

Visión actual de la farmacodependencia en anestesiólogos

Dr. *Gustavo Calabrese

RESUMEN: La farmacodependencia es una enfermedad devastadora, progresiva, recidivante, crónica e incurable caracterizada por una dependencia química con repercusiones en lo físico y psicológico, y que sólo puede ser controlada. Puede desarrollarse en anestesiólogos como resultado de una compleja interacción de diversos factores como la predisposición genética, factores psicosociales y biológicos, una historia familiar o personal de abuso, estrés laboral crónico (Síndrome de Burnout) y el fácil acceso y disponibilidad de la droga en el trabajo de aquellos que tienen la responsabilidad de anestesiar a sus pacientes. La farmacodependencia en los anestesiólogos puede tener consecuencias personales, familiares y laborales. Las personales se relacionan con un progresivo deterioro en su estado de vida y salud, síndrome de abstinencia, la posibilidad de recaídas, alteraciones psiquiátricas como angustia, depresión, llegar a la muerte por suicidio y por sobredosis. Las familiares se vinculan a altas tasas de divorcios de alrededor del 34% y a patrones de desmembramiento familiar. Las laborales se vinculan a la incapacidad de realizar sus tareas habituales y a la posibilidad de cometer errores médicos que pueden llegar a la mala práctica y al abandono de la especialidad. Cuando hay sospecha de un adicto debe realizarse un proceso de identificación e intervención para ingresarlo a programas de tratamientos. Frente a esta realidad, debemos asumir el concepto de responsabilidad compartida desde una triple perspectiva que involucra al anestesiólogo, a las sociedades científico-gremiales y a las instituciones médicas empleadoras, a fin de lograr superar, desviar o disminuir estos riesgos.

Palabras Clave

- ▶ Farmacodependencia
- ▶ Opiáceos
- ▶ Anestesiólogos
- ▶ Sobredosis
- ▶ Suicidios

Current vision of drug-dependency among anesthesiologists

SUMMARY: Drug-dependency is a devastating, progressive, recurrent, chronic and incurable illness characterized by a dependency on chemicals with physical and psychological repercussions and can only be held in check. It can occur in anesthesiologists as a result of the complex interaction of various factors such as genetic predisposition, psychosocial and biological factors, family history of abuse, personal history of abuse, chronic labor stress (Burnout Syndrome) and the easy access and availability of drugs in the work place for those who have the responsibility of anesthetizing their patients. Drug dependency in anesthesiologists can have personal, family and labor consequences. Personal consequences have to do with the progressive deterioration of the person's life and health, withdrawal syndrome, possibility of recurrence, psychiatric disorders such as anguish, depression, and even death by suicide and overdose. Family consequences are related to a high divorce rate of around 34% and patterns of family dismemberment. Labor consequences are related to the inability to perform routine tasks and the possibility of committing medical errors that can include

*Anestesiólogo. Coordinador de la Comisión de Riesgos Profesionales de la C.L.A.S.A.

malpractice and abandonment of the specialty. When there is suspicion of an addict, a process of identification and intervention must be initiated for the person's ingress to treatment programs. Faced with this reality, we must assume the concept of shared responsibility from a triple perspective that involves the anesthesiologist, the scientific-labor associations and the employing medical institutions to try to abate, deflect or reduce these risks.

Key Words

- ▶ Drug dependence
- ▶ Opiates
- ▶ Anesthesiologists
- ▶ Overdose
- ▶ Suicides

Visão atual da farmacodependência em anestesiologistas

RESUMO: A farmacodependência é uma doença devastadora, progressiva, recidivante, crônica e incurável caracterizada por uma dependência química, com repercussões físicas e psicológicas, e que só pode ser controlada. Pode apresentar-se em anestesiologistas como resultado de uma complexa interação de diversos fatores como predisposição genética, fatores psicossociais e biológicos, história familiar ou pessoal de consumo abusivo, estresse crônico no trabalho (S. Burnout) e fácil acesso e disponibilidade da droga daqueles profissionais que têm a responsabilidade de administrar anestesia aos pacientes. A farmacodependência nos anestesiologistas pode ter conseqüências pessoais, familiares e no âmbito do trabalho. As pessoais se relacionam com a progressiva deteriorização da qualidade de vida e saúde, síndrome de abstinência, possibilidade de recaídas e alterações psiquiátricas como a angustia e a depressão podendo chegar até a morte por suicídio ou superdose. As familiares se vinculam a altas taxas de divórcios de aproximadamente 34% e a casos de desmembramento familiar. As conseqüências no âmbito do trabalho são a incapacidade de realizar as tarefas habituais e a possibilidade de cometer erros médicos que possam derivar em má prática e até abandono da especialidade. Perante a suspeita da existência de um caso de dependência, deve iniciar-se um processo de identificação e intervenção visando incluir o funcionário num programa de tratamento. Esta realidade nos leva a assumir o conceito de responsabilidade compartilhada desde uma perspectiva que envolve o anestesiologista, as sociedades científico-gremiais e as instituições médicas empregadoras, a fim de poder superar, desviar ou diminuir esses riscos.

