

Fármaco-dependencia en anestesiólogos, un gran problema ocupacional actual

Gustavo Calabrese, MD*

RESUMEN

La fármaco-dependencia, en nuestra especialidad, representa un gran problema ocupacional, debido a que involucra la drogadicción en el ámbito laboral del anestesiólogo, con los fármacos que tiene la responsabilidad de administrar a sus pacientes. Estas situaciones pueden derivar en un proceso de desmejoramiento progresivo del profesional en su estado de vida y salud, considerándose en la actualidad como uno de los riesgos de más alto impacto para la salud del anestesiólogo. En ella pueden interactuar diversos factores, como la predisposición genética, factores psico-sociales, biológicos, historia familiar de abuso, historia personal de abuso, estrés laboral crónico (Síndrome Burnout) y el fácil acceso y disponibilidad de la droga en el trabajo, en donde puede desviar aquella destinada a anestesiarse a sus pacientes.

La fármaco-dependencia puede generar 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, llegando a la muerte por suicidio y por sobredosis. Las familiares se vinculan a altas tasas de divorcios y patrones de desmembramiento familiar. Las laborales tienen que ver con incapacidad de realizar sus tareas habituales, probabilidad de errores médicos, pudiendo llegar a la mala práctica y al abandono de la especialidad.

Frente a la sospecha, debe realizarse un proceso de identificación y la correspondiente intervención, para incluir al implicado en programas de tratamiento. Enfrentados a esta realidad, debemos asumir el concepto de responsabilidad compartida desde una triple perspectiva que involucre al anestesiólogo, a las sociedades científico-gremiales y a las instituciones médicas empleadoras para lograr abatir, desviar o disminuir estos riesgos.

Palabras claves: Anestesiólogos, Fármaco-dependencia, Opiáceos, Sobredosis, Muerte, Suicidio.

SUMMARY

Drug dependency in our specialty represents a big occupational problem, because it involves the drug addiction in the labor scope of the anesthesiologist, with drugs whose responsibility is to administer to his or her patients. These situations can derive in a process of progressive decline from the physician in its standard of life and health, being one of the risk aspects with higher impact for the health of the anesthesiologist. In it can interact diverse factors like the genetic predisposition, psycho-social and biological factors, family and personal history of abuse, chronic stress labor (Burnout Syndrome) easy access and availability of the drug in the work area. It can generate personal, familiar and labor consequences. The personal ones are related to a progressive deterioration in his or her life and health status, syndrome of abstinence, relapses, psychiatric disorders as depression, and suicide attempt and even death by suicide and overdose. The familiar ones are related to a high incidence of divorces and family disruption. Labor consequences include incapability to develop the habitual tasks, probability of medical errors, malpractice and abandonment of the specialty.

* Coordinador de la Comisión de Riesgos profesionales de la C. L. A. S. A. Uruguay.
Email: gcalabre@adinet.com.uy.
Recibido para publicación noviembre 15, 2006; aceptado para publicación mayo 15, 2006

Faced to the suspicion, identification and intervention must be made: including the victim in a treatment program. In front to this reality, we must assume the concept of shared responsibility from a triple perspective: the anesthesiologist, the scientific and union societies, and the institutions which provide the jobs, in order to avoid or make lower these risks.

Key Words: *Anesthesiologist, Drug dependency, Opiate, Overdose, Death, Suicide.*

INTRODUCCIÓN

El uso indebido de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial. Cuando esta situación se centra en el ámbito médico de trabajo, se transforma en una problemática compleja, con un alto impacto para el médico involucrado, la comunidad y el hospital. La misma es aún más compleja y peculiar, cuando involucra a médicos especialistas que se drogan con las fármacos psicoactivos que tienen la responsabilidad de administrar en el desarrollo de su trabajo, como es el caso de los anesestesiólogos⁽¹⁻³⁾. Si bien éstos están expuestos a numerosos riesgos profesionales, en la actualidad se destacan notoriamente aquellos relacionados a la fármaco dependencia, por sus potenciales consecuencias personales, familiares, laborales y legales⁽⁴⁻⁷⁾, lo que representa un gran problema ocupacional. Aquí debemos subrayar que en anesestesiólogos puede haber consumo, abuso, adicciones, dependencia química a diferentes fármacos, como hipnóticos, sedantes, analgésicos, etc.⁽⁸⁻⁹⁾. Sin embargo, los opiáceos son los de mayor frecuencia e impacto para la salud y la vida de este grupo de profesionales, por lo cual serán de los que nos ocuparemos fundamentalmente.

Este artículo especial está dirigido a los anesestesiólogos, buscando aportar información, educar y crear una conciencia colectiva y organización para el manejo de estas situaciones.

