

# Abuso de Fármacos Anestésicos por parte de los Anestesiólogos

Flavia Serebrenic Jungerman <sup>1</sup>, Hamer Nastasy Palhares Alves <sup>2</sup>, Maria José Carvalho Carmona, TSA <sup>3</sup>, Nancy Brisola Conti <sup>4</sup>, André Malbergier <sup>5</sup>

**Resumen:** Jungerman FS, Palhares-Alves NH, Carmona MJC, Conti NB, Malbergier A – Abuso de Fármacos Anestésicos por parte de los Anestesiólogos.

**Justificativa y objetivos:** El uso de sustancias psicoactivas es un poco más alto en la clase médica si lo comparamos con la población en general. Entre las especialidades médicas, la Anestesiología es una de las más afectadas, principalmente por el exceso de trabajo y la mayor facilidad en el acceso a los fármacos. El objetivo de este artículo, es revisar la literatura sobre el asunto. Para eso, se realizó una investigación con las palabras clave relacionadas con el asunto en el MEDLINE, con los artículos de los últimos 30 años.

**Contenido:** A pesar de que la droga de la que más se abusa entre los anestesiólogos sea el alcohol, el abuso de los agentes anestésicos es lo más preocupante, debido al alto potencial de dependencia como también a sus consecuencias, muchas veces letales. Los más usados son los opioides (fentanil y sulfentanil), el propofol y los anestésicos inhalatorios. Los profesionales más jóvenes son los más afectados. Las consecuencias del uso van desde el alejamiento del local de trabajo hasta la muerte. El regreso al quirófano parece llevar a un alto riesgo de recaída. Programas de tratamiento especializado para la clase médica han sido propuestos en USA y en Europa, como también algunas medidas preventivas, como la rigidez en el control de los fármacos y la identificación de los profesionales que tienen un mayor riesgo de abusar de las sustancias. En Brasil, los anestesiólogos son la segunda especialidad que más consume sustancias, sin embargo, el asunto es poco estudiado y hay una falta de programas especializados en esa área.

**Conclusiones:** El abuso de sustancias entre los anestesiólogos es un asunto que necesita más atención, principalmente debido a las graves consecuencias que ése consumo puede acarrear, tanto para el profesional, como para los pacientes.

**Descriptores:** ANALGÉSICOS, Opioides; ANESTESIOLOGÍA, Seguridad; ANESTESIÓLOGOS; COMPLICACIONES, Mortalidad.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Reservados todos los derechos.

## INTRODUCCIÓN

El uso de sustancias psicoactivas es un poco más alto en la clase médica cuando se le compara con la población en general <sup>1,2</sup>.

Entre los médicos, la especialidad de la anestesiología presenta más problemas de abuso de sustancias psicoactivas, siendo ése el riesgo ocupacional más prevalente en este grupo <sup>3</sup>. Existen varias dificultades para diagnosticar el pro-

blema como el temor de las consecuencias y la falta de preparación técnica y emocional para hacer el diagnóstico <sup>4</sup>.

Los médicos no se sienten cómodos para interferir en lo que llaman “vida personal” de un compañero y por tener poco conocimiento sobre el asunto <sup>5</sup>. Eso genera una “conspiración del silencio” que involucra a los familiares, colegas y hasta al propio médico <sup>6</sup>. Cuando el usuario es un superior jerárquico, los demás temen ser castigados por abordar el tema. Ya los familiares reconocen el problema, pero tienen miedo de hacerlo público en el centro de trabajo por las consecuencias financieras y ocupacionales que pueda generar. La creencia de que la dependencia es una elección y no una enfermedad, también puede limitar la atención que se le da a la problemática <sup>7</sup>.

El abuso de la sustancia es uno de los temas que más generan impacto en el estrés de los jefes de servicio de Anestesiología, seguido de problemas con la presencia, la acreditación, las cuestiones presupuestarias, la retención en la facultad y auditoría del programa de seguro social <sup>8</sup>. La mortalidad asociada es significativa <sup>9</sup>, como también las dificultades ocupacionales que de ella provengan.

Tal escenario exige una discusión muy profunda sobre el tema. El objetivo de este artículo, fue realizar una revisión de los estudios sobre el abuso de sustancias psicoactivas entre los anestesiólogos, que se centra en los agentes anestésicos, una vez que son una fuente especial de preocupaciones y de aumento de la mortalidad en esta clase profesional.

Recibido de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil.

1. Psicóloga; Máster en Dependencia Química, Universidad de Londres; Doctorado, Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP); Miembro del Grupo Interdisciplinario de Estudios en Alcohol y Drogas (GREA), Instituto de Psiquiatría, Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (HC-FM-USP)
2. Doctorado; Médico Psiquiatra; Investigador, UNIAD-UNIFESP
3. Profesora Asociada, Asignatura de Anestesiología, FM-USP; Directora de la División de Anestesia, Instituto Central, HC-FM-USP
4. Médica Asistente, División de Anestesia, Instituto Central, HC-FM-USP; Preceptora del Programa de Residencia Médica en Anestesiología, FM-USP
5. Médico Psiquiatra; Profesor Colaborador, Departamento de Psiquiatría, FM-USP; Coordinador del GREA

Artículo sometido el 6 de junio de 2011.

Aprobado para su publicación en 29 de agosto de 2011.

