

---

# La anestesiología, profesión signada por la drogadicción

TIBERIO ALVAREZ

---

Se informa sobre la prevalencia de drogadicción y alcoholismo entre los anestesiólogos, cuyas cifras alcanzan el 2% del total. Las drogas más utilizadas son: fentanil y otros opioides, diazepam, alcohol, anestésicos inhalados, ketamina, barbitúricos, sulfentanil, cocaína, morfina y heroína. Entre los factores de riesgo figuran algunos comunes a la población adicta en general (predisposición genética, exposición ambiental, falta de educación, de programas preventivos y de estrategias de control, estrés) y otros peculiares a estos profesionales: disponibilidad de las drogas, autoprescripción, actitud permisiva de los colegas. El tratamiento tiene como objetivos desintoxicar a la persona y lograr que viva sin usar fármacos, que recupere sus aspectos social y ocupacional, que mantenga el tratamiento interdisciplinario, se vincule a grupos de soporte y psicoterapia y se reintegre plenamente a las actividades de la vida diaria una vez haya signos de franca recuperación. Incluye, además, identificar los problemas psiquiátricos de fondo, establecer metas de recuperación a largo plazo y utilizar, si es necesario, drogas antagonistas.

*PALABRAS CLAVE*  
ANESTESIOLOGIA  
DROGADICCION

---

**D**esde hace varios años los anestesiólogos se han preocupado por los riesgos para la salud resultantes de ejercer su profesión y han tomado medidas preventivas para no estar expuestos a los gases anestésicos, origen de muchos de sus problemas, según opinión generalizada. Sin embargo, el peligro más grave reside en el abuso de drogas psicoactivas y la adicción a las mismas, una enfermedad compleja que compromete los aspectos físico, intelectual, psicológico y social y que si no se trata oportunamente lleva a la incapacitación.

**CONCEPTOS, PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS DE LA ADICCION**

La dependencia química es una enfermedad primaria caracterizada por el uso compulsivo de dro-

---

DOCTOR TIBERIO ALVAREZ ECHEVERRI, Profesor Titular, Sección de Anestesiología y Reanimación, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

gas, incluido el alcohol, que alteran el modo de ser. El anestesiólogo adicto es incapaz de ejercer adecuadamente su profesión (1).

El abuso de drogas se define como el uso en gran cantidad de químicos psicoactivos, que compromete la salud y lleva a problemas sociales y económicos. La adicción es el abuso que lleva a compulsión, pérdida del control y uso continuo a pesar de las consecuencias adversas. En la adicción hay tolerancia y síndrome de abstinencia cuando se deja de utilizar la droga. El adicto que supera su problema por un tiempo y retorna al uso activo de las drogas demuestra compulsión y otros signos de enfermedad adictiva antes de que se desarrolle la dependencia física (2).

La adicción entre los médicos se conoce desde hace muchos años. Entre los anestesiólogos la primera voz de alarma la dio el Departamento de Anestesia de la Universidad de Wisconsin, a través del Boletín de la Sociedad Californiana de Anestesia en 1937, al sugerir que dos de 17 miembros sufrían la enfermedad de adicción química (3). En 1969, Garb (4) llamó la atención hacia el hecho de que, cada año, en Estados Unidos, 300 médicos se volvían adictos a la meperidina y preconizó su rehabilitación. Spiegelman en 1984 (2) informó que el 14% de los médicos eran adictos al alcohol y 1%-2% a drogas no alcohólicas. Talbott (5) informó que de los médicos adictos entre 9.6% y 13.8% son anestesiólogos. Según el mismo autor (6) en comparación con otros residentes los de anestesia tienen 7.4 veces más probabilidad de ser adictos. Lutsky informó (7) en 1991 los resultados de una investigación realizada en 1989 entre los 260 anestesiólogos que habían adelantado su residencia en el Colegio Médico de Wisconsin en los últimos treinta años; 183 respondieron la encuesta; la proporción de los que habían utilizado drogas cuando eran residentes fue: 77% alcohol, 20% marihuana, 15.7% cocaína, 24% drogas psicoactivas sin prescripción médica; 85% consideraron que la información recibida durante los estudios sobre los peligros del abuso de drogas psicoactivas fue inadecuada. Se encontró además que 35 anotaron que algunos de sus profesores utilizaban el alcohol y otras drogas que comprometerían seriamente el proceso de la enseñanza. Sólo la tercera parte de estos problemas de adicción fue informada a las directivas.