INCIDENCIA

La visión actual de la fármaco dependencia muestra una realidad preocupante, compleja y delicada, donde la morbilidad por auto administración de fármacos es mucho más frecuente entre anesestesiólogos, que los efectos adversos por otros riesgos potenciales en el quirófano⁽¹⁰⁾. Es así que ha llamado la atención una mayor tendencia al consumo de sustancias psicoactivas en anesestesiólogos, en comparación con otros especialistas⁽⁶⁾. En ese sentido, diversos estudios han planteado que es más común el consumo de opiáceos entre anesestesiólogos que entre otros médicos^(11,12). La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos y especialmente entre anesestesiólogos, es

limitada y resulta muy difícil de establecer, pues las mismas pueden surgir de fuentes como estudios retrospectivos, programas de tratamientos, estudios prospectivos y programas de vigilancia; sin duda, la información más cercana a la realidad son los programas de tratamiento.

En estudios retrospectivos, la incidencia de abuso en anesestesiólogos varió del 1% al -5% en diversas investigaciones en Estados Unidos de América.^(9,13-16) Y del 5.5% a nivel europeo⁽¹⁷⁾.

En estudios prospectivos, la ocurrencia de consumo de opiáceos fue de 1.2% en Colombia⁽⁸⁾, teniendo que la incidencia de abuso de drogas en anesestesiólogos fue de 1.7%, donde el 75% fue a opiáceos en Latinoamérica⁽¹⁹⁾; del 1% para especialistas y de 1.6% para residentes en EUA⁽²⁰⁾. En un reciente análisis en Australia y Nueva Zelanda se registró abuso a opiáceos en 44 anesestesiólogos, con predominio en hombres entre 25 y 35 años⁽²¹⁾.

En los E. U. A. sólo el 4% de los médicos adictos son anesestesiólogos; sin embargo, en programas de tratamiento la incidencia fue importante, mostrando que el 12% -14% de médicos tratados por dependencia química eran anesestesiólogos⁽²²⁾; de éstos, el 50% tenía menos de 30 años, una tercera parte eran residentes, siendo los opiáceos «los preferidos», con mayor frecuencia por los anesestesiólogos más jóvenes, teniendo al fentanil como el narcótico del que más abusaban⁽²²⁾.

La incidencia en los residentes de anestesia mostró que el 33.7% del total de médicos tratados en terapia por adicción eran residentes de anestesia, teniendo 7.4 veces mayor incidencia que residentes de otras especialidades⁽²³⁾. También una encuesta de residentes de la Sociedad Americana de Anesestesiólogos A. S. A. evidenció una incidencia de abuso del 34.5%, con predilección por el fentanil⁽²⁴⁾.

Entonces, ¿qué características tienen los anesestesiólogos adictos?. Los siguientes datos nos marcan un perfil a saber: el 50% son menores de 35 años, con gran representación de los residentes, siendo el 67-88% varones, el 75-96% de raza blanca, con 76-90% de adicción a los opiáceos como droga principal, el 35-50% relacionado con uso de

varias drogas, un 33 % tenían familia con historia de drogadicción y 65% fueron asociados a departamentos académicos^(25,26).

FACTORES DE RIESGO

La fármaco dependencia es compleja y en ella pueden incidir diversos factores generales y específicos.

Factores generales:

Los factores generales son aquellos que se vinculan a cualquier tipo de dependencia a drogas y se relacionan con la predisposición genética, factores psico-sociales, biológicos, historia familiar de abuso o historia personal de abuso^(2-3, 26-27).

La predisposición genética puede contribuir a la progresión de abuso a adicción, donde se establece una base bioquímica cerebral, relacionada con alteraciones del neurocircuito, en donde están comprometidos mediadores dopaminérgicos⁽²⁸⁻³¹⁾.

La historia personal se caracteriza por el uso experimental, lo que aumenta el riesgo de avanzar a la adicción^(31,32). La historia familiar es un factor de importancia, ya que significa un entorno viable para la adicción⁽³²⁻³³⁾.

Factores específicos

Los Factores específicos para el caso de los anestesiólogos se relacionan:

1. Al intenso estilo de vida laboral propia de la especialidad⁽³⁴⁾, caracterizada por padecer una modalidad laboral de «alta presión», con exceso de horas trabajadas, horas nocturnas, con inadecuados calendarios laborales, con fatiga y deprivación del sueño como «moneda corriente»⁽³⁵⁻³⁸⁾.
2. A la peculiaridad de tener disponibilidad, fácil acceso y falta de control de la «droga a elección» en «su trabajo a diario»^(1- 4,10) (recordar que cuando hay adicción existe urgencia por acceder a la droga y consumirla). Es por eso que se dice que trabajamos en la tienda de golosinas «candy store»; esta afirmación queda evidente cuando se reporta que el 85% de los residentes de anestesiología, en programas de recuperación de fármaco dependencia, indicó que el tener la droga a su alcance influyó en la elección de la especialidad⁽²²⁾.
3. A ser los opiáceos fármacos de gran potencia y poder adictivo.
4. A la curiosidad por experimentar sus efectos.
5. A padecer patrones de falta de auto estima.
6. A un sentimiento de negación de la situación.

