

Acciones claves para la prevención y rehabilitación del trastorno por uso de sustancias en anestesia

Key actions for prevention and rehabilitation about substance use disorder in anesthesia

Sandra Viviana Amaya-Vanegas ^{1,*}, Jenny Marcela Nomesque-Silva², José Ricardo Navarro-Vargas³

¹ Médica y Cirujana, Especialista en Anestesiología y Reanimación.

² Psicóloga, Magister en Psicología clínica, Especialista en seguridad y salud en el trabajo.

³ Médico Anestesiólogo, Profesor de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

En memoria del Dr. Hugo CB, colega y amigo.

Asistencias para el estudio: ninguno.

Apoyo financiero y patrocinio: ninguno.

Conflicto de interés: ninguno.

Fecha de recepción: 31 de julio de 2023 / Fecha de aceptación: 12 de diciembre de 2023

ABSTRACT

Introduction: Psychoactive or psychotropic substance use disorder (SUD) is a disease characterized by recurrent use of psychoactive substances and constitutes a major risk to the health and lives of anesthesiologists. **Natural history:** SUD is an elaborate and devastating progressive disease which becomes chronic and recidivant. Exposure to highly addictive substances predisposes the anesthesiologist to move quickly through dependence and addiction, endanger his professional performance and judgment, and progressively deteriorate his health, his life and the other's lives. **Actions:** It is recommendable to create a committee in institutions, societies and anesthesiology groups in general to achieve an impact on development of psychoactive substance use disorder and prevent its consequences; It will focus on 3 goals: prevention, early diagnosis and treatment, through concrete actions that will be development in this article and which have led to creation successful programs around the world to save lives. **Conclusions:** Psychoactive substance use disorder is a serious illness that should be recognized as such, the current approach to SUD as a behavioral deviation and approached with punitive and exclusionary behavior delays diagnosis and treatment and result on death or permanent disability of a highly qualified specialist. Adopting prevention, diagnosis and treatment measures is cost-effective for the healthcare system as a whole.

Key words: Psychotropic substance use disorder, drug abuse, anesthesiology, drug rehabilitation.

RESUMEN

Introducción: El trastorno por uso de sustancias psicoactivas o psicotrópicas (TUS) es una enfermedad que se caracteriza por el uso recurrente de sustancias psicoactivas y constituye un riesgo importante para la salud y la vida de los anestesiólogos. **Historia natural:** El TUS es una enfermedad compleja y devastadora, progresiva que se vuelve crónica y recidivante. La exposición a sustancias de alto poder adictivo predispone al anestesiólogo a pasar rápidamente a la dependencia y la adicción, compromete el desempeño profesional y su juicio y deteriora progresivamente su salud, su vida y la de terceros. **Acciones:** Se aconseja la creación de un comité en instituciones, sociedades y grupos de anestesia en general para impactar en el desarrollo del trastorno por uso de sustancias psicoactivas y prevenir sus consecuencias; sus funciones se enfocarán principalmente en 3 objetivos: Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento, mediante acciones concretas que se expondrán en este artículo y han permitido la creación de programas exitosos alrededor del mundo que salvan vidas. **Conclusión:** El trastorno por uso de sustancias psicoactivas es una enfermedad grave que debe ser reconocida como tal, el enfoque actual donde se presume el TUS como una desviación de la conducta y

amayasantviviana@gmail.com

*ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3203-5806>

ISSN: 0716-4076



se aborda con una conducta punitiva y excluyente retrasa el diagnóstico y tratamiento lo que resultará en la muerte o discapacidad permanente de un especialista altamente calificado. Tomar medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento resulta costo efectivo para el sistema de salud en general.

Palabras clave: Abuso de sustancias, farmacodependencia, anestesiología, rehabilitación de drogadicción.

¿Qué sabemos acerca de este problema? El trastorno por uso de sustancias psicoactivas en anestesiología no es infrecuente, el abordaje actual de este problema en Colombia lleva al aislamiento y abandono del colega afectado, se requiere la concientización de la sociedad en general acerca de la naturaleza grave y devastadora de esta enfermedad.

¿Qué aporta la reflexión sobre este tema tan importante de Salud Pública?

Se recolectó y organizó la información de las acciones que han demostrado mejorar el pronóstico del TUS en anestesiólogos y personal de salud en general y que ha permitido la creación de programas exitosos alrededor del mundo que salvan vidas.

Introducción

El trastorno por uso de sustancias psicoactivas (TUS), según la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadificación de los Trastornos Mentales (DSM-5), se define como "una enfermedad caracterizada por uso recurrente de sustancias que causan deterioro clínico y funcional, como problemas de salud, discapacidad e incumplimiento de responsabilidades importantes en el trabajo, estudio o hogar". La Adicción es la forma crónica y más grave del TUS que resulta en pérdida sustancial del autocontrol[1].