Correspondencia para:  
Dra. Flavia Serebrenic Jungerman  
Rua Pascoal Vita, nº 342, 131  
Pinheiros - 05445000 - São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: fla.de@uol.com.br

## METODOLOGÍA

Con el objetivo de evaluar el tema uso de sustancias entre los anestesiólogos en los últimos treinta años (1980-2010), se realizaron investigaciones bibliográficas en el banco de datos MEDLINE, utilizando como descriptores los siguientes términos: *opioid, physicians, substance abuse, Anesthesiologists, occupational mortality*, y como filtros, las lenguas inglesa o portuguesa. Por medio de esa investigación en el banco de datos con las palabras claves, se seleccionaron 60 estudios en inglés y en portugués.

## RESULTADOS

### Epidemiología

La prevalencia del trastorno por uso de sustancias entre los profesionales médicos es de 10% a 12%, siendo más alta que en la población en general para el alcohol y dos medicamentos: los opiáceos y los tranquilizantes<sup>10,11</sup>. La estimación es que un 14% de los médicos se convierten en dependientes de drogas o alcohol en algún momento de su carrera, con mayor incidencia en los primeros cinco años posteriores a su graduación<sup>12</sup>.

El alcohol es la sustancia más consumida por los médicos, llegando a casi la mitad de los casos citados. Sin embargo, nos llama la atención el hecho de que los médicos son más vulnerables al abuso de los medicamentos que la población en general. En un estudio que examinó 904 médicos monitorizados para verificar el abuso de drogas, más de la mitad estaban en cinco especialidades: Medicina de Familia (20%), Medicina Interna (13,1%), Anestesia (10,9%), Medicina de Emergencia (7,1%) y Psiquiatría (6,9%). Los anestesiólogos tienen más chance de abusar de los opioides muy potentes, en particular del fentanil y del sufentanil<sup>9</sup>.

### El Anestesiólogo

A causa de la dificultad en identificar los casos de abuso de sustancias entre los anestesiólogos, la verdadera prevalencia se desconoce<sup>13</sup>, y se cree que sea, como mínimo, similar a la de la población en general<sup>14</sup>.

En 1983, los programas de residencia en Anestesiología y enfermería anestésica fueron estudiados por 10 años y la prevalencia de dependencia fue de 1%<sup>15</sup>, con una tasa parecida al otro estudio del mismo año<sup>16</sup>.

El uso ilícito de opioides y de otros fármacos entre los anestesiólogos es tres veces superior a las demás especialidades<sup>17</sup>.

A pesar de que el tema sea bastante discutido hace ya algún tiempo y las acciones preventivas son muy utilizadas, la incidencia parece no cambiar. En 1997, tuvieron un seguimiento 133 programas de residencia, con 93% de tasa de respuesta, y una prevalencia de 1,6% de dependencia entre residentes y 1,0% entre los médicos contratados, a pesar de

que 47% de esos mismos programas hayan incrementado sus intervenciones preventivas centradas en el abuso de las sustancias<sup>18</sup>.

Entre los residentes de Anestesiología, la prevalencia de abuso de agentes anestésicos, en especial la fentanila, se considera alta y se estima en 1,6%<sup>19</sup>.

En un estudio realizado en USA entre 1991 y 2001, incluyendo varios programas de residencia en Anestesiología, en el cual la tasa de respuesta fue de 66%, vimos que 80% de ellos relataron una experiencia con residentes con ese problema y 19% relataron por lo menos una fatalidad<sup>7,20</sup>. De los 111 programas respondedores, 16% incluían como rutina el *screening* para el abuso de sustancias en el proceso selectivo y un 15% exigían toxicología de orina previa a la entrada en el programa de residencia médica. La mayoría de los residentes intentó volver a la residencia después del tratamiento. Solamente un 46% de los que tuvieron problemas con las sustancias terminaron el entrenamiento.

A pesar de las estrategias preventivas, la mortalidad es preocupante: los estudios indican tasas entre 10%<sup>21</sup> y 19% de casos fatales<sup>7,20</sup>.

Un estudio realizado en el Reino Unido e Irlanda<sup>22</sup>, incluyendo 304 departamentos de Anestesiología, entre los años 1990 y 1999, reveló casos de abuso de sustancia en un 39% de los departamentos, además de constatar que un anestesiólogo por mes quedaba desvinculado/deshabilitado por dependencia. Existen estudios que indican incidencias altas similares en Australia y Nueva Zelandia<sup>23</sup>. El riesgo no se limita a los médicos, sino también a las enfermeras anestesistas<sup>24</sup>.

### Tipo de fármacos psicoactivos

La droga más consumida entre los anestesistas es el alcohol (50%), seguido de opioides (33%), estimulantes (8%) u otras sustancias (9%)<sup>25</sup>.

Entre los agentes anestésicos más utilizados entre los anestesiólogos están los opioides<sup>26</sup>, observando un aumento de la preocupación con el propofol<sup>27</sup> y con los anestésicos inhalatorios<sup>28</sup>.

