

Consumo de sustancias psicoactivas: estudio comparativo entre anesthesiólogos e internistas en Uruguay

Dres. Gonzalo Barreiro 1, Wilson Benia 2, Lic. Carla Francolino 3, Dres. Juan Dapuetto 4, Paula Sztern 5, Mónica Ganio 5

1. Médico anesthesiólogo e intensivista. Miembro del Comité Ejecutivo de la Federación Mundial de Sociedades de Anesthesiólogos (WFSA). 2. Médico epidemiólogo. 3. Psicóloga. Profesora adjunta de Psicología Médica. Facultad de Medicina. 4. Médico internista y psiquiatra. Profesor Adjunto de Psicología Médica. Facultad de Medicina. 5. Médico anesthesiólogo. La investigación fue realizada con el auspicio de la Sociedad de Anesthesiología del Uruguay y recibiendo un aporte económico del laboratorio GlaxoSmithKlein.

Palabras clave: Alcoholismo Abuso de sustancias Encuesta Uruguay

Resumen

Introducción:

En repetidos estudios internacionales los anesthesiólogos se presentan como población de riesgo para el abuso del consumo y la adicción a drogas psicoactivas. Nuestro objetivo fue realizar un estudio piloto sobre el posible problema en Uruguay comparando anesthesiólogos e internistas.

Material y método:

Se realizó una encuesta anónima y simultánea que exploraba el consumo de tabaco, alcohol, tranquilizantes, anfetaminas, opiáceos y cocaína.

Resultados:

26% (n=29) de los anesthesiólogos respondió afirmativamente al menos una de las preguntas dirigidas a explorar el abuso de alcohol, con una diferencia estadísticamente significativa con los médicos internistas (8%, n=11). La posibilidad de uso problemático del alcohol estuvo presente en 13% de los médicos anesthesiólogos y en 7% de los internistas. Los otros consumos mostraron tendencia a ser mayores entre los anesthesiólogos.

Conclusiones:

Nuestra investigación sugiere que existen en Uruguay mayores problemas de alcoholismo y consumo indebido de otras sustancias psicoactivas entre anesthesiólogos comparados con internistas. Este estudio debe ser el inicio de una aproximación orgánica e interdisciplinaria al problema.

Key words: Alcoholism Substance abuse Survey Uruguay

Summary

Introduction:

In repeated international reports anesthesiologists are presented as a risk population for psychoactive drugs consumption and addiction. Our goal was to make a pilot research concerning the possible problem in Uruguay, comparing anesthesiologists and internists.

Material and method:

A simultaneous and anonymous survey was done exploring the consumption of tobacco, alcohol, tranquilizers, amphetamines, opioids and cocaine.

Results:

26% (n=29) of anesthesiologists answered affirmatively at least one of the questions addressed to explore alcohol abuse, with a statistical difference with internists (8%, n=11). The possibility of alcohol problematic use was present in 13% of anesthesiologists and in 7% of internists. The other consumptions showed tendency to be greater among anesthesiologists.

Conclusions:

our research suggests that there are more problems related to alcoholism and other psychoactive substances among anesthesiologists compared with internists. This research must be the beginning of an organic and interdisciplinary approach to this problem

Introducción

El uso indebido de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial. En los últimos años se ha llamado la atención sobre la mayor incidencia que tendrían dichos problemas de consumo entre los médicos anesestesiólogos. Talbott (1) en 1987 comunicó que mientras los residentes de la especialidad en Estados Unidos eran 4, 6% del total, aquellos en terapia por adicción constituían 33,7% del total de profesionales en tratamiento. Silverstein en 1993(2) describió 26 muertes en dos años entre el personal de anestesia, siendo las drogas más frecuentemente utilizadas el fentanyl y el sufentanyl. Mientras Lutsky (3) no encontró diferencias significativas entre anesestesiólogos, cirujanos e internistas, más recientemente, Hughes (4) ha planteado que el consumo de opiáceos es más común entre anesestesiólogos. Aunque no es un punto aún definido, es claro que a nivel internacional hay preocupación sobre la frecuencia de adicción entre la población médica general, independientemente de la especialidad (5). El tema puede ser importante por el número de profesionales de la salud comprometidos en una situación que los lleva al deterioro de su vida personal y profesional. En muchos casos, además, puede terminar (o debutar clínicamente) con la muerte por sobredosis o suicidio (6). En nuestro medio no hemos encontrado estudios que hayan centrado su interés en este tema, aunque desgraciadamente a lo largo de los años han habido casos aislados conocidos anecdóticamente. Nuestro objetivo fue comparar, por primera vez en nuestro medio, el consumo de sustancias adictivas reportado por médicos anesestesiólogos con respecto al reportado por médicos internistas, en Uruguay.