Palavras-chave

- ▶ Fármacodependência
- ▶ Opiáceos
- ▶ Anestesiologistas
- ▶ Superdose
- ▶ Suicídios

Introducción

El uso indebido de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, es considerado un problema de salud pública a escala mundial.

Para introducirnos en este tema estableceremos conceptos con base en las recomendaciones de los expertos en el área de abuso de sustancias. La OMS define una droga como una sustancia química que introducida al organismo voluntariamente posee la propiedad de modificar sus condiciones físico-químicas. La droga puede consumirse en un proceso evolutivo en forma frecuente llegando al abuso, a la adicción y a la dependencia química.

El abuso es el uso inapropiado y deletéreo de la droga sin llegar a la compulsión por su consumo, pudiendo ser superado sin ayuda¹.

La adicción es la compulsión irresistible al consumo, con pérdida del control para obtenerla a pesar de las consecuencias adversas^{1,2}.

La dependencia química es la utilización continua e incontrolada de sustancias que modifican el humor y el comportamiento provocando graves consecuencias¹⁻³.

La farmacodependencia es una enfermedad devastadora, crónica, progresiva y recidivante caracterizada por una dependencia química con repercusiones en lo físico y psicológico, que debe ser reconocida antes de ser tratada y que se caracteriza porque el adicto no acepta su enfermedad⁴. En el concepto de dependencia química se la asimila a una enfermedad crónica e incurable que sólo puede ser controlada.

Visión actual de la farmacodependencia en el anestesiólogo

La farmacodependencia en los anestesiólogos es una temática compleja que involucra drogadicción en el ámbito laboral, relacionada con los fármacos que tiene la responsabilidad de administrar para realizar sus anestias⁵. Como

consecuencia, ocurre un proceso de desmejoramiento progresivo del anestesiólogo en su estado de vida y salud generando una incapacidad que representa un riesgo para su familia, la comunidad, el hospital y los colegas⁶⁻⁸. La realidad actual muestra que la morbilidad por autoadministración de fármacos es mucho más frecuente entre anestesiólogos que los efectos adversos por otros riesgos potenciales en el quirófano⁹. Es por eso que está latente la preocupación por la incidencia de problemas de consumo y abuso de drogas psicoactivas entre los anestesiólogos, así como la aparición de casos de adicciones y dependencia química en la comunidad anestesiológica internacional, tanto en los especialistas como de manera importante en los residentes. En nuestro abordaje debemos subrayar que a pesar de que puede haber consumo, abuso y/o adicciones a diferentes fármacos, los opiáceos son los de mayor impacto para la salud y la vida de los anestesiólogos, y serán a los cuales nos referiremos en nuestro artículo.

Este trabajo especial está dirigido a los anestesiólogos latinoamericanos, buscando mediante un abordaje integral del tema aportar información, educar y tratar de crear una conciencia colectiva.

Incidencia

En los últimos años ha llamado la atención el crecimiento de los casos de consumo entre los anestesiólogos. Estudios como el de Barreiro muestran una mayor tendencia al consumo de sustancias psicoactivas en anestesiólogos en comparación con internistas¹⁰, en tanto Hugues y Paris han planteado que es más común el consumo de opiáceos entre anestesiólogos que en otras especialidades^{11,12}. La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos, y especialmente entre los anestesiólogos, resulta muy difícil de establecer, y surgen fundamentalmente de fuentes como estudios retrospectivos, programas de tratamientos y estudios prospectivos.

En estudios retrospectivos la incidencia de abuso en anestesiólogos varió del 1% al 5% en diversos estudios en Estados Unidos¹³⁻¹⁶.

Los estudios prospectivos en Latinoamérica muestran una incidencia promedio de abuso de drogas de 1,7%, donde el 75% fue por opiáceos¹⁷.