### Propofol

Una investigación en USA realizada para detectar la prevalencia del abuso de propofol en 126 programas de residencia en Anestesiología, a través de e-mail y llamadas telefónicas a los directores de departamentos de Anestesia, arrojó que un 18% de los programas relataron uno o más casos de abuso del propofol durante la última década<sup>27</sup>. Tal número representa un aumento de cinco veces con relación a la investigación anterior. De los 25 individuos que abusaron del propofol, siete fallecieron, lo que corresponde a una tasa de un 28%. Considerando solamente los residentes (n = 16), vimos seis casos fatales, elevando por tanto la tasa de mortalidad para un 38%.

Una de las posibles causas del uso del propofol, se relaciona con su gran potencial de generar dependencia. Las investigaciones han demostrado que dosis subanestésicas son suficientes para aumentar las concentraciones de dopamina en el *nucleus accumbens*, región que está estrechamente asociada con el sistema cerebral de recompensa<sup>29</sup>. Así, el propofol generaría un gran potencial de refuerzo, lo que justificaría su consumo repetitivo<sup>30,31</sup>.

### Agentes inhalatorios

Wilson y col.<sup>28</sup> observaron en una investigación que incluyó 106 departamentos de anestesiología, que 23 de ellos presentaban uno o más individuos abusando de los anestésicos inhalatorios, llegando a 31 dependientes.

### Opioides

Los anestesiólogos tienden a abusar más de opioides como el fentanil y el sulfentanil<sup>32</sup>. Muchas veces, este abuso está asociado con otras comorbilidades psiquiátricas: una revisión de 1991 encontró una prevalencia de un 57% de trastorno de personalidad entre los usuarios de drogas<sup>33</sup>. Ese dato sugiere la automedicación como una posible fuente de motivación para el futuro uso ilícito<sup>32</sup>.

En un programa para médicos dependientes de sustancias en USA, 904 médicos recibieron un seguimiento por cinco años (1995 a 2001) siendo 104 anestesiólogos. Cuando se les comparó con los médicos de las demás especialidades, comprobamos que los anestesistas ingresaron en el programa más a menudo por el abuso de los opioides que por el alcohol u otras drogas. Los anestesiólogos fueron monitorizados más rigurosamente y recibieron más test de drogas. No hubo diferencias en cuanto a completar el tratamiento, a las acciones disciplinarias, el retorno a la práctica o la muerte, como tampoco error médico después de la recaída entre los anestesiólogos y los médicos de las demás especialidades<sup>34</sup>.

### ¿Por qué los anestesiólogos abusan de los fármacos?

Diversas circunstancias relacionadas con la actividad profesional del anestesiólogo contribuyen para el uso de las drogas. Podemos citar, por ejemplo, la facilidad de acceso a los fármacos, la actividad médica solitaria y estresante, el número excesivo de horas de trabajo y la posible concomitancia con otras enfermedades psiquiátricas<sup>1,2</sup>. La alta propensión a la automedicación parece ser un factor de riesgo para la experimentación de sustancias psicoactivas<sup>35</sup>.

Por añadidura, el anestesista trabaja con el acceso facilitado a grandes cantidades de drogas altamente adictivas, y por eso le es fácil desviar pequeñas cantidades de esas drogas para su uso personal<sup>12,20,32,36</sup>.

La teoría de la exposición ambiental ha sido vista como un factor explicativo para la alta tasa de dependencia entre los anestesiólogos. La exposición de los profesionales al aire del centro de trabajo, generaría una sensibilización del sistema de recompensa cerebral. Tal factor facilitaría la curiosidad y la tendencia a la experimentación y al abuso de sustancias<sup>37-39</sup>. La exposición se daría tanto por partículas aerosolizadas en el aire del quirófano, como exhaladas por el aliento del paciente<sup>30,40</sup>.

### Consecuencias del abuso de los fármacos por parte de los anestesiólogos

La tasa de mortalidad para la clase médica en general está por debajo del 1% en el período de 1979 a 1995, excepto para el suicidio, que es más alta. Los anestesiólogos corren un riesgo de muerte más elevado debido a los suicidios (*rate ratio* [RR] 1,45, intervalo de confianza [IC] de 95% 1,07-21,97) o sea, que los anestesistas tienen 1,45 más chances de morir por suicidio que las demás especialidades, 2,79 más chance de muerte relacionada con las drogas (RR 2,79, IC 95% 1,87-4,15), 1,53 más chance de muerte relacionada con otras causas externas (RR 1,53, IC 95% 1,05-2,22) y 1,39 más chance de muerte por enfermedades cerebrovasculares (RR 1,39, IC 95% 1,08-21,79).

Los riesgos de muerte y suicidio por causas relacionadas con las drogas son mayores en los anestesiólogos en los primeros cinco años después de la graduación y va cayendo a lo largo del tiempo. Se cree que la tasa de mortalidad sea mayor en los más jóvenes porque ellos usan anestésicos más potentes durante la residencia<sup>12</sup>.

Las consecuencias del uso y del abuso de sustancias por parte de los anestesiólogos son enormes, no solamente en términos ocupacionales, sino también sociales<sup>25</sup>. La carga moral en el abordaje del problema es muy impactante, además de contra productiva: DuPont y col.<sup>25</sup> relataron que un 17% de los entrevistados en un programa de asistencia a médicos, fueron presos por alguna ofensa relacionada con el alcohol o las drogas y un 9% fueron condenados por esos actos. Treinta y nueve por ciento tuvieron una experiencia anterior de tratamiento para la dependencia y 14% habían sufrido una acción disciplinaria por parte de su jefe antes del tratamiento.