7. A experimentar un excesivo estrés laboral crónico, incluido el síndrome de Burn out⁽²⁵⁾. Estos últimos surgen en el anestesiólogo debido a un estilo de vida muy particular, con intensa carga física y psíquica, exceso de horas trabajadas, fatiga, la responsabilidad por la seguridad del paciente, un ambiente de trabajo muy competitivo, expuesto a riesgos biológicos, en contacto con pacientes graves, con la muerte, sumado a un progresivo desajuste de las expectativas profesionales y personales^(2-3,34,39-46).

DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD

La fármaco dependencia se define como una enfermedad devastadora, progresiva, recidivante y crónica, caracterizada por una dependencia química⁽⁴⁷⁾.

La dependencia química es la utilización continua e incontrolada de sustancias que modifican el humor y el comportamiento, provocando graves consecuencias en lo físico y en lo psicológico⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾. En el concepto de dependencia química se asimila el de enfermedad crónica e incurable, que sólo puede ser controlada.

El desarrollo clínico de esta enfermedad se hace de manera progresiva, recidivante y crónica. La rapidez de inicio y la evolución de la enfermedad, están relacionadas con la potencia de la droga «de elección». En el caso de los opiáceos, como por ejemplo, el fentanil, toma entre 6-12 meses el hacerse aparente, en cambio el sufentanil toma entre 1-6 meses, evidenciándose sobre todo en el medio hospitalario⁽⁴⁷⁾. Durante el corto curso de la adicción al fentanil o al sufentanil, el adicto desarrolla una tolerancia increíble, lo que provoca el uso de dosis progresivamente mayores.

Para tener una real dimensión del problema, debemos saber que los adictos pueden llegar a tener que inyectarse entre 80 a 100 ml de fentanil por día; en el caso del sufentanil, a las pocas semanas de adicción pueden llegar a inyectarse de 10 a 20 ml por día, pudiendo así llegar a la muerte por sobredosis⁽⁴⁷⁾.

Es característico que se desarrolle en diferentes ámbitos ya sea social, familiar y laboral^(21, 26, 47).

En el proceso evolutivo, es posible padecer trastornos físicos, psicológicos y sociales crónicos que se pueden evidenciar dentro y fuera del hospital^(25, 46). En la institución adoptan patrones de conductas característicos, presentando cambios inusuales de comportamiento, de su estado de ánimo, con perio-

do de depresión, enojo e irritabilidad, alternando con período de euforia^(24, 26, 47).

También se nota descuido en el llenado de la hoja anestésica, prescriben cada vez más cantidades de narcóticos, solicitan mayores cantidades de éstos que los requeridos para el procedimiento que están realizando, no quieren tomar tiempo para comer o descansar, les gusta trabajar solos para usar técnicas sin narcóticos y desviarlos para su uso personal. 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 aunque no tengan que trabajar, para estar cerca de las drogas y evitar abstinencias.

Suelen usar ropa de manga larga para esconder las huellas de las agujas y además combatir la sensación de frío que experimentan. Cuando la adicción está instalada, tienen pérdida progresiva de peso y palidez, con pupilas puntiformes y finalmente son encontrados muertos por sobredosis en sus cuartos de guardia o en baños^(26, 47).

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

Socialmente tienen relaciones extra matrimoniales, presentan conflictos legales y cuando no pueden manejar la situación y el síndrome de abstinencia, buscan realizar la llamada «cura geográfica», cambiando de lugar o ciudad de trabajo. Cuando progresa la adicción, suelen tener disminución de la actividad sexual, pérdida de peso, palidez, pupilas puntiformes y signos de abstinencia pudiéndose encontrar trágicamente muertos por sobredosis^(26, 47).

CONSECUENCIAS

La fármaco dependencia en anesthesiólogos puede tener potenciales consecuencias personales, familiares, laborales y legales⁽⁴⁻⁷⁾.

Consecuencias Personales

Las consecuencias personales son muy importantes y graves en algunos casos, llevando a un progresivo deterioro en su estado de vida y salud, síndrome de abstinencia, la posibilidad de recaídas, alteraciones siquiátricas como angustia, depresión, llegar a la muerte por suicidio y por sobredosis^(2-6, 21, 47).

Recaída

La recaída es alta en aquellos anesthesiólogos con historia de adicción a opioides y mayor si la com-

paramos con aquellos adictos a drogas no opioides y alcohol⁽⁵⁰⁾. La incidencia de recaída en anesthesiólogos que retornaron a su trabajo varió del 19%⁽⁴⁵⁾ al 26%⁽⁵¹⁾ y hasta un 40%⁽¹²⁾, observándose que la muerte puede ser la forma de presentación inicial de recaída en el 16%⁽¹³⁾.

Muerte y Suicidio

Riesgos

Los riesgos de suicidio y muerte son importantes en anesthesiólogos, siendo el peligro de suicidios entre 2 y 3 veces mayor en anesthesiólogos en relación a grupos de control⁽⁵²⁻⁵³⁾, con fuerte vinculación a la etapa de residencia en los primeros 5 años⁽⁵³⁾.