La dependencia de sustancias químicas es un riesgo profesional que aumenta la morbilidad y la mortalidad. Gravenstein (8) encontró que 7 de 44 anestesiólogos adictos murieron como consecuencia de las drogas. Se considera, en términos generales, que 20%-30% de las muertes por suicidio en la comunidad anestesiológica se deben a la drogadicción y 40% al alcohol (8).

En Colombia se han realizado pocos estudios sobre el problema de la adicción entre los anestesiólogos y los residentes de la especialidad. Los datos disponibles son en su mayoría anecdóticos; sin embargo, las observaciones personales y los informes de profesores, profesionales y residentes en los diferentes sitios de trabajo y estudio dejan entrever un problema grave de adicción que crece, en medio de un silencio cómplice, cada día más. Se conocen casos de alcoholismo, adicción a drogas, abandono del estudio y del trabajo, accidentes graves inclusive con pérdida de conocimiento del anestesiólogo en la sala de cirugía exponiendo su vida y la del paciente; también problemas laborales, sociales, éticos y aun el suicidio. En la investigación realizada por Alvarez y colaboradores en Medellín, en 1991 (10) se halló que el 10.6% de los anestesiólogos se encontraba en riesgo de alcoholismo y una proporción similar eran alcohólicos, cifras mayores que las de la población colombiana mayor de doce años. Se observó además que la prevalencia de consumo de drogas psicoactivas en los últimos doce meses había sido de 36.5% para los ansiolíticos, 14.4% para la marihuana, 12.1% para los hipnóticos, 10.9% para la cocaína, 10.8% para las anfetaminas, 6.2% para los anestésicos parenterales, 2.4% para los gases anestésicos, 1.2% para los opiáceos y 2.4% para la pasta de coca.

Como consecuencia de la drogadicción el médico es incapaz de practicar su profesión con habilidad y seguridad razonables y está expuesto al rechazo de los colegas y asociaciones profesionales, a la pérdida del estudio o el trabajo, a sufrir problemas personales, legales y sociales, a perder la autoestima, a mantenerse aislado en soledad y a procurarse la muerte.

## DROGAS UTILIZADAS

A diferencia de la mayoría de los médicos adictos los anestesiólogos prefieren las drogas parenterales

a las orales. La preferencia depende de la disponibilidad y de la moda; inicialmente fue para la inhalación de gases anestésicos y el consumo de alcohol, luego la morfina, las anfetaminas y sobre todo la meperidina o demerol. A partir de la década de los sesenta aparecieron en el *armamentarium* médico otras drogas adictivas como la ketamina, los derivados opioides, la marihuana, la cocaína y las benzodiacepinas. Menk y colaboradores (11) encontraron en 1990 que entre 8.810 anesthesiólogos graduados en 159 programas de residencia en un lapso de 10 años, había habido 180 adictos de los cuales 26 murieron por sobredosis; el 73% eran adictos a los opioides. Este grupo utilizó, en orden decreciente, las siguientes drogas: fentanil, opioides no especificados, diazepam, alcohol, anestésicos inhalados, ketamina, barbitúricos, sulfentanil, cocaína, morfina y heroína.

En los últimos años se ha informado adicción al propofol, anestésico de acción corta que no tiene régimen de control y que produce euforia cuando la persona se recupera de su acción (12).

