



Adicciones en Anestesiología

Adictions in Anesthesiology

Roberto Ruiz Abascal

Médico anesestesiólogo. Residente de 3º año de Medicina Legal y Forense, Escuela de Medicina Legal de Madrid, Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid

Paloma Morillas Sendin

Médico anesestesiólogo. Residente de 2º año de Medicina Legal y Forense, Escuela de Medicina Legal de Madrid, Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid

Mª Elena Albarrán Juan

Médico de Familia, CS Presentación Sabio de Móstoles, área 8 de Madrid, Profesora del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid y Residente de 3º año de Medicina Legal y Forense, Escuela de Medicina Legal de Madrid

Resumen

El uso indebido de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial. El consumo de drogas entre la clase médica, y en concreto en la especialidad de anestesiología (1, 2), representa un gran problema ocupacional, debido a que involucra la drogadicción en el ámbito laboral del médico. Estas situaciones pueden derivar en un proceso de degradación progresiva del profesional en su vida personal, profesional y en su salud. En ella pueden interactuar diversos factores, como la predisposición genética, factores psicosociales, biológicos, historia familiar y personal de abusos, estrés laboral crónico y el fácil acceso y disponibilidad a la droga en el trabajo.

La drogodependencia puede generar consecuencias personales, familiares y laborales (3, 4). Las personales se relacionan con un progresivo deterioro en su vida y en su salud, síndrome de abstinencia, trastornos de angustia, depresión, llegando a la muerte por suicidio y por sobredosis. Las familiares se vinculan a altas tasas de divorcios y patrones de desmembramiento familiar. Las laborales tienen que ver con incapacidad de realizar sus tareas habituales, probabilidad de errores médicos, pudiendo llegar incluso a la mala praxis.



Ante la más mínima sospecha, se debe realizar un proceso de identificación y la correspondiente intervención, para ayudar al médico e incluirle en programas de tratamiento específicos. Enfrentados a esta realidad, debemos asumir el concepto de responsabilidad compartida desde una triple perspectiva que involucre al anestesiólogo, a las sociedades científicas y a las instituciones implicadas en la contratación del personal médico para lograr terminar, desviar o disminuir estos riesgos.

Palabras claves

Anestesiólogos, drogodependencia, abuso de sustancias, opiáceos, fentanilo, benzodiacepinas, ketamina, sobredosis.

Summary

The abuse of psychoactive substances, both legal and illegal, is considered to be a problem of public health worldwide. The consumption of drugs among the medical class, and specially among anesthetists, represents a great occupational problem