Incidencia

Si analizamos la situación internacional, con respecto a la muerte por suicidio, así como la muerte por sobredosis en la especialidad, vemos que es alarmante. En el informe de la Comisión de Riesgos Profesionales de CLASA se registraron 24 muertes de anesthesiólogos en Latinoamérica por sobredosis a opiáceos en el período 2003-2005, 12 muertes de residentes de anestesia también por sobredosis a opiáceos en los últimos 5 años, además de 25 consultas para asesoramiento y seguimiento de parte de las diferentes sociedades de anesthesiología por casos de adicciones, principalmente a opiáceos⁽⁵⁴⁾. Además, se han registrado 7 muertes por suicidio relacionadas a fármaco dependencia a opiáceos en México⁽⁵⁵⁾. Esta realidad también se viene evidenciando en países anglosajones. Desde hace muchos años, varios estudios muestran que la muerte por sobredosis fue del 10% en 10 años sobre 285 casos⁽¹³⁾ y del 16% en 5 años sobre 44 casos⁽¹⁴⁾; reportaron 26 muertes en 2 años en un Hospital de Nueva York⁽⁵⁶⁾. Recientemente en Australia y Nueva Zelanda, sobre 44 casos de abuso a opiáceos encontraron muerte en el 24 % de ellos⁽²¹⁾. En definitiva, el suicidio por sobredosis, así como la muerte relacionada a las drogas, resultan ser uno de los riesgos más significativos de mortalidad ocupacional del anesthesiólogo en la actualidad⁽³⁻⁴⁾.

Consecuencias Familiares:

Las consecuencias también afectan la vida familiar, mostrando altas tasas de divorcios, que llegan al 24% en anesthesiólogos desmejorados por las drogas, en comparación con el 5% en aquellos no consumidores de drogas; es más frecuente el consumo y abuso de drogas en familiares de anesthesiólogos adictos, en comparación con aquellos de los no adictos⁽⁹⁾. A esto se suma una mayor incidencia de importantes problemas familiares⁽²¹⁾.

Consecuencias Laborales

Se puede afectar la actividad laboral, pues desarrollan incapacidad de realizar sus tareas habituales, menor seguridad, mayor incidencia de incidentes anestésicos, pudiendo llegar a la mala práctica y al abandono de la especialidad. Es difícil la reincorporación tanto en especialistas como en residentes, ya que en algunos casos buscan la llamada cura geográfica, se trasladan a vivir y trabajar donde no conocen su enfermedad^(1-6, 10, 13, 21, 57-59).

Consecuencias Legales

Las consecuencias legales que puede afrontar el anestesiólogo es un tema polémico, difícil de abordar por lo complejo de la enfermedad⁽⁵⁸⁾ por un lado, y por otro por los diferentes matices de las legislaciones entre los distintos países. Así, en EUA si alguna autoridad sanitaria decide prohibir al anestesiólogo en recuperación regresar a la práctica, basándose solamente en su historia de adicción, éste puede iniciar una acción legal. En EUA una ley federal protege a los trabajadores discapacitados (ADA Acta de Americanos con Discapacidad). Por definición, la adicción es una discapacidad; por ello, a un anestesiólogo en recuperación que se ha sometido a tratamiento con éxito y entrenamientos adecuados y controles normales, el empleador no puede negarle trabajo; por lo tanto, la decisión y sus implicaciones legales son muy complejas. La ADA puede exigir una «reubicación razonable» para aquel adicto calificado que quiere volver a la práctica médica⁽⁶⁰⁾.

Conductas

Cuando hay sospecha de un adicto, debe realizarse *la identificación*, momento en el cual se debe obtener información administrativa, clínica y de contralor de drogas; en ese momento se instaura una investigación, con el objetivo de llegar al tratamiento^(61, 62). Luego se realiza *la intervención*, proceso en el que se prueba que una persona con dependencia química está enferma, que necesita tratamiento⁽⁶³⁾. Ésta debe ser realizada por un comité hospitalario y por un comité de la sociedad o federación de anestesia, para introducir al adicto en programas de tratamientos⁽⁶⁴⁾.

El tratamiento debe ser realizado por un equipo multidisciplinario: psiquiatra, internista, neurólogo, especialista en adicciones, nutricionista, asistente social, etc., involucrando al adicto y su familia⁽⁶⁴⁻⁶⁷⁾. Tiene varias fases:

1. temprana: internado con objetivos de desintoxicación, educación intensiva, modificación del comportamiento.

2. intermedia: se hacen terapias de grupo y de autoayuda como Narcóticos Anónimos, con el objetivo de total abstinencia.
3. avanzada: etapa en la cual, por un lado se le da el alta formal, pudiendo en algunos casos firmar contratos de contralor y por otro, se recomienda no volver a ejercer su especialidad.

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

La reincorporación laboral es un tema delicado y polémico, implica dilucidar si el anestesiólogo o el residente en recuperación debe regresar a la práctica anestésica. En un estudio sobre especialistas de 128 departamentos de anestesia en Australia y Nueva Zelanda, sólo el 19 % se reincorporaron a largo plazo a la especialidad⁽²¹⁾. En una encuesta de la ASA, dentro de los programas de entrenamiento, sólo el 50% de los adictos a fentanil son reincorporados y de ellos la mitad renunció; del resto, el 20% tuvo recaídas y abandonó⁽⁴⁷⁾. En cuanto a los residentes en tratamiento por dependencia química en los EUA, un reciente estudio a nivel de los centros de programas de entrenamiento de anestesia, registró que la mayoría intentó reincorporarse a la residencia; sin embargo, sólo el 46% completó la residencia, el 40% fue redireccionado luego de su tratamiento a otras especialidades médicas y en el resto la mortalidad fue del 9%⁽⁵⁹⁾.