En EE.UU., a pesar de que sólo el 3% de los médicos son anestesiólogos, pudo comprobarse que entre 12 y 14% de los médicos tratados por dependencia química pertenecían a esa profesión¹⁸. De éstos, el 50% tenía menos de 30 años y una tercera parte eran residentes, siendo los opiáceos "los preferidos" de los anestesiólogos más jóvenes y el fentanil el narcótico más consumido¹⁸.

Un reciente estudio de 133 programas académicos de anestesia en los EE.UU. mostró una incidencia de abuso del 1% para especialistas y de 1.6% para residentes¹⁹.

Se verificó que el 33,7% del total de médicos tratados en terapia por adicción eran residentes de anestesia, cifra 7,4 veces mayor que la que corresponde a los residentes de otras especialidades²⁰. En reciente encuesta de residentes de la A.S.A, la incidencia de abuso fue del 34,5%, con predilección por el fentanil²¹. Si nos preguntamos cuáles son las características de los anestesiólogos adictos diríamos que: el 50% son menores de 35 años, principalmente residentes; el 67-88% son varones, 75-96% de raza blanca; la droga principal, del 76-90% son los opiáceos, con 35-50% de uso de otras drogas; el 33% viene de familia con historia de droga-adicción y 65% fueron asociados a departamentos académicos^{22,23}.

Factores de riesgo

La farmacodependencia es compleja y se desarrolla como resultado de la interacción de diversos factores como la predisposición genética, factores psicosociales y biológicos, historia familiar o personal de abuso, estrés laboral crónico y disponibilidad de la droga^{6,23-24}. La predisposición genética puede contribuir a la progresión del consumo abusivo a la adicción, sugiriéndose la existencia de una base bioquímica cerebral relacionada con alteraciones del neurocircuito mediadas por mediadores dopaminérgicos²⁵⁻²⁷.

La historia personal se caracteriza por el uso experimental, lo que aumenta el riesgo de avanzar hacia la adicción²⁸. La historia familiar es un factor de importancia, donde puede crearse un entorno viable para la adicción²⁸. Estas causas son inherentes a cualquier población adicta, pero en el caso de los anestesiólogos, el estrés laboral y la disponibilidad de la droga en "su trabajo diario" son factores que favorecen una mayor incidencia^{6,9}.

El estrés laboral crónico en los anestesiólogos, sobre todo bajo la forma del síndrome de Burnout, surge de un estilo de vida muy particular caracterizado por: intensa carga física y psíquica, responsabilidad por la seguridad del paciente, ambiente de trabajo muy competitivo, contacto con pacientes portadores de infecciones por HIV, virus de Hepatitis B, virus de Hepatitis C, contacto con pacientes graves, "contacto con la muerte"; modalidad laboral de "alta presión", exceso de horas trabajadas, horas nocturnas, inadecuados calendarios laborales, con fatiga y privación del sueño y con un progresivo desajuste de las expectativas profesionales y personales²⁹⁻³².

Cuando hay adicción existe la urgencia del consumo, y no hay duda de que el anestesiólogo tiene la disponibilidad y el acceso a la droga de "elección"; por eso se dice que trabajamos en la tienda de golosinas "candy store". Esta afirmación es evidente cuando el 85% de los residentes de anestesiología en programas de recuperación de farmacodependencia indicaron que el hecho de tener la droga a su alcance influyó en la elección de la especialidad¹⁸.

Perfil clínico

La enfermedad se desarrolla en forma progresiva, recidivante y crónica. La rapidez de inicio y la evolución de la misma está relacionada con la potencia de la droga "de elección". En el caso de los opioides, como por ejemplo el fentanilo, en menos de un año se hace aparente, mientras que en el sufentanilo ese tiempo es de menos de un mes, principalmente en el medio hospitalario⁴. Durante el corto curso de la adicción al fentanilo o sufentanilo el adicto desarrolla una tolerancia increíble, lo que provoca el uso de dosis progresivamente mayores.

Para tener una real dimensión del problema, los adictos pueden llegar a necesitar inyectarse entre 80 y 100 ml de fentanilo por día; en el caso del sufentanilo, a las pocas semanas de adicción la dosis puede ser de 10 a 20 ml por día, con riesgo de muerte por sobredosis⁴.

Es característico que la dependencia se desarrolle en diferentes ámbitos, social, familiar y laboral^{4,6}.

En el proceso evolutivo se pueden padecer trastornos crónicos físicos, psicológicos y sociales posibles de evidenciarse fuera y dentro del hospital^{4,23,33}. En el hospital los adictos adoptan patrones de conductas característicos con cambios inusuales del comportamiento, del ánimo, con períodos de depresión, enojo e irritabilidad, alternando con períodos de euforia.

