

11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CURSO DE ANESTESIOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.

"ADICCIÓN EN ANESTESIOLOGOS"

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ANESTESIOLOGO
POR ESENTA:
DIANA ENRÍQUEZ SANTOS
MEDICO RESIDENTE DE LA
ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA

DIRECCION

ASESOR DE TESIS: DR. SERGIO BAUTISTA SÁNCHEZ



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

MÉXICO, D.F.

MAYO DEL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Dr. Sergio Bautista Sánchez
Asesor de tesis



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



Dr. José C. Álvarez Vega
Titular del curso



Dr. J. Heberto Muñoz Cuevas
Jefe del Servicio de Anestesiología del Hospital General de México

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a Lupita a quienes les debo todo lo que tengo y todo lo que soy.

A la Dra. Fabia Máxima Quintero por darme sus conocimientos, su experiencia; por todo el amor con que supo guiarme, y por siempre estar dispuesta a quitarme las piedras del camino.

Al Dr. Eduardo Rojas Pérez por ser mi ejemplo a seguir, por ser una de las personas más valiosas que he conocido, por mostrarme que puede existir la responsabilidad, la dedicación, la entrega y el amor por un paciente.

Al Dr. Álvarez por ser un gran amigo y por darnos a los médicos residentes nuestro justo valor.

Al Dr. Sergio Bautista por aceptar ser mi guía en este trabajo

A mi madre por su espíritu inquebrantable, por darme lo mejor de su vida y por estar dispuesta a luchar contra todo por mí.

A Cata por caminar siempre a mi lado; por su apoyo incondicional y por ayudarme a cumplir todos mis sueños.

A Ruth por su amistad y sobre todo por ser mi cómplice todos estos años; por compartir mis ilusiones, mis sueños y mis locuras.

A Gina y a Toño por todo el tiempo que me dedicaron y por ser un pilar en mi educación.

A Beto por todo su amor y todo el trabajo dedicado a esta tesis

A mi familia por todo el apoyo y por creer en mí.

EN MEMORIA DE LA DRA MARIZA RODRIGUEZ

INDICE**PAG**

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema y Justificación.....	2
Objetivos y Material y métodos.....	3
Definiciones	4
Estadística.....	5
Factores de riesgo.....	10
Identificación de médicos con problemas de abuso.....	16
Criterios diagnósticos para intoxicación por opiodes.....	19
Criterios diagnósticos del síndrome de supresión por opioides.....	20
Programas de rehabilitación.....	21
Prevención.....	28
Discusión y conclusiones.....	29
Bibliografía.....	30

ANTECEDENTES.

El abuso de alcohol y otras sustancias adictivas son un gran problema que afecta a millones de personas y que representan un gran gasto para los servicios de salud. En Estados Unidos para 1988 se estimó que 14.5 millones de personas utilizaban alguna droga ilegal¹.

En 1988 *The National Household Survey on Drug Abuse* reportó las drogas más utilizadas entre la población americana: 11.6 millones de personas utilizaban marihuana o hashish, 3.4 millones drogas psicotrópicas incluyendo estimulantes, tranquilizantes, sedantes y analgésicos, 2.9 millones utilizaban cocaína, 1.2 millones abusaban de inhalantes y 766 millones usaban alucinógenos o análogos. Para 1992 medio millón de personas eran consumidores de heroína y un total de 1.9 millones de personas habían utilizado heroína por lo menos una vez en su vida en Estados Unidos. Estas cifras infraestiman el verdadero número de consumidores, ya que muchas personas no reconocieron el uso de drogas ilícitas cuando fueron entrevistadas¹.

Los médicos y otros profesionales de la salud por su fácil acceso a opiodes y otras sustancias psicoactivas, tienen históricamente una alta frecuencia de abuso de estas sustancias.²

Antes del extenso uso de drogas entre la población general durante los años 60's, la adicción entre médicos y otros cuidadores de la salud fue considerada una adicción terapéutica, como resultado de la autoprescripción. Sin embargo el uso

de drogas de recreación incluyendo marihuana, LSD y cocaína ha presentado un incremento importante entre los jóvenes estudiantes de la salud así como de la población general.³

Es importante conocer la frecuencia, causas que desencadenan al abuso de drogas así como su repercusión en el grupo médico en especial entre los anesthesiólogos por ser un grupo de alto riesgo y los programas de detección y control que se han diseñado para detectar, tratar y prevenir este problema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El abuso de sustancias entre los anestesiólogos interfiere en su vida familiar, social y sobre todo en su desempeño dentro de la especialidad ocasionando, accidentes y situaciones de negligencia que ponen en peligro la vida de los pacientes que tienen a su cargo. En México y en general en América Latina no se cuenta con estadísticas confiables de la incidencia de esta enfermedad, no existen programas bien estructurados para su rehabilitación y además hay desinformación total por los médicos que desconocen este problema.

JUSTIFICACIÓN

El abuso de drogas en los anestesiólogos conlleva a práctica iatrogénica, incapacidad, y suicidio o muerte, y da como resultado pérdidas económicas para el sistema de salud. Como médicos es importante conocer estas repercusiones e identificar los grupos susceptibles dentro de la práctica médica para tratar y prevenir la enfermedad.

OBJETIVOS.