El riesgo de padecer TUS es más alto en proveedores de salud que en población general (15,4% vs 12,6%)[2]. Cuando se discrimina por especialidades, los anestesiólogos se clasificaron por encima de promedio, con prevalencia del 18%[3], del total de médicos tratados en terapia por adicción en EEUU el 33,7% eran residentes de anestesiología, 7,4 veces mayor incidencia que residentes de otras especialidades[4].

El TUS es una enfermedad compleja, devastadora, y progresiva que se transforma rápidamente en adicción, se vuelve crónica y recidivante, progresivamente deteriora la calidad de vida y la salud del anestesiólogo, y a menudo termina en la muerte, sea como primera presentación del cuadro o después de alguna recaída, esto convierte el TUS en uno de los riesgos de más alto impacto para la salud del anestesiólogo[5].

Historia natural

No sorprende que los anestesiólogos sean los profesionales más afectados por el TUS al estar expuestos de manera constante en ejercicio de su labor a psicofármacos de alta potencia como opioides, ketamina, propofol, barbitúricos y benzodiazepinas. La comprensión molecular de los efectos permite al anestesiólogo el uso crónico e inadvertido lo que retrasa el diagnóstico y empeora el pronóstico. Se han propuesto teorías

del "riesgo higiénico ocupacional" donde pequeñas trazas de opioides y otras sustancias al ser manipuladas por el especialista son inhaladas y se encuentra en pequeñas dosis imperceptibles en el torrente sanguíneo sensibilizando a individuos susceptibles[7].

Inicialmente, el uso del medicamento puede ser legítimo, para control de dolor crónico, o como medicación contra estrés, ansiedad o depresión, en ocasiones el primer uso puede ser con fines recreativos o curiosidad, el uso de fentanyl como droga recreacional se ve recientemente con mayor frecuencia, debido a sus efectos psicomiméticos que no se parece a ninguna otra sustancia e incluyen la pérdida del sentido de realidad y una sensación abrumadora de felicidad y de paz interior que permite alienarse de las preocupaciones[7]. En todo caso el potencial adictivo de estos medicamentos rápidamente convierte su uso en una necesidad cada vez más apremiante.

Es muy dicente de esta problemática la crónica a un médico que fue residente de esta problemática la crónica a un médico de Colombia, y cayó bajo la adicción al fentanyl, se describen las siguientes frases: "No se parece al efecto de ninguna otra sustancia, ni al alcohol, ni a la marihuana, ni a nada. No se pierde el sentido de realidad. Es, por unos minutos, la sensación más grande y abrumadora de felicidad, de paz interior. No hay euforia ni alboroto; más que un orgasmo, parece la tranquila emoción del postcoito. Uno se queda fresco, relajado, todo importa un culo". -"Qué chévere que hayas regresado, estamos para ayudarte -me decían, pero la verdad nadie sabía cómo ayudar-. Cualquier cosa que tengas, que sientas, si te dan ganas o algo nos dices, nos avisas" ...[8].

La dependencia química se da cuando a nivel molecular la regulación de receptores es tan baja que la producción endógena de endorfinas o neurotransmisores no logra mantener la homeostasis, como resultado, el cuerpo enferma y la necesidad de administración exógena de la sustancia se convierte en un objetivo consciente e inconsciente[7]. A medida que aumenta la tolerancia, requerirán mayores cantidades de droga, lo que conduce a un progresivo y rápido deterioro con acciones cada vez más arriesgadas e imprudentes que ponen en riesgo la vida del individuo o de sus pacientes.

Los anestesiólogos afectados por el uso de sustancias presentan distanciamiento de familia, amigos y actividades de ocio con disfunción social y familiar, tienen cambios de estado de ánimo y de personalidad, cambian su comportamiento en el grupo de trabajo ocasionando conflictos y pueden poner en riesgo la vida y la integridad de pacientes al no ser capaz de tomar decisiones rápidas y certeras, llegando a la mala práctica y abandono del paciente, muchos pierden el trabajo sin ser diagnosticados y buscan realizar la llamada «cura geográfica» que consiste en cambiar de ciudad o lugar de trabajo donde a poco tiempo recaen.

El desarrollo clínico de esta enfermedad se hace de manera

progresiva, recidivante y crónica. La rapidez de instauración de la adicción está relacionada con la potencia adictiva de la sustancia, en el caso del fentanyl la tolerancia ocurre después de 3 semanas de uso diario y los síntomas de abstinencia alcanzan un pico entre 24 a 48 h[4]. El individuo afectado presenta problemas de salud con pérdida de peso, síntomas de abstinencia, alteraciones psiquiátricas como angustia, depresión, y pueden llegar con frecuencia a la muerte por suicidio o por sobredosis que puede ser incluso la primera señal evidente de que algo anda mal.