En la investigación de Wischmeyer y col.<sup>27</sup>, entre los 16 residentes con dependencia al propofol, seis murieron y de los diez restantes, tres abandonaron la Medicina, cinco cambiaron de especialidad y apenas dos permanecieron en Anestesiología.

En el estudio de Wilson y col.<sup>28</sup>, 31 de los 106 entrevistados (29%) eran dependientes, siendo que un 48% fueron derivados a rehabilitación. La mortalidad fue de un 26% (ocho casos), y de esos cinco entre residentes. Eso significa una tasa de mortalidad del 36% (5/14) para sustancias inhalatorias. De los 31 casos, apenas siete (22%) fueron capaces de concluir el programa con éxito y cinco cambiaron de especialidad.

En una investigación hecha en las residencias de Anestesiología en USA entre 1991 y 2001, la mayoría de los residentes intentó volver a la Anestesia después del tratamiento <sup>20</sup>. Solamente 46% terminaron el entrenamiento. Cuarenta por ciento de los que pasaron por el tratamiento y volvieron a la residencia médica, cambiaron de especialidad. La tasa de mortalidad de los residentes en Anestesia fue del 9%. Del 93% de los residentes tratados que respondieron al seguimiento de largo plazo, 56% tuvieron éxito en otra especialidad médica.

A grandes rasgos, creemos que los anestesiólogos con una dependencia a los opioides, al propofol o a los anestésicos inhalatorios, merecen una especial consideración por presentar un alto índice de mortalidad <sup>27,28</sup>.

En cuanto a la cuestión ocupacional, el retorno al local de trabajo para un anestesiólogo con problemas de abuso de medicamentos es un asunto bastante polémico. Algunos estudios son a favor de la reinserción cuidadosa del profesional, incluso en las situaciones que envuelven el quirófano <sup>26</sup>, mientras que otros creen que ese retorno representa un alto riesgo de recaída y no lo aconsejan <sup>36</sup>.

Un estudio evaluó a cinco residentes dependientes de medicamentos que fueron retirados del programa de residencia y sometidos al tratamiento. El tratamiento consistía en un programa de 12 meses en un ambiente de trabajo simulado no clínico, con una monitorización que ofrecía horarios flexibles y una remuneración como la de un residente común. De ellos, tres completaron el programa con éxito y los cinco años de contrato monitorizado. El estudio se terminó pero solo con cinco sujetos que volvieron al trabajo, lo que puede ser un objetivo realista que muestra los anestesiólogos dependientes de medicamentos. Sin embargo, la reintroducción al trabajo debe hacerse lentamente y con una monitorización. Los autores destacan la importancia de tener en cuenta la recaída y los riesgos de una reintroducción muy rápida al trabajo <sup>26</sup>.

Por otro lado, una serie de estudios ya han indicado experiencias contrarias a la reinserción del anestesiólogo en el quirófano. En muchos casos, el regreso al local de trabajo, puede resultar en una recaída para los anestesiólogos dependientes de opioides y eso puede significar la muerte <sup>20</sup>. Por lo tanto, sugerimos una mayor discusión sobre la posibilidad de una nueva dirección en este camino a los anestesiólogos tratados por abuso de sustancia hacia otra especialidad, para lograr un menor riesgo y el aumento de las chances de éxito en la vida profesional <sup>20</sup>.

El riesgo de recaída, facilitado por el acceso a las drogas, hace con que algunos autores no recomienden el regreso a la actividad del quirófano <sup>36</sup>. Ellos respaldan sus recomendaciones en un estudio con enfermeras anestesistas que tuvieron prácticamente un 100% de la tasa de recaída al regresar a la práctica quirúrgica <sup>41</sup>.

Wilson y col. <sup>28</sup> respaldan esa idea y relatan que la reinserción en el ambiente de trabajo de Anestesiología se opone al proceso de recuperación, porque expone nuevamente al dependiente a los estímulos que conllevan a la recaída y eso justificaría porqué es tan importante monitorizar esa readmisión en el local de trabajo.

Después del artículo de Berge y col. <sup>36</sup>, muchas cartas fueron enviadas cuestionando su posición radical de *one strike, you are out* (un lapso y usted se queda fuera) y después de una extensa revisión de los estudios, Oreskovich y col. <sup>42</sup> resumen que, a no ser que los anestesistas estén sometidos a los programas PHP (*Physicians' Health Program*) de altísima monitorización y que esos programas sean auditados (porque hay diferencias entre ellos en los diferentes locales), es muy arriesgado aceptar que el médico vuelva al quirófano.

En un estudio posterior, Berge y col. <sup>6</sup> sugieren un abordaje general para investigar, intervenir y hacerle un seguimiento a los médicos de los cuales se sospeche de abuso de sustancias. Ellos destacan que, tener una comorbilidad psiquiátrica y un historial de abuso en la familia, ya son factores predictores de recaída, un dato proveniente del estudio con anestesistas que presentaron recaídas <sup>43</sup>.

## Tratamiento

En 1993, un estudio revisó el problema de la dependencia entre los anestesiólogos (*Opioid Addiction in Anesthesiology*) <sup>44</sup>, y propuso estrategias de tratamiento y prevención.