## FACTORES DE RIESGO

Muchos factores juegan un papel importante en el uso y abuso de sustancias psicoactivas y alcohol; algunos de ellos influyen en la drogadicción en la población general; otros son más importantes entre los anesthesiólogos; entre los primeros están la predisposición genética, el estrés físico y psíquico, la reducida capacidad para afrontar las crisis de la vida diaria, la falta de educación, de análisis de las consecuencias y de programas preventivos y estrategias de control y el poder adictivo de las drogas; entre los segundos figuran la exposición ambiental, la disponibilidad de drogas psicoactivas en un medio permisivo, la negación del problema, la ley del silencio que impide avisarlo oportunamente, la prevaleciente actitud de confianza en que no se corren riesgos, que lleva al profesional a utilizar drogas para aliviar alguna dolencia sin considerar el peligro adictivo, la autoprescripción para enfrentar el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio (2,3,5,11). En nuestro país se agregan además el trabajo en zonas de violencia donde la amenaza, la extorsión, el "boleteo", la "vacuna", la desaparición, las bombas, las explosiones, la pérdida de seres queridos y propiedades, la zozobra constante, el temor a las retaliaciones y las demandas llevan al individuo a buscar una vía de

escape, así sea momentánea, a través de las drogas y el alcohol.

## IDENTIFICACION, INTERVENCION Y REHABILITACION

Hasta 1960 los médicos, las sociedades profesionales y los gremios tenían el problema de cómo identificar y rehabilitar al médico drogadicto porque éste y sus colegas creaban una barrera de protección, un código de lealtad y de silencio cómplice que hacían difícil ayudar en el momento oportuno. Posteriormente se realizaron algunas investigaciones y se observaron trastornos e incapacidades debidos al abuso de sustancias químicas adictivas. En 1973 el Consejo de Salud Mental de la Asociación Médica Americana apeló al sentido de responsabilidad de los médicos para detectar, notificar, tratar y rehabilitar al colega enfermo. "El mismo profesional es quien debe buscar ayuda... pero cuando no es capaz o no quiere reconocer su enfermedad y cuando las llamadas de atención han sido inefectivas la colaboración responsable de sus colegas es esencial para que se someta al tratamiento o suspenda el ejercicio de su profesión" (1).

Los signos de adicción se presentan en los aspectos personal, social y profesional: abandono de las actividades, de los amigos y de la familia; comportamientos inadecuados, impulsivos; trastornos en la vida familiar como divorcio, abuso de los niños, problemas sexuales y legales; deterioro de la presentación personal, accidentes, consultas frecuentes al médico, desconfianza, inestabilidad laboral, quejas de los colegas y los pacientes, malos registros anestésicos, complicaciones frecuentes en salas de cirugía.

Una vez detectado el médico adicto se deben interrumpir los efectos destructivos y progresivos de la enfermedad mediante la asistencia constructiva; se pretende que reconozca su problema, acepte que está enfermo y entienda las diferentes alternativas de tratamiento individual o grupal. El siguiente paso es referirlo a las personas y grupos competentes en este tipo de tratamiento. El paso final es la rehabilitación o sea la oportunidad de regresar a la práctica profesional una vez se recupere (2,5,10,13,14) y desde que haya sometimiento a ciertas guías que buscan proteger a los pacientes, a la institución, a los colegas y al médico mismo en proceso de recu-

peración; entre las guías que deben tenerse en cuenta para ayudar al anestesiólogo adicto en este proceso figuran las siguientes: a) no utilizar en el sitio de trabajo la droga a la cual es adicto; b) efectuar, si es posible, controles periódicos de laboratorio, por ejemplo para opioides; c) utilizar drogas que antagonicen las adictivas como el disulfirán y el naltrexone; d) trabajar bajo supervisión médica en un ambiente tranquilo y libre de químicos adictivos; e) verificar que asista puntualmente a los grupos de soporte; f) permitir que se ventilen y comuniquen libremente los problemas dentro del equipo de trabajo; g) avisar oportunamente los cambios que presente el médico adicto.