Una característica cardinal de la adicción y el TUS es la negación, la creencia falsa de capacidad de control, el estigma social y miedo a los problemas legales y pérdida del empleo o la licencia impide que el individuo solicite ayuda oportunamente, la negación no se limita al consumidor, puede haber retardo en la identificación temprana del problema debido a una conspiración de silencio entre colegas, amigos y familiares, se presenta una natural renuencia a hablar del tema y correr riesgo de formular acusaciones falsas, la situación se percibe como demasiado compleja, la creencia de que alguien más abordará el problema, el miedo a ser responsables de la pérdida de trabajo o licencia del colega o incluso un sentimiento de lealtad fuera de lugar dificulta el reporte[3].

Datos de especial interés surgen de estudios que comparan causa de muerte en profesionales de la salud, encontrándose el riesgo de suicidio, muerte relacionado a sobredosis y muerte relacionado con drogas tres veces superior en anesthesiólogos con respecto a otras especialidades, lo que convierte el TUS en el riesgo más significativos de mortalidad ocupacional para el anesthesiólogo[5].

Acciones

Los esfuerzos de instituciones, sociedades y grupos de anestesia en general, que pretendan reducir el desarrollo del trastorno por uso de sustancias y mejorar su pronóstico se deben enfocar en tres objetivos principales[9]:

- Prevención.

- Diagnóstico temprano.
- Tratamiento oportuno e integral.

Se aconseja la creación de un comité (Tabla 1) cuyas principales funciones estén encaminadas a alcanzar estos 3 objetivos mediante la puesta en marcha de acciones concretas que mencionaremos en este artículo[9].

- Prevención.

Debido al alto potencial de adicción de anestésicos y en particular de opioides, parece sensato que prevenir el primer consumo sea la única medida que mantendrá al especialista a salvo de desarrollar un trastorno por uso de sustancia.

Las acciones de prevención se centran en dos pilares básicos:

- Educación.
- Evaluación y control de factores de riesgo modificables.

Educación

La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA por sus siglas en inglés) considera que “el uso ilícito de sustancias es una amenaza grave y continua para la seguridad del paciente y la salud y el bienestar de los anesthesiólogos, quienes corren peligro de perder sus carreras y sus vidas. La educación continua sobre los riesgos del uso ilícito de sustancias es fundamental para prevenir, reconocer y reaccionar cuando se identifica este trastorno”[2].

Dada la magnitud del problema se debe aumentar la conciencia de los anesthesiólogos sobre el flagelo de la drogadicción, la educación debe impartirse desde temprano al inicio de la residencia y continuarse anualmente a todos los especialistas incentivando su participación en los recursos educativos como charlas, videos temáticos, material bibliográfico, talleres, pancartas, información *online*, cursos y jornadas científica, la publicación de posters, carteles y afiches sobre de los peligros de la adicción en los servicios de anestesia estimulan la memoria visual y mantiene alerta al especialista[5].

Tabla 1. Funciones del comité[9]

<ul style="list-style-type: none"> ◇ Gestionar educación y capacitación anual ◇ Propender por un entorno de trabajo seguro y libre de estigmas ◇ Evaluación de riesgos y vulnerabilidad del grupo y riesgo individuales ◇ Mantener o desarrollar políticas de autocuidado entre los trabajadores ◇ Colaborar con la implementación de una línea de ayuda y asistencia ◇ Supervisar las políticas de detección de drogas ◇ Vigilancia de desvío de medicamentos de control ◇ Definir el proceso de reporte de casos sospechosos y garantizar su confidencialidad ◇ Dar seguimiento e investigar todos los reportes de casos sospechoso ◇ Seleccionar el equipo de intervención y propender por la seguridad y confidencialidad del colega afectado ◇ Gestionar la evaluación por el especialista y las medidas necesarias para salvaguardar la salud física y mental del colega sospechoso ◇ Asegurarse de que los especialistas con trastornos por abuso de sustancias estén inscritos en programas de asistencia y tengan acceso al tratamiento ◇ Convocar juntas de concesión de licencias para alejar al empleado del trabajo mientras tiene lugar el tratamiento ◇ Propender por mantener la opción de regreso seguro al trabajo, si el colega es candidato para la reincorporación

La capacitación anual de supervisores y coordinadores de anestesia en temas relacionados con detección de signos específicos de abuso de sustancias, tácticas de desviación de medicamentos, cultura de transparencia y entornos laborales sensibilizado, parece ser un componente clave para la prevención e identificación temprana del abuso o uso indebido de sustancias[9].