Algunos estudios sugieren que una vez realizado el diagnóstico de dependencia, el médico debe ser derivado a un ingreso, si es posible, especializado para médicos <sup>45</sup>. La mayoría de los tratamientos tienen como base el modelo Minnesota que incluye la desintoxicación, la abstinencia monitorizada, la educación intensiva, la participación en grupos de ayuda mutua y la psicoterapia <sup>46</sup>.

Después del ingreso, los anestesiólogos son generalmente derivados a un tratamiento en su casa durante dos meses a un año. La intención de esa 1ª fase es sedimentar la base para un período de abstinencia a largo plazo y una recuperación. Idealmente, la persona pasa para una *halfway house* (o sea, una residencia asistida, ya fuera del ingreso, en la comunidad, pero con la asistencia constante de un equipo profesional), o va a la comunidad directamente. Se espera el mantenimiento de la abstinencia del profesional, a pesar de haber drogas disponibles en su medio de trabajo y por eso su necesidad de mantenerse bajo tratamiento ambulatorial, período en el cual puede ser constantemente monitorizado <sup>26</sup>.

Un programa de salud destinado a todas las especialidades médicas fue creado en USA y denominado PHP (*Physicians' Health Program*). Ese programa tiene el doble objetivo de proteger a las familias, las carreras y las vidas de los médicos dependientes. El programa, orientado para una total abstinencia, dura cinco años. Esos programas tienen tasas de recuperación de un 70% a un 96% y la adhesión al programa es obligatoria para el regreso a las actividades laborales <sup>17,39,43,47,48</sup>. Los primeros tres meses son de ingreso. El resto del 1º año, el médico se mantiene bajo tratamiento ambulatorial. Las familias están involucradas en el tratamiento, siendo orientadas sobre cómo lidiar mejor con la dependencia. A partir de ese momento, los médicos retoman el trabajo y vuelven a ser randómicamente testados para las drogas y el alcohol, al mismo tiempo en que se les da todo el apoyo

necesario y se les monitorea. La recaída que, en este caso, puede ser no solo volver a usar las sustancias, sino también la ausencia en los grupos de autoayuda, no excluye al médico del programa, sino que lo coloca dentro de un cuidado más intensivo. Las cinco claves de este programa, todas con base en evidencias, quedan así definidas:

1. Administración de las contingencias de cuidado (*Contingency management aspects of PHP care management*): las actitudes de los profesionales frente al tratamiento (comparecencia, abstinencia) serán reforzadas positiva o negativamente por medio de un contrato terapéutico;
2. Frecuentes test aleatorios de alcohol y drogas;
3. Vínculo y presencia en los grupos de autoayuda con el objetivo de lograr la abstinencia total;
4. Tratamiento continuado por cinco años o más;
5. Concentración en la recuperación y en la calidad de vida del médico.

Dos datos interesantes sobre este estudio son: la minoría de los profesionales involucrados (5%) fue medicado (con naltrexone, antagonista opiode que reduce o extingue la intoxicación en el caso de que haya una recaída), y a pesar de notar que los que entraron voluntariamente en el tratamiento tuvieron un mejor resultado, los que entraron de forma involuntaria, también se beneficiaron.

El estudio que evaluó 904 médicos que participaron en este programa en 16 estados de USA, constató que 78% de los participantes tenían un test negativo para el alcohol y drogas por los cinco años de monitoreo, o sea, los resultados indicaban abstinencia. En el seguimiento, un 72% estaban practicando la medicina <sup>25</sup>.

Algunos estudios relatan una alta tasa de recuperación de los médicos de 74% a 90%, comparable con la recuperación de pilotos de avión <sup>17,43,49-52</sup>. Algunos de esos estudios indican que los profesionales de Medicina acaban retomando la práctica. Por tanto, ellos sugieren que sea implementado un modelo de rehabilitación y de apoyo para el regreso a esta práctica.

La *Alcohol and Drug Foundation of Australia*, en 1986, tuvo una iniciativa para disminuir el abuso de sustancias entre los anesthesiólogos promoviendo programas para educar a los médicos sobre los riesgos y las consecuencias del abuso <sup>53</sup>.

Como muchas veces el abuso de sustancias está asociado con otras comorbilidades, especialmente psiquiátricas, es fundamental que ellas sean reconocidas y tratadas <sup>32</sup>. Se cree que los grupos de mutua ayuda pueden ofrecer un soporte en la recuperación del abuso y, por ende, en la reintegración ocupacional.

Los anesthesiólogos con problemas de abuso de sustancias deben ser derivados para tratamiento con profesionales especializados <sup>38</sup>. Es importante que todos estén atentos para que puedan reconocer y ayudar a los compañeros.

En Brasil, se ha creado en 2002, un servicio que es el resultado de la asociación entre el Consejo Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) y la Escuela Paulista de Medi-

cina, titulado: *Red de apoyo a los médicos*, para atender a los médicos del Estado de São Paulo. El proyecto objetiva reducir las incapacidades provenientes de los trastornos mentales y dependencia química en el profesional médico y aborda el problema de forma amplia, incluyendo la farmacoterapia, la psicoterapia entre otros <sup>54</sup>. Los datos brasileños también sugieren una mayor representación de los anesthesiólogos en la clientela atendida (cerca de un 15% de los médicos, siendo que representan solamente el 3% de la población médica). Por tratarse de un programa de participación voluntaria, al contrario del modelo norteamericano y canadiense que se fundamenta en diferentes sistemas legales, la dificultad de adhesión al tratamiento es mayor.

