

3. Padecimientos comunes

Los dos padecimientos más frecuentes reportados en la literatura asociados al riesgo profesional del anestesiólogo: el estrés laboral (Síndrome de Burnout) y la farmacodependencia. Sin embargo se han reportado casos con alta incidencia de abortos espontáneos.

3.1 Farmacodependencia

La visión actual de la farmacodependencia en anestesiólogos muestra una realidad preocupante y compleja, ya que involucra la drogadicción relacionada al ámbito laboral con los fármacos que tiene la responsabilidad de administrar a los pacientes en los diversos tipos de procedimientos (Calabrese G. , 2004).

Se caracteriza por ser una enfermedad crónica por dependencia química, con una utilización continua e incontrolada de sustancias que modifican el estado psíquico y físico del médico anestesiólogo (Serebrenic, Palhares, & Carvalho, 2012), conduciendo al individuo a una progresiva desestructuración de todas las actividades sociales y ocupacionales. Provocando graves consecuencias físicas y psicológicas (Calabrese G. , 2004).

3.1.1 Datos estadísticos

Actualmente la farmacodependencia muestra una morbilidad mucho más frecuente entre anesthesiólogos, en comparación con otras especialidades médicas y sobre todo a nivel de posgrado. Siendo el grupo de fármacos de mayor consumo, los opiáceos (Wright, McGuiness, Moneyham, Schumacher, & Zwerling, 2012).

En Latinoamérica se realizó un estudio prospectivo, CLASA 2000, el cual reportó la incidencia del 16% de consumo de drogas psicoactivas en anesthesiólogos, concerniendo el 1.3% de abuso a opiáceos y el 0.4% a sedativos e hipnóticos, (Calabrese G. , 2004).

Otros estudios reportados por la Sociedad Americana de Anesthesiólogos (A.S.A) reporta prevalencia en los E. U. A. del 4% de farmacodependencia en anesthesiólogos; de los cuales, el 50% presentan edad menor de 30 años (Berry & Arnold, 1998) (TABLA 1). El opioide de mayor predilección fue el fentanilo (Bryson & Silverstein, 2008).

Características de anesthesiólogos farmacodependientes según la A.S.A

50% < de 35 años de edad

67-80% Son hombres

75-96% Son blancos

76-90% Usuario de varias drogas

33-50% Droga de elección opioides (fentanilo)

33%

Antecedente familiar de adicciones

65%

Cargos superiores

TABLA 1. Características de anestesiólogos farmacodependientes reportados por la A.S.A (Berry & Arnold, 1998)

En nuestro país, en el 2011 se realizó un estudio prospectivo durante el XXXVII Curso Anual de Actualización de Anestesiología y Medicina Perioperatoria en las instalaciones del WTC en la Ciudad de México. En el estudio se buscó la prevalencia de las adicciones más frecuentes en anestesiólogos mexicanos relacionadas con diversos factores de riesgo, en donde se reportó que las anestesiólogas mexicanas consumen café en 44.5%, alcohol 21.3% y cigarro 11.6%, y en los anestesiólogos las bebidas de mayor consumo fueron café 30.6%, alcohol 25.9% y cigarro 10%. Otras sustancias reportadas fueron fentanilo en 1.2% y benzodiazepinas en 1.2%. Estas últimas se encontraron en anestesiólogos jóvenes en sus primeros años de práctica profesional (López, Lina, Navarro, & Lina, 2012).

3.1.2 Factores de Riesgo

Los factores de riesgo a los que está envuelto el medico anestesiólogo, se dividen en generales y específicos (Calabrese G. , 2010):

Los factores generales se vinculan a dependencia de cualquier tipo de drogas como alcohol, tabaco o drogas sociales y están relacionadas con la

predisposición genética, factores psicológicos, sociales, biológicos, historia familiar de abuso o historia personal de abuso.

Los factores específicos con mayor frecuencia son: intenso estilo de vida laboral propia de la especialidad, con elevado nivel de estrés asociado a presión laboral alta, inadecuados calendarios y horas laborales incluyendo horas extras y jornadas nocturnas (Wright, McGuiness, Moneyham, Schumacher, & Zwerling, 2012).

Otros factores que influyen de manera importante es la disponibilidad de drogas altamente adictivas, fácil acceso a ellas y falta de control de la droga a elección. En este sentido, diversos estudios han planteado que es más común el consumo de opiáceos entre anesthesiólogos que en otras especialidades, como médicos internistas y psiquiatras.