Modificación de factores de riesgo

El desarrollo del trastorno por uso de sustancias en un proveedor de anestesia es complejo y multifactorial, la dependencia a sustancias requiere la existencia de 3 condiciones: una sustancia de intenso estímulo hedónico (o como en el caso del fentanyl, de indiferencia al entrono), presencia de factores genéticos y factores de riesgo psicosociales[7] (Tabla 2).

El factor de riesgo con mayor asociación al desarrollo de adicción es la historia familiar de adicción, es posible que una predisposición genética pueda contribuir a la progresión del abuso a la adicción, se sospecha de una posible alteración bioquímica donde están comprometidos mediadores dopaminérgicos, por otro lado, crecer en un entorno familiar permisivo favorece la falta de conciencia de peligro, lo que los hace propensos a la adicción[7].

Desde el área de seguridad y salud en el trabajo las instituciones pueden realizar acciones que permitan conocer los riesgos colectivos e individuales y realizar intervenciones, si bien, el uso ilícito de sustancias tiene un contexto social y personal, las consecuencias del consumo pueden representar graves problemas laborales por lo que, las instituciones presentan cada vez más interés en programas preventivos.

El estrés crónico laboral, es el factor de riesgo modificable más frecuente, el ambiente laboral de alta responsabilidad, manejo de pacientes complejos, decisiones de emergencia, presiones de productividad y competitividad, sumado a horarios inapropiados con exceso de horas de trabajo diurnas y noctur-

nas y el fantasma de demandas civiles y penales, hacen al anestesiólogo susceptible a complicaciones secundarias al estrés[5].

Se recomienda realizar acciones periódicas que permitan medir el nivel de moral y motivación de los empleados y su percepción de las condiciones de bienestar, así como destinar recursos para educación en prevención del consumo de sustancias, promoción de hábitos de vida saludable, inteligencia emocional, educación financiera y cultura de autocuidado entre sus empleados. El especialista por su parte debe practicar el autocuidado realizando acciones encaminadas a preservar o mejorar su estado mental y físico, estas acciones incluyen explorar pasatiempos fuera del campo de la anestesia, así como tiempo de descanso apropiado que le permitan atender sus necesidades y de su familia, el manejo del estrés con meditación consciente, Mindfulness o yoga así como visitas médicas oportunas para hacerse cargo de manera apropiadas de sus problemas de salud mental y física[1].

Se puede intentar evitar que personas susceptibles ingresen a la especialidad en el proceso de selección aplicando, por personal calificado, herramientas de detección de potenciales consumidores. Entrar al ambiente clínico colocará a personas con predisposición al trastorno por uso de sustancias o con problemas subyacentes de abuso en una posición vulnerable[3].

Diagnóstico temprano

La estrategia de identificación temprana de especialistas afectados es crucial para instaurar tratamiento precoz. La identificación de un caso con avanzada dependencia química o por el evento de una sobredosis fatal o casi fatal, se debe considerar un fracaso del grupo de anestesia.

Se aconseja enfocar los esfuerzos en 3 acciones claves[9]:

- Facilitar reporte de casos sospechosos.
- Sensibilizar e instaurar políticas no punitivas.
- Vigilar el uso de medicamentos de control.

Tabla 2. Factores de riesgo biopsicosociales[1],[9]

Relacionados con el lugar de trabajo	Relacionados con la vida personal
◇ Carga de trabajo excesiva, fatiga y agotamiento	◇ Eventos estresantes de la vida (ej: separaciones y crisis financieras)
◇ Ambientes de trabajo estresantes (ej. presión por producción)	◇ Obsesión por el perfeccionismo
◇ Equipos de trabajo disfuncionales (ej. competitivos, punitivos)	◇ Estrategias de afrontamiento desadaptativas Estrategias de afrontamiento desadaptativas
◇ Intimidación, acoso y bajos niveles de apoyo	◇ Personalidad competitiva
◇ Entorno de alta intensidad (ej. quirófano)	◇ Baja tolerancia al estrés
◇ Rol de alta responsabilidad	◇ Disfunción familiar
◇ Horas de trabajo irregulares	◇ Equilibrio inadecuado entre el trabajo y la vida personal
◇ Acceso y disponibilidad de sustancias de abuso en el lugar de trabajo	◇ Conducta impulsiva y temeraria
	◇ Personalidad adictiva y antisocial
	◇ Sentimientos de resentimiento
Relacionado con la salud mental	Relacionados con la salud física
◇ Enfermedad psicológica (ej: depresión, ansiedad)	◇ Dolor agudo o crónico
	◇ Predisposición heredada
◇ Baja autoestima	◇ Baja propensión a reacciones adversas
◇ Personalidad límite y desafiante	

Facilitar el reporte de casos sospechosos

En el 7% al 18% de los casos, la muerte es la primera presentación del trastorno por uso de sustancias en proveedores de anestesia ya sea por suicidio o sobredosis accidental[3], estas muertes pueden ser evitadas por quienes conocen al individuo y notan señales de advertencia y se atreven a actuar a tiempo.

