

INFORME DE CASO

Craving y síndrome de abstinencia durante perioperatorio de colecistectomía laparoscópica: estudio de caso

Craving and withdrawal syndrome during perioperative laparoscopic cholecystectomy: a case study

Síndrome de desejo e abstinência durante colecistectomia laparoscópica perioperatória: um estudo de caso

Julia Lizeth Villarreal-Mata^I , Edgar Omar Vázquez-Puente^{II} , Adiel Agama-Sarabia^{III} , Verónica Guzmán-Ramírez^{IV} , Gerardo Enrique Muñoz Maldonado^{I*} 

^I Universidad Autónoma de Nuevo León. San Nicolás de los Garza, México.

^{II} Universidad de Monterrey. San Pedro Garza, México.

^{III} Universidad Autónoma de México. Ciudad de México, México.

^{IV} Universidad Autónoma de Tamaulipas. Tamaulipas, México.

*Autor para la correspondencia: cevam99@gmail.com

Recibido: 22-09-2025 Aprobado: 30-10-2025 Publicado: 11-11-2025

RESUMEN

El policonsumo de sustancias psicoactivas representa un reto creciente para la seguridad del paciente en el periodo perioperatorio. La suspensión abrupta del consumo, frecuente por ayuno prequirúrgico, restricciones hospitalarias y analgesia/anestesia, puede precipitar síndrome de abstinencia y *craving*, con repercusiones hemodinámicas, conductuales y de adherencia que complican la evolución posquirúrgica. Mujer de 28 años, programada para colecistectomía laparoscópica electiva por colecistolitiasis sintomática confirmada por ultrasonido, que refirió consumo de tabaco, cannabis, metanfetaminas/cristal y alcohol. Presentó ansiedad intensa y signos de abstinencia (tensión arterial 145/92 mmHg, frecuencia cardíaca 118 lpm, frecuencia respiratoria 22 rpm, temperatura corporal 37,1 °C, temblor, sudoración, insomnio, agitación). En la intervención, el equipo de Enfermería aplicó respiración guiada, apoyo emocional y

facilitación espiritual, con abordaje multidisciplinario. Presentó mejoría clínica y descenso de puntuaciones en los cuestionarios de Fagerström Test for Nicotine Dependence, Alcohol Craving Questionnaire Short Form Revised, Marijuana Craving Questionnaire Short Form y el Desires for Drug Questionnaire. También en los instrumentos aplicados, como el Minnesota Nicotine Withdrawal Scale, la Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, la Cannabis Withdrawal Scale y el Amphetamine Withdrawal Questionnaire. El retiro de sustancias múltiples potencia la activación autonómica y el *craving*. Se requieren protocolos perioperatorios de cribado y manejo no farmacológico, sensibles al género.

Palabras clave: *craving*; síndrome de abstinencia; policonsumo; alcohol; drogas; perioperatorio; Enfermería



ABSTRACT

Polysubstance use presents a growing challenge to patient safety in the perioperative period. Abrupt cessation of use, frequently due to preoperative fasting, hospital restrictions, and analgesia/anesthesia, can precipitate withdrawal syndrome and craving, with hemodynamic, behavioral, and adherence repercussions that complicate the postoperative course. A 28-year-old woman, scheduled for elective laparoscopic cholecystectomy for symptomatic cholelithiasis confirmed by ultrasound, reported the use of tobacco, cannabis, methamphetamine/crystal meth, and alcohol. She presented with intense anxiety and signs of withdrawal (blood pressure 145/92 mmHg, heart rate 118 bpm, respiratory rate 22 rpm, body temperature 37.1 °C, tremor, sweating, insomnia, agitation). In the intervention, the nursing team applied guided breathing, emotional support, and spiritual facilitation, using a multidisciplinary approach. Clinical improvement and a decrease in scores were observed on the Fagerström Test for Nicotine Dependence, the Alcohol Craving Questionnaire Short Form Revised, the Marijuana Craving Questionnaire Short Form, and the Desires for Drug Questionnaire. Improvements were also seen in the administered instruments, such as the Minnesota Nicotine Withdrawal Scale, the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, the Cannabis Withdrawal Scale, and the Amphetamine Withdrawal Questionnaire. Withdrawal from multiple substances intensifies autonomic activation and craving. Gender-sensitive perioperative screening and non-pharmacological management protocols are needed.