Factor Neurobiológico: Otra teoría que se planteó para determinar la etiología de la farmacodependencia en anesthesiólogos fue por la hipótesis que presento Gold y cols., en el que mayor riesgo de adicción se relaciona con la sensibilización de vías del cerebro, las cuales promueven el uso de dichas sustancias en la región basal del prosencéfalo (amígdala y núcleo accumbens) (Escamilla, 2012); éstas a su vez modifican los niveles de neurotransmisores como la dopamina, serotonina y el ácido aminobutirico (GABA). (López, Lina, Navarro, & Lina, 2012)

3.1.3 Desarrollo de la enfermedad

Para conocer el desarrollo de esta enfermedad, debemos separar y marcar la diferencia y la relación en tres tipos de padecimientos: el abuso, la adicción y la farmacodependencia, sin embargo el anesthesiólogo está envuelto en los tres. El abuso que es el uso de una sustancia psicoactiva en forma perjudicial y desmesurada, pero que no cumplen los criterios para adicción o dependencia (Bryson & Silverstein, 2008). La adicción se define como una enfermedad primaria, crónica, progresiva que se manifiesta por el uso compulsivo de una sustancia adictiva, con pérdida de control y deseo incontenible de la misma, la cual es fatal si no llega a ser tratada (Serebrenic, Palhares, & Carvalho, 2012). Finalmente la farmacodependencia que se refiere a un enfermedad crónica progresiva y recidivante secundaria a la adicción a sustancias psicoactivas, la cual puede ser física o psicológica (Calabrese G. , 2004). En la física hay un estado de adaptación o tolerancia a una sustancia psicoactiva específica; está caracterizada por la aparición de un síndrome de abstinencia durante la abstinencia. Posteriormente seguido por la sensibilización donde aparece la dependencia psicológica en donde hay una sensación subjetiva de necesidad y búsqueda compulsiva o “craving” por la sustancia, ya sea por sus efectos positivos o por evitar los efectos negativos asociados con su abstinencia. (Chisholm & Harrison, 2009)

3.1.4 Manifestaciones Clínicas

La A.S.A. y la C.L.A.S.A. reportan las manifestaciones más comunes en farmacodependencia específicamente en médicos anesthesiólogos: abandono o alejamiento de la familia, amigos y actividades recreativas. Cambios de humor,

alternando períodos de depresión y de euforia. Episodios de ira, irritabilidad y hostilidad. Pasan más tiempo en el hospital, aun cuando no están de guardia (Berry & Arnold, 1998). Se ofrecen para estar al llamado. No toman los tiempos para almorzar o desayunar, permaneciendo en el quirófano. Frecuentes idas al baño. Mayor consumo de fármacos durante los procedimientos, con falso registro o inadecuado en relación a la cantidad que requieren los pacientes asignados con el tipo de cirugías a realizar. Pérdida de peso, piel pálida (Wright, McGuiness, Moneyham, Schumacher, & Zwerling, 2012).

La negación es la manifestación más frecuente e incluso importante, la cual el anestesiólogo no reconoce su problema y por lo tanto no busca ayuda, apoyo y solución al mismo. Desarrollan ideas de grandiosidad, invulnerabilidad, autosuficiencia, y no son capaces de aceptar que el abuso los conduce a la adicción y que la adicción lo lleva a la pérdida de autonomía y con ello a la dependencia (Bryson & Silverstein, 2008).

3.1.5 Drogas de elección

3.1.5.1 Opioides

Actualmente la adicción a los opioides sigue siendo la más común en los anestesiólogos, siendo tres veces más alta que en otras especialidades. El fentanilo y sufentalino son los de mayor frecuencia (Bryson & Silverstein, 2008). Con una prevalencia en el fentanilo de 1.6% (figura 1) (Jungerman, Carvalho, & Conti, 2012).

