



La Adicción en Anestesiología: Una Realidad Multifacética y sus Implicaciones para la Práctica Clínica

Addiction in Anesthesiology: A Multifaceted Reality and Its Implications for Clinical Practice

¹Nora Avelina Covarrubias-Torres. ²Luis F Higgins-Guerra. ¹Medico Anestesióloga del comité de Salud Mental de la FMCA AC. ²Médico Anestesiólogo Ciudad de México.

Anestesia en México 2025;37(3):

<https://doi.org/10.64221/aem-37-3-2025-023>

Fecha de recepción julio 2025, fecha de revisión agosto 2025, fecha de publicación septiembre 2025.

noracovarrubias@gmail.com

Resumen

La adicción a drogas y fármacos que alteran el ánimo es una enfermedad crónica, recurrente, que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de la sustancia a la que se tiene la dependencia, esto a pesar de sus consecuencias nocivas, es una afección cerebral primaria, donde se modifica no solo la estructura, sino también el funcionamiento del cerebro. Si bien esto no es exclusivo de una especialidad en particular, los anestesiólogos, especialmente los residentes en formación parecen ser particularmente vulnerables a esta enfermedad. La disponibilidad de potentes narcóticos y otros agentes anestésicos, combinada con las demandas y el estrés inherentes a la profesión, crea un ambiente propicio para el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias (TCS). Entre los profesionales de la anestesia con adicción, los narcóticos (opioides), especialmente el fentanilo es la sustancia de abuso más comúnmente reportada, sin embargo, no es la única, se suman también la ketamina,

propofol, benzodicepinas y sevoflurano. La dependencia a fármacos en anestesiología es un problema complejo pero tratable. Ninguno de nosotros está a salvo de esta enfermedad, y no hay forma de asegurar que el consumo de una sustancia no conduzca a una adicción, por lo tanto, la **única** protección absoluta es evitar el completo uso ilícito de cualquier sustancia.

Palabras clave: Adicción entre Anestesiólogos, farmacodependencia.

Abstract

Addiction to drugs and mood-altering medications is a chronic, relapsing disease characterized by compulsive seeking and use of the substance of dependence. Despite its harmful consequences, it is a primary brain disorder that alters not only the structure but also the functioning of the brain. While this is not unique to any particular specialty, anesthesiologists, especially residents in training, appear to be particularly vulnerable to this



disease. The availability of potent narcotics and other anesthetic agents, combined with the demands and stress inherent to the profession, creates an environment conducive to the development of substance use disorders (SUDs). Among anesthesia professionals with addiction, narcotics (opioids), especially fentanyl, are the most commonly reported substance of abuse. However, it is not the only one; ketamine, propofol, benzodiazepines, and sevoflurane are also present. Drug dependence in anesthesiology is a complex but treatable problem. None of us are immune to this disease, and there is no way to ensure that substance use will not lead to addiction. Therefore, the only absolute protection is to avoid the illicit use of any substance altogether.

Keywords: Addiction among Anesthesiologists, drug dependence.

La Realidad de la Adicción a Drogas en la Anestesiología

La adicción a drogas y fármacos que alteran el ánimo, es una enfermedad crónica, recurrente, que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de la sustancia a la que se tiene la dependencia, esto a pesar de sus consecuencias nocivas, es una afección cerebral primaria, donde se modifica no solo la estructura, sino también el funcionamiento del cerebro, las sustancias adictivas actúan en el sistema de gratificación, provocando conductas de riesgo y una pérdida de control, es una significativa preocupación en la comunidad médica por el deterioro cognitivo (1). Si bien esto no es exclusivo de una especialidad en particular, los anestesiólogos, especialmente los residentes en formación parecen ser particularmente vulnerables a esta enfermedad. La disponibilidad de potentes narcóticos y otros agentes anestésicos, combinada con las demandas y el estrés inherentes a la profesión, crea un ambiente propicio para el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias (TCS). La experiencia de algunos autores sugiere una mayor susceptibilidad a esta aflicción entre los residentes de anestesia. A pesar del debate continuo, la mayoría de los expertos en el campo de la adicción médica consideran la dependencia química como una enfermedad multifactorial, con componentes genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. La preocupación sobre este tema es palpable entre los miembros de la profesión, quienes buscan orientación sobre cómo abordar estos problemas cuando se presentan. El objetivo de este