Es importante tener una orientación adecuada durante el curso médico y durante el período de residencia de los riesgos con la involucración de las sustancias psicoactivas, como también en el desarrollo de servicios de orientación, tutoría y tratamiento que pueden desempeñar un papel decisivo en la terapia y en la detección temprana <sup>55-57</sup>.

Puede ser que los médicos enfermos no busquen ayuda médica porque le tienen miedo a las consecuencias profesionales. Por eso, es de responsabilidad de todos los médicos ayudar a los colegas a buscar el tratamiento adecuado con actitudes firmes. Los servicios específicos para médicos han sido ya extensamente recomendados <sup>1,58,59</sup>.

Pese a los recientes avances conquistados en el tratamiento de la dependencia química, todavía permanece la laguna en los abordajes eficientes y en la falta de protocolos de rehabilitación entre los anesthesiólogos <sup>32</sup>. La mayoría de los servicios de Anestesiología ya tuvo que enfrentar problemas de ese tipo, siendo que un 80% de los programas norteamericanos de residencia médica tienen relatos de casos de dependencia de opioides. El rápido diagnóstico, el reconocimiento de los casos de comorbilidades psiquiátricas <sup>43</sup> y el mantenimiento del tratamiento a largo plazo, son elementos imprescindibles para el cambio del escenario actual.

### Medidas preventivas para el control del uso de sustancias

En el caso específico de esta especialidad médica, la literatura relata que una de las estrategias encontradas para lidiar con el uso indiscriminado de anestésicos en el local de trabajo, es el control de esas sustancias utilizadas en procedimientos quirúrgicos o diagnóstico bajo sedación/anestesia. En el estudio de Wischmeyer con programas de entrenamiento de anestesia <sup>27</sup>, en 71% de los programas, existía un sistema de control de opioides, pero no del propofol. Wilson y col. <sup>28</sup>, en el estudio on-line con diversas jefaturas de grupos de anestesia en USA, constataron que la mayoría de los departamentos (93%) no poseen un conteo farmacéutico sistemático de anestésicos inhalatorios (*pharmacy accounting of inhalational anaesthetics*).

Ya España ha desarrollado programas con el objetivo de mejorar la reglamentación del acceso a las sustancias <sup>60</sup>.

## Uso de fármacos en Brasil

En Brasil, el uso ilícito de fármacos anestésicos especialmente entre los anestesiólogos, ha sido responsable ya por problemas en la actividad profesional, necesidad de alejamiento o por la readecuación de la actividad anestesiológica y, principalmente, de diversos casos de alejamiento de la práctica clínica y también muertes. Alves y col.<sup>1</sup> realizaron una revisión de historias clínicas de 198 médicos atendidos en ambulatorio por el uso nocivo o la dependencia de sustancias, incluyendo el alcohol (34,3%) y las drogas (28,3%) aisladamente o ambos (36,8%). Las drogas más utilizadas eran la cocaína, los benzodiazepínicos, la marihuana, los opiáceos, las anfetaminas y los solventes. Entre los residentes (79,3%), las especialidades más involucradas fueron Clínica Médica (25,2%), Anestesiología (12,6%) y Cirugía (12,6%). El índice de automedicación fue considerado muy alto (65,1%), sugiriendo el uso de drogas con la finalidad de aliviar el sufrimiento psíquico o de minimizar la sobrecarga del trabajo. Los autores remarcaron la importancia de un proceso educativo que incentive la orientación y el envío de los dependientes para tratamiento. Sugieren la creación de servicios específicos para la selección y la detección de los casos y la ayuda a largo plazo con el monitoreo y la supervisión adecuados, además de mecanismos de control y de un proceso cuidadoso de reinserción.

A partir de este estudio, como se dijo antes, se creó una red de atención a los médicos. Sin embargo, en Brasil el tema ha sido muy poco explorado y discutido. No existen estudios específicos sobre el problema en Anestesiología, ni tampoco programas estructurados en esa área, y como los casos continúan surgiendo, las decisiones van siendo tomadas puntualmente en cada servicio, sin que la especialidad y ni siquiera la clase médica pueda reflexionar sobre el asunto y sin poder tomar medidas generales.

## DISCUSIÓN

La clase médica parece ser más propensa al abuso de algunas sustancias que la población en general. El alcohol es la sustancia de la que más se abusa. Entre las especialidades, los anestesiólogos son los más vulnerables al abuso de fármacos, básicamente debido a cuestiones ocupacionales (exceso de horas de trabajo y fácil acceso a los medicamentos) y en ese caso, las sustancias de las que más se abusa son los opioides (fentanil en particular), propofol y anestésicos inhalatorios, drogas altamente adictivas y potencialmente letales.

El profesional dependiente debe ser diagnosticado y alejado de la práctica médica. Debe ser sometido a un largo programa de desintoxicación, rehabilitación y a una amplia resocialización que envuelve la comparecencia a grupos de autoayuda, apoyo familiar y el monitoreo continuo por medio de exámenes.

El regreso al quirófano, en el caso de los anestesiólogos, está considerado como una situación de alto riesgo para la recaída.