También se notan descuidos en el llenado de la hoja anestésica, prescripciones cada vez mayores de narcóticos y creciente uso de éstos en las cirugías en las que intervienen. Por otro lado, no se toman el tiempo adecuado para comer o descansar y les gusta trabajar solos para usar técnicas sin narcóticos y desviarlos para su uso personal. Los profesionales adictos son difíciles de ubicar entre anestesia y anestesia, realizando breves "siestas" después de usar la droga. Es muy común que se encuentren en el hospital fuera del horario de trabajo para estar cerca de las drogas y evitar abstinencias.

Suelen usar ropa de manga larga para esconder las huellas de las agujas y combatir la sensación de frío que experimentan.

Los patrones de conducta característicos fuera del hospital son el aislamiento de la familia, con cambios inusuales del comportamiento, peleas y discusiones en su casa, y problemas de conducta de sus hijos. Habitualmente esconden agujas y niegan la drogadicción.

Socialmente tienen relaciones extra matrimoniales, problemas legales, y cuando no pueden manejar la situación ni el síndrome de abstinencia buscan realizar la llamada "cura geográfica" cambiando de lugar y/o ciudad de trabajo. Cuando progresa la adicción su actividad sexual suele disminuir; pueden perder peso y presentar palidez, pupilas puntiformes y signos de abstinencia, pudiendo ser encontrados en los cuartos de guardia o en los baños, trágicamente muertos por sobredosis^{4,23}.

Consecuencias

Las consecuencias personales son muy importantes y graves, y pueden llevar en algunos casos a un progresivo deterioro en su estado de vida y salud y al síndrome de abstinencia, siendo posibles las recaídas, las alteraciones psiquiátricas como la angustia y la depresión, y hasta llegarse a la muerte por suicidio o sobredosis^{4,6}.

La recaída en aquellos anestesiólogos con historia de adicción a narcóticos que retornaron a su trabajo varió del 19%⁴ al 26%³⁴ y hasta un 40%¹². La muerte puede ser la forma de presentación como síntoma inicial de recaída en el 16%¹³.

El riesgo de suicidio entre los anestesiólogos fue 3 veces superior en comparación con un grupo de control³⁴.

En un estudio realizado en México sobre informes de jefes de servicio se registraron 7 muertes por suicidio relacionadas con farmacodependencia, principalmente a opiáceos³⁶.

La muerte por sobredosis fue del 10% en 10 años sobre 285 casos¹⁴, del 16% en 5 años sobre 44 casos¹⁵, y 26 muertes en 2 años comunicadas por Silverstein³⁸.

El riesgo de suicidio por sobredosis en el anestesiólogo fue 2 veces superior con respecto a los médicos internistas, y los casos de muerte 3 veces superior en los primeros 5 años de residencia³⁷.

En definitiva, el suicidio por sobredosis, así como la muerte relacionada con el consumo de drogas, son los riesgos más significativos de mortalidad ocupacional del anestesiólogo en la actualidad⁶.

Las consecuencias familiares se vinculan a altas tasas de divorcios, en EE.UU. alrededor de 34%, y a una inadecuada relación con los hijos, lo que genera un patrón de desmembramiento familiar³⁹.

Las consecuencias laborales se vinculan al desarrollo de incapacidad de realizar sus tareas habituales, menor seguridad, probabilidad de errores médicos pudiendo llegar a la mala práctica y al abandono de la especialidad^{8,40}.

Las consecuencias legales que puede afrontar el anestesiólogo es un tema polémico difícil de abordar por la complejidad de la enfermedad y por los diferentes matices de las legislaciones en los distintos países. Por ejemplo, en EE.UU., si alguna autoridad sanitaria prohíbe al anestesiólogo en recuperación regresar a la práctica basándose solamente en su historia de adicción, puede éste iniciar una acción legal. En ese país, una ley federal protege a los trabajadores discapacitados ADA (Acta de americanos con discapacidad); por definición, la adicción es una discapacidad, razón por la cual a un anestesiólogo en recuperación sometido a tratamiento, entrenamientos adecuados y controles normales, no se le puede negar el derecho al trabajo, por lo que resulta que cualquier decisión y su implicancia legal es muy compleja. La ADA puede exigir una "reubicación razonable" para aquel adicto calificado que quiere retomar la práctica médica⁴¹.