Material y método

Se estudió la población de médicos especialistas en anestesiología y medicina interna, a través de una muestra de conveniencia constituida por 111 médicos anesestesiólogos inscriptos en el Congreso de Anestesia del Uruguay de noviembre 1998 y 134 internistas inscriptos en el Congreso de Medicina Interna del Uruguay del mismo año. La muestra fue constituida con los profesionales que accedieron a participar en el estudio. Como instrumento de recolección de datos, a ambos grupos se les entregó en forma simultánea un cuestionario para ser completado en forma anónima y voluntaria tendiente a investigar la existencia de problemas vinculados al consumo de alcohol, tranquilizantes, opiáceos (morfina, heroína, etcétera), cocaína y estimulantes (apéndice 1) El uso problemático de alcohol se estudió con una Escala de Abuso (preguntas 9-12) desarrollada a partir de los criterios del DSM-IV (7) y con el cuestionario CAGE (preguntas 13-16) (8). Los datos obtenidos de los cuestionarios de ambos grupos se compararon entre sí utilizando el test de Chi2 o Fisher cuando estuvo indicado. El nivel de significación se fijó en $p < 0,05$.



Resultados La distribución por sexo y rangos de edad se presentan en la [tabla 1](#). Se observó diferencia significativa en la distribución por sexos con un predominio del sexo femenino entre los internistas. Ante la hipótesis de que la tendencia al consumo estuviera sesgada por el sexo del encuestado, se estudió cada población y cada variable realizando las tablas de contingencia adecuadas y test de Chi2 o Fischer. En la población estudiada el sexo no fue variable estadísticamente significativa para ninguno de los ítems pesquisados. El consumo de tabaco fue de 53% para anesestesiólogos y 47% para internistas, no siendo una diferencia significativa. El 26% (n=29) de los anesestesiólogos respondió afirmativamente al menos una de las preguntas dirigidas a explorar el abuso de alcohol, con una diferencia significativa con los médicos internistas (8%, n=11; $p < 0,05$). La pregunta que determinó la significación estadística fue la 11: "¿Ha manejado vehículos en algunas ocasiones estando bajo los efectos del alcohol?". En base al cuestionario CAGE, se planteó la posibilidad de uso problemático del alcohol en 13% de los médicos anesestesiólogos y en 7% de los internistas que marcaron al menos una pregunta positiva ([tabla 1](#)). La pregunta con una frecuencia mayor de respuestas positivas fue la 13: "¿Alguna vez pensó que debería cortar con la bebida?". La diferencia entre ambos grupos no fue significativa. En ambos grupos existió un porcentaje alto de profesionales que reportaron la ingesta de tranquilizantes sin prescripción de otro médico alguna vez en la vida. La [tabla 1](#) muestra también la distribución del consumo de cocaína, no presentándose diferencias entre ambos grupos. En cuanto al consumo de opiáceos sin prescripción médica, tanto en toda la vida como en el último año es mayor entre los anesestesiólogos que en los internistas, pero las diferencias no son significativas. Analizando los cuestionarios se encontró un anesestesiólogo que relató consumo de opiáceos, fentanyl y halogenados en el último año. El mismo profesional niega la autoadministración de cocaína o propofol.