Keywords: craving; withdrawal syndrome; polysubstance use; alcohol; drugs; perioperative; nursing

Cómo citar este artículo:

Villarreal-Mata JL, Vázquez-Puente EO, Agama-Sarabia A, Guzmán-Ramírez V, Muñoz Maldonado GE. *Craving y síndrome de abstinencia durante perioperatorio de colecistectomía laparoscópica: estudio de caso*. Rev Inf Cient [Internet]. 2025 [citado Fecha de acceso]; 104:e5099. Disponible en: <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/5099>

RESUMO

O uso de múltiplas substâncias representa um desafio crescente para a segurança do paciente no período perioperatório. A interrupção abrupta do uso, frequentemente devido ao jejum pré-operatório, restrições hospitalares e analgesia/anestesia, pode precipitar a síndrome de abstinência e o desejo intenso pela substância, com repercussões hemodinâmicas, comportamentais e de adesão ao tratamento que complicam o curso pós-operatório. Uma mulher de 28 anos, agendada para colecistectomia laparoscópica eletiva devido a colelitíase sintomática confirmada por ultrassom, relatou o uso de tabaco, cannabis, metanfetamina/cristal e álcool. Ela apresentou ansiedade intensa e sinais de abstinência (pressão arterial 145/92 mmHg, frequência cardíaca 118 bpm, frequência respiratória 22 rpm, temperatura corporal 37,1 °C, tremor, suorese, insônia, agitação). Na intervenção, a equipe de enfermagem aplicou respiração guiada, apoio emocional e facilitação espiritual, utilizando uma abordagem multidisciplinar. Observou-se melhora clínica e diminuição nos escores do Fagerström Test for Nicotine Dependence, the Alcohol Craving Questionnaire Short Form Revised, the Marijuana Craving Questionnaire Short Form, and the Desires for Drug Questionnaire. Melhorias também foram observadas nos instrumentos administrados, como a Minnesota Nicotine Withdrawal Scale, the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, the Cannabis Withdrawal Scale, and the Amphetamine Withdrawal Questionnaire. A abstinência de múltiplas substâncias intensifica a ativação autonômica e o desejo intenso. São necessários protocolos de triagem perioperatória e manejo não farmacológico sensíveis ao gênero.

Palavras-chave: desejo intenso; síndrome de abstinência; uso de múltiplas substâncias; álcool; drogas; perioperatório; enfermagem



INTRODUCCIÓN

El policonsumo de sustancias psicoactivas representa un reto creciente para la seguridad del paciente en el periodo perioperatorio. La suspensión abrupta del consumo, frecuente por ayuno prequirúrgico, restricciones hospitalarias y analgesia/anestesia, puede precipitar síndrome de abstinencia y *craving*, con repercusiones hemodinámicas (taquicardia, hipertensión, sudoración), conductuales (agitación, insomnio) y de adherencia que complican la evolución posquirúrgica.^(1,2) A escala global, persiste una alta carga de consumo y policonsumo, con incremento sostenido en mujeres jóvenes, lo que exige enfoques sensibles al género y al contexto sociocultural.⁽³⁾

Desde la neurociencia de las adicciones, el *craving* se conceptualiza como un estado motivacional de alta saliencia sustentado en la desregulación de los circuitos de recompensa, estrés y control ejecutivo; su reactividad a estímulos internos/externos se asocia a mayor probabilidad de uso y recaída.^(4,5,6) En paralelo, los síndromes de abstinencia muestran perfiles diferenciales por sustancia: la abstinencia nicotínica cursa con irritabilidad, ansiedad e insomnio; la de cannabis con disforia, alteraciones del sueño y del apetito; y la de alcohol puede conllevar complicaciones autonómicas de mayor gravedad.^(7,8) En mujeres, las diferencias por sexo/género (incluidas variaciones neuroendocrinas, mayor carga afectiva/comorbilidad ansiosa y estigma) modulan la presentación clínica y el curso, demandando planes de cuidado personalizados e interdisciplinarios.^(9,10)

En el ámbito perioperatorio, las consideraciones clínicas abarcan cribado temprano, vigilancia hemodinámica estrecha y estrategias para minimizar gatilladores (dolor mal controlado, privación de sueño, estrés ambiental). La enfermería perioperatoria ocupa un rol estratégico por su contacto continuo: identifica señales tempranas de abstinencia/*craving*, implementa intervenciones no farmacológicas (respiración/relajaciones guiadas, contención emocional, facilitación de recursos espirituales) y articula rutas multidisciplinarias con anestesiología, cirugía, psicología/psiquiatría, nutrición y trabajo social.^(11,12) Estas acciones son consistentes con recomendaciones contemporáneas para pacientes con trastornos por uso de sustancias, incluyendo componentes tipo ERAS adaptados a esta población.⁽¹³⁾