Conductas

Cuando se sospecha un caso de adicción, debe realizarse la identificación a fin de obtener la información administrativa, clínica y de contralor de drogas, e iniciar una investigación con el objetivo de llegar al tratamiento^{42,43}. Luego comienza la intervención, proceso en el que se prueba que una persona con dependencia química está enferma y que necesita tratamiento⁴⁴. La misma debe ser realizada por un comité hospitalario y por un comité de la sociedad o federación de anestesia para iniciar un programa de tratamiento⁴⁵.

Éste debe ser llevado a cabo por un equipo multidisciplinario (psiquiatra, internista, neurólogo, especialista en adicciones, nutricionista, asistente social, etc.) involucrando al adicto y su familia⁴⁶⁻⁴⁸; el programa tiene varias fases:

- temprana: internación para la desintoxicación, educación intensiva y modificación del comportamiento
- intermedia: terapias de grupo y de autoayuda, como Narcóticos Anónimos, con el objetivo de lograr la total abstinencia
- avanzada, etapa en la cual se le da el alta formal, pudiendo en algunos casos firmar contratos de contralor, y se le recomienda sí o no volver a ejercer su especialidad.

La reincorporación al hogar y al trabajo es un momento clave y difícil, ya que tiene amplia repercusión en la futura vida del adicto.

Un tema delicado y polémico es decidir si el anestesiólogo en recuperación debe regresar a la práctica anestésica. En una encuesta de la ASA sobre programas de entrenamiento se verifica que sólo el 50% de los adictos a fentanilo son reincorporados, siendo que la mitad de ellos renunció al cargo; además, del resto, el 20% tuvo recaídas y abandonaron el tratamiento⁹.

Se han establecido categorías para el posible retorno del anestesiólogo a programas de tratamiento; las mismas fueron elaboradas por el Talbott Recovery Program y aplicadas en 10 estados en EE.UU.; ellas son^{48,49}:

- Categoría I: son aquellos que retornan a la anestesiología inmediatamente después del tratamiento. Ellos aceptan y entienden su enfermedad y mantienen vínculos con la AA, alcohólicos anónimos, o con la NA, narcóticos anónimos; cuentan con un adecuado soporte familiar, y establecen un contrato de 5 años de contralor; deben tener un estilo de vida equilibrado y contar con el respaldo del equipo del programa de tratamiento.

- Categoría II: son aquellos que posiblemente pueden retornar a la anestesiología; estuvieron bajo tratamiento 1-2 años, sin trabajar, se recuperan de las recaídas y cuentan con el apoyo de la familia; participan en la AA y la NA, alcohólicos y narcóticos anónimos; recuperaron bastante su capacidad de trabajo y destreza y tienen un adecuado esta-

do de ánimo, sin problemas psiquiátricos, aunque con alguna actitud negativa frente a la enfermedad.

- Categoría III: son aquellos que se reubican en otra especialidad. Durante mucho tiempo usaron drogas por vía intravenosa, recibieron tratamiento sin éxito y tuvieron recaídas. En ellos la enfermedad permanece activa y el entorno familiar no es el adecuado. No cumplieron su contrato de contralor, su estado de ánimo no es bueno, no participan en la AA ni en la NA y tienen severos problemas psiquiátricos

Recomendaciones

No hay forma de asegurar que el abuso de sustancias psicoactivas no conduzca a la adicción, siendo la única protección absoluta evitar completamente el uso ilícito de las drogas^{6,24}.

Por lo tanto, es esencial establecer una política de prevención y otra de respaldo al anestesiólogo y a la familia.

Política de prevención^{24,50,51}

Se basa en una estrategia de prevención conjunta a través de programas de:

- educación, información y difusión para el anestesiólogo.
- identificación de los potenciales "adictos".
- manejo de los potenciales factores de riesgo.
- manejo del estrés crónico laboral.
- vigilancia continua de la medicación psicoactiva, materiales, accesorios, etc.

Política de educación, información y difusión para el anestesiólogo y familiares^{24,51}

A partir de su ingreso, los residentes de anestesia (población de alto riesgo) deben:

- participar en cursos curriculares de educación sobre farmacodependencia.
- recibir información por distintas vías: posters, carteles y afiches sobre los peligros de la adicción/dependencia química en el anestesiólogo, videos temáticos y material bibliográfico.
- participar en talleres junto a sus familiares.
- participar en jornadas científicas de residentes sobre el tema.
- asistir obligatoriamente a congresos y conferencias vinculadas al tema, con valor curricular.