En Brasil, a pesar de la amplia percepción de problemas con anestesiólogos que abusan de sustancias, los programas de tratamiento y prevención todavía son incipientes, lo que demanda una mayor inversión intelectual, educacional, terapéutica y de constitución de contingentes específicos para hacerle frente al problema.

## REFERENCIAS

1. Alves HN, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques AC, Ramos SP, Laranjeira RR – Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians. *Rev Assoc Med Bras*, 2005;51(3):139-143.
2. Robb N – University acknowledges special risks, introduces drug program for anesthetists. *Cmaj*, 1995;153(4):449-452.
3. Tetzlaff J – Chemical dependency and anesthesiology. [conference presentation] Cleveland, Ohio 2009.
4. McGlynn EA, Asch SM, Adams J et al. – The quality of health care delivered to adults in the United States. *New Eng J Med*, 2003;348(26):2635-2645.
5. Farber NJ, Gilibert SG, Aboff BM, Collier VU, Weiner J, Boyer EG – Physicians willingness to report impaired colleagues. *Soc Sci Med*, 2005;61(8):1772-1775.
6. Berge KH, Seppala MD, Schipper AM – Chemical dependency and the physician. *Mayo Clin Proc*, 2009;84(7):625-631.
7. Talbott GD – The impaired physician and intervention: a key to recovery. *J Fla Med Assoc*, 1982;69(9):793-797.
8. De Oliveira GS Jr, Ahmad S, Stock MC et al. – High incidence of burn-out in academic chairpersons of anesthesiology: should we be taking better care of our leaders? *Anesthesiology*, 2011;114(1):181-193.
9. Collins GB, McAllister MS, Jensen M, Gooden TA – Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey. *Anesth Analg*, 2005;101(5):1457-1462.
10. Hughes P – Can we improve on how we select medical students? *J R Soc Med*, 2002;95(1):18-22.
11. McLellan AT, Skipper GS, Campbell M, DuPont RL – Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ Clinical research ed.*, 2008;337:a2038.
12. Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB – Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology*, 2000;93(4):922-930.
13. Brewster JM – Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. *JAMA*, 1986;255(14):1913-1920.
14. Krizek TJ – The impaired surgical resident. *Surg Clin North Am*, 2004;84(6):1587-1604.
15. Ward CF, Ward GC, Saidman LJ – Drug abuse in anesthesia training programs. A survey: 1970 through 1980. *JAMA*, 1983;250(7):922-925.
16. Gravenstein JS, Kory WP, Marks RG – Drug abuse by anesthesia personnel. *Anesth Analg*, 1983;62(5):467-472.
17. Talbott GD, Wright C – Chemical dependency in health care professionals. *Occup Med*, 1987;2(3):581-591.
18. Booth JV, Grossman D, Moore J et al. – Substance abuse among physicians: a survey of academic anesthesiology programs. *Anesth Analg*, 2002;95(4):1024-1030.
19. Levine MR, Rennie WP – Pre-employment urine drug testing of hospital employees: future questions and review of current literature. *Occup Environ Med*, 2004;61(4):318-324.
20. Collins GB, McAllister MS, Jensen M, Gooden TA – Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: results of a survey. *Anesth Analg*, 2005;101(5):1457-1462.
21. Spiegelman WG, Saunders L, Mazze RI – Addiction and anesthesiology. *Anesthesiology*, 1984;60(4):335-341.
22. Berry CB, Crome IB, Plant M – Substance misuse amongst anaesthetists in the United Kingdom and Ireland. The results of a study commissioned by the Association of Anaesthetists of Great Brit-