Discusión

La aproximación a la temática del consumo de sustancias psicoactivas y la adicción, sobre todo cuando están implicados médicos, es siempre difícil por sus connotaciones sociales, laborales y legales. Estas connotaciones cobran más importancia aún si además tenemos en cuenta las eventuales consecuencias negativas en la atención de los pacientes. Aunque la encuesta no exploró en ningún momento la situación de trabajar bajo los efectos de drogas, alcohol o ambos, igualmente el problema del médico enfermo y la asistencia a los pacientes puede estar presente (9, 10). Resulta interesante comparar dos grupos médicos, en el mismo lugar y tiempo, con dinámicas laborales bien distintas y con actividad o no en sala de operaciones. La actividad del anesestesiólogo tiene características claramente distintas de la del internista. El trabajo anesestesiológico en sala de operaciones de urgencia y emergencia, la imprevisibilidad, el trabajo nocturno, la exposición constante a sangre y secreciones y en muchos casos a radiaciones marcan un perfil distinto. El estrés asociado a esto probablemente sea también diferente, aunque no necesariamente menor, al del

internista. El estudio comparativo entre estas dos especialidades médicas estaría pues justificado. Es interesante que en el año 2000 investigadores norteamericanos utilizaron el mismo modelo de comparación para investigar las causas de mortalidad entre anestesiólogos e internistas (6). Para esta investigación se utilizó el método de la encuesta, que brinda una aproximación rápida y de bajo costo. Se tomaron dos muestras grandes de ambas especialidades, que no son necesariamente representativas. Consideramos al anonimato un elemento clave cuando se investigan temas como estos, aunque por esa misma razón, al carecer de encuestador puede haber interpretaciones erróneas. Las preguntas exploran la percepción propia del problema y no datos presuntamente más objetivos como cantidad consumida, es decir que las respuestas pueden tener un componente subjetivo importante. Sin embargo, algunas de las preguntas como las que integran el GATE son aceptadas internacionalmente como aproximación válida al diagnóstico de alcoholismo. A pesar de las limitaciones descritas, el estudio muestra resultados que merecen algunos comentarios. En nuestro estudio existe una tendencia al mayor consumo de drogas psicoactivas entre anestesiólogos, siendo esto más evidente en las preguntas que exploran el alcoholismo. En nuestro medio, ya en 1991, Saralegui y Demoro (11) comparando anestesiólogos con otras especialidades médicas (dermatología y endocrinología) encontraron consumo mayor de alcohol entre anestesiólogos (39%-18%) aunque el empleo de psicofármacos fue menor (22%-31%). También Calabrese en 1996 (12) encuestó 114 anestesiólogos uruguayos encontrando un CAGE positivo en 4% y consumo de psicofármacos en 11%. No hemos encontrado otras publicaciones latinoamericanas sobre el tema. En Estados Unidos, en un trabajo de reciente aparición (6), con muestras comparables de internistas y anestesiólogos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los anestesiólogos tenían mayor riesgo de suicidio y de muertes vinculadas al consumo de drogas. Este riesgo era mayor en los primeros cinco años después de la graduación de médico pero igualmente la diferencia con los internistas se mantenía durante toda la carrera. No sabemos si estamos ante una enfermedad con cierta predilección sobre los anestesiólogos y si ellos están en mayor riesgo o estas cifras son el resultado de la mayor preocupación y detección. Cabe resaltar que todos los temas vinculados al riesgo profesional como éste son repetidamente tratados en las reuniones científicas. Aunque sobrepasa los alcances de esta publicación, cabría preguntarse qué factores influyen para que un médico esté en riesgo cierto de enfermarse tan gravemente. Un factor muchas veces invocado es la facilidad con que el anestesiólogo accede a medicación controlada y paradójicamente lo difícil que es controlar la circulación de dicha medicación en sala de operaciones. Parece una explicación demasiado simplista pensar que el acceso fácil sea un factor tan determinante en el abuso y la adicción a las sustancias psicoactivas. Sin embargo debe de ser siempre un motivo de preocupación mejorar el control interno de los servicios para la detección precoz del problema. El estrés y el síndrome de "burn-out" (desgaste en la tarea) han sido planteados con frecuencia y se han vinculado a la tendencia aumentada a la drogadicción (13-15). Sin embargo, esto no necesariamente tiene por qué estar en la base del problema y de hecho no ha podido todavía ser claramente involucrado científicamente. Una encuesta realizada por la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA) (16) mostró que 34, 5% de los residentes de la especialidad tuvieron problemas con drogas pero no lo vinculaban con el estrés. Parecería que otros factores, solos o asociados, son los determinantes. Es así que se citan determinantes bioquímicos cerebrales vinculados a mediadores dopaminérgicos en su origen (14). Probablemente haya además factores genéticos asociados al alcoholismo, lo que es actualmente motivo de un estudio multicéntrico en universidades de Estados Unidos (17). ¿Qué hacer de ahora en más? Lo primero que hay que tener claro es que el alcoholista o el drogadicto es un enfermo, no un criminal, a pesar de que pueda verse involucrado en actos delictivos: el ejemplo típico es el hurto de fármacos para el consumo. Ya que un clima amenazante sólo sirve para complicar aún más las cosas, la actitud debe ser de ayuda. En esto concordamos con lo definido por la American Medical Association en 1973: "es responsabilidad ética del médico percatarse de la incapacidad de un colega para ejercer la medicina de manera adecuada a causa de enfermedad física o mental, con inclusión del alcoholismo y la dependencia de sustancias" (18). Lo segundo es que el tema