Revisar en la literatura información sobre abuso de drogas entre los anesthesiólogos, sobre los siguientes puntos:

1. Factores de riesgo que predisponen a los anesthesiólogos al abuso de drogas.
2. Identificación de estos profesionales enfermos.
3. Programas de rehabilitación existentes en México y otros países para profesionales de la salud con abuso de drogas.
4. Estrategias de prevención.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisó la literatura mediante Medline de 1969 al 2002 usando las siguientes palabras claves: *drug abuse*, *anesthesiologist*, *anesthesiology* y *pharmacodependency*. Y para la literatura mexicana se consultó mediante ARTEMISA. No se encontró literatura relevante.

DEFINICIONES

El abuso de drogas y adicción frecuentemente se utilizan de manera indistinta, sin embargo tiene un significado diferente por sus repercusiones.

El abuso de drogas se define como el uso de sustancias psicoactivas al grado de interferir con la función social, económica y la salud de las personas. A diferencia la adicción a drogas se caracteriza por compulsión, pérdida del control y uso continuo a pesar de los efectos adversos. La adicción generalmente se asocia a tolerancia y reacciones desencadenadas con el cese de la ingesta del medicamento. Sin embargo la dependencia física y la adicción son fenómenos diferentes que pueden ocurrir de forma simultánea. La adicción implica una enfermedad compleja con componentes físicos, psicológicos y sociales, con causas que incluyen tanto factores ambientales como genéticos. Esta enfermedad suele ser crónica y si no se trata progresa a discapacidad y muerte.⁴

La dependencia física se define como un estado fisiológico de adaptación a una droga o alcohol, usualmente caracterizado por el desarrollo de tolerancia a los efectos de la droga y la presencia de síndrome de abstinencia cuando se suspende está por un periodo prolongado. La dependencia psicológica se refiere al estado emocional del uso de una droga tanto por sus efectos positivos y para evitar los efectos negativos asociados a la abstinencia. Dependencia química es el término genérico que relacionada a la dependencia física o psicológica o a ambas, a una sustancia exógena. El concepto de enfermedad es reconocer que la dependencia química es una enfermedad psicológica y biogenética, crónica, progresiva y potencialmente fatal caracterizada por tolerancia y dependencia física

manifestada por pérdida del control así como cambios de personalidad diversos y consecuencias sociales.⁵

ESTADÍSTICA

En 1973 la American Medical Association reportó que los médicos que no cumplen sus responsabilidades personales y profesionales se debe en un 2.3 a 3.2% a alcoholismo, del 0.9 al 2.0% por abuso de sustancias y del 0.9 al 1.3% por enfermedades psiquiátricas.⁶

Sin embargo se estima que los médicos tienen adicción a narcóticos 30% más que la población general, otros estudios refieren que la prevalencia de abuso de drogas y alcohol entre médicos no difiere de la población en general.⁷ Otro estudio reporta que el 12.5% de los hombres médicos son fármaco dependientes comparados con el 0.1% de los hombres fármaco dependientes de la población general.⁸ En otro estudio se observó que el riesgo de muerte por suicidio relacionado con alcohol es mas frecuente en mujeres médicos comparado con las mujeres de la misma edad de la población general.⁹ Otro largo estudio reportó que el 10% de los médicos usan drogas psicoactivas, 60% de los médicos practicantes, 77% de los médicos estudiantes reportaron el uso de drogas y 3.3% de los médicos y 5,2% de los estudiantes tienen historias de fármaco dependencia. Las drogas mas usadas por los estudiantes de medicina son por orden decreciente anfetaminas, marihuana, sedantes, tranquilizantes y opiodes, las drogas mas usadas por los médicos son: marihuana, tranquilizantes, cocaína, anfetaminas, propoxifeno y opioides. En varios estudios se observa que el abuso del alcohol no difiere de la población en general con respecto al abuso de alcohol por los médicos, pero si se observa una prevalencia superior de los médicos al abuso de sustancias con respecto a la población en general.²

Los datos aprovechables para determinar la prevalencia del abuso de drogas en el personal de anestesia son derivados primariamente del análisis del tratamiento de la población y estudios de grupos de médicos. Otros datos aprovechables incluyen registros de acciones disciplinarias, estadísticas de mortalidad y registros de adictos conocidos. Porque las dificultades en interpretación de estos tipos de datos se ha concluido que la verdadera prevalencia de la adicción es los médicos es desconocida.¹⁰

Entre los médicos los anesthesiólogos tienen un riesgo particular de abusar de sustancias. Aproximadamente el 4% de los médicos es Estados Unidos son anesthesiólogos. El 9.6 % de los médicos tratados en el Medical Association de Georgia en el programa del Doctor fueron anesthesiólogos. En otros dos programas el de California Diversión Program y el de DePaul Rehabilitation Hospital (Milwaukee) se reportó la prevalencia de los anesthesiólogos en tratamiento del 13.8 y 13% respectivamente.¹¹ Otro problema serio relacionado con la adicción es el suicidio en un estudio de mortalidad todos los 829 miembros de la American Society of Anesthesiologist quienes murieron entre 1947 y 1976 indican que el suicidio es la causa más frecuente de muerte la cual es cuatro veces mas que en los individuos de la población general en este caso las causas del suicidio no fueron investigadas, sin embargo otros han reportado que los médicos que se suicidan frecuentemente abusan de drogas. La asociación entre adicción y suicidio es un alarmante indicador de las consecuencias de la adicción entre los médicos.

12,13.