escrito es presentar una visión integral de la realidad de la adicción en anestesiología, con énfasis en la narcomanía entre los residentes, así como en las estrategias para su reconocimiento, intervención, tratamiento y prevención, resaltando las implicaciones para la seguridad del paciente y el futuro de la especialidad. Asimismo, en los anestesiólogos titulados. En 1992, ya se percibía este problema en anestesia, particularmente entre los residentes, como una enfermedad para la cual existe ayuda y esperanza (2).

Prevalencia y Factores de Riesgo en Residentes y Profesionales de Anestesia

Históricamente, ha habido pocos estudios sobre la incidencia de la adicción entre los residentes de anestesia. Sin embargo, la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) ha apoyado una investigación exhaustiva en todos los programas de formación en los Estados Unidos para evaluar diversos aspectos de la adicción, incluyendo su incidencia en los residentes. Los resultados preliminares de este estudio, reportados por el Dr. William Arnold, presidente del comité de la ASA sobre la salud ocupacional del personal de quirófano, indican que aproximadamente un 0.7 % de los residentes se verán afectados por esta enfermedad cada año (3). Esto sugiere que, para un programa de residencia de tres años, la incidencia acumulada podría ser de alrededor del 2.1 %. Estos datos subrayan la magnitud del problema y la necesidad de una mayor comprensión y estrategias de abordaje efectivas (4).

Los factores que contribuyen a la vulnerabilidad de los anestesiólogos y residentes a la adicción son complejos. Entre los factores ambientales específicos propios de la especialidad podemos mencionar el estrés, la competitividad laboral, el exceso de trabajo, escasas horas de sueño, los anestesiólogos a menudo trabajan solos y en horarios irregulares, privándose de la luz solar y un factor determinante es la **fácil accesibilidad a potentes fármacos anestésicos**, particularmente los narcóticos como el fentanilo, inductores del sueño como ketamina, propofol y los anestésicos inhalados (sevoflurane). La curiosidad experimental, el intento de automedicar el dolor físico o emocional, una sensación de invencibilidad y un bajo nivel de autoestima también pueden desempeñar un papel en el desarrollo de la adicción. Además, la exposición temprana a estas sustancias durante el entrenamiento puede normalizar su uso y disminuir la



percepción de riesgo. Un estudio de 2009 que analizó datos de programas de salud para médicos encontró que la incidencia global de TCS entre los residentes de anestesiología fue de 2.16 por 1000 años-residente. Curiosamente, en el 29 % de estos casos, los directores de programa aparentemente estaban al tanto del TCS pero no lo reportaron a la *American Board of Anesthesiology*. En un estudio reciente del Comité de Salud Mental de la Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología, A. C., identificó una incidencia del 16 % de TCS entre los residentes de la especialidad.

Sustancias de Abuso Comunes y Métodos de Obtención

Entre los profesionales de la anestesia con adicción, los narcóticos (opioides), especialmente el fentanilo es la sustancia de abuso más comúnmente reportada, sin embargo, no es la única, se suman también la ketamina, propofol, benzodiacepinas y sevoflurano. La vía de administración habitual es la intravenosa. Muchos refieren que su primera exposición fue por vía oral o mucosa nasal, pero rápidamente dejan de experimentar el efecto deseado por estas vías y recurren a la administración intravenosa (6). La tolerancia se desarrolla rápidamente, lo que requiere la administración de dosis progresivamente mayores para alcanzar el efecto deseado.