debe ser tratado a nivel gremial (Sociedad de Anestesiología y Sindicato Médico del Uruguay). Sin ese tipo de acción conjunta los esfuerzos aislados pueden resultar en fracaso. Una vez logrado esto, las fases habituales de abordaje del problema, cuyo análisis excede los objetivos de la presente comunicación, son : a) *Mecanismos de identificación de los afectados por la enfermedad.* Para esto hay que tener un alto índice de sospecha, porque el ocultamiento y la negación por razones sociales y laborales es la regla. Sin embargo, a veces hay pedidos de ayuda más o menos encubiertos para los que conviene estar atentos. Nuestro colega de la encuesta que ha probado drogas ilícitas en el último año y lo pone en una investigación anónima quizás sea un ejemplo. El ejemplo de la ASA resulta interesante. Sensibilizados por lamentables casos de muertes vinculadas al uso de drogas, han dictado normativas para la detección de los enfermos a nivel del lugar de trabajo y a nivel familiar. Estas consisten en mecanismos para el control del uso de drogas en los servicios de anestesiología (19, 20) y la creación de una línea telefónica abierta las 24 horas para que los familiares o los mismos adictos recurran pidiendo ayuda. b) *Intervención terapéutica: quién paga y cómo se conserva el lugar de trabajo.* Aquí es fundamental el rol de las Sociedades Científicas gremiales y el Sindicato Médico del Uruguay para garantizar un marco de ayuda adecuado. c) *Reinserción laboral y seguimiento: ¿sí o no?, ¿quién controla y cómo?* El dilema de la reinserción laboral en anestesiología postterapia por adicción no está aún aclarado. Menk (21) encontró buenos resultados solo en 34% de aquellos que abusaban de opiodes por vía parenteral y 70% dentro de los que abusaban de otras sustancias. Además, dentro del primer grupo la muerte como síntoma inicial de recaída se produjo en 16% de los casos. ¿Es mejor quizás entonces intentar la reinserción en otra especialidad? No hay respuesta aún a esta interrogante. Todo este tema de detección, manejo del problema desde el punto de vista personal, familiar y de los servicios de anestesia y la eventual reinserción pueden ser consultados en varios artículos de revisión (22, 23). Como comentario final, desde el inicio de la investigación consideramos imprescindible recurrir al trabajo conjunto entre anesthesiólogos y especialistas de la salud mental. En ese grupo interdisciplinario que integramos mantuvimos un fértil diálogo que redundó en mejoría del diseño del estudio y análisis de los resultados. Creemos firmemente que este debe ser el camino a recorrer por cualquier colega que pretenda avanzar en este u otros temas que, aunque vinculados a una especialidad, exigen conocimientos y entrenamientos especiales. En suma, en esta primera aproximación los anesthesiólogos uruguayos parecen estar a mayor riesgo de alcoholismo y abuso de sustancias psicoactivas que sus pares internistas. Es necesario enfrentar el problema con un criterio orgánico de ayuda personal y familiar. *Agradecimientos:* al Dr. William Arnold III, Chairman Task Force on Chemical Dependence (ASA), por su asesoramiento.