El fenómeno nuclear de interés, la vivencia del *craving* y la expresividad del síndrome de abstinencia múltiple, es predominantemente psicológico y conductual; por ello, la evaluación clínica sistemática, la observación y el uso de instrumentos estandarizados aportan mayor valor que las pruebas de imagen en este contexto. Desde la psicología clínica, la teoría del afrontamiento⁽¹⁴⁾ ayuda a comprender cómo el consumo funciona como estrategia evitativa-desadaptativa para regular emociones negativas, lo que explica la vulnerabilidad ante el estrés quirúrgico y la abstinencia. En términos de autorregulación emocional, el modelo neuroconductual de la adicción integra lo fisiológico y lo psicológico: la persona atribuye funciones específicas a cada sustancia (por ejemplo: nicotina para reducir ansiedad, cannabis para inducir relajación y sueño, estimulantes para percibir eficacia/energía), reforzando ciclos de uso y malestar.⁽⁴⁾

En favor de todo lo antes dicho, se realizó el siguiente estudio con el objetivo de describir las manifestaciones y el manejo de *craving* y síndrome de abstinencia en el perioperatorio de una colecistectomía laparoscópica en una paciente femenina con policonsumo.



PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 28 años, soltera, residente en zona metropolitana de Monterrey (México), escolaridad secundaria incompleta y empleo informal como trabajadora doméstica por horas. Fue programada para colecistectomía laparoscópica electiva por colecistolitiasis sintomática confirmada por ultrasonido (múltiples cálculos de 0,8–1,2 cm y engrosamiento de pared vesicular). Al ingreso refirió consumo de tabaco desde los 14 años (\approx 15 cigarrillos/día), cannabis 1–2 veces por semana (porros y vapeador ocasional), metanfetaminas/cristal por inhalación desde hace 18 meses (2–3 veces/semana) y alcohol de fin de semana (\approx 6 cervezas o dos “caguamas” por ocasión). Negó comorbilidades médicas y hospitalizaciones previas.

Se realizó un estudio de caso único con enfoque cualitativo descriptivo-interpretativo para analizar las experiencias de *craving* y síndrome de abstinencia durante el perioperatorio (fases preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio) en una paciente con policonsumo de sustancias.

Para la recolección de datos se realizó una entrevista semiestructurada basada en los once Patrones Funcionales de Gordon, observación participante y revisión del expediente clínico. Se aplicó análisis temático reflexivo según Braun y Clarke¹⁵ con la utilización de ATLAS.ti v.9. El rigor metodológico se garantizó mediante triangulación de fuentes, auditoría externa y descripción detallada del contexto.

Para evaluar el *craving* se aplicaron cuestionarios validados en distintos momentos del perioperatorio: el Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) para nicotina ($\alpha=0,75$)¹⁶; el Alcohol Craving Questionnaire Short Form Revised (ACQ-SF-R) para alcohol ($\alpha=0,80$)¹⁷; el Marijuana Craving Questionnaire Short Form (MCQ-SF) para marihuana ($\alpha=0,82$)¹⁸ y el Desires for Drug Questionnaire (DDQ) para metanfetaminas ($\alpha=0,84$)¹⁹

Para medir el síndrome de abstinencia se emplearon instrumentos validados: la Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS) para nicotina ($\alpha=0,85$)²⁰; la Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar) para alcohol ($\alpha=0,68$)²¹; la Cannabis Withdrawal Scale (CWS) para marihuana ($\alpha=0,91$)²² y el Amphetamine Withdrawal Questionnaire (AWQ) para anfetaminas y metanfetaminas ($\alpha=0,77$).²³

El estudio cumplió con la Declaración de Helsinki (2013), directrices del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, 2016) y Ley General de Salud de México (1987). Se implementaron medidas adicionales de protección considerando la vulnerabilidad de la participante, garantizando confidencialidad y el derecho de retiro sin afectar la atención médica.

En la valoración de enfermería mediante los Patrones Funcionales de Gordon, la paciente mostró alteraciones en diferentes dimensiones. Se identificó dependencia a sustancias y escasa búsqueda de atención médica, junto con riesgo nutricional por pérdida de peso e hiporexia, además de trastornos de sueño, eliminación y actividad asociados al consumo de metanfetaminas.

Presentó deterioro cognitivo, baja autoestima, autoimagen corporal negativa y desesperanza, así como aislamiento social y estigma de género. También se observaron conductas sexuales de riesgo,



estrategias de afrontamiento disfuncionales y una espiritualidad ambivalente con motivación latente hacia el cambio. Estos hallazgos permitieron identificar los ejes temáticos que se muestran en la Tabla 1 y reflejan la complejidad clínica y psicosocial del caso.