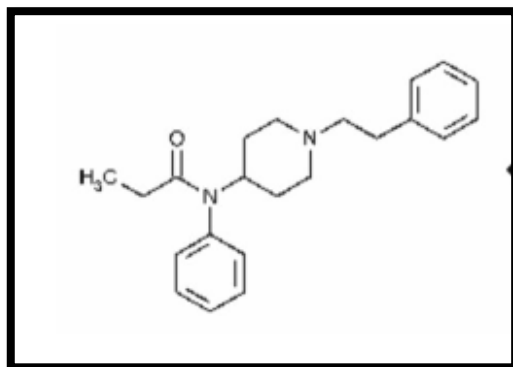


Figura 1. Estructura bioquímica decitrato de fentanil (Padron, Fernandez, & Annia, 2004)

La tabla 2 nos muestra las dosis que los médicos utilizan comúnmente para uso personal. La tabla 3 nos muestra el tiempo de detección de farmacodependencia de opioides en comparación con otras sustancias como el alcohol.

| Dosis ocupadas de sustancias psicoactivas en anesthesiólogos | | |
|---|--------------------|--------------------------------------|
| Fármaco | Dosis común | Dosis no común pero reportada |
| Fentanilo | 1-10ml | 50 ml o > |
| Sufentanilo | 2-3ml | 7ml o > |
| Meperidina | 100-200mg | 1mg o > |

Tabla 2 Dosis ocupadas de sustancias psicoactivas en anesthesiólogos reportadas por la A.S.A (Berry & Arnold, 1998)

| Tiempo de detección de farmacodependencia | |
|---|------------|
| Sustancia psicoactiva | Tiempo |
| Fentanilo | 6-12 meses |
| Sufentanilo | 1-6 meses |
| Otras | ➤ 1 año |
| Alcohol | ➤ 20 años |

Tabla 3 Tiempo de detección de farmacodependencia en sustancias como fentanilo, sufentanilo y alcohol (Berry & Arnold, 1998)

3.1.5.2 Otras sustancias.

Otros agentes reportados en la literatura son propofol, ketamina, tiopental sódico, lidocaína, óxido nitroso, benzodiazepinas y los anestésicos volátiles potentes, los cuales se presenta abuso y/o farmacodependencia en menor frecuencia, pero si se encuentran identificados como sustancias de alto riesgo de abuso en el médico anesthesiólogo. (Bryson, 2009) (Berge, Seppala, & Lanier, 2008)

3.1.6 Consecuencias

Como consecuencia se presenta disminución en la calidad de vida y salud, daño familiar, social, laboral. Así mismo se presentan consecuencias irreversibles.

Las consecuencias familiares se vinculan a altas tasas de divorcios y patrones de separación familiar. Las laborales se vinculan a incapacidad de realizar tareas habituales, probabilidad de errores médicos, pudiendo llegar a la

mala práctica y abandono de la especialidad (Bryson, 2009). Y finalmente las físicas y psicológicas tales como síndrome de abstinencia, alteraciones psiquiátricas, muerte por suicidio o por sobredosis. Bryson (2009) realiza una encuesta en Estados Unidos donde reporta muerte por sobredosis del 10% en 10 años; Silverstein (1993) reporta 26 muertes de anestesiólogos en 2 años. El riesgo de muerte en el anestesiólogo fue 2 veces superior en suicidios relacionados a sobredosis de drogas, y 3 veces superior en muerte relacionada a drogas con respecto a los médicos internistas, y en su mayoría vinculadas a la etapa de la residencia. En definitiva, el suicidio por sobredosis así como la muerte relacionada a las drogas resultan los riesgos más significativos de mortalidad ocupacional del anestesiólogo en la actualidad.

3.2 Estrés Laboral

El estrés laboral define reacciones físicas y emocionales nocivas que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o necesidades del anestesiólogo (Palmer, 2009). Es un proceso acumulativo, progresivo, el cual se genera a través de un ciclo causando desgaste de los sistemas biológicos (Hyman, Michaels, Berry, Schildcrout, & Mercaldo, 2011). Si este se torna excesivo, supera la tolerancia del organismo, deriva en graves consecuencias como desgaste en la salud, desarrollo profesionalmente pobre, repercusión en la seguridad del paciente y en la vida familiar (Calabrese G. , 2010).

En la población médica la incidencia del estrés laboral es del 28% (Palmer, 2005), sin embargo en los anestesiólogos ésta es notoriamente más elevada, siendo 64 - 96% a nivel latinoamericano (Calabrese G. , 2010), teniendo un impacto paulatino y permanente de los sistemas biológicos así como otras enfermedades físicas, deterioro psicoemocional, trastornos de la conducta y alteraciones intelectuales (Paladino M. , 2005).