Desde otro punto de vista, programas de seguridad y salud en el trabajo pueden proporcionar un ambiente sensibilizado a la problemática del consumo de sustancias, brindando educación y teniendo vías preestablecidas de reporte anónimo y confidencial de casos sospechosos que garanticen una investigación juiciosa, imparcial y no punitiva.

Los proveedores de anestesia deben ser capaces de reconocer, y estar dispuestos a informar, signos y síntomas del trastorno por uso de sustancias (Tabla 3), siempre que exista la sospecha razonable se debe informar al coordinador de anestesia y este activará en absoluta confidencialidad los protocolos instaurados para tal fin.

En algunos países existe una línea de ayuda a nivel nacional que funciona 24 h y ofrece asistencia a colegas o familiares, está disponible para inquietudes y preguntas relacionados con el manejo seguro de un proveedor discapacitado por el uso de sustancias.

Instauración de políticas no punitivas

En la mayoría de instituciones, la identificación de un colega afectado por el trastorno por uso de sustancias se maneja con hostilidad hacia el afectado, se juzga al especialista como delincuente y con políticas punitivas que pueden resultar en sanciones graves, anotaciones en hoja de vida, escarnio público y desprestigio.

Por el contrario, tener la suerte de encontrar un servicio sensibilizado con una política no discriminatoria y compasiva, con procesos establecidos de intervención coordinada para proteger la seguridad del afectado durante la etapa inicial y el proceso subsecuente, mejora el desenlace y aumenta la probabilidad de recuperación[3].

Vigilancia del uso de medicamentos de control

La supervisión de patrones de administración de fármacos mediante sistemas de gestión de información que involucre personal de enfermería y farmacia, hace más fácil la detección de desvíos de fármacos de potencial abuso, la subsiguiente investigación de toda transacción sospechosa es esencial para la identificación temprana de un especialista afectado.

Se deben desarrollar procedimientos operativos para almacenamiento, gestión y eliminación segura de opioides, midazolam, propofol y otros anestésicos para evitar el acceso no autorizado, desvío o uso indebido. Los farmacéuticos pueden proporcionar datos cuantitativos a través de informes del volumen de anestésicos de control utilizado por especialista, pero también datos cualitativos a través de interacciones con el personal en el proceso de distribución. El inventario de sustancias controladas se debe verificar diariamente y mantenerse en un área segura de acceso restringido. Las sustancias controladas requieren un testigo independiente para verificar su eliminación[10].

Se recomiendan auditorías aleatorias de registros de anestesia en busca de signos de desvíos de medicamentos de control (Tabla 4). El reglamento debe aclarar que está prohibido colocar sustancias controladas en bolsillos o en pertenencias personales, no se deben llevar fuera del área de operación, como baños

Tabla 3. Criterios sospecha[7]

Criterios mayores

- ◇ Marcas de auto inyección hallazgo de sangre y jeringas, ocultamiento activo de las extremidades
- ◇ Visiblemente intoxicado: logorrea, desinhibición, pérdida de la sintaxis, pérdida de la sustentación
- ◇ Sustracción comprobada de sustancias
- ◇ Síntomas de abstinencia (disforia, inquietud, rinorrea, epifora, náusea, vómito, diarrea, mialgias, diaforesis, frío incontrolable)
- ◇ Descubierta comatoso o muerto

Signos de sospecha

- ◇ Tardanzas frecuentes o injustificadas
- ◇ Bajo rendimiento
 - Confusión, pérdida de memoria
 - Dificultad para concentrarse o recordar instrucciones
 - Las tareas ordinarias requieren mayor esfuerzo y consumen más tiempo
- ◇ Dificultad con la autoridad
 - Errores, accidentes o lesiones mal explicadas
 - Cambios de humor severos y cambios de personalidad
 - Irresponsable con las tareas y turnos asignados
 - Registros de anestesia ilegibles o mal elaborados
 - Relación de discordia (profesional, familiar)
- ◇ Signos físicos
 - Pérdida o aumento significativo de peso
 - Deterioro de la apariencia personal
- ◇ Sospechoso de desvío de medicamentos

Tabla 4. Signos de desvío de medicamentos[1]

◇ Usa más medicamentos para los casos que sus colegas <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de cantidades crecientes
◇ Voluntariado frecuente para administrar opioides
◇ Siempre llega temprano, se queda tarde
◇ Gran desperdicio de medicamentos o faltantes debido a daño (viales rotos)
◇ Medicamentos y jeringas en los bolsillos
◇ Registro de anestesia ilegibles, firmas o iniciales ilegibles o falsificadas
◇ No coinciden los medicamentos dispensados y administrado al paciente
◇ Opciones de medicamentos y dosis inapropiadas para los pacientes
◇ Sus pacientes presentan puntuaciones altas de dolor posoperatorio y problemas posoperatorios significativos
◇ Los tiempos de los casos no se correlacionan con la hora en la que el proveedor solicita el medicamento
◇ Dosis administradas a pacientes que actualmente no se encuentran en el área perioperatorio o a pacientes falsos
◇ Medicamentos o talonarios de recetas faltantes
◇ Medicamentos, jeringas y agujas almacenadas incorrectamente

o cafeterías y se debe insistir en que las cámaras dentro del área quirúrgica son para protección y seguridad de todos los empleados.