Como se evidencia por los diferentes estudios, es compleja esta etapa de la decisión de reincorporación; por eso se han establecido categorías para el posible retorno del anestesiólogo en programas de tratamiento. Fueron elaboradas por el TALBOTT RECOVERY PROGRAM y se han aplicado en 10 estados en EUA. Son las siguientes^(68- 69):

Categoría I: son aquellos que retornan a la práctica de la anestesiología, inmediatamente después del tratamiento; aceptan y entienden su enfermedad, tienen vínculos con AA (alcohólicos anónimos) o con NA (narcóticos anónimos), con adecuado soporte familiar, con contrato de 5 años de contralor, que demuestran tener estilo de vida balanceada y tienen el respaldo del equipo del programa de tratamiento.

Categoría II: son aquellos con posible retorno a su práctica profesional; han estado 1-2 años fuera del trabajo en tratamiento, han comenzado su recuperación de recaídas, con una familia que mejoró su apoyo, con compromisos con AA y NA (alcohólicos y narcóticos anónimos), con mejoramiento en cuanto a su destreza o técnica para trabajar, con alguna actitud negativa frente a la enfermedad,

adecuado estado de ánimo, sin problemas psiquiátricos.

Categoría III: son aquellos que se redireccionan hacia otra especialidad; con prolongado uso intravenoso de drogas, con tratamientos con fallos y recaídas, donde permanece activa la enfermedad, con inadecuado entorno familiar, no cumplieron su contrato de contralor, con deficiente recuperación de su estado de ánimo, no relación con AA, NA (alcohólicos y narcóticos anónimos) y con severos problemas psiquiátricos.

Recomendaciones:

No hay forma de asegurar que el abuso de sustancias psicoactivas no conduzca a la adicción. Por lo tanto, la única protección absoluta es evitar el completo uso ilícito de las drogas^(2-6, 27).

Estrategias:

Es determinante una estrategia integral que involucre a los anestesiólogos, a las sociedades y federaciones de anestesiología, a las autoridades sanitarias y a los empleadores.

Política de prevención^(27, 70-73).

Basadas 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 potenciales factores de riesgo.
 - a) Manejo del estrés crónico laboral.
 - b) Vigilancia continua de medicación psicoactiva y materiales accesorios etc.

Política de educación, información y difusión para el anestesiólogo y familiares^(27, 70 -72).

En Residentes de anestesia, considerada población de alto riesgo, desde su ingreso deben recibir:

- Cursos curriculares de educación sobre fármaco dependencia.
- Información por distintas vías como:
 - a) posters, carteles, afiches sobre los peligros de la adicción/dependencia química en el anestesiólogo.
 - b) distribuir videos temáticos.
 - c) material bibliográfico.
- Realización de talleres en conjunto con familiares.
- Jornadas científicas de residentes sobre el tema.

- Obligación de asistir en congresos a conferencias vinculadas al tema, con valor curricular.

En los especialistas se buscará educar e informar a través de:^(27,70)

- Estimular la lectura de estos temas en los servicios.
- Estimular la memoria visual, teniendo en los servicios de anestesia: posters, carteles, afiches sobre los peligros de la adicción/dependencia química en el anestesiólogo.
- Asistencia a cursos sobre la materia.
- Asistencia, en congresos, a conferencias sobre el tema.
- Disponer de información proporcionada por la sociedad de anestesia ya sea on line, folletos, en la revista científica, videos, etc.

En todos los casos debe haber una línea telefónica (hot line) con información para médicos y familiares.

Protocolo de identificación de «potenciales» adictos^(27,70)

- *Identificación en residentes y especialistas de anestesia^(27, 70, 72).*

Se debe instaurar en los servicios de anestesia un programa continuo de identificación de residentes y especialistas de potencial «Alto Riesgo»⁽⁷²⁾.

- Se realizará encuesta de evaluación de hábitos, personalidad, antecedentes personales, psicológicos, etc.
- Entrevista psicológica.
- Exámenes de sangre al ingreso por ej: hepatitis, VIH, etc.
- Rinoscopia obligatoria.
- Examen de orina.
- Consulta psiquiátrica.
- Evaluación de tipo de medicación de uso frecuente (ej. Psicofármacos, etc.).
- Conocimiento de su realidad familiar actual.
- Antecedentes personales previos de drogadicción social, familiares, otras adicciones.
- Evaluación de conductas dentro y fuera del hospital.
- Monitoreo continuo de los residentes.

Recientemente se han identificado anestesiólogos adictos por el análisis del cabello, través de la longitud, grosor y extracción de líquido conteniendo derivados opioides y su procesamiento⁽⁷⁴⁾.