Para adquirir las dosis necesarias, los anestesiólogos con dependencia recurren a medios desesperados y engañosos. Algunas técnicas reportadas incluyen:

- Registrar la administración de un narcótico al inicio de un caso en el registro anestésico, pero en realidad administrar solo una pequeña cantidad al paciente, si es que se administra algo. El paciente se mantiene dormido con agentes inhalatorios o intravenosos no controlados como el butorfanol o la nalbufina, y el opioide no utilizado se guarda para uso personal.
- Intercambiar jeringas con colegas durante los relevos para café o comidas. El individuo con adicción toma la jeringa que contiene fentanilo y deja en su lugar otra jeringa con una etiqueta falsa.
- Manipular las ampollas de narcóticos perforando pequeños agujeros en el fondo con una broca de diamante, extrayendo la solución, reemplazándola con solución salina o agua, y cerrando el agujero con pegamento.
- Toman el medicamento de manera ilícita de las gavetas de resguardo.
- Obtención de manera ilegal en el mercado negro.

- Registros inadecuados de la trazabilidad del medicamento favoreciendo el mal uso.
- Una forma común de obtener opioides es trabajar en departamentos donde no existe un sistema de verificación estricto. En muchos hospitales el sistema de contabilidad es tan laxo que lo que se hace con los narcóticos residuales al final del día se considera asunto personal.

Pruebas para detectar el consumo de opioides

Las pruebas pueden ser de orina, sangres, saliva sudor o cabello, la más común es en orina y puede detectar opioides entre 1 y 4 días después de su consumo, detecta diversos opioides como morfina, codeína, oxycodona, cocaína, heroína y opioides sintéticos.

Limitaciones existentes en la prueba del cabello para la detección de abuso de sustancias, a pesar de su alta sensibilidad. Una limitación obvia de las pruebas de cabello es la necesidad de que el individuo tenga cabello para realizar el estudio; no es infrecuente que las personas se presenten al lugar de la prueba con el cabello totalmente recortado o afeitado. Si el cabello no está disponible, se puede obtener cabello para análisis forense de áreas alternativas como las axilas o el área púbica.

Principales drogas de abuso identificadas en el estudio de cinco años en anestesiólogos en los programas de salud. Las principales drogas de abuso en el estudio de cinco años fueron los opioides (55 %), benzodiacepinas, propofol, seguidos por el alcohol (28 %) y los estimulantes (8 %). Se observó una diferencia significativa en la droga primaria de abuso entre los anestesiólogos y otros médicos incluidos en el estudio (7).

Efectos a corto plazo que se asocian comúnmente con el consumo de cannabis. Los efectos a corto plazo del cannabis incluyen una percepción sensorial aumentada y euforia, seguidas de somnolencia/relajación, tiempo de reacción más lento y problemas con el equilibrio y la coordinación, episodios psicóticos, problemas de memoria, de la atención y otras funciones cognitivas.

Dos efectos a largo plazo significativos del consumo crónico de cocaína. El consumo crónico de cocaína puede llevar a complicaciones cardiovasculares graves como ataques cardíacos, arritmias e hipertrofia miocárdica. También se asocia con problemas neurológicos como cefaleas, accidentes cerebrovasculares y hemorragias subaracnoideas, así como daño nasal en usuarios crónicos por la vía intranasal. Por su afección cerebral se presenta depresión, ansiedad, síndrome de abstinencia y craving.



Algunos de los síntomas de abstinencia que pueden experimentar las personas con trastorno por consumo de sustancias pueden incluir inquietud, mialgias, dolor óseo, insomnio, diarrea, vómitos, delirio, cefalea, irritabilidad, confusión, agitación, hipertermia, convulsiones, refieren en términos generales "sensación inminente de muerte".

Efectos adversos graves a corto plazo que se asocian con el consumo de MDMA

Los efectos adversos graves a corto plazo del MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) incluyen confusión, depresión, problemas de sueño, ansiedad, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, tensión muscular y bruxismo. También se pueden presentar náuseas, visión borrosa, desmayos, escalofríos o sudoración, aumento de la temperatura corporal y, en casos graves, rabdomiólisis, hiponatremia e insuficiencia orgánica. (5)

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*, ¿cómo se diferencia un trastorno de consumo de sustancias leve, moderado y grave? Según el DSM-V, un trastorno de consumo de sustancias leve se diagnostica con la presencia de dos o tres síntomas de una lista de once. Un trastorno moderado se caracteriza por cuatro o cinco síntomas, mientras que un trastorno grave se diagnostica con seis o más síntomas presentes.