Políticas de detección de drogas

Las pruebas de detección de drogas o alcohol son comunes en entornos de trabajo de alto riesgo como: construcción, minería y transporte, y han sido vinculadas a reducción significativa de accidentes laborales[3]; el tamizaje aleatorio ha demostrado disuadir a empleados del uso indebido de sustancias o alcohol en horario laboral, esto se refleja en reducción de riesgos, aumento de seguridad, producción y confianza del público.

Las pruebas de orina son rápidas y fácil de implementar, la corta vida media de muchos opioides los hace indetectables a los pocos días, el análisis del cabello permite una visión general a más largo plazo del consumo de drogas medido en semanas y meses, pero el crecimiento lento no cubre un período reciente[3].

Tratamiento oportuno e integral

Un caso sospechoso amerita una investigación rápida, confidencial y veraz, si las pruebas son suficientes, un grupo de profesionales capacitados deben realizar una intervención planificada cuyo objetivo final será persuadir al sospechoso de someterse a pruebas y valoraciones que permitan el diagnóstico del problema y el inicio del proceso de tratamiento y rehabilitación.

Se recomienda hacer énfasis en 3 puntos clave con respecto al tratamiento:

- La intervención inicial.
- Programas de asistencia y tratamiento.
- Regreso seguro al trabajo.

Intervención inicial

Se han reportados suicidios tras un enfrentamiento por sospecha de uso ilícito de sustancias, principalmente cuando es de carácter acusatorio y punitivo, por lo tanto, es necesario realizar un intervención bien planificada y juiciosa[3].

Un líder o comité debe ser encargado de velar que todos los casos sospechosos se traten con absoluta confidencialidad, asegurándose de mantener protegidos tanto al paciente como al sospechoso mientras se tiene lugar la investigación. Para iniciar una intervención y aumentar la probabilidad de éxito, se requiere una meticulosa recopilación de pruebas.

La intervención es un proceso desafiante, debe ser discreta, directa pero no hostil, requiere ser manejada por un equipo cuidadosamente seleccionado con entrenamiento y conocimiento para lograr que el afectado encare por primera vez la realidad y debe finalizar en una evaluación psicológica/psiquiátrica por personal especializado[3].

El riesgo fuga, suicidio, autolesión o lesión a terceros debe ser considerado, se recomienda que la intervención se lleve a cabo a primera hora de la mañana, el individuo debe ser removido de sus deberes clínicos por lo que debe haber un plan de contingencia para la atención de sus pacientes, debe asignarse una persona que acompañará al afectado en todo momento hasta entregarlo al cuidado de un equipo médico o del familiar según se establezca en la evaluación psiquiátrica inicial[3].

La valoración por psiquiatría o el grupo de manejo de adicciones debe hacer de manera inmediata, la prioridad es asegurar la salud física y establecer la necesidad de hospitalización o si puede iniciar tratamiento de manera ambulatoria, la familia debe ser involucrada en el proceso, el especialista entraría en período de licencia prolongada mientras accede al tratamiento, para esto es necesario involucrar al médico de riesgos profesionales que validará la incapacidad laboral.

Puede ser necesaria una intervención más rápida cuando se encuentra el afectado claramente drogado o sin conciencia, esto justifica la acción inmediata y representa una emergencia

médica con potencial daño mortal. Intervenir en este punto es obligatorio, el médico debe ser llevado a un servicio de urgencias donde debe ser estabilizado, el psiquiatra de turno debe ser informado, se debe mantener el acompañamiento continuo y gestionar el direccionamiento a un plan de tratamiento integral.

Programas de asistencia y tratamiento

Todos los anesthesiólogos afectados por trastorno de uso de sustancias deben recibir tratamiento adecuado, oportuno, completo y confidencial. El enfoque terapéutico inicial consiste en desintoxicación que puede requerir distintos abordajes según la cronicidad del proceso: terapia de sustitución farmacológica que incluye benzodiazepinas, buprenorfina o metadona, prevención de recaídas con naltrexona, acamprosato o disulfiram, las intervenciones psicológicas incluyen: la estabilización de problemas de salud mental y fármacos antidepresivos si hay un trastorno depresivo coexistente[9].