Todas estas medidas son para identificarlos y realizar la intervención para ingresarlos en tratamientos, en algunos casos para salvarles la vida; adelantarnos a situaciones futuras por el propio desarrollo de la enfermedad y buscar reorientar al residente o al estudiante de pre grado a otra especialidad, pero siempre quedando claro el concepto de prevención y protección al colega desmejorado o enfermo por su adicción.

Manejo de potenciales factores de riesgo

a) Protocolos para el manejo del estrés crónico laboral^(4, 26-27, 39, 70).

Se basa en el abordaje integral de cómo cambiar la organización 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 coordine con las habilidades y los recursos de los trabajadores.

b) Protocolo de vigilancia continua de acceso y disponibilidad de medicación psicoactiva y material accesorio (jeringas agujas etc.)^(4, 23, 27, 70- 72,75).

- Custodia y contralor de drogas narcóticas en el quirófano.
- Farmacia satélite en el quirófano.
- Determinación estricta y exacta de la necesidad de los narcóticos y su dosificación (dosis unitaria a cada paciente).
- Contralor de dosis en cada caso, al comienzo de su entrega y al final.
- Se requiere cooperación entre anestesiólogo jefe/farmacéutico/encargado del personal de enfermería del quirófano.
- Se debe realizar control de jeringas y agujas.
- Contralor administrativo en las hojas de registro anestésico.
- Contralor de recetas de narcóticos de cada anestesiólogo.
- Control indirecto a través de la opinión del paciente en cuanto al dolor.
- Dispensador electrónico en el quirófano.
- Debe contar con una habilitación para poder retirar medicación a usar.
- Debe establecer qué medicación.
- Debe establecer qué dosis.
- Estos pasos quedan registrados para el que retira, así como para el contralor en la máquina.

- Controles fuera del quirófano.
- Controles estrictos de medicación controlada, jeringas etc.
- No habilitación para el retiro de medicación a anestesiólogos durante su turno.
- No habilitación para el retiro de medicación a anestesiólogos fuera de su turno de trabajo.

Política de Respaldo al Anestesiólogo y familia^(27, 70)

Basada en:

- a. Disponer de ayuda siempre con líneas telefónicas abiertas las 24 horas, para ayudar tanto a familiares como a adictos.
- b. Disponer de programas de rehabilitación de la fármaco dependencia para el anestesiólogo.
- c. Disponer de programa de ayuda económica para financiar tratamiento y rehabilitación.

CONCLUSIONES

Estamos frente a una dura realidad para los anestesiólogos, preocupante y que avanza. La misma produce desmejoramiento del estado de vida y salud, daño familiar y pérdidas irreparables, por lo que debemos asumir una responsabilidad compartida desde una triple perspectiva^(27, 70, 76):

1. De parte del anestesiólogo, que debe educarse en el tema.
2. De las instituciones médicas empleadoras, que deben tener programas de prevención y protección, tendientes a identificar a los potenciales adictos, manejar los factores de riesgos y tener contralor de los fármacos.
3. De las Sociedades y Federaciones de Anestesia, que deben tener un rol protagónico a través de una política integral sobre el tema, apuntando a:
 - información, educación sobre el tema.
 - organización para protección del colega enfermo.
 - programas de rehabilitación.
 - 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 indelebles en cada víctima»**.

