides. Beneficia en la reducción de tolerancia e hiperalgesia. Pueden darle en dosis de bolo (0.25 a 0.5mg/kg) o como una infusión continua (1 a 2mg/kg) durante el procedimiento y puede ser seguido postoperativamente.
- Antidepresivos triciclicos (amitriptiline 10 a 25 mg de noche, doxepin 10 a 25 mg de noche) por su efecto sedativo.
- Gabapentina y pregabalina puede tener un papel tanto en el tratamiento de dolor de perioperatorio como en la prevención de dolor crónico persistente.

CONCLUSIONES

- Los pacientes con historias de empleo de opioide significativas representan una cada vez más gran parte del número de casos del anesthesiólogo.
- La colección de datos preoperatoria y la evaluación es crucial para decidir proyectos eficaces analgésicos y aliviar los efectos de abstinencia.
- Analgesia multimodal es una estrategia importante en el manejo de estos pacientes en el período perioperatorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Benjamin Vaghari MD; Jaime L. Baratta MD; Kishor Gandhi, MD, MPH, CPE. Perioperative Approach to Patients With Opioid Abuse and Tolerance. *Anesthesiology News*. 2013; 38(6): 1-4.
2. Stromer W, Michaeli K, Sandner-Kiesling A. Perioperative pain therapy in opioid abuse. *Eur J Anaesthesiol* 2013; 30: 55–64
3. Robert M Arnold, MD; Julie W Childers, MD. Management of acute pain in the patient chronically using opioids [Monografía en internet]. Diane MF Savarese, MD: UpToDate; 2014 [acceso 23 de setiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
4. Hariharan U, Garg R (2015) Update on Opioid Addiction for Perioperative and Critical Unit Care: Anaesthesiologists Perspective. *J Addict Med Ther Sci* 1(1): 027-030.
5. Goyal R, Khurana G, Jindal P, Sharam JP (2013) Anesthesia for opioid addict: Challenges for perioperative physician. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol* 29: 394-6.
6. Stromer W, Michaeli K, Sandner-Kiesling A (2013) Peri-operative pain therapy in opioid abuse. *Eur J Anaesthesiol* 30: 55-64.

KATHERINE QUEVEDO PORRAS
ROTANTE EN CLINICA DEL DOLOR
PERU