La segunda etapa requiere terapia cognitivo conductual y psicoeducación: estrategias de afrontamiento, manejo del craving, resolución de problemas, cambios en estilo de vida y reestructuración cognitiva, es crucial trabajar en las relaciones familiar y de pareja durante el tratamiento debido a que el apoyo familiar es de suma importancia[11].

Se recomienda la asistencia temprana a sesiones frecuentes y regulares de 12 pasos en Narcóticos Anónimos o grupos similares donde se tengan la oportunidad de hablar, compartir experiencias, recibir apoyo y orientación de pares sobre cómo navegar por los diversos obstáculos del proceso.

La inversión para la rehabilitación de una persona altamente capacitada como es el caso de un anesthesiólogo es mucho menor que el costo de formar un nuevo profesional capacitado, por lo que en términos económicos es más costo-efectivo rehabilitar al profesional[3].

Regreso seguro al trabajo

La cuestión del regreso al trabajo de un anesthesiólogo con problemas de abuso de sustancias es polémica. La tasa de recaída entre los médicos en general es del 20% aumentando al 25% después de diez años. El riesgo de recaída del anesthesiólogo es mayor porque el lugar de trabajo los pone en contacto directo con agentes anestésicos altamente adictivos y potentes[3].

La recuperación exitosa solo es posible con el deseo perso-

nal de rehabilitarse y en etapas iniciales del trastorno; en una encuesta de la ASA, dentro de los programas de residentes sólo 50% de los adictos a fentanyl son reincorporados, de ellos la mitad renunció; el 20% tuvo recaídas y la muerte fue la forma de presentación de la recaída en el 16% de los casos[4].

El reconocimiento de la adicción como una enfermedad crónica, recidivante y remitente ha llevado a imponer requisitos muy estrictos, restricciones en la práctica y la necesidad del cumplimiento de un régimen de monitoreo para personas en recuperación que deseen conservar su licencia[2], sin embargo, mantener la posibilidad del reingreso laboral es una motivación poderosa para ceñirse a la rehabilitación[3].

La evaluación de la progresión del tratamiento, el cumplimiento de la abstinencia y el compromiso con el régimen terapéutico puede ayudar a definir la posibilidad de retorno laboral, el TALBOTT RECOVERY PROGRAM agrupó a los especialistas afectados en 3 categorías que permiten establecer su pronóstico y probabilidad de reingreso a práctica clínica (Tabla 5). Los factores principales que aumentan el riesgo de recaída cuando un profesional de la salud retorna al lugar de trabajo son los problemas psiquiátricos coexistentes, el antecedente familiar de abuso de sustancias y la historia de recaída previa[3].

Los especialistas, candidatos a regresar a la práctica clínica deben ser debidamente seleccionados y regresan como parte de un programa de rehabilitación formal con terapia continua y supervisión estricta, debe haber un acuerdo formal donde se especifica lo que se espera del especialista y el marco dentro del cual tendrán que operar para que se les permita ejercer. Los requisitos incluirán: listas de rutina, supervisión directa y trabajo por horas, exámenes toxicológicos aleatorios, un compromiso de continuar con la terapia como AA o NA, evaluación frecuente del desempeño durante al menos cinco años. Para muchos el riesgo de volver a la clínica es demasiado grande y se orientarán a un entorno libre de fármacos como consulta, valoraciones de piso o actividades administrativas o hacia una especialidad alternativa[3].

Se debe garantizar un sólido paquete de atención implementado para proteger a los pacientes y al médico. Los líderes clínicos deben ser pacientes, comprensivos y reconocer que no es inusual que los colegas en esta situación sean emocionalmente inestables, parezcan manipuladores y sean etiquetados como «difíciles» al tratarse de un individuo que lucha por recuperar el control de una situación desafiante[10].

Tabla 5. Categorías para el posible retorno a la práctica clínica[4]

Categoría I	Son aquellos que retornan a la práctica de la anesthesiología inmediatamente después del tratamiento: aceptan y entienden su enfermedad, tienen vínculos con AA (alcohólicos anónimos) o NA (narcóticos anónimos), adecuado soporte familiar, demuestran tener estilo de vida balanceada y tienen el respaldo del equipo del programa de tratamiento
Categoría II	Son aquellos con posible retorno a su práctica profesional: han estado 1-2 años fuera del trabajo en tratamiento, han comenzado su recuperación de recaídas, una familia que mejoró su apoyo, compromisos con AA o NA, mejoría en cuanto a su destreza o técnica para trabajar, adecuado estado de ánimo, sin problemas psiquiátricos coexistentes
Categoría III	Son aquellos que se redireccionan hacia otra especialidad: prolongado uso intravenoso de drogas, tratamientos con fallos y recaídas recurrentes, donde permanece activa la enfermedad, inadecuado entorno familiar, incumplimiento de su régimen de control, deficiente recuperación de su estado de ánimo, no relación con AA, NA y con severos problemas psiquiátricos coexistentes

Elaboradas por el TALBOTT RECOVERY PROGRAM.