3.2.1 Factores de riesgo

Estos factores tienen particularidades propias del tipo de especialidad, de su escenario laboral y del estilo de vida adquirido, siendo múltiples y relacionados entre ellos; donde encontramos de manera específica un estilo de vida muy

particular, secundario a una intensa carga física y psíquica, con la responsabilidad por la seguridad del paciente, en un ambiente de trabajo muy competitivo y complejo, expuestos a riesgos biológicos, con contacto con pacientes graves, contacto con la muerte, con una modalidad laboral de alta presión, exceso de horas laborales incluyendo horas nocturnas, fatiga, privación del sueño y problemas médicos-legales (Katz, 2001).

3.2.2 Impacto físico-psicológico

El impacto del estrés laboral sobre la salud produce un desgaste paulatino progresivo y permanente de los sistemas biológicos del cuerpo, los cuales pueden provocar un desequilibrio manifestado en enfermedades físicas, deterioro emocional, trastornos de la conducta y alteraciones intelectuales.

Las enfermedades físicas más frecuentes en Latinoamérica reportadas en 2012 por la C.L.A.S.A. predomina patologías digestivas, destacándose la gastritis en un 45%, úlcera gastroduodenal en el 11%. Patologías cardiovasculares, como hipertensión arterial en el 23% y arritmias en el 13%, angor en el 5%, infarto agudo de miocárdico en un 3% (Figura 2). Otras como fatiga crónica, síndrome de colon irritable, afecciones musculoesqueléticas, padecimientos neurológicos, inmunodeficiencias, alteraciones reproductivas, malformaciones congénitas y abortos espontáneos (Calabrese G. , 2010)

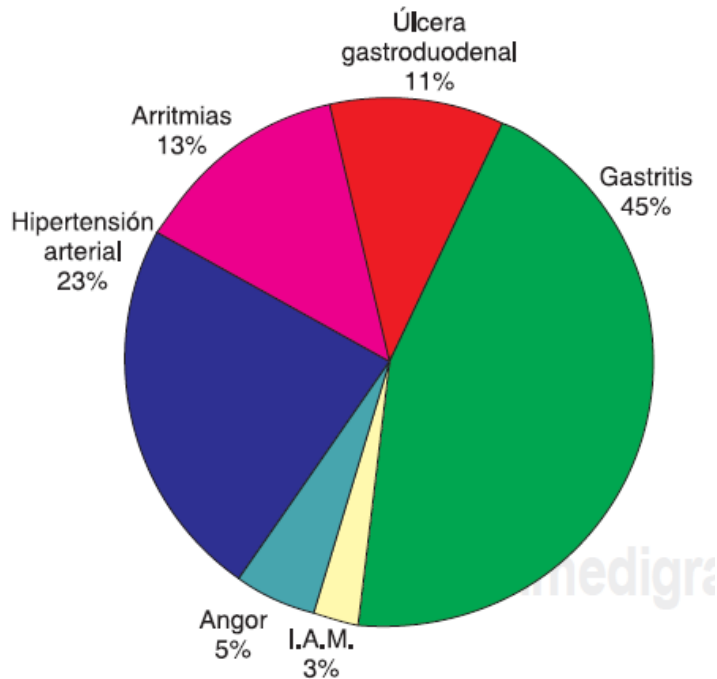


Figura 2. Efecto del estrés laboral en la salud física del anestesiólogo
(Calabrese G. , 2010)

Los trastorno más comunes también reportados por la C.L.A.S.A son psíquico-emocionales, como la ansiedad en el 19%, la angustia en el 43% y la depresión en el 31%. El síndrome de Burnout se presenta secundario a la presencia de las manifestaciones previamente mencionadas que puede propiciar suicidio y que actualmente no hay estadísticas (Figura 2). Destacamos que la depresión en anestesiólogos y residentes en Latinoamérica resultó superior al de la población general, registrándose hasta 40%.