Bibliografía

- 1) Talbott G, Gallegos K, Wilson P, Porter T. The Medical Association of Georgia's impaired physicians program. Review of the first 1000 physicians: analysis of specialty. JAMA 1987; 257: 2927-30.
- 2) Silverstein J, Silva D, Iberti T. Opioid addiction in anesthesiology. Anesthesiology 1993; 79: 354-75.
- 3) Lutsky I, Hopwood M, Abram S, Cerletty JM, Hoffman RG, Kampine JP. Use of psychoactive substances in three medical specialties: anesthesia, medicine and surgery. Can J Anaesth 1994; 41: 561-7.
- 4) Hughes PH, Storr CL, Brandenburg NA, Baldwin DC Jr, Anthony JC, Sheehan DV. Physician substance use by medical specialty. J Addict Dis 1999; 18(2): 23-37.
- 5) Strang J, Wilks M, Wells B, Marshall J. Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. Br Med J 1998; 316: 405-6.
- 6) Alexander B, Checkoway H, Nagahama S, Domino K. Cause-specific mortality risks of

- anesthesiologists. *Anesthesiology* 2000; 93: 922-30.
- 7) DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
 - 8) Ewing J. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252(14): 1905-7.
 - 9) Winograd CH. When doctors get sick. *Ann Int Med* 1998; 129(6): 509-10.
 - 10) Chambers R, Maxwell R. Helping sick doctors. *Br Med J* 1996; 312(7033): 722-3.
 - 11) Saralegui J, Demoro S. Encuesta sobre riesgo profesional de los anestesiólogos. *Anest Analg Reanim* 1991; 8(1-2): 61-8.
 - 12) Calabrese G, Curbelo G, Kanovich S. Trastornos psíquicos relacionados con el trabajo del anestesiólogo en el Uruguay. *Actas del Congreso Sudamericano de Anestesiología*, 4. Montevideo, 1996.
 - 13) Jex S, Hughes P, Storr C, Conard S, Baldwin D, Sheehan D. Relations among stressors, strains and substance abuse among resident physicians. *Int J Addict* 1992; 27: 979-94.
 - 14) Chandon M. Toxicomanie et addiction en milieu anesthésique: sortir du non-dit. *Ann Fr Anesth Réanim* 2000; 19: 640-2.
 - 15) Czernichow S, Bonnet F. Le risque de toxicomanie chez les médecins anesthésistes. *Ann Fr Anesth Réanim* 2000; 19: 668-74.
 - 16) Abdelmalak B. Stress in American Anesthesiology Residents. [Http://www.ASAhq.org/Dic2000](http://www.ASAhq.org/Dic2000)
 - 17) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Collaborative Studies on Genetics on Alcoholism (COGA). <http://silk.nih.gov/silk/niaaa1/Grants/projcoga.htm> (Marzo 2001)
 - 18) American Medical Association Council on Mental Health. The sick physician: impairment by psychiatric disorders, including Alcoholism and drug dependence. *JAMA* 1973; 223: 684.
 - 19) American Society of Anesthesiologists (ASA). <http://www.ASAhq.org> (Marzo 2001)
 - 20) Arnorld W. Task Force on Chemical Dependence Chemical Dependence in Anesthesiologists: what you need to know when you need to know it. Illinois: American Society of Anesthesiologists, 1998.
 - 21) Menk E, Baungarten R, Kingsley C. Success of reentry into Anesthesiology training programs by residents who have a history of substance abuse. *JAMA* 1990; 263: 3060-2.
 - 22) Sanz F, López J. Abuso de Sustancias psicoactivas entre los profesionales de la salud. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1999; 46: 354-8.
 - 23) O'Connor P, Spickard A. Physician impairment by drug abuse. *Med Clin North Am* 1997; 81: 1037-52.

Correspondencia: gbe@bancocomercial.com.uy