BIBLIOGRAFÍA

1. HEDBERG E.: Anesthesiologists: Addicted to the drugs they administer. *ASA Newsletter* 2001;65(5): 1-5
2. CALABRESE G: Visión actual de la Fármaco dependencia en Anestesiólogos. *Rev. Arg. Anest.* 2004;62,2: 106-13.
3. CALABRESE G: Fármaco dependencias en anestesiólogos. Realidad preocupante. *Rev. Anest. Mex.* 2004; 16; supl. 1. En Internet: <http://www.anestesiaenmexico.org/SUPLEMENTO/Sup1/index.htm>
4. CALABRESE G: Riesgos Profesionales. En *Texto de Anestesiología Teórico Práctico*, J. A. Aldrete. Manual Moderno, México. 2003: pp. 1477-98
5. CALABRESE G: ¿A que riesgos profesionales estamos expuestos los anestesiólogos? *Rev. Anest. Mex.* 2004; 16;3. En Internet: <http://www.anestesiaenmexico.org/RAM3/indexRAM3.html>
6. CALABRESE G.: Fármaco dependencia en el Anestesiólogo. Conferencia en Actas XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología Cancún México 2001; 53-54.
7. AMA COUNCIL ON MENTAL HEALTH The sick physician: Impairment by psychiatric disorder, including alcoholism and drug dependence. *JAMA* 1973;223:684-687
8. BARREIRO G, BENIA W, FRANCOLINO C, DAPUETO J., GANIO M.: Consumo de sustancias psicoactivas: Estudio comparativo entre anestesiólogos e internistas en Uruguay. *Anest Analg Rean* 2001; 17(1): 20-25
9. LUTSKY I. ET AL: Psychoactive substance study use among American anaesthesiologists a 30 year retrospective study. *Can. J. Anaesth:* 1993;40:2915-21
10. ARNOLD W P III EN: ANESTESIA: MILLER R.: Seguridad medioambiental, incluida la dependencia de agentes químicos. Harcourt-Brace edición en español 1998; 2619-26
11. HUGHES P STORR CL. BRANDEMBURG NA BALWIN D CJr: 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 E. J.: Success of re entry into anaesthesiology training programs of resident with a history of substance abuse *JAMA* 1990; 263: 3060-62
14. WARD C F.: Drugs abuse in anaesthesia training programs: survey 1970-1980. *JAMA*1983; 250: 922-25.
15. GRAVENSTEIN J. S.: Drug abuse by anaesthesia personnel. *Anaesth. Analg.* 1983; 62: 467-72
16. CZERNICHOW S., BONNET F.: Le risque de toxicomanie chez les medecins anesthesistes *Ann Fr Anesth Reanim* 2000; 19: 668-674
17. BEAUJOUAN L, CZERNICHOW S, POURRIAT JL, BONNET F. Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: a national survey. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2005 May; 24(5): 463-5.
18. ALVAREZ T.; RAMÍREZ F.; GOMEZ R. D.: Algunos indicadores de salud mental en un grupo de médicos anestesiólogos *Rev. Col. Anest.* 21: 319, 1993
19. 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
20. BOOTH J. Sustance abuse among physicians: A survey of Academic Programs. *Anesth Analg* 2002; 95 1024-30
21. FRY RA. Substance abuse by anaesthetists in Australia and New Zealand. *Anaesth Intensive Care.* 2005 Apr; 33(2): 165-6.
22. GALLEGOS K. V.: Addition in anaesthesiologists: Drug access and patterns of substance abuse. *QRB* 1988; 14: 116-22
23. 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: 2927-30
24. ABDELMALAK B. Stress in American Anesthesiology Residencies. *ASA Newsletter.* En internet: www.asahq.org/Newsletters/1999/12_99/resident1299.HTML
25. HUGHES P H ET AL: Resident physician substance abuse in the United State. *JAMA* 1991; 265: 2069-73
26. 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
27. 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. En Internet: www.clasa-anestesia.org./serch/comisiones/tmp.pdf
28. CHANDON M. Toxicomanie et addiction en milieu anesthésique :sortir du non dit. *Ann Fr Anesth Reanim* 2000; 19: 640-42
29. 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.
30. KOOB GF. Neural mechanisms of drug reinforcement. *Ann NY Acad Scie.* 1992; 654:171
31. LESHNER AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997; 278: 45-47.
32. MAC AULIFFE WE. SANTANGELO S; Magnunson E..Risk factors of drug impairment in random samples of physicians and medical students. *Int. J. Addict.* 1987; 22: 825-41
33. SANZ YAGUEZ F, LOPEZ CORBALAN JC Abuse of psychoactive drugs among health professionals *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1999 Oct; 46(8): 354-58
34. 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.
35. CALABRESE G.: Implicaciones laborales en el anestesiólogo. *Rev. Col. Anest.* 2005; 33:3; 187-94
36. CALABRESE G.: Escenario laboral del anestesiólogo en Latinoamérica. En Internet: www.clasa-anestesia.org./serch/comisiones/proyecto_escenario_laboral.pdf
37. CALABRESE G. Impacto de los calendarios laborales del anestesiólogo en la salud, el rendimiento y la seguridad. *Rev. Arg. Anest.* 2004, 62; 5: 356-63
38. CALABRESE G: Riesgos profesionales relacionados a la organización laboral. *Rev. Anest. Mex.* 2004;16; supl. 1. En internet: <http://www.anestesiaenmexico.org/SUPLEMENTO/Sup1/index.htm>