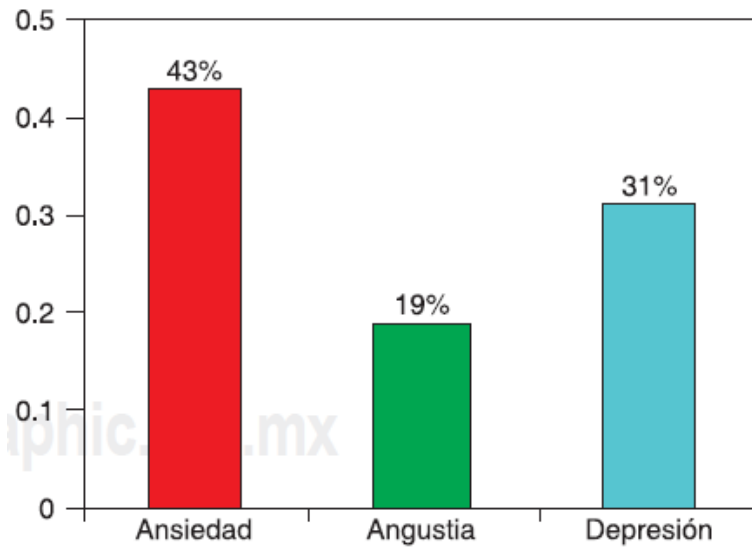


Figura 3. Principales trastornos psíquicos secundarios a estrés laboral en el anesthesiólogo (Calabrese G. , 2010)

3. 2.3 Consecuencias

Se puede observar consecuencias físicas y psicológicas antes mencionadas. Personales como accidentes automovilísticos vinculados al desgaste de la jornada laboral, fármaco dependencia, y suicidio. Dentro de las consecuencias laborales como aumento en morbilidad y mortalidad de los pacientes. Y en el ámbito familiar, separación familiar y divorcios.

3.3 Síndrome de Burnout

Descrito por primera vez por el médico psiquiatra Freudenberg en 1974, en una clínica de toxicómanos en Nueva York, quien define el síndrome de desgaste profesional o Burnout, como la respuesta física y emocional al estrés laboral crónico y sostenido del ambiente laboral (Garduño, 2008); es un trastorno adaptativo crónico asociado con un inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo, que afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece y que repercute en la calidad de atención hacia el paciente (Downey, Farhat, & Schumann, 2012). En la actualidad se puede incluir a los anestesiólogos en la lista de profesionales que pueden padecer síndrome de Burnout (Barragán, 2000).

Se manifiesta por desgaste emocional, despersonalización, sumado a sentimiento de incompetencia profesional y falta de realización profesional (Downey, 2012) Los factores de riesgo son los ya mencionados previamente en las patologías descritas en este trabajo. Se ha relacionado con altos índices de suicidio y de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (Calabrese G. , 2010).

La psicóloga Cristina Maslach en 1976 diseñó un cuestionario denominado “Cuestionario de Maslach”, el cual permite detectar síntomas y signos de esta patología (Palmer, 2009).

3.4 Riesgo en la anesthesióloga embarazada

La mujer embarazada que ejerce como médico es un caso particular, ya que se encuentra con mayores riesgos que puedan afectar su gestación así como la salud del producto en espera. Para propósitos de esta tesis, me enfocare con el caso de la anesthesióloga embarazada, a quien agregamos factores de riesgo de la particular historia de cada mujer gestante, más aquellos adquiridos durante su práctica profesional, en los que se pueden obtener consecuencias como teratogénesis, seguidas de malformaciones congénitas o incluso aborto.

Múltiples estudios realizados han reportados casos de malformaciones, partos prematuros y abortos espontáneos, como el mencionado inicialmente de Veisman en 1967, quien desde ese año ya atribuía dichos eventos a la inhalación crónica de vapores anestésicos, a la tensión emocional en quirófano y al exceso de trabajo (Vega, 1992). Las malformaciones congénitas que se presentaban en los productos no solo se ocurrían en las anesthesiólogas, si no también se atribuyó a alteraciones cromosómicas en los espermatozoides de los anesthesiólogos hombres, por lo que se agregó un riesgo potencial de alteraciones de la fertilidad en esposas de anesthesiólogos y por consiguiente en los productos.

Los factores de riesgo implicados en esta población específica durante la práctica profesional son (Szulman, Finkel, Lombardo, & Capmourteres, 1996):

- Inhalación crónica de anestésicos.
- Exposición a radiaciones ionizantes.

- Absorción crónica de medicamentos o sustancias inyectables por piel y mucosas.
- Estrés y fatiga por exceso de trabajo.
- Alteración de la inmunidad.
- Infecciones.

A los mencionados debemos agregar los factores generales a los cuales toda mujer embarazada está en peligro, como el tabaquismo, alcoholismo, enfermedades sistémicas, enfermedades hereditarias, edad, historia obstétrica (Szulman, 1996). Lo cual nos lleva a concluir en la complejidad de la etiología del problema.