Los resultados del tratamiento y la rehabilitación son esperanzadores cuando se cumplen los objetivos propuestos. La mayoría de los residentes de la especialidad quieren reanudar sus estudios y prácticas. Sin embargo, las perspectivas a largo plazo son menos alentadoras; se considera que dos terceras partes de quienes se recuperan, recaen en el abuso de los opioides. De los que recaen, uno de cada cuatro muere o no tiene una nueva oportunidad de rehabilitarse. Según Menk (11) lo mejor para el residente de anestesiología adicto es rehabilitarse y cambiar de especialidad.

## CÓNTROL DEL PROBLEMA

No es fácil prevenir, detectar, rehabilitar y controlar al anestesiólogo adicto. Las siguientes pautas pueden ser útiles para esos fines (6):

1. Establecer un control riguroso de las drogas adictivas; así se identifica qué existencias hay, cuánto se gasta de cada una, quién las utiliza más y a cuáles pacientes se aplican.

2. Detectar en la orina la sustancia adictiva: aunque útil en ciertos casos como el del fentanil puede generar problemas para la privacidad de las personas y dar resultados falsos positivos.

3. Detectar, intervenir, referir y tratar a los médicos adictos: la simple observación permite notar cambios en el comportamiento tales como alejamiento del grupo, desconfianza, deseo de trabajar continuamente y en soledad, exceso de turnos, variaciones en el modo de vestir. Cuando estos cambios se detectan el problema ya ha avanzado y es posible que los próximos pasos sean la incapacitación para

trabajar, el abandono del puesto, el riesgo de sobredosis y el suicidio.

4. Uniformar, evaluar y redefinir los conceptos de adicción; adelantar investigaciones interdisciplinarias sobre el problema; acudir a la ayuda de las instituciones y personas que trabajan en esta área.

5. Establecer estrategias de selección de los residentes de anestesiología; algunos médicos prefieren la anestesiología por el fácil contacto con la droga o ya son adictos y ven en la especialidad una forma fácil de conseguirla y permanecer en el anonimato.

6. Introducir en el currículo médico el problema de la drogadicción haciendo énfasis en los serios trastornos que le genera para el desempeño profesional.

7. Recomendar a los laboratorios farmacéuticos la elaboración de drogas sin poder adictivo, pedir su colaboración en el proceso de recuperación de los médicos adictos y en la detección de los mismos mediante pruebas especializadas.

8. Disminuir los niveles de estrés físico y psíquico del anestesiólogo en su trabajo mediante buena remuneración, adecuada distribución de las horas de trabajo, programas de recreación, asesoría, sitios agradables de trabajo y facilidades de progreso.

9. Analizar en profundidad los factores que explican por qué los anestesiólogos son propensos a la adicción.

10. Establecer comités interdisciplinarios que propongan recomendaciones y soluciones para este problema.

## OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento de la adicción entre los anestesiólogos son los siguientes: a) desintoxicar el organismo y vivir un estilo de vida libre de psicofármacos; b) recuperar la vida social y ocupacional; c) llevar a cabo un tratamiento interdisciplinario; d) identificar la enfermedad por adicción y los problemas psiquiátricos de fondo; e) establecer metas de recuperación a largo plazo; f) integrar al médico adicto a grupos de psicoterapia con personas que tienen iguales problemas como los alcohólicos y morfímanos anónimos; g) utilizar drogas antagonistas de la sustancia a la cual se es adicto como el disulfirán para el alcohol y el naloxone para los morfínicos.

## PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en el reconocimiento y la aceptación de que existen problemas potenciales y reales de adicción entre los anesestesiólogos; el cambio del silencio por la comunicación y la ayuda oportuna al colega con problemas; el reconocimiento de que la dependencia química es una enfermedad que permite al individuo recuperarse mediante tratamiento y reintegrarse a sus labores; la responsabilidad de las instituciones médicas y los colegas de vigilar y ayudar a los adictos; la aceptación de que la adicción no es una enfermedad curable pero sí recuperable mediante un proceso que dura toda la vida (2).