Tabla 1. Ejes temáticos identificados

| Eje temático | Respuestas textuales de la paciente |
|-----------------------------|--|
| Experiencia preoperatoria | <p>«Nunca había estado internada, no sabía que no podía fumar ni nada»</p> <p>«Me da más miedo no poder fumar que la misma operación»</p> <p>«Las enfermeras me preguntan muchas cosas, pero no sé si debo decir la verdad»</p> <p>«Siento que ya empiezo a ponerme nerviosa sin mis cigarros»</p> <p>«No sé cómo le voy a hacer para aguantar tanto tiempo sin nada»</p> <p>«Cuando algo me preocupa, fumo, si no me calmo me pongo “un toque”»</p> <p>«Cuando ni con eso me calmo, “agarro el foco”, porque que no puedo más y así me calmo»</p> |
| Manejo del estrés | <p>«Sin mis cosas me siento como si no tuviera control de nada»</p> <p>«A veces fumo hasta tres cajetillas cuando estoy muy estresada, pero ahora es más barato el porrito y más rápido»</p> <p>«Ya se me antojó, aquí no sé qué hacer con tanto doctor, me da ansiedad, me siento desesperada»</p> |
| Percepción de salud | <p>«Sé que me hace daño, pero es más fuerte que yo»</p> <p>«Antes pensaba que podía controlarlo, ahora ya no estoy segura»</p> <p>«Mi cuerpo ya se acostumbró, sin eso me siento mal»</p> <p>«Los doctores no entienden que no es solo vicio»</p> <p>«Mi mamá sabe que fumo y tomo, pero no sabe de lo demás»</p> <p>«Mi familia dice que me ayuda, pero también me juzga mucho»</p> |
| Apoyo familiar | <p>«No quiero que se enteren de todo porque me van a rechazar, me van a reclamar todo»</p> <p>«Mi hermana menor me ve como ejemplo, eso me duele»</p> <p>«Siento que soy una carga»</p> <p>«Espero salir bien de la operación y poder regresar a casa pronto»</p> <p>«No sé si aguantaré más días sin fumar»</p> |
| Expectativas posoperatorias | <p>«¿Me darán algo para el dolor que me haga relajarme?»</p> <p>«Le diré a los doctores que me seden, porque no quiero comenzar con la ansiedad y comezón que me da, me pongo muy loca»</p> |

Fuente: elaboración propia.

Evolución clínica y puntuaciones

En cuanto a la puntuación de los instrumentos, en el postoperatorio mediato se evidenció una reducción generalizada del *craving*, especialmente en relación con la metanfetamina, lo que indica una menor urgencia de consumo tras la intervención quirúrgica (Tabla 2). Asimismo, los síntomas de abstinencia fueron más intensos en el preoperatorio, destacando la marihuana y la nicotina, mientras que el alcohol y la metanfetamina se ubicaron en un rango moderado. Posterior a la cirugía, se observó una disminución en todas las sustancias, lo que sugiere que las intervenciones perioperatorias y la estabilización clínica favorecieron la reducción de dichos síntomas (Tabla 3).



Línea de tiempo clínica

Preoperatorio (ingreso): PA 118/76 mmHg, FC 92 lpm, FR 16 rpm, T 36,7 °C; ansiedad elevada; temblor distal fino; IMC 19,2 kg/m².

Transoperatorio (75 min): sin complicaciones; taquicardia leve y mayor reactividad en inducción/emergencia.

Posoperatorio inmediato (0–12 h): PA 145/92 mmHg, FC 118 lpm, FR 22 rpm, T 37,1 °C; sudoración profusa, temblor, midriasis, hiperreflexia, agitación, insomnio y *craving* marcado.

Intervenciones no farmacológicas (enfermería): respiración diafragmática guiada, *mindfulness* para controlar la ansiedad, contención emocional, facilitación espiritual; ambiente terapéutico.

Posoperatorio mediato (24–48 h): reducción de ansiedad y de activación autonómica; sin *delirium*; persistencia intermitente de insomnio; deseos de alta y riesgo de abandono contenidos con apoyo psicoeducativo.

Alta: estable hemodinámicamente; plan de continuidad a salud mental/adicciones.

Tabla 2. Puntuaciones de *craving* (preoperatorio a posoperatorio)

| Instrumento | Sustancia | Pre | Pos | Observación |
|-------------|---------------|-----|-----|--------------------------------------|
| FTND | Nicotina | 6 | 4 | Disminución absoluta de 2 puntos |
| ACQ-SF-R | Alcohol | 14 | 10 | Descenso leve del deseo |
| MCQ-SF | Cannabis | 71 | 6 | Reducción marcada del <i>craving</i> |
| DDQ | Metanfetamina | 9 | 7 | Descenso leve-moderado |

Nota: FTND = Fagerstrom Test for Nicotine Dependence; ACQ-SF-R = Alcohol Craving Questionnaire, Short Form Revised; MCQ-SF = Methamphetamine Craving Questionnaire, Short Form; DDQ = Desires for Drug Questionnaire.