En un estudio realizado entre 1974 y 1979 en 31 academias de anestesia de las cuales respondieron 15 entre el 1% y 2% del personal clínico fueron

suficientemente afectados por la droga abuso de alcohol que pueden llegar a llamar la atención.¹⁴ Datos sugestivos que la adicción es común entre los anesthesiólogos fue reportados en una revisión de 1000 médicos tratados.¹⁵

FACTORES DE RIESGO.

Durante los pasados 20 años la práctica de la anestesiología ha cambiado considerablemente debido a la amplia diseminación de desperdicio de los gases anestésicos y a los cambios en los agentes anestésicos.¹⁶ El personal de anestesia pasa muchas horas en un ambiente sujeto a muchos peligros potenciales: el quirófano. Los riesgos a los cuales son expuestos los anestesiólogos son:¹⁷

1. Inhalación de gases anestésicos.
2. Enfermedades infecciosas
3. Radiaciones.
4. El ruido
5. La fatiga
6. La adicción.

Existen diversas recomendaciones instituidas por el NIOSH Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional de USA. Y aunque realizaron lineamientos para el uso de los gases anestésicos, la regulación de radiaciones y ruido, el manejo de desechos fisiológicos y la protección del contacto con agentes infecciosos no se encuentran recomendaciones o lineamientos sobre los riesgos de fatiga, adicción o suicidio.¹⁷

La adicción en anestesia es un problema real, y se considera dentro de los riesgos de la práctica anestésica. Su etiología es desconocida pero existen factores de riesgo documentados que hacen que un individuo que estudia o práctica esta especialidad sea susceptible de iniciar abuso de sustancias, tenga

adicción y sino se rehabilita muerte o suicidio. A continuación se trataran dichos factores de riesgo los cuales se asocian con el inicio de abuso de substancias:

1. Condiciones laborales.

El personal de anestesia esta inmerso en un ambiente tenso, con jornadas laborales extenuantes, con inhalación de agentes anestésicos los cuales causan fatiga, sueño, cambios del talante, labilidad emocional, depresión aunado al estrés que provoca la vigilancia estrecha del paciente causan un continuo estado de ansiedad también el anesthesiólogo es un profesional cuya especialidad es poco reconocida no solo por los mismos profesionales de la salud sino por sus propios pacientes y su trabajo les proporciona poca remuneración económica. Si además se estudio la especialidad por no poder ingresar a la que era de su agrado convierte la práctica anestésica en un trabajo difícil de realizar sin ningún interés ni obtención de satisfacciones laborales ni profesionales, pero si con una gran carga de trabajo, estrés, ansiedad, falta de esperanza, sentimientos de desamparo e impotencia haciendo difícil de sobrellevar para cualquier individuo.^{18,19}

2. La disponibilidad

Es un factor determinante en el abuso de drogas en nuestra especialidad. Durante el periodo peri operatorio el anesthesiólogo administra diversos fármacos que van desde anestésicos inhalados, agentes intravenosos como barbitúricos, benzodiazepinas, opioides, alfa-adrenérgicos, anestésicos locales, antihistaminicos y anticolinérgicos, que proporcionan una gama de fármacos de los cuales el profesional puede abusar. Se dice que el anesthesiólogo "**vive en la tienda de los dulces**".²⁰ Se piensa que él médico elige la especialidad por la

disponibilidad que va a tener de los fármacos y tiene ya una predisposición para el abuso de sustancias o que ya tiene una historia previa de abuso.²⁰

Gallegos et al en 1988 reportaron que entre los residentes anesthesiólogos tratados por abuso de sustancias el 85% reveló que inicialmente les atrajo la especialidad por el acceso a las drogas.²¹

3. La auto prescripción

Es consecuencia importante de la disponibilidad de diversos fármacos. La práctica anestésica involucra una vida llena de estrés con muchas demandas y expectativas. No obstante cuentan poco tiempo para la atención de su bienestar emocional, les fomentan que deben obtener un alto nivel de vida y como resultado obtienen fallas para reconocer la necesidad de salud mental y física cuando ellos mismos están enfermos. Otro problema es la falta de educación para manejar el estrés. La fácil disponibilidad de las drogas y la prevalencia de la actitud de un "optimismo farmacológico", el cual es una honesta creencia de que el uso de las drogas es curarse sin considerar el potencial peligro de adicción, pensando que el automedicarse es una medida para tratar el estrés, ansiedad o discomfort físico.^{11,4}

La auto prescripción es particularmente común y una práctica peligrosa que frecuentemente precede a la adicción, pero es un riesgo que raramente es tratado en las aulas de clases de las escuelas de medicina.²² El anesthesiólogo no observa este riesgo y lo hace para sentirse mejor, por la fatiga, el sueño o mejorar su trabajo.⁴

4. Predisposición genética.

Inicialmente el uso de drogas es una conducta voluntaria no se desarrolla una dependencia. Sin embargo su uso repetido en individuos susceptibles produce alteraciones patológicas en la función cerebral que tienen un papel principal para la adicción.²³

La predisposición genética podría ser relativa pero la alteración fundamental en el neurocircuito que aumenta la sensibilidad para el refuerzo de los efectos de las drogas de abuso abate el control cognitivo de la conducta. Un paciente podría tener recuperación con abstinencia y tratamiento pero algunos presentan, enfermedad adictiva permanente.^{24,25,26} Tres conceptos de relevancia para los anestesiólogos podríamos enunciar: uniformemente las drogas son gratificantes, reforzando la adicción y la permanencia de la enfermedad. El sistema de dopamina mesocorticolímbico es central para la fisiopatología de la adicción y las recaídas. Este neurocircuito involucra el área tegmental ventral donde se originan las neuronas dopaminérgicas y la parte basal del cerebro, el núcleo caudado y la amígdala en donde estas neuronas se proyectan. Todas las drogas de las que han abusado los humanos se han administrado en los animales para que interactúen con este sistema y provocar un reforzamiento.^{23,27,28}