Mencione dos criterios del DSM-V para el trastorno de consumo de opioides que se relacionan con la tolerancia o la abstinencia. Dos criterios del DSM-V para el trastorno de consumo de opioides son la tolerancia, definida por la necesidad de aumentar las cantidades de opioides para lograr la intoxicación o el efecto deseado, o un efecto notablemente disminuido con el consumo continuado de la misma cantidad. Otro criterio es la abstinencia, que se manifiesta por un síndrome de abstinencia característico o por el consumo de la sustancia para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia (8).

¿Se puede curar el trastorno por consumo de sustancias?

Es un padecimiento crónico y su *tratamiento* por lo general no constituye una cura. Pero es posible manejar la adicción en forma satisfactoria, evitando la recaída.

¿En qué consiste el tratamiento en los trastornos por consumo de sustancia?

Inicia el tratamiento con la intervención por parte de personal especializado. El proceso de deshabituación y rehabilitar el funcionamiento cerebral es largo apoyado en terapias cognitivas-conductuales.

Hay métodos comprobados que ayudan a las personas a dejar de consumir y retomar una vida productiva, a este proceso se le llama *recuperación y la meta del tratamiento es la reinserción familiar, social y laboral* (Tabla 1).

Tabla 1: Características para un retorno laboral

1. Acepta y entiende su enfermedad
2. Sabe prevenir recaídas
3. Participa activamente en grupos de apoyo como AA o NA
4. Patologías psiquiátricas en remisión
5. Vida familiar sana
6. Estilo de vida balanceado
7. Apoyo del servicio de anestesia
8. Se compromete a ser monitoreado de manera sorpresiva

Reconocimiento y Signos de Alerta de la Adicción en el Entorno Laboral

El reconocimiento temprano de la adicción en un colega es crucial para facilitar una intervención oportuna. Existen varios signos y comportamientos que pueden levantar sospechas: (Tabla 2).

Tabla 2: Reconocimiento y Signos de Alerta de la Adicción en el Entorno Laboral

1. Necesidad de permanecer cerca de su fuente de suministro para prevenir el síndrome de abstinencia.
2. Visitas frecuentes al baño, que a menudo se utilizan como lugar para la autoadministración de drogas
3. Dificultad para encontrar al individuo entre casos, ya que pueden estar descansando o aletargado después de las inyecciones.
4. Insistencia en administrar ellos mismos los narcóticos en la sala de recuperación.
5. Pacientes que llegan a la sala de recuperación y se quejan de dolor de manera desproporcionada con la cantidad de narcóticos registrada en su expediente anestésico.
6. Rápido aumento en la cantidad de fármacos desperdiciados.
7. Un profesional que comienza a documentar la administración de dosis mucho más altas de medicamentos de lo habitual.
8. Se ofrece como voluntario para turnos adicionales.



9. Se niega a ser reemplazado para el almuerzo o las pausas para el café.
10. Retira de la farmacia cantidades crecientes de narcóticos o cantidades inapropiadas para el caso en cuestión.
11. Pérdida de peso y palidez.
12. Uso de camisas de mangas largas para ocultar marcas de agujas.
13. Sensación subjetiva de frío.
14. Pupilas puntiformes.
15. Síntomas de abstinencia como diaforesis y temblores.

Es importante recordar que la observación de uno o varios de estos signos no confirma necesariamente la adicción, pero justifica una mayor atención y la consideración de informar las preocupaciones al director del departamento. No se debe confrontar directamente al colega sospechoso, ya que esto podría llevar a la negación, el encubrimiento y dificultar una intervención posterior.

Intervención, Tratamiento y Retorno a la Práctica

Ante la sospecha de adicción en un colega, el paso preferible es informar al director del departamento. En los Estados Unidos, las 50 sociedades médicas estatales cuentan con programas para médicos con discapacidad, y muchos hospitales también tienen programas similares. El director del departamento debe reportar el caso de manera confidencial a estos programas, los cuales disponen de médicos capacitados para identificar e intervenir en estos casos. Estos expertos evaluarán la situación y determinarán si existen indicios que ameriten una intervención formal.

Si se decide realizar una intervención, debe llevarse a cabo con cuidado, firmeza y empatía.