Tabla 3. Puntuaciones de abstinencia (preoperatorio a posoperatorio)

| Instrumento | Sustancia | Pre | Pos | Rango posible | Observación |
|-------------|---------------|-----|-----|---------------|---------------------------------|
| MTWS | Nicotina | 12 | 7 | 0–16 | Disminución clínica de síntomas |
| CIWA-Ar | Alcohol | 10 | 6 | 0–67 | Descenso de signos autonómicos |
| CWS | Cannabis | 120 | 80 | 0–190 | Reducción sustantiva |
| AWQ | Metanfetamina | 10 | 7 | 0–20 | Disminución leve-moderada |

Nota: MTWS = Minnesota Nicotine Withdrawal Scale; CIWA-Ar = Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised; CWS = Cannabis Withdrawal Checklist; AWQ = Amphetamine Withdrawal Questionnaire.

Síntomas predominantes por fase

Preoperatorio: ansiedad, irritabilidad, hiporexia, insomnio. Durante el preoperatorio inmediato presentó incremento progresivo de inquietud psicomotriz, irritabilidad, sudoración palmar, cefalea e insomnio, compatibles con inicio de síndrome de abstinencia, con verbalización de deseo imperioso de consumo (*craving*) y temor al curso posoperatorio. Se activó abordaje multidisciplinario con enfermería perioperatoria, anestesiología, cirugía, psicología clínica/psiquiatría, nutrición y trabajo social para



vigilancia estrecha, contención y planificación del alta segura. En cuanto a la experiencia preoperatoria, los primeros síntomas de abstinencia nicotínica se manifestaron aproximadamente 4 horas después del último cigarrillo consumido y la paciente comentó:

«Me siento muy nerviosa, no solo por la operación, sino porque no sé cómo voy a aguantar sin fumar. Es como si me faltara algo, me da hasta coraje»

Al ingreso hospitalario se documentaron signos vitales dentro de parámetros aceptables: presión arterial 118/76 mmHg, frecuencia cardíaca 92 lpm, frecuencia respiratoria 16 rpm, temperatura 36,7 °C y saturación de oxígeno 97 % aire ambiente. Índice de masa corporal 19,2 kg/m², con palidez de tegumentos, halitosis tabáquica y temblor distal fino. Manifestó ansiedad intensa por el procedimiento y por la suspensión forzada del consumo; reportó último cigarrillo 2 horas antes del ingreso y uso de cannabis el día previo.

A medida que transcurrían las horas de ayuno se intensificaron las manifestaciones físicas: cefalea, irritabilidad creciente, sudoración palmar y plantar, temblores y agitación psicomotriz.

«Ya van como 8 horas sin fumar y siento que me va a explotar la cabeza. Las manos me sudan y no puedo estar quieta»

La paciente comenzó a expresar dudas sobre su capacidad para completar el proceso:

«No sé si voy a poder pasar por esto... nunca había pasado tanto tiempo limpia, me dan ganas de morirme, pero dicen que es grave lo de la vesícula, que si se revienta me puedo morir, no quiero morir»

Transoperatorio: la cirugía laparoscópica (≈75 min) transcurrió sin complicaciones. Se registró taquicardia leve y mayor reactividad durante inducción/emergencia anestésica, sin eventos respiratorios ni hemodinámicos mayores. En el posoperatorio inmediato (primeras 6–12 h) se observó intensificación de síntomas autonómicos y afectivos: taquicardia, elevación tensional leve, temblor, sudoración profusa, midriasis, hiperreflexia, agitación e insomnio. Enfermería implementó intervenciones no farmacológicas protocolizadas (respiración diafragmática guiada, ambiente terapéutico, apoyo emocional y facilitación de recursos espirituales), con reducción paulatina de la angustia subjetiva y mejor tolerancia al dolor y al descanso.

Posoperatorio inmediato: taquicardia/HTA leve, sudoración, temblor, agitación e insomnio. *Posoperatorio mediato:* ansiedad intermitente, fatiga, mejoría subjetiva tras técnicas respiratorias y contención. Las primeras 6 horas postoperatorias se caracterizaron por la intensificación progresiva del síndrome de abstinencia e incapacidad del manejo del estrés. La paciente desarrolló un cuadro clínico que incluyó manifestaciones físicas y psicológicas, evidenciando la percepción alterada acerca de su salud.