Las diferencias farmacológicas de las clases de drogas de abuso incluyendo las que rutinariamente se abusan por los anestesiólogos muchas inicialmente activan diferentes sitios en los cuales el refuerzo es una cascada de varios mecanismos pero todas ellas dan una estimulación gratificante. Como resultado la exposición a una droga podría imitar el refuerzo de otras. Este fenómeno es importante para la adicción. Las alteraciones de refuerzo en el neurocircuito también aparecen y

persisten a pesar de largos periodos de abstinencia y respalda la noción clínica de la adicción como una enfermedad crónica e incurable. Esto sugiere que la administración de drogas de abuso comúnmente usadas durante y después de la anestesia podría reactivar la adicción sin tener en cuenta un periodo relativamente largo de abstinencia.

6. Otros factores

Vaillant et al. notaron que los médicos, especialmente quienes tratan pacientes tienen mayor probabilidad que los no médicos de verse involucrados en el uso de drogas y alcohol y relativamente tienen mayores fracasos matrimoniales. La presencia de este riesgo profesional parece estar fuertemente asociado con periodo de adaptación en su vida antes de ingresar a la escuela de medicina estos médicos que tuvieron un acontecimiento importante en su infancia o adolescencia son especialmente vulnerables para este riesgo.²⁹

Duffy en un estudio de médicos tratados en la Clínica Mayo encontraron los siguientes diagnósticos (en orden de prevalencia): psicosis afectiva, psiconeurosis, esquizofrenia, desordenes de personalidad y síndrome orgánico cerebral. Las reacciones psicóticas sin razón empeoran la salud de los médicos el juicio y su habilidad para la práctica médica y la psiconeurosis o los desordenes de personalidad son suficientemente grave para constituir un riesgo similar para el cuidado del paciente. El abuso de drogas es frecuente en personas con desordenes depresivos.^{30,31}

El estudiante de la especialidad es importantemente vulnerable al abuso de sustancias, se reporta en la literatura que es un periodo de mucha exigencia

académica, estrés, y que esta vulnerabilidad no termina hasta después de 5 años de terminada la especialidad. El estudiante suele tener contacto con el abuso de drogas no solo por los factores antes mencionados también suele utilizar sustancias de abuso como parte de su tiempo de recreación en las fiestas o reuniones, otras veces lo hace por curiosidad y varias de las veces termina abusando de las sustancias y volviéndose dependiente.^{32,33,34}

Es relevante decir que uno solo de estos factores no es suficiente para que un profesional de la salud comience con una historia de abuso de sustancias estos factores de riesgo se interrelacionan entre sí para iniciar la enfermedad.

IDENTIFICACIÓN DE MEDICOS CON PROBLEMAS DE ABUSO

Los profesionales de la salud con problemas de adicción no son en un principio fácil de identificar hasta que su adicción comienza ha traer cambios en su conducta y en su desempeño profesional.

En su lugar de trabajo podemos encontrar:

1. Se observan cambios inusuales en la conducta. Cursan con períodos de ansiedad, irritabilidad, depresión alternando con períodos de euforia
2. Los adictos incrementan las cantidades de narcóticos que usan.
3. Ellos también reportan un uso inapropiado de altas dosis de narcóticos en cirugías en las que no son necesarios.
4. Llegan a ser descuidados y desagradables.
5. Los adictos prefieren trabajar solos y el uso de técnicas con narcóticos, falsifican los registros y utilizan las drogas para uso personal.
6. Ellos rechazan la hora de la comida o el café,
7. Ellos frecuentemente relevan a otros.
8. Se ofrecen de manera voluntaria para casos extras y escogen sobre todo aquellos donde la disponibilidad de los narcóticos es fácil como en cirugía cardiaca.
9. Se ofrecen para realizar tiempo extra
10. Están siempre en el hospital, cumpliendo con su deber para seguir teniendo acceso a los fármacos y prevenir los síntomas de abstinencia.
11. Los adictos frecuentemente van al baño donde usualmente se drogan.

12. Se les encuentran dormidos en la sala de quirófano sobre todo después de haber utilizado algún fármaco.
13. Los adictos del personal de anestesia insisten con los administradores de los narcóticos en entrar a su lugar de trabajo.
14. Ellos se quedan a trabajar frecuentemente en recuperación anestésica por la disponibilidad de los narcóticos.
15. Los adictos usan ropa con mangas largas para tratar de ocultar las venopunciones.
16. Frecuentemente presentan miosis
17. Tienen síntomas de abstinencia caracterizada por diaforesis y temblor
18. Pérdida de peso y palidez son también frecuentes
19. Los adictos no detectados podrían encontrarse en estado de coma.
20. Los no tratados se encuentran frecuentemente muertos.¹⁰

En su hogar:

1. Se observan los mismos cambios de conducta.
2. La adicción es una enfermedad de soledad los enfermos se aíslan de su propia familia de sus amigos y de sus actividades.
3. Comienzan a tener a diario conflictos en su casa.
4. La negación es un síntoma primario de la adicción. Cuando directamente se les confronta o se les expone se defienden vehementemente contra las acusaciones.
5. Los adictos tienen la necesidad de permanecer por largos períodos en el hospital, en cambio los alcohólicos abandonan su lugar de trabajo.