A los especialistas se los debe educar e informar^{24,50}:

- estimulando la lectura de estos temas en los servicios;
- estimulando la memoria visual por medio de posters, carteles y afiches sobre los peligros de la adicción/dependencia química en el anestesiólogo.
- promoviendo su participación en cursos sobre el tema;

- promoviendo su participación en congresos y conferencias sobre el tema.
- proveyéndoles información de la sociedad de anestesia (on line, folletos, revista científica, videos, etc.).

En todos los casos, debe contarse con una línea telefónica (hot line) para brindar información a los médicos y familiares.

Protocolo de identificación de adictos "potenciales"^{24,50}

Identificación en residentes y/o especialistas de anestesia^{24,50,52}

Se debe instaurar en los servicios de anestesia un programa continuo de identificación de residentes y/o especialistas de potencial "alto riesgo"⁵².

Se realizará:

- Una encuesta de evaluación de hábitos, personalidad, antecedentes personales, psicológicos, etc.
- Una entrevista psicológica.
- Exámenes de sangre al ingreso, por ej. hepatitis, HIV. etc.
- Rinoscopia obligatoria.
- Examen de orina.
- Consulta psiquiátrica.
- Evaluación del tipo de medicación de uso frecuente (por ej., psicofármacos).
- Averiguación sobre su realidad familiar actual.
- Averiguación sobre antecedentes personales previos a la drogadicción; antecedentes sociales, familiares, otras adicciones.
- Una evaluación de conductas dentro y fuera del hospital.
- Un monitoreo continuo de los residentes.

Todas estas medidas son tendientes a identificarlos y realizar la intervención para ingresarlos en tratamientos, en algunos casos incluso para salvarles la vida. Pretendemos además adelantarnos a situaciones futuras propias del desarrollo de la enfermedad y buscar reorientar al residente o al pre grado hacia otra especialidad, aunque siempre debe quedar claro el concepto de prevención y protección al colega desmejorado o enfermo por su adicción.

Manejo de los factores de riesgo potenciales

Protocolos para el manejo del estrés crónico laboral^{6,23,24,50}

Se basa en el abordaje integral de cómo cambiar la organización del trabajo para prevenir el estrés laboral.

Cuidadoso planeamiento del calendario laboral en el cual se equilibren las horas de trabajo diurnas y nocturnas para evitar la fatiga y la privación del sueño, buscando que el volumen de trabajo esté de acuerdo con las habilidades y los recursos de los trabajadores

Protocolo de vigilancia continua tanto sobre el acceso a la medicación psicoactiva y material accesorio (jeringas, agujas, etc.) como sobre su disponibilidad^{6,19,23,49}.

- Custodia y contralor de drogas narcóticas en el quirófano
- Farmacia satélite en el quirófano.
- Determinación estricta y exacta de la necesidad de narcóticos y su dosificación (dosis unitaria a cada paciente).
- Contralor de dosis en cada caso, su entrega al comienzo y al final.
- Se requiere la cooperación del anestesiólogo jefe, del farmacéutico y del encargado del personal de enfermería del quirófano.
- Se debe realizar control de jeringas y agujas.
- Contralor administrativos en las hojas de registro anestésico.
- Contralor de recetas de narcóticos de cada anestesiólogo.
- Control indirecto considerando la opinión del paciente en cuanto al dolor.

Dispensador electrónico en el quirófano

- Se debe contar con una habilitación para poder retirar la medicación a usar.
- Se debe establecer qué medicación.
- Se debe establecer cuál es la dosis.
- Se deben realizar registros de quien retira y registros para el contralor de la máquina.

Controles fuera del quirófano

- Controles estrictos de la medicación, jeringas, etc.
- Falta de habilitación para el retiro de medicación a anestesiólogos durante su turno.
- Falta de habilitación para el retiro de medicación a anestesiólogos fuera de sus turnos de trabajo.

Política de respaldo al anestesiólogo y su familia^{24,50}

Se basan en:

- Disponer de líneas telefónicas abiertas las 24 horas para ayudar tanto a los familiares como a los adictos.
- Disponer de programas de rehabilitación en farmacodependencia para el anestesiólogo.
- Contar con programas de ayuda económica para financiar tratamientos y rehabilitación.

Conclusiones

Estamos frente a una dura realidad para los anestesiólogos, que preocupa y avanza. La misma produce desmejoramiento en la calidad de vida y salud, daño familiar y pérdidas irreparables, por lo que debemos asumir una responsabilidad compartida desde una triple perspectiva:

- Por parte del anestesiólogo, que debe educarse sobre el tema.
- De las instituciones médicas empleadoras, que deben contar con programas de prevención y protección ten-

dientes a identificar los potenciales adictos, manejar los factores de riesgos y tener el control de los fármacos.