«Me siento horrible, peor que antes de la cirugía. No es solo el dolor de la herida, es como si todo mi cuerpo me temblara, yo sé porque es»



«El cigarro lo necesito para que se me bajen los nervios, pero si me da a elegir ahorita el porro me ayudaría a relajarme y dormir, pero el cristal... el cristal me haría sentir que puedo con todo esto, es más ya andaría parada caminando»

Posoperatorio mediato (segundo día) persistieron picos de ansiedad y verbalizaciones de abandono, sin datos de *delirium* ni de complicaciones quirúrgicas. Se reforzó la contención, se educó en estrategias de afrontamiento y se articuló plan de continuidad con orientación a salud mental/adicciones y apoyo social. Posterior a la práctica de respiración y *mindfulness* la paciente comentó:

«Hoy me siento un poco mejor. La enfermera me ayudó mucho, me enseñó a respirar cuando siento que me ahogo con la desesperación»

Al egreso, la paciente refirió expectativas posoperatorias positivas y mejoría del malestar psíquico y mayor percepción de control con las técnicas respiratorias, manteniéndose clínicamente estable para seguimiento ambulatorio.

«Quiero aprovechar que ya pasé lo más difícil aquí en el hospital, que era lo de la operación... siento que tal vez Dios me está dando una oportunidad para cambiar al darme cuenta de lo difícil que es seguir “echándole al mugrero”»

En la valoración preoperatoria, la paciente presentó ansiedad significativa asociada tanto al procedimiento quirúrgico como a la abstinencia forzada, con síntomas físicos progresivos durante el ayuno, entre ellos cefalea, irritabilidad, sudoración, temblores y agitación psicomotriz. En las primeras horas se intensificaron las manifestaciones del síndrome de abstinencia, conformando un cuadro mixto de síntomas físicos y psicológicos. Tras la estabilización clínica, fue dada de alta con la recomendación de seguimiento por psiquiatría.

Desde el ámbito de enfermería, se promovieron intervenciones no farmacológicas como técnicas de respiración, apoyo emocional, fortalecimiento de la espiritualidad y prácticas de *mindfulness* para el control de la ansiedad. Aunque persistieron síntomas físicos, se observó una mejoría emocional progresiva. Los descensos en *craving* y en la severidad de la abstinencia, especialmente en cannabis (MCQ-SF; CWS), sugieren un beneficio clínico atribuible a la combinación de las intervenciones no farmacológicas y la estabilización posquirúrgica, con reducción concurrente de la activación autonómica.

DISCUSIÓN DEL CASO

Este caso ilustra cómo el retiro simultáneo de múltiples sustancias (nicotina, alcohol, cannabis y metanfetaminas), en un entorno de estrés quirúrgico (ayuno, dolor, deprivación de sueño, estimulación ambiental), potencia la hiperactivación autonómica (taquicardia, elevación tensional, sudoración, temblor) y exacerba el *craving* y la ansiedad. Desde la neurociencia de las adicciones, el



craving refleja un estado de saliencia motivacional con desbalance entre circuitos de recompensa/estrés y control ejecutivo; su reactividad a claves internas y externas se asocia a mayor probabilidad de uso y recaída.^(4,5,6)

En la abstinencia nicotínica, los picos de irritabilidad, ansiedad e insomnio suelen aparecer entre las 24–72 horas tras el último consumo; cuando coexiste con abstinencia a cannabis (disforia, trastornos del sueño y del apetito) y estimulantes (agitación, alteraciones del sueño, ánimo disfórico), el cuadro clínico puede amplificarse por sumación de vías de estrés y arousal.⁽⁸⁾ La expresión observada (agitación psicomotriz e insomnio posoperatorio) es coherente con esta sinergia y con la literatura sobre retirada de estimulantes en contextos hospitalarios, donde la hiperactivación puede predominar sobre la hipersomnia clásica en presencia de estresores agudos.^(1,2)

Las diferencias por sexo/género añaden complejidad: las mujeres reportan mayor carga afectiva y comorbilidad ansiosa, lo que puede intensificar la vivencia de *craving* y los síntomas de abstinencia, además de enfrentar estigma y barreras de acceso que condicionan la comunicación clínica y la adherencia^(9,10,14) La narrativa de la paciente refleja estas dimensiones, subrayando la necesidad de un enfoque sensible al género.

La elección de un abordaje cualitativo-clínico es pertinente: el fenómeno central es psicológico y conductual, por lo que la observación sistemática y el uso de escalas estandarizadas (p. ej., FTND, ACQ-SF-R, MCQ-SF, DDQ; MTWS, CIWA-Ar, CWS, AWQ) permiten captar variaciones de *craving* y abstinencia con utilidad clínica inmediata, sin que las pruebas de imagen aporten valor incremental en este contexto. La reducción de puntajes pre–posoperatorio sugiere efecto beneficioso de intervenciones no farmacológicas de enfermería (respiración diafragmática guiada, contención emocional, *mindfulness*, facilitación de recursos espirituales), coherentes con competencias en adicciones y con la práctica basada en evidencia para disminuir ansiedad y reactividad autonómica.^(11,12)