Adicionalmente, en el área laboral se debe trabajar temas de solidaridad y concientización con los colaboradores, de tal manera que se eviten los chismes, comentarios acusatorios o discriminatorios para el colega que se reintegra, además de implementar una política estricta de vigilancia de sustancias de control.

Un residente de anestesia que regresa de un período de ausencia relacionado con el trastorno por uso de sustancias necesita el apoyo de colegas, el departamento y la escuela de anestesia y miembros de un equipo multidisciplinario; el Director del Programa debe revisar y acordar un plan personalizado de capacitación, escenarios de simulación, talleres y conferencias de actualización para refrescar habilidades.

Antes de que el residente vuelva al trabajo, debe sentirse psicológicamente preparado y una variedad de soportes tendrán que estar involucrados en la decisión, sin embargo, el riesgo de recaída es alto, lamentablemente, la muerte es muy común en las recaídas por lo que debe considerarse el cambio a otra especialidad médica, particularmente si el residente está en sus primeros años de formación en anestesia[9].

Conclusión

El trastorno por uso de sustancias psicoactivas es una enfermedad grave que puede resultar en muerte o discapacidad permanente, esto convierte al trastorno por uso de sustancias en uno de los riesgos de más alto impacto para la salud del anesestiólogo, los esfuerzos de las instituciones, sociedades científicas, agremiaciones y grupos de anestesia en general, se deben enfocar en tres objetivos principales Prevención, Diagnóstico temprano y Tratamiento oportuno e integral, lo cual ha demostrado mejorar el pronóstico de la enfermedad.

El enfoque preventivo basado en la educación, el liderazgo transformacional para la sensibilización del ambiente laboral, las políticas no punitivas, y la creación de vías de manejo de problemas relacionados con el uso indebido de sustancias, son medidas que se pueden implementar desde el área de salud y seguridad en el trabajo y que traen a las instituciones y a sus trabajadores beneficios en términos de seguridad.

Al tratarse de una enfermedad, la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento mejoran su pronóstico, por lo cual, es necesario la creación de grupos de trabajo que articulen acciones en múltiples niveles para impactar en el desarrollo y

pronóstico del TUS y reducir el deterioro del profesional afectado manteniendo en lo posible la re-inserción laboral.

Referencias

1. Rupperecht N. The Impaired Anesthesia Provider: Strategies to Prevent, Recognize, and Treat Substance Use Disorder within the Workplace. *Am Assoc Nurse Anesth J* [Internet]. 2022; 90(1):64–71. Available from: <http://www.aana.com/aanajournalonline>
2. Bryson EO. The impact of chemical dependency on health care professionals involved with the delivery of anesthesia. *Int Anesthesiol Clin*. 2020;58(1):45–9. <https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000257> PMID:31800415
3. Baird CR. Substance use disorder in anaesthetists: A personal perspective. *Anaesth Intensive Care*. 2021 Jan;49(1):12–22. <https://doi.org/10.1177/0310057X20969704> PMID:33492177
4. Calabrese G. un gran problema ocupacional actual. *Rev Col Anest*. 2006;34:103–11.
5. Calabrese G. A que riesgos profesionales estamos expuestos los anesestiólogos? *Rev Anest Mex*; 2004. pp. 1–58.
6. Dorrego CO. Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo Illicit. *Med Segur Trab (Madr)*. 2011;1:145–72. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500010>.
7. Acuña JP, Álvarez JP, Cánepa P. Sanando Al Sanador [Internet]. *Rev Med Clin Las Condes*. 2017;28(5):756–69. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.009>.
8. Arias Samuel Andrés. Fentanyl. Crónica de una adicción. El Malpensante edición 77. Disponible 24 julio de 2023. <https://elmalpensante.com/articulo/308/fentanyl>
9. Taylor L. DNP C. Substance Abuse and Misuse Identification and Prevention: An Evidence-Based Protocol for CRNAs in the Workplace. *Am Assoc Nurse Anesth J* [Internet]. 2020;88(3):213–21. Available from: www.aana.com/aanajournalonline
10. Misra U, Gilvarry E, Marshall J, Hall R, McLure H, Mayall R, et al. Substance use disorder in the anaesthetist Guidelines from the Association of Anaesthetists. *Assoc Anaesth* [Internet]. 2022;77:691–9. Available from: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.15732>
11. Chávez* TPC. Cognitive behavioral intervention in opioid consumption disorder with dependence syndrome. *Siglantana Psicosomática y Psiquiatr*. 2018;4:9–17.