6. Tienen problemas legales, relaciones extramaritales que incrementan sus problemas en el trabajo.
7. Su vida sexual se ve ampliamente afectada.
8. Pastillas, jeringas, alcohol en la casa son otro signo de adicción.
9. Manchas de sangre por la casa podrían indicar el uso de drogas intravenosas.
10. Es frecuente que utilicen el baño como el lugar de elección para drogarse.¹⁰

Si el médico abusa de los opioides estos inducen desordenes orgánicos, intoxicación y síndrome de abstinencia, descritos en el Manual de Diagnóstico y Estadificación de los Desordenes Mentales (DSM III R)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA INTOXICACION POR OPIODES.

A Reciente uso de opioides.

B Mal adaptación de la conducta a los cambios inicialmente euforia, seguida de apatía, disforia, retardo psicomotor, deterioro del juicio y deterioro social o ocupacional.

C Miosis (o midriasis durante anoxia por severas sobre dosis) y presentar uno de los siguientes signos:

1. Adormecimiento
2. Alteraciones del habla
3. Deterioro de la atención o memoria

Sin otro desorden físico o mental.³⁵

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL SINDROME DE SUPRESIÓN POR OPIOIDES

A. La interrupción prolongada (de varias semanas o más) moderada o más de lo normal para el uso de un opioide o reducción de la dosis acostumbrada (o la administración de un opioide antagonista) puede provocar los siguientes síntomas:

1. Ansiedad por un opioide
2. Náusea o vómito
3. Mialgias
4. Lagrimeo y rinorrea
5. Dilatación pupilar, piloerección y diaforesis
6. Diarrea
7. Bostezos
8. Fiebre
9. Insomnio

B. Sin otro desorden físico o mental.

Cuando un profesional de la salud comienza a presentar algunos de estos signos y síntomas el personal que labora con el debe sospechar que podría estar abusando de alguna sustancia y si es confrontado él negara el problema, cursan con ideas de grandeza, invulnerabilidad y autosuficiencia, les es difícil aceptar que abusan de los fármacos que son adictos y que perdieron su autonomía.³⁶

En general en América Latina incluyendo México no se cuenta con un programa establecido o lineamientos a seguir ante la sospecha de que un médico anesthesiólogo esta cursando con problemas de adicción, en los Estados Unidos de Norte América se siguen los pasos que a continuación se describen.

PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN

La investigación.

Es importante si se sospecha de algún médico esta abusando de alguna sustancia se lleve a cabo una investigación confidencial, el adicto prefiere técnicas basadas en opioides, alteran los registros anestésicos, utilizan otra alternativa como agentes anestésicos inhalados y utilizan los opioides para su uso personal, cambian las jeringas que contienen los opioides por solución salina, solución mixta, lidocaína, etomidato etc. son capaces de retirar las drogas de las ampulas reemplazarlas por otros líquidos sin evidencia de daño a la ampula de vidrio, por lo cual la investigación se vuelve un proceso importante y trascendental para recavar información sobre el enfermo para realizar después la intervención término usado para designar la confrontación la cual se lleva a cabo por personal especializado.^{37,38} La fase de investigación es para reunir la suficiente evidencia de las drogas de uso, la variedad de estas y su relación con los cambios en la conducta. El profesional es observado por sus colegas los que hacen llegar un reporte al jefe se analizan los cambios de conducta, los registros de la farmacia o del departamento que controla las drogas y se cotejan con los registros de anestesia que reportó el profesional enfermo. Esto por que la intervención requiere suficiente información para mandar una evaluación y tentativamente un reporte a las autoridades.¹⁰

Siempre es necesaria la intervención porque aunque se presente un evento mayor como una sobredosis el profesional enfermo podría seguir negándolo.

Intervención

La intervención se realiza por un equipo que consiste en 2 ó 3 miembros uno a uno confrontan al sujeto estos podrían ser miembros del Impaired Professionals Programs IPPs quienes tiene la autoridad legal para remover de la práctica médica a quienes se rehúsen al tratamiento.

El equipo esta preparado para la negación, cólera y hostilidad. El individuo confrontado puede tener otros problemas sociales y emocionales relacionados con su dependencia química, y después de la confrontación este podría contemplar seriamente el suicidio.

El plan de la intervención varia para cada individuo y incluye la preparación para :
1) realizar inmediatamente una prueba toxicológica de sangre y orina. 2) Internarlo inmediatamente, 3) transferirlo inmediatamente a un centro de tratamiento y 4) tomar las medidas necesarias ante el no acatamiento de las disposiciones.^{10,39}

Confrontación

El médico enfermo que es confrontado cursa por una serie de consideraciones legales las cuales tienen su origen en la AMA American Medical Association en una publicación hecha en 1972 realizada por la oficina del Council on Mental Health la que llevó por nombre El Estatuto del Doctor Enfermo que enunciaba las siguientes recomendaciones.⁶

1. Si los médicos reconocen que un colega es inhábil para la práctica médica por razones físicas o enfermedades mentales incluyendo alcoholismo y abuso de drogas, idealmente el afectado debería pedir ayuda sin embargo frecuentemente esté es incapaz de reconocer que tiene un problema y cuando las exhortaciones

de familiares y amigos fallan los médicos que comparten el área de trabajo con él son los responsables de que él ingrese a un programa de tratamiento y suspenda su práctica médica.