- De las Sociedades y/o Federaciones de Anestesia, que deben tener un rol protagónico a través de una política integral sobre el tema apuntando a:
 - la información y educación sobre el tema,
 - la organización para la protección del colega enfermo,
 - contar con programas de rehabilitación,
 - y disponer de respaldo económico para el colega y su familia.

Todo esto alineado en un programa de salud ocupacional para nuestros especialistas.

Finalmente una reflexión: *“La adicción es una enfermedad para toda la vida; sus efectos agudos pueden superarse, pero sus secuelas dejan sus marcas indelebiles en cada víctima”*

Bibliografía

1. Rinaldi RC, Steidler EM, Wildfor BB, Goodwin D: Clarification and standardization of substance abuse terminology. JAMA 1988; 259:55.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994: 175-272.
3. Czernichow S, Bonnet F: Le risque de toxicomanie chez les medecins anesthesistes. Ann Fr Anesth Reanim 2000; 19:668-674.
4. Arnold W. Task Force on Chemical Dependence in Anaesthesiologists: What you need to know when you need to know it. Illinois: ASA American Society of Anesthesiologists 1998.
5. Hedberg E: Anesthesiologists: Addicted to the drugs they administer. ASA Newsletter 2001; 5 vol 65.
6. Calabrese G: Riesgos Profesionales. En Texto de Anestesiología Teórico Practico, J. A. Aldrete. Manual Moderno, México, 2003:pp.1477-1498.
7. Calabrese G: Farmacodependencia en el Anestesiólogo. Conferencia en Actas XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología Cancún México 2001; 53-54.
8. American Medical Association Council on Mental Health. The sick physician: Impairment by psychiatric disorder, including alcoholism and drug dependence. JAMA 1973; 223:686.
9. Arnold WP III: En: Anestesia: Miller R.: Seguridad medioambiental, incluída la dependencia de agentes químicos. Harcourt-Brace edición en español 1998; 2619.
10. Barreiro G, Benia W, Francolino C, Daputo J, Gano M: Consumo de sustancias psicoactivas: Estudio comparativo entre anestesiólogos e internistas en Uruguay. Anest Analg Rean 2001; 17(1):20-25.
11. Hughes P, Storr CL, Brandenburg NA, Balwin DC Jr.: Physician substance use by medical specialty. J Addict Dis 1999;18 (2):23-27.
12. Paris RT, Canavan DI. Physician substance abuse impairment: Anesthesiologists vs other specialties. J Addictive Diseases. 1999; 18:1-7.
13. Menck EJ: Success of re entry into anaesthesiology training programs of resident with a history of substance abuse JAMA 1990; 263:3060.
14. Ward CF: Drugs abuse in anaesthesia training programs: survey 1970-1980. Jama 1983; 250:922-5.
15. Gravenstein JS: Drug abuse by anaesthesia personnel. Anaesth. Analg. 1983; 62:467-72.
16. Lutsky I. et al: Psychoactive substance study use among American anaesthesiologists, a 30 year retrospective study. Can. J. Anaesth: 1993; 40:915-921.
17. Calabrese G: Informe preliminar sobre “Encuesta de Riesgos Profesionales del Anestesiólogo en Latinoamérica”. Comisión de Riesgos Profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. XXI Asamblea de delegados de CLASA. XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología. San Salvador. El Salvador, 2001.
18. Gallegos KV: Addition in anaesthesiologists: Drug access and patterns of substance abuse. Q R B, 1988; 14:11.
19. Booth J. Sustance abuse among physicians: A survey of Academic Programs. Anesth Analg 2002; 95, 1024-1030.
20. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia's impaired physicians program review of the first 1,000 physicians: Analysis of specialty. JAMA. 1987; 257:2927-2930.
21. Abdelmalak B. Stress in American Anesthesiology Residencies. ASA Newsletter. Resident review. 1999;12.
22. Hughes PH et al: Resident physician substance abuse in the United States. JAMA 1991; 265:2069-2073.
23. A.S.A (American Society of Anesthesiologists). Task Force on Chemical Dependence. Model Curriculum on Drug Abuse and Addiction for Residents in Anesthesiology. En internet: www.ASAhq.org/Proinfo/Curriculum.htm.
24. Calabrese G: Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo. Comisión de Riesgos Profesionales de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. XXII Asamblea de delegados de CLASA. XXVII Congreso Latinoamericano de Anestesiología, Guatemala, 2003.
25. Chandon M. Toxicomanie et addiction en milieu anesthésique: sortir du non dit. Ann Fr Anesth Reanim 2000; 19:640-642.
26. Blum K. A commentary on neurotransmitter restoration as a common mode of treatment for alcohol, cocaine and opiate abuse. Integr Psychiatry 1989; 6:199-204.
27. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. Science 1997; 278:45-7.
28. Mac Auliffe, WE, Rhorman M, Santangelo S: Psychoactive drug use among practicing physicians and medical students. N. E NGL. Med. 1986; 315:805.
29. Calabrese G: Influencia del Estilo de vida Laboral del Anestesiólogo en la salud. En Anestesiólogos Mexicanos en Internet. Ciberconferencia. En: II Congreso Virtual Mexicano de Anestesiología. I Congreso Virtual Latinoamericano de Anestesiología, www.anestesia.com.mx/congreso 2002; 1-30 de noviembre 2002.
30. Jackscon SH. The role of stress in anesthetist's health and well-being. Acta Anaesthesiol Scand, 1999; 43:583-602.
31. Calabrese G: Estrés crónico en el anestesiólogo actual. Actas Peruanas 2001;14;1;10-13.
32. Calabrese G: Estrés laboral crónico en el anestesiólogo y sus consecuencias. Conferencia: En Actas del 32º Congreso Argentino de Anestesiología. Mendoza, Argentina, septiembre 2003; 197-201.
33. Sanz Yaguez F, Lopez Corbalan JC. Abuse of psychoactive