- ain and Ireland. *Anaesthesia*, 2000;55(10):946-952.
23. Weeks AM, Buckland MR, Morgan EB, Myles PS – Chemical dependence in anaesthetic registrars in Australia and New Zealand. *Anaesth Int Care*, 1993;21(2):151-155.
  24. Bell DM, McDonough JP, Ellison JS, Fitzhugh EC – Controlled drug misuse by Certified Registered Nurse Anesthetists. *AANA Journal*, 1999;67(2):133-140.
  25. DuPont RL, McLellan AT, White WL, Merlo LJ, Gold MS – Setting the standard for recovery: Physicians Health Programs. *J Subst Abuse Treat*, 2009;36(2):159-171.
  26. Bryson EO, Levine A – One approach to the return to residency for anesthesia residents recovering from opioid addiction. *J Clin Anesth*, 2008;20(5):397-400.
  27. Wischmeyer PE, Johnson BR, Wilson JE et al. – A survey of propofol abuse in academic anesthesia programs. *Anesth Analg*, 2007;105(4):1066-1071.
  28. Wilson JE, Kiselanova N, Stevens Q et al. – A survey of inhalational anaesthetic abuse in anaesthesia training programmes. *Anaesthesia*, 2008;63(6):616-620.
  29. Pain L, Gobaille S, Schleeff C, Aunis D, Oberling P – In vivo dopamine measurements in the nucleus accumbens after nonanesthetic and anesthetic doses of propofol in rats. *Anesth Analg*, 2002;95(4):915-919.
  30. McAuliffe PF, Gold MS, Bajpai L et al. – Second-hand exposure to aerosolized intravenous anesthetics propofol and fentanyl may cause sensitization and subsequent opiate addiction among anesthesiologists and surgeons. *Med Hypoth*, 2006;66(5):874-882.
  31. Zacny JP, Lichter JL, Coalson DW et al. – Subjective and psychomotor effects of subanesthetic doses of propofol in healthy volunteers. *Anesthesiology*, 1992;76(5):696-702.
  32. Bryson EO, Silverstein JH – Addiction and substance abuse in anesthesiology. *Anesthesiology*, 2008;109(5):905-917.
  33. Nace EP, Davis CW, Gaspari JP – Axis II comorbidity in substance abusers. *Am J Psych*, 1991;148(1):118-120.
  34. Skipper GE, Campbell MD, Dupont RL – Anesthesiologists with substance use disorders: a 5-year outcome study from 16 state physician health programs. *Anesth Analg*, 2009;109(3):891-896.
  35. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC Jr. et al. – Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA*, 1992;267(17):2333-2339.
  36. Berge KH, Seppala MD, Lanier WL – The anesthesiology community approach to opioid- and anesthetic-abusing personnel: time to change course. *Anesthesiology*, 2008;109(5):762-764.
  37. Fitzsimons MG, Baker KH, Lowenstein E, Zapol WM – Random drug testing to reduce the incidence of addiction in anesthesia residents: preliminary results from one program. *Anesth Analg*, 2008;107(2):630-635.
  38. Gold MS, Byars JA, Frost-Pineda K – Occupational exposure and addictions for physicians: case studies and theoretical implications. *Psychiatr Clin North Am*, 2004;27(4):745-753.
  39. Gold MS, Frost-Pineda K, Melker RJ – Physician suicide and drug abuse. *The American journal of psychiatry*. [Comment Letter]. 2005;162(7):1390.
  40. Gold MS, Melker RJ, Dennis DM et al. – Fentanyl abuse and dependence: further evidence for second hand exposure hypothesis. *J Add Dis*, 2006;25(1):15-21.
  41. Marienau, ME and KHB – Personal verbal communication. Rochester, Minnesota, October 2007.
  42. Oreskovich MR, Caldeiro RM – Anesthesiologists recovering from chemical dependency: can they safely return to the operating room? *Mayo Clinic Proceedings*, 2009;84(7):576-580.
  43. Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL et al – Risk factors for relapse in health care professionals with substance use disorders. *JAMA*, 2005;293(12):1453-1460.
  44. Silverstein JH, Silva DA, Iberti TJ – Opioid addiction in anesthesiology. *Anesthesiology*, 1993;79(2):354-375.
  45. Hankes L, Bissel L – Health professionals. In: Lowinson and Millman, editors. - Substance abuse: a comprehensive textbook. Baltimore: Lippincott/Williams &Wilkins; 1992. pp. 897-908.
  46. Rounsaville BJ, Carroll KM – Individual psychotherapy for drug abusers, In: Lowinson, Ruiz and Langrod editors. *Substance abuse: a Comprehensive textbook*. New York, 1992. pp. 496-508.
  47. Gastfriend DR – Physician substance abuse and recovery: what does it mean for physicians and everyone else? *JAMA*, 2005;293(12):1513-1515.
  48. Smith PC, Smith JD – Treatment outcomes of impaired physicians in Oklahoma. *J Okla State Med Assoc*, 1991;84(12):599-603.
  49. Kintz P, Villain M, Dumestre V, Cirimele V – Evidence of addiction by anesthesiologists as documented by hair analysis. *Forensic Sci Int*, 2005;153(1):81-84.
  50. Gallegos KV, Norton M – Characterization of Georgias Impaired Physicians Program treatment population: data and statistics. *J Med Assoc Ga*, 1984;73(11):755-758.
  51. Kliner DJ, Spicer J, Barnett P – Treatment outcome of alcoholic physicians. *J Stud Alcohol*, 1980;41(11):1217-1220.
  52. Skutar C – Physicians Recovery Network targets attitudes about impairment. *Mich Med*, 1990;89(12):30-32.
  53. Gladstone W, Webster IW, Rotem A – An initiative for teaching about alcohol and other drugs in Australian medical schools. *Med J Aust*, 1987;147(7):339-341.
  54. Palhares-Alves HN, Laranjeira R, Nogueira-Martins LA – A pioneering experience in Brazil: the creation of a support network for alcohol and drug dependent physicians. A preliminary report. *Rev Bras Psiquiatr*, 2007;29(3):258-261.
  55. Marcolino JA, Vieira JE, Piccinini Filho L, Mathias LA – Mentoring during residency in anesthesiology: the Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, São Paulo Program. *Rev Bras Anesthesiol*, 2004;54(3):438-447.
  56. Fagnani Neto R, Obara CS, Macedo PC, Citero VA, Nogueira-Martins LA – Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidade Federal de São Paulo. *São Paulo Med J*, 2004;122(4):152-157.
  57. Kerr-Correa FGA, Bassit AZ, Boccuto NMVF – Uso de alcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. *Rev Bras Psiquiatr*, 1999;21(2):95-100.
  58. Newbury-Birch D, Walshaw D, Kamali F – Drink and drugs: from medical students to doctors. *Drug Alcohol Dependence*, 2001;64(3):265-270.
  59. Baldisseri MR – Impaired healthcare professional. *Crit Care Med*, 2007;35(2Suppl):S106-S116.
  60. Sanz Yaguez F, Lopez Corbalan JC – Abuse of psychoactive drugs among health professionals. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*, 1999;46(8):354-358.