Se debe seguir la siguiente secuencia:

- a) Discutir el problema con sus colegas que pueden ser una influencia positiva y beneficiosa para su manejo
- b) Hacer referencia del problema al grupo de trabajo del hospital donde labora.
- c) Hacer referencia del problema a un comité específico del estado o alguna sociedad médica del condado si el afectado no es miembro de algún hospital o si esté es incapaz o se rehúsa a seguir el caso.
- d) Hacer referencia del problema a un comité de licencia médica.

2. Se debe tomar en cuenta a los cónyuges como parte importante en el tratamiento estos podrían dar información a la sociedad médica de sus avances

3. La oficina del General Counsel del AMA pidió la creación de un modelo de ley para los médicos con este problema y extender esta ley a las sociedades médicas de los estados y los condados para poder realizar una acción legislativa en sus jurisdicciones.

4. Los programas de educación deben ser desarrollados para los estudiantes y los que cursan su preparación como especialistas enfatizando su alta vulnerabilidad para los desordenes psiquiátricos, alcoholismo y abuso de drogas⁶

Esta publicación dio la pauta para realizar una serie de leyes y lineamientos que se siguen siempre que un profesional de la salud enferma.

El enfermo es reportado ante un tribunal de licencia médica el cual tiene la facultad de suspender o revocar la licencia médica para ejercer la medicina. El no

reportar a un médico enfermo se considera como negligencia. Se crearon también asociaciones de médicos y enfermeras que protegen los derechos de los profesionales pero sus intervenciones ante las medidas disciplinarias impuestas son inefectivas. Una de ellas es el Impaired Professionals Programs que se ocupa de las intervenciones de los médicos enfermos , asesora el tratamiento y el retorno a la práctica médica, presta una gran información sobre los grupos de autoayuda, terapeutas, centros de tratamiento y monitorización sin poder modificar las medidas impuestas por el tribunal de licencia medica.⁴⁰

Los datos de los profesionales enfermos deben ser confidenciales esto esta legislado en el Código De regulación Federal en su parte 42 secciones 2.38 y 2.40.

El Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica creo la Health Care Quality Improvement Act de 1986 por la necesidad de registrar la mal práctica médica se creo a partir de esta la NPDB National Practitioner Datas Bank que cuenta con información sobre los médicos que tuvieron mal práctica médica, las acciones del tribunal de licencias y de las acciones diciplinarias impuestas. En julio de 1992 sé público Americans with Disabilities Act que dicta nuevos lineamientos para contratar empleados relacionados con la recuperación de abuso de sustancias.^{41,42}

El médico es suspendido de su practica médica y se integra a un programa de tratamiento la mayoría de los centros de tratamiento en los Estados Unidos de Norte América toman como modelo al centro de tratamiento de Minessota que se creo bajo las bases de Alcohólicos Anónimos.^{37,10}

Tratamiento

El tratamiento incluye desintoxicación, monitorización de la abstinencia interrelación con grupos de autoayuda y psicoterapia.^{10,14,19} Los pacientes internados en el centro tiene un tratamiento intensivo de 12 horas al día los 7 días de la semana en este ambiente el enfermo se aleja del estrés de la vida diaria y de la disponibilidad de las drogas la duración de esta terapia se limita al periodo de desintoxicación y posteriormente se continua con terapia fuera del centro de 60 a 120 horas a la semana con una duración de 4 a 8 semanas y monitoriza la abstinencia con un examen urinario. Se utiliza la naltrexona como apoyo a la abstinencia la cual es un antagonista puro de los receptores mu igual que la naloxona pero a diferencia de esta la naltrexona es eficaz por vía oral, esta sustancia produce un antagonismo competitivo con los opioides agonistas por un periodo de 24 a 48 hrs. la naltrexona se prescribe 50 mgr vía oral diario o 100 mgr vía oral 3 veces a la semana. El antagonismo podría ser superado por altas dosis de opioides lo que puede provocar una depresión respiratoria severa. La naltrexona se prescribe posterior a la desintoxicación si se administra antes de está puede provocar un síndrome de abstinencia severo.^{43,44,45}

Loa efectos de la naltrexona son los siguientes:

Dolor abdominal

Escalofrío

Ansiedad

Vértigo o confusión

Constipación o diarrea

Cefalea

Depresión

Irritabilidad

Alteraciones en la eyaculación

Náusea y vómito

Impotencia

Alteraciones del sueño

Rash

Dolores musculares

La naltrexona es recomendada para los anestesiólogos que reingresan a quirófano esto con dos propósitos 1) Para romper la asociación de la disponibilidad de los opioides y su uso 2) El tomarla proporciona un grado de tranquilidad y seguir con la abstinencia. Sin embargo en la mayoría de los casos es suspendida por sus efectos adversos.^{46,19}

Los grupos de autoayuda son una pieza fundamental en la terapia de los médicos enfermos tienen su origen en los grupos de autoayuda de los Alcohólicos Anónimos que siguen 12 pasos y que son el prototipo de narcóticos anónimos.