39. JACKSON S. H. The role of stress in anesthetist's health and well-being. *Acta Anaesthesiol Scand* 1999; 43: 583-602.
40. CALABRESE G: Estrés crónico en el anesthesiologo actual. *Actas Peruanas* 2001;14;1;10-13
41. CALABRESE G: Estrés laboral crónico en el anesthesiologo y sus consecuencias. Conferencia: En Actas del 32º Congreso Argentino de Anestesiología. Mendoza-R. Argentina septiembre 2003; 197-201.
42. CALABRESE G: Efectos del Estrés laboral en el anesthesiologo. Conferencia: En Actas del 34º Congreso Argentino de Anestesiología. B. Aires-R. Argentina septiembre 2005. p.146-50
43. CHASSOT PG. Stress in European operating room personnel. En actas del XII Congreso Mundial de Anestesiología. Montreal-Canadá 2000;63-65.
44. NYSSSEN AS, HANSEZ I, BAELE P, LAMY M, DE KEYSER V Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth* 2003 Mar;90(3):333-37
45. KLUGER MT, TOWNEND K, LAIDLAW T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia* 2003 Apr; 58(4):339-45
46. KAM P.C.: Occupational stress in anaesthesia *Anesth. Inten. Care* 1997; 25: 686-90,
47. 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
48. RINALDI RC,STEIDLER EM,WILDFOR B B GOODWIN D: Clarification and standardization of substance abuse terminology. *JAMA* 1988; 259:555-57
49. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994: 175-272
50. DOMINO KB, HORNBEIN TF, POLISSAR NL, RENNER G, JOHNSON J, ALBERTI S, HANKES L:Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. *JAMA*. 2005 Mar 23; 293(12):1513-5.
51. PELTON C, IKEDA RM. The California Physicians Diversion Program's experience with recovering anesthesiologists. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1991; 23:427-431.
52. BRUCE D. L.: A prospective survey of anesthesiologist mortality. 1967-1971 *Anesthesiology* 1974; 41:71-74
53. ALEXANDER BH,CHECKOWAY H, NAGAHAMA SI, DOMINO KB. Cause -specific mortality risk of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000;93:922-30
54. CALABRESE G.: Informe 2005 de la Comisión de Riesgos Profesionales de CLASA. En actas: XXIII Asamblea de delegados de CLASA. XXVIII Congreso Latinoamericano de Anestesiología. Tegucigalpa-Honduras. 4 de Octubre 2005.
55. PAISANO R; ZUÑIGA O, V; Farmacodependencia entre anesthesiologos *Rev. Mex. Anestesiol ene.-mar.* 1988; 11(1):39-45,
56. SILVERSTEIN J. ET al: Opioid addiction in anaesthesiology. *Anesthesiology* 1993; 79:354-75
57. LUTSKY I ET AL: The use the psychoactive substance abuse in three medical specialties: anaesthesia, medicine, surgery. *Can. J. Anaesthesiol* 1994; 41:561-567.
58. WALZER RS. Impaired physicians: An overview and update of the legal issues. *J. Leg. Med* 1990;11:131-198
59. COLLINS GB, MCALLISTER MS, JENSEN M, GOODEN TA.Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey. *Anesth Analg.* 2005 Nov;101(5):1457-62.
60. BOOKLET OF INFORMATION: The American Board of Anesthesiology. Hartford.ct, 1993
61. LECKY JH, AUKBERG SJ CONAHAN T. A departmental policy addressing chemical substance abuse. *Anesthesiology* 1986;65:414-17
62. SPIEGELMAN WG, SAUNDERS L.MAZZERI. Addiction and anaesthesiology. *Anesthesiology* 1984;69:335-341
63. JOHNSON VE. Intervention: How to help someone. Who doesn't want help. Johnson Institute Books, Minneapolis 1986
64. TALBOTT GD. The impaired physicians and intervention. A key to recovery. *J Fla Med Assoc.*1982; 69:793-97
65. WILDFORD BB. The drug abusing physician. Drug abuse, a guide for the primary care physician. Chicago, American Medical Association 1981:285-97
66. HERRINGTON RE, BENZER DJ, JACOBSEN GR, WAWKINS MK. Treating substance abuse disorders among physicians. *JAMA*. 1982; 247:2253-56.
67. CHAPPEL JN, DUPONT RL Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders *Psychiatr Clin North Am.* 1999 Jun;22(2):425-46.
68. TALBOTT GD. Elements of the impaired physicians program *J. Med Assoc Ga* 1984;73 (11) :749 -51
69. ANGRES DH, TALBOTT GD, BETTINARDI-ANGRES K. Healing the Healer. The addicted physician .Madison, CT: Psychosocial Press; 1998,34-42
70. CALABRESE G.: «Fármaco dependencia en los Anesthesiologos de Latinoamérica» Una problemática preocupante y en aumento «Proyecto de la Comisión de Riesgos Profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociadades de Anestesiología. En Internet: www.clasa-anestesia.org/serch/comisiones/proyecto_farmacondependencia_2003.pdf
71. BERRY A. Time to take action on chemical dependence.. *ASA Newsletter* 2001;65: (5)1-2.
72. CALABRESE G.: Residentes de Anestesia "Población de Alto Riesgo". Proyecto de la Comisión de Riesgos Profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociadades de Anestesiología. En Internet: www.clasa-anestesia.org/serch/comisiones/proyecto_residentes_2001.pdf
73. O .I. T: Tratamiento de cuestiones relacionadas al alcohol y drogas en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones practicas de OIT. (ISBN 92-2 309455-0.Ginebra , Oficina Internacional del Trabajo 1996
74. KINTZ P, VILLAIN M, DUMESTRE V, CIRIMELE V. Evidence of addiction by anesthesiologists as documented by hair analysis. *Forensic Sci Int.* 2005 Oct 4;153(1):81-4
75. KLEIN RL, STEVENS WC, KINGSTON HG.Controlled substance dispensing and accountability in United States anesthesiology residency programs. *Anesthesiology*. 1992 Oct; 77(4):806-11.
76. CALABRESE G: Fármaco dependencia en anesthesiologos latinoamericanos. Realidad Preocupante. Editorial del boletín virtual de CLASA 2005. En Internet: www.clasa-anestesia.org/serch/boletin_virtual_007.htm