El objetivo de esta etapa es romper la negación de la enfermedad e iniciar un cambio positivo.

Tipos de intervención: crisis, breve, familiar y grupal.

- Objetivos:
- Dar VIDA a la persona afectada
- SANAR las relaciones familiares
- MEJORAR el ambiente laboral
- CUIDAR los derechos de los pacientes

Antes de iniciar una intervención, se debe establecer un plan de tratamiento completo y detallado.

Desintoxicación: En esta etapa del tratamiento el paciente debe estar hospitalizado, bajo monitoreo estricto, con apoyo farmacológico y el tiempo aproximado es de 1 a 2 semanas.

Rehabilitación: Lo recomendado en el personal de anestesiología por la dependencia a los opioides que es lo más frecuente se lleve a cabo de manera residencial por un periodo no menor de 3 meses, ya que es el tiempo que tarda aproximadamente el cerebro en comenzar a recuperarse, produciendo nuevamente dopamina y recuperándose los receptores para este neurotransmisor. Debe ser un centro especializado en el tratamiento de profesionales de la salud, una clínica de rehabilitación, donde se cuente con apoyo psicológico y psiquiátrico, es crucial asegurar el traslado a este centro, lo que a menudo requiere un transporte supervisado para prevenir cualquier oportunidad de fuga o de acceso a sustancias (9).

Reinserción: El retorno al quirófano de un anestesiólogo tratado por adicción es un tema controvertido. No es fácil para una persona habituada a los narcóticos volver a un entorno laboral donde debe manipular e inyectar las mismas sustancias a las que es dependiente. La experiencia sugiere que la tasa de recaída entre los residentes que regresan a la formación es relativamente alta en comparación con otras disciplinas médicas (10). Sin embargo, muchos anestesiólogos con adicción han regresado exitosamente a su especialidad. Los factores que parecen influir en este éxito incluyen: (Tabla 3).

Tabla 3: Factores que parecen influir en el éxito

1. Haberse inscrito y completado con éxito un tratamiento.
2. Aceptación de someterse a pruebas de orina frecuentes y aleatorias para detectar sustancias, incluyendo específicamente fentanilo que pueden ser difíciles de detectar.
3. Compromiso de asistir a grupos de apoyo, como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, de forma regular (al menos tres veces por semana).
4. Participación en terapia de grupo semanal durante un mínimo de un año.
5. Aceptación de usar un bloqueador de receptores de opioides, como la naltrexona, este medicamento da mejor resultado en implante, se coloca principalmente en abdomen, tiene una duración de 10 a 12 semanas, posterior a este periodo se puede volver aplicar, disminuyendo al enfermo la necesidad de consumir. La administrada oral tiene menos eficacia.
6. Un retorno progresivo al trabajo, que puede incluir la exención de guardias nocturnas y de fin de semana durante tres meses y la prohibición de manipular narcóticos durante ese mismo periodo



7. En casos severos, se puede requerir una ausencia de seis meses a un año del quirófano, trabajando en otras áreas del departamento u hospital sin acceso a narcóticos.

La rehabilitación busca sentar las bases para la abstinencia y la recuperación a largo plazo. Después del tratamiento inicial, se puede recomendar una casa de transición con contacto frecuente con el personal antes de regresar a la comunidad. La terapia ambulatoria puede ser apropiada en ciertas condiciones, pero se considera que el anestesiólogo con dependencia química se beneficia más inicialmente de un tratamiento en un entorno de internado.

Prevención, Consecuencias para la Seguridad del Paciente y Perspectivas Futuras

La prevención primaria de los trastornos por consumo de sustancias es fundamental en la comunidad de la anestesiología. La educación sobre los riesgos de la adicción, con énfasis para los médicos en formación, la promoción de la salud mental y el manejo del estrés son componentes importantes de prevención. Fomentar un ambiente de apoyo donde los profesionales se sientan cómodos buscando ayuda temprana también es crucial. La dependencia inevitablemente afecta la capacidad de juicio y el desempeño profesional, lo que puede tener consecuencias graves para la seguridad del paciente (11). La manipulación de fármacos, la toma de decisiones clínicas bajo la influencia de sustancias y el deterioro general de las habilidades pueden aumentar el riesgo de errores médicos. Las quejas de los pacientes sobre un alivio inadecuado del dolor postoperatorio pueden ser un indicio de que los narcóticos fueron desviados para el uso del profesional.