En el ámbito perioperatorio, la enfermería ocupa un rol estratégico por su contacto continuo: cribado temprano, monitorización estrecha y activación de rutas multidisciplinarias (anestesiología, cirugía, psicología/psiquiatría, nutrición, trabajo social) que sostengan la seguridad clínica y planifiquen la continuidad del cuidado al alta.⁽¹⁾ Para pacientes con consumo activo o reciente, guías contemporáneas recomiendan protocolos específicos de evaluación del uso de sustancias, manejo del dolor evitando gatilladores, y soporte psicosocial precoz para mitigar el riesgo de abandono y reingreso.^(2,13)

En el diagnóstico diferencial, la taquicardia, elevación tensional y agitación posoperatoria pueden atribuirse a dolor, hipovolemia, hipoxia, hipoglucemia, delirio emergente o farmacodinamia anestésica. No obstante, la cronología (suspensión aguda de consumo), constelación de síntomas (*craving* verbalizado, temblor, sudoración, insomnio) y la respuesta a intervenciones de regulación autonómica apoyan la abstinencia múltiple como mecanismo predominante.⁽¹⁾

Entre las implicaciones clínicas, el caso respalda: a) tamizaje sistemático de consumo en la evaluación preoperatoria, b) anticipación de síndromes de abstinencia con planes individualizados (no farmacológicos de primera línea, y farmacológicos según severidad/criterios), c) educación breve y derivación temprana a servicios de salud mental/adicciones, y d) enfoque trauma-informed y sensible al género para reducir estigma y mejorar la alianza terapéutica.^(12,14,24)



Finalmente, las limitaciones inherentes a un estudio de caso (imposibilidad de inferir causalidad ni generalizar, dependencia del autorreporte, ausencia de confirmación toxicológica y falta de seguimiento longitudinal) deben reconocerse. Aun así, la riqueza clínica del caso aporta hipótesis y pistas operativas para el diseño de protocolos perioperatorios y la formación de competencias en adicciones dentro de equipos quirúrgicos.

CONSIDERACIONES FINALES

El retiro simultáneo de nicotina, cannabis y metanfetaminas en la perioperatoria potencia la activación autonómica, el *craving* y la ansiedad, con riesgo de abandono del tratamiento. Aunque un caso no permite generalizar, aporta señales útiles: incorporar tamizaje sistemático en la valoración preoperatoria, anticipar abstinencia con planes individualizados, y potenciar el rol de enfermería en detección, monitorización e intervenciones no farmacológicas (respiración/relajación, contención emocional, facilitación espiritual). La documentación con escalas de *craving*/abstinencia agrega valor cuando las pruebas de imagen no son pertinentes para un fenómeno primariamente psicológico; todo ello debe enmarcarse en confidencialidad, consentimiento informado y enfoque trauma-informed.

A nivel institucional, se recomienda protocolizar rutas perioperatorias para consumo activo o reciente (cribado, criterios de severidad, medidas no farmacológicas de primera línea y apoyos farmacológicos cuando corresponda), con abordaje multidisciplinario (Enfermería, Anestesiología, Cirugía, Psicología/Psiquiatría, Nutrición y Trabajo Social), manejo del dolor que no gatille recaídas, planificación del alta y continuidad asistencial. La atención debe ser sensible al género y libre de estigma; se sugiere formación en competencias en adicciones para equipos quirúrgicos y de enfermería, y futuras series de casos o estudios multicéntricos con seguimiento longitudinal y validación de instrumentos integrados para abstinencia múltiple.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pulley DD. Preoperative evaluation of the patient with substance use disorder and perioperative considerations. *Anesthesiology Clinics* [Internet]. 2016 [citado 5 Ago 2024]; 34(1):201–211. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.10.015>
2. Scott T, Bryson EO. Elective surgery for patients with substance use disorder or recent substance misuse. En: Faintuch J, Faintuch S. Recent strategies in high-risk surgery. Springer; 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-031-56270->
3. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2021. UNODC; 2021 [citado 5 Ago 2024]. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>
4. Volkow ND, Koob G. Brain disease model of addiction: Why is it so controversial? *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 5 Ago 2024]; 2(8):677–679. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00236-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00236-9)
5. Sayette MA. The role of craving in substance

9.7



use disorders: Theoretical and methodological issues. Annual Review Clinic Psych [Internet]. 2016 [citado 5 Ago 2024]; 12. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093351>

6. Vafaie N, Kober H. Association of drug cues and craving with drug use and relapse: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry [Internet]. 2022 [citado 5 Ago 2024]; 79(7): 641–650. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.202.21240>

7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^a ed). EEUU: APA; 2014. Disponible en: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnsticoestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