- drugs among health professionals. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1999 Oct; 46(8):354-8.
34. Pelton C, Ikeda RM. The California Physicians Diversion Program's experience with recovering anesthesiologists. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1991; 23:427-431.
35. Bruce DL: A prospective survey of anesthesiologist mortality. 1967-1971, *Anesthesiology* 1974; 41:71.
36. Paisano R; Zuñiga OV; Farmacodependencia entre anestesiólogos. *Rev. Mex. Anestesiología*. ene.-mar. 1988;11(1):39-45.
37. Silverstein J et al: Opioid addiction in anaesthesiology. *Anesthesiology* 1993; 79:354-375.
38. Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific mortality risk of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000; 93:922-930.
39. Lutsky I et al: The use of psychoactive substance abuse in three medical specialties: anaesthesia, medicine, surgery. *Can. J. Anaesthesiology* 1994; 41:561-567.
40. Walzer RS. Impaired physicians: An overview and update of the legal issues. *J. Leg. Med* 1990;11:131-198.
41. Booklet of information: The American Board of Anesthesiology. Hartford, ct, 1993.
42. Lecky JH, Aukberg SJ, Conahan T. A departmental policy addressing chemical substance abuse. *Anesthesiology* 1986; 65:414.
43. Spiegelman WG, Saunders L, Mazzeri. Addiction and anaesthesiology. *Anesthesiology* 1984; 69:335.
44. Johnson VE. Intervention: How to help someone. Who doesn't want help. Johnson Institute Books, Minneapolis 1986.
45. Talbott GD. The impaired physicians and intervention. A key to recovery. *J Fla Med Assoc*. 1982; 69:793-797.
46. Wildford BB. The drug abusing physician. Drug abuse, a guide for the primary care physician. Chicago, American Medical Association 1981:285-297.
47. Herrington RE, Benzer DJ, Jacobsen GR, Wawkins MK. Treating substance abuse disorders among physicians. *JAMA*. 1982; 247:2253-2256.
48. Talbott GD. Elements of the impaired physicians program. *J. Med Assoc Ga* 1984; 73:749.
49. Angres DH, Talbott GD, Bettinardi-Angres K. Healing the Healer. Madison, CT: Psychosocial Press; 1998.
50. Calabrese G: Farmacodependencia en los Anestesiólogos de Latinoamérica "Una problemática preocupante y en aumento". Proyecto de la Comisión de Riesgos Profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. XXII Asamblea de delegados de CLASA, XXVII Congreso Latinoamericano de Anestesiología Ciudad de Guatemala, Guatemala 2003.
51. Berry A. Time to take action on chemical dependence. *ASA Newsletter* 2001;65:(5)1-2.
52. Calabrese G: Residentes de Anestesia "Población de Alto Riesgo". Proyecto de la Comisión de Riesgos Profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. XXI Asamblea de delegados de CLASA. XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología. San Salvador, El Salvador, 2001.

Aceptado: 15/03/04

Dirección Postal: Dr. Gustavo Calabrese
E-mail: gcalabre@adinet.com.uy.