Reintegrarse a la vida profesional no es fácil y se reporta que los médicos ya rehabilitados pueden en cualquier momento reiniciar con el abuso de sustancia.^{10,47}

Se realizó un estudio para determinar la incidencia de reingreso a la especialidad por residentes que estuvieron en tratamiento por abuso de sustancias se llevó a cabo en 156 programas de tratamiento, se obtuvieron 180 casos incluyendo 26 que murieron por sobredosis, la prevalencia de abuso fue de 2% 113 casos reingresaron a la especialidad y de estos 14 murieron por sobredosis. Las conclusiones de este artículo fueron que la muerte fue el primer síntoma de recaída y que la rehabilitación seguida de una redirección a otra especialidad podría ser más prudente para aquellos residentes que abusan de drogas opiodes parenterales.⁴⁸

El Comité on Occupational Health of Operating Room Personnel establece los siguientes requisitos para ingresar a la practica médica

1. Abstinencia Se debe vigilar las recaídas por abuso de sustancias si sucede requiere de una terapia adicional pérdida del empleo y aviso a las autoridades La auto prescripción es inaceptable.

2. Monitor. Un individuo es asignado como monitor del adicto organiza a intervalos regulares la recolección de orina y sangre.

3. Supervisor. Es un miembro del departamento que vigila el desempeño del profesional rehabilitado y puede requerir muestras de sangre y orina.

4. Terapia Los profesionales que se reintegran a la práctica médica deben seguir con terapia individual o de grupo.

5. Deben de contar con grupos de ayuda y tomar naltrexona.

PREVENCIÓN

El tratamiento de los médicos adictos representa un alto costo para los sistemas de salud es preferible prevenir la enfermedad que tratarla. Se piensa que la disponibilidad de los fármacos es fundamental para el inicio; parte de la prevención es tener un registro exacto de las drogas que se utilizan, vigilar los registros de los usuarios, y contar con un laboratorio que analice las drogas que se devuelven a la farmacia y que pudieran ser sustituidas por otras.⁴⁹ La educación es importante en las escuelas de medicina y en los programas de residentes se carece de información sobre el abuso de sustancias, el riesgo que se tiene y las consecuencias; por otro lado la elección de residentes que ingresan a la especialidad se basa en diferentes criterios como: conocimientos médicos, calificaciones obtenidas en años previos, cartas de recomendación y en la primera impresión que se tiene del aspirante durante la primera entrevista pero no se realiza una verdadera evaluación de su conducta si tienen o no trastornos psiquiátricos o ya una historia de abuso de sustancias. Es importante cambiar el modo de selección de los aspirantes a ingresar a la especialidad.⁵⁰

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El abuso de fármacos por los especialistas o residentes de anestesia es un problema real de consecuencias fatales con implicaciones económicas, sociales, familiares , psicológicas y laborales.

En México no se cuenta con estadísticas de los casos que se presentan, de las complicaciones y de la morbi-mortalidad por sobredosis o suicidio. A pesar que la adicción es reconocida como un riesgo profesional no se cuenta con medidas o recomendaciones para reducirlo y cuando esté, se presenta no existe protocolo a seguir y la enfermedad sigue en la mayoría de los casos su evolución natural hasta llegar a la incapacidad y muerte.

La creación de un Comité dentro de cada hospital es ya una necesidad, para la identificación de los profesionales enfermos, la suspensión de la práctica médica, crear programas de tratamiento y rehabilitación y vigilar su reintegración a la vida profesional pendiente de sus posibles recaídas y reinicio del tratamiento.

Dentro de la especialidad es importante contar con el apoyo de médicos psiquiatras que evalúen periódicamente al personal para identificar tempranamente trastornos y darles tratamiento evitando complicaciones que lleven a incapacidad o adicción

BIBLIOGRAFIA:

1. National Institute on Drug Abuse. National Household Survey on Drug Abuse, Population Estimates 1988. Rockville Maryland: US Department of Health and Hu
2. Mc Avliffe WE, Rohman M, Santangelo S, Feldman B, Mahnuson man Services; 1989 (DHHS Publication no. ADM 89-1636). E, et al. Psychoactive drug abuse among practicing physicians and medical students. N. Engl. J. Med. 1986; 315: 805-70.
3. Angres DH, Busch KA. The chemically dependent physician: clinical and legal considerations. New Dir Ment Health serv 1989;41:21-32.
4. Willard G. Spiegelman PH, Saunders Lisa. Adidction and Anesthesiology. Anesthesiology 60: 335-341, 1984.
5. Rinaldi RC, Steindler EM, Wilford BB, Goodwin D. Clarification and standardization of substance abuse terminology. JAMA 259: 555-557, 1988.
6. American Medical Association on Council on Mental Healt. The sick physician: impairment by psychiatric disorders including alcoholism and drug dependency. JAMA. 1973; 223; 684-87.
7. Webster TG. Problems of drug addiction and alcoholism among physicians. JAMA. 1987; 225; 1913-20.
8. Talbott GD, Richardson AC, Mashburs JS, Benson EB, The Medical Association of Georgia's disabled doctors program: a five year review. J Med Assoc Ga 1981; 70: 545-9.
9. Keeve JP Physicians at risk: some apidemiological considerations of alcoholism, drug abuse, and suicide. J Occup Med. 1984:26; 503-8