8. Connor JP, Stjepanović D, Budney AJ, Le Foll B, Hall WD. Clinical management of cannabis withdrawal. Addiction [Internet]. 2021 [citado 5 Ago 2024]; 117(7):2075–2095. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.15743>

9. Becker JB, McClellan ML, Reed BG. Sex differences, gender and addiction. J Neurosci Research [Internet]. 2016 [citado 5 Ago 2024]; 95(1–2):136–147. DOI: <https://doi.org/10.1002/jnr.23963>

10. Cornish JL, Prasad AA. Sex differences in substance use disorders: A neurobiological perspective. Frontiers in Global Women's Health [Internet]. 2021 [citado 5 Ago 2024]; 2:778514. DOI: <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.778514>

11. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacology [Internet]. 2010 [citado 5 Ago 2024]; 35(1):217–238. DOI: <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>

12. Wason K, Potter A, Alves J, Loukas VL, Lastimosa C, Sodder S, et al. Addiction nursing competencies: A comprehensive toolkit for the addictions nurse. JONA: The Journal of Nursing Administration [Internet]. 2021 [citado 5 Ago 2024]; 53(9):424–429. DOI: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001041>

13. Zwolinski NM, Patel KS, Vadivelu N, Kodumudi G, Kaye AD. ERAS protocol options for perioperative pain management of substance use disorder in the ambulatory surgical setting. Current Pain and Headache Reports [Internet]. 2023 [citado 5 Ago 2024]; 27:65–79. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11916-023-01108-3>

14. National Institute on Drug Abuse. Substance use in women: Sex differences in substance use. EEUU: NIDA; 2020. Disponible en: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/sex-differences-in-substance-use>

15. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health [Internet]. 2019 [citado 5 Ago 2024]; 11(4):589–597. DOI: <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>

16. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Addic [Internet]. 1991 [citado 5 Ago 2024]; 86(9):1119–1127. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>

17. Singleton E, Tiffany S, Henningfield J. Development and validation of a new questionnaire to assess craving for alcohol: problems of drug dependence. En: Proceeding of the 56th Annual Meeting, The College on Problems of Drug Dependence. National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD; 1995. p. 289.

18. Heishman SJ, Evans RJ, Singleton EG, Levin KH, Copersino ML, Gorelick DA. Reliability



and validity of a short form of the Marijuana Craving Questionnaire. Drug and alcohol dependence [Internet]. 2009 [citado 5 Ago 2024]; 102(1-3):35-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.1.2010>

19. Franken IHA, Hendriks VM, van den Brink W. Desires for Drug Questionnaire (DDQ) [Database record]. APA PsycTests; 2002. DOI: <https://doi.org/10.1037/t18286-000>

20. Etter JF, Hughes JR. A comparison of the psychometric properties of three cigarette withdrawal scales. Addiction [Internet]. 2006 [citado 5 Ago 2024]; 101(3):362–372. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01289.x>

21. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). British J Addict [Internet]. 1998 [citado 5 Ago 2024]; 84(11):1353–1357. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x>

22. Allsop DJ, Norberg MM, Copeland J, Fu S, Budney AJ. The Cannabis Withdrawal Scale development: Patterns and predictors of cannabis withdrawal and distress. Drug and Alcohol Dependence [Internet]. 2011 [citado 5 Ago 2024]; 119(1-2):123-129. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.06.003>

23. Srisurapanont M, Jarusuraisin N, Jittiwutikan J. Amphetamine withdrawal: I. Reliability, validity and factor structure of a measure. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry [Internet]. 1999 [citado 5 Ago 2024]; 33(1):89–93. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00517.x>

24. Yadav G, McNamara S, Gunturu S. Trauma-informed therapy. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK604200/#:~:text=La%20terapia%20informada%20sobre%20el%20trauma%20se%20centra%20en%20reconocer,la%20sanaci%C3%B3n%20y%20la%20resiliencia>

Declaración de conflictos de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

Julia Lizeth Villarreal-Mata: conceptualización, metodología, investigación, administración del proyecto, supervisión, redacción -borrador original, redacción- revisión y edición.

Edgar Omar Vázquez-Puente: análisis formal, curación de datos, metodología, visualización, redacción - revisión y edición.

Adiel Agama-Sarabia: software/programación (análisis estadístico), validación, curación de datos, investigación, visualización, redacción - revisión y edición.

Verónica Guzmán-Ramírez: investigación, recursos, gestión de ética y aprobaciones/registros, administración de la obtención de datos, redacción - revisión y edición.

Gerardo Enrique Muñoz Maldonado: adquisición de financiamiento, conceptualización, supervisión, administración del proyecto, redacción - revisión y edición.

Financiación:

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