El adicto debe aceptar su incapacidad de controlar la enfermedad, practicar la abstinencia continuada, aceptar la vigilancia, control y soporte del equipo y la ayuda y dirección de las personas tratantes y tener presente que siempre existe el fantasma de la recaída.

## CONCLUSION

La profesión de la anesestesiología está signada por la adicción a sustancias psicoactivas; las estadísticas así lo demuestran. Es necesario reflexionar sobre este grave problema y cambiar la actitud negligente y permisiva con el colega adicto por otra abierta, de información oportuna, de ayuda coherente y de soporte en el tratamiento, la recuperación y la rehabilitación.

## SUMMARY

**ANESTHESIOLOGY AND DRUG ADDICTION**  
Prevalence of drug addiction and alcoholism among anesthesiologists has been reported to be around 2%. Most frequently utilized drugs are phentanyl and other opioids, diazepam, alcohol, inhaled anesthetics, ketamine, barbiturates, sulphentanyl, cocaine, morphine and heroine.

Besides risk factors that are common to the whole population (genetic predisposition, environmental exposure, stress and lack of education, preventive programs and control

strategies), there are others peculiar to anesthesiologists: availability of drugs, self-prescription and permissiveness of colleagues. Objectives of treatment are: to achieve detoxification and a drug-free life, to recuperate the social and occupational aspects of life, to adhere to interdisciplinary schemes of treatment with long-term goals, to enter support and psychotherapy groups, to identify and treat underlying psychiatric disorders and, if necessary, to utilize antagonist drugs.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Medical Association Council on Mental Health: the sick physician: impairment by psychiatric disorders including alcoholism and drug dependence. *JAMA* 1973; 233: 684-687.
2. SPIEGELMAN WG, SAUNDERS L, MAZZE R. Addiction and anesthesiology. *Anesthesiol* 1984; 60: 335-341.
3. WARD CF. The impaired physician. International Anesthesia Research Society. *Review course lectures*. Lake Buena Vista, Florida, 1989: 113-118.
4. GARB S. Drug addiction in physicians. *Anesth Analg* 1969; 48: 129-133.
5. TALBOTT GD. Anesthesiology and addiction. Editorial. *Anesth Analg* 1983; 62: 465-466.
6. TALBOTT GD, GALLEGOS KV, WILSON PO, PORTER TL. The Medical Association of Georgia's impaired physician program. *JAMA* 1987; 257: 2927-2930.
7. LUTSKY I, ABRAM SE, JACOBSEN GR, HOPWOOD M, KAMPINE JP. Substance abuse by anesthesiology residents. *Acad Med* 1991; 66: 164-166.
8. GRAVENSTEIN JS, KORY WP, MARKS RG. Drug abuse by anesthesia personnel. *Anesth Analg* 1983; 62: 467-472.
9. FOLLETE JW, FARLEY WJ. Anesthesiologist addicted to propofol. *Anesthesiol* 1992; 77: 817-818.
10. ALVAREZ T, RAMIREZ FE, GOMEZ RD. Algunos indicadores de salud mental en un grupo de médicos anesestesiólogos, Medellín, 1991. Trabajo presentado al Congreso Latinoamericano de Anesestesiología y Reanimación. Bogotá, Agosto 1993.
11. MENK EJ, BAUMGARTEN RK, KINGSLEY CHP, CULLING RD, MIDDAUGH RM. Success of reentry into anesthesiology training programs by residents with a history of substance abuse. *JAMA* 1990; 263: 3060-3062.
12. WARD CF. Substance abuse. Now, and for some time to come. *Anesthesiol* 1992; 77: 619-622.
13. WARD CF, WARD GG, SAIDMAN LJ. Drug abuse in anesthesia training programs. *JAMA* 1983; 250: 922-925.
14. CHAPPEL JN. Physician attitudes toward distressed colleagues. *West J Med* 1981; 134: 175.