10. Jeffrey H, Silverstein MD, Silva D. Opioid Addiction in Anesthesiology. *Anesthesiology*, V 79, No 2, Aug 1993.
11. Farley WJ, Talbott GD: Anesthesiology and addiction. *Anesth Analg*. 62:465-466. 1983.
12. Brasce DL, Eide KA, Linde HW: Cause of death among anesthesiologists: a 20 years study. *Anesthesiology* 29: 565-569,1968.
13. Lew EA: Mortality experience among anesthesiologists 1954-1976. *Anesthesiology* 51: 195-199.1979.
14. Gravenstein J.S. et al. Drug Abuse by anesthesia personnel. *Anesth Analg* 1983; 62: 467-472.
15. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, The Medical Association of Georgia's Impaired Physician Programs Review of the first 1000 physicians: Analysis of specialty. *JAMA* 257: 2927-2930, 1987.
16. Vessey MP, Nunn JF: Occupational hazards of anesthesia *Br Med J* 281: 696-698,1980.
17. Bruce H. et al. Cause specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000, 93: 922-30.
18. Axelsson G, Rylander R: Exposure to anaesthetic gases and spontaneous abortion: Response bias in postal questionnaire study. *Int J Epidemiol* 11: 250-256.1982.
19. The American Society of Anesthesiologists. INC Substance Abuse. *Anesthesiology* 77: 619-622,1992.

20. James P. Jeffrey L. Galinkin, MD. Psychotropic Drugs Used in Anesthesia Practice. *Anesthesiology* 1999; 90: 269-288.
21. Gallegos K. Brown CH, Velt FW, Talbott GD. Addiction in anesthesiologists: drug access and patterns of substance abuse. *QRB* 1988; 14: 116-122.
22. Talbott GD, Benson EB: Impaired physicians: the dilemma of identification, *Postgrad. Med J* 68: 56-64, 1980.
23. Koob GF, Moal M. Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science* 1997; 278: 52-8.
24. 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.
25. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* 1997; 278: 47-57.
26. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment. Insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000; 284: 1689-95.
27. May JA, White Hertbert C. et al. The Patient Recovering from Issues for the anesthesiologists. *Anesth Analg* 2000; 92: 1601-8.
28. Frances Richard MD, Franklin John E. *Addiction Medicine*. *JAMA*. July 15, 1992 Vol 268 No 3 330-331.
29. Vaillant GE, Sobowale NC, Mc Arthur C : Physicians use of mood-altering drugs. *N Engl J Med* 282: 365-370, 1970.
30. Duffy JC: Emotional illness in physicians. *N Engl J Med* 287: 372-375,1972.

31. Duffy JC, Litin EM: Psychiatric morbidity of physicians. *JAMA* 189: 989-992,1964.
32. APDIM Resident Services Committee. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. *Ann Intern Med.* 1988; 109: 154-61.
33. McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med*, 1982;306: 458-63.
34. Rosenberg Henry, Orkin Fredrick K. Abuse of Nitrous oxide. *Anethe Analg* 58: 104-106, 1979.
35. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd edition, revised, Washington, DC American Psychiatric Association, 1987,
36. Annitto WJ, Gold MS: Treating the "high and mighty" and the "mighty high" Dual Diagnosis in Substance Abuse. Edited by Gold MS, Slaby AE, New York, Marcel Dekker, 1991, pp 289-295.
37. Waizer RS: Impaired physicians An overview and update of the legal, issues. *J Leg Med* 11: 131-198, 1990.
38. Morse RM, Martin MA, Swenson WM, Niven GP. Prognosis of physicians treated for alcoholism and drug dependence. *JAMA.*1984; 251: 743-746.
39. Wilford BB: The drug- abusing physician, *Drug Abuse, a Guide for the Primary Care Physician.* Chicago. American Medical Association, 1981, pp 285-297.
40. Tokarz JP, Bremer W, Petersk, Pfifferting JH. *Beyon a Survival*, Chicago: American Medical Association: 1979.

41. Mullan F, Politzer RM, Lewis CT, Bastacky S, Rodak J, Hartmon RG: The National Practitioner Data Bank: Report from the first year. *JAMA*. 268: 73-79. 1992.
42. Lecky John H. Stanley J. et al. A Departmental Policy Addressing Chemical Substance Abuse. *Anesthesiology* 65: 414-417, 1986.
43. Barros Samuel MD. Rodriguez Gustavo. Naloxona as an Antagonist in Alcohol Intoxication *Anesthesiology* 54: 174. 1981.
44. Jeffrey H. Silverstein, MD et al. An Analysis of the Duration of Fentanyl and Its Metabolites in Urine and saliva. *Anesth Analg* 1993; 76: 618-621.
45. Kenneth H, Hawks Richard et al. Assessment of laboratory Quality in Urine Drug Testing. *Anesthesiology* 56: 234-233, 1982.
46. Gerra G. Zaimovic A et al. Rapid opiate detoxication in outpatient treatment. Relationship with naltrexone compliance *Journal of Substance Abuse Treatment* 18 (2000) 185-191.
47. Ach Richard, Donald Girard et al. Alcohol and other Substance abuse and Impairment among Physicians in Residency Training. *Annals of Internal Medicine* 1992; 116: 245-254.
48. Ward CF, Gretchen C. et al. Drug Abuse in Anesthesia Training Programs A Survey: 1970 though 1980. *JAMA*, Aug 19, 1983-Vol 250, No 7 45-67.
49. Tsuyoshi Goromary, Matura Hiroshi et al. Identification and quantitative determination of fentanyl Metabolites in patients by Gaschromatografy-Mass Spectrometry. *Anesthesiology* 61: 73-77, 1984.
50. McDonald John. Lingam RP: et al. Psychologic Testing as an Aid to Selection of Residents in Anesthesiology. *Anesth Analg* 1994; 78: 542-547.