Aunque el principal enfoque del presente escrito es la dependencia (adicción) en los profesionales de la anestesiología, es importante reconocer que el uso recreativo de drogas por parte de los pacientes también tiene implicaciones anestésicas significativas. Obtener información precisa sobre el uso de sustancias por parte del paciente es esencial para construir un plan anestésico apropiado y manejar adecuadamente la cirugía, la emergencia y el postoperatorio (12).

Conclusión

La dependencia a fármacos en anestesiología es un problema complejo pero tratable. Ninguno de nosotros

está a salvo de esta enfermedad, y no hay forma de asegurar que el consumo de una sustancia no conduzca a una adicción, por lo tanto, la **ÚNICA** protección absoluta es evitar el completo uso ilícito de cualquier sustancia.

Una de sus características es que la persona afectada a menudo no puede pedir ayuda por sí misma. Por lo tanto, es responsabilidad de los colegas atentos y preocupados ayudar a quienes sufren. Con una intervención apropiada, tratamiento, el apoyo de la familia y los colegas, y un contrato de seguimiento supervisado cuidadosamente, los anestesiólogos con adicción pueden tener éxito en su retorno a la práctica. La concienciación, la educación continua y las discusiones abiertas sobre este problema son esenciales para proteger tanto a los profesionales como a los pacientes en el entorno de la anestesia.

Bibliografía

1. William J Farley. Addiction and the anaesthesia resident. *Can J Anaesth* 1992;39(5):R11-R13. DOI: 10.1007/BF03008839
2. Collins GB. Chemical Dependency Treatment Outcomes of Residents in Anesthesiology: Results of a Survey. *Anesth Analg.* 2005;101(5):1457-62. DOI: 10.1213/01.ANE.0000180837.78169.04
3. Bryson EO. Addiction and Substance Abuse in Anesthesiology. *Anesthesiology.* 2008;109(5):905-17. DOI: 10.1097/ALN.0b013e3181895bc1
4. Skipper GE. Anesthesiologists with Substance Use Disorders: A 5-Year Outcome Study from 16 State Physician Health Programs. *Anesth Analg.* 2009;109(3):891-6. DOI: 10.1213/ane.0b013e3181adc39d
5. Bryson EO. The Drug Seeking Anesthesia Care Provider. *Int Anesthesiol Clin.* 2011;49(1):157-71. DOI: 10.1097/AIA.0b013e3181e72553
6. Fry LE. Anesthetic substance abuse: international perspectives and parallels. *Can J Anaesth.* 2015;62(11):1246-52. DOI: 10.1007/s12630-015-0486-9
7. Beaulieu P. Anesthetic implications of recreational drug use. *Can J Anaesth.* 2017;64(12):1236-64. DOI: 10.1007/s12630-017-0975-0
8. Zuleta-Alarcón A. Non-opioid anesthetic drug abuse among anesthesia care providers: a narrative review. *Can J Anaesth.* 2017;64(2):169-84. DOI: 10.1007/s12630-016-0698-7
9. Samuelson ST. The impaired anesthesiologist: what you should know about substance abuse. *Can J Anaesth.* 2017;64(2):219-35. DOI: 10.1007/s12630-016-0780-1
10. Bryson EO. The impact of chemical dependency on health care professionals involved with the delivery



- of anesthesia. *Int Anesthesiol Clin*. 2020;58(1):45-62. DOI: 10.1097/AIA.0000000000000257
11. Misra U. Substance use disorder in the anaesthetist: Guidelines from the Association of Anaesthetists. *Anaesthesia*. 2022;77(6):691-9. DOI: 10.1111/anae.15732
 12. M.J. Pujante, M.C. Rivera Montés, C. Embid Román, F. Pascual Pastor y C. Sánchez Pérez. Deshabitación rápida de opioides. *Resed*. 2018. DOI: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2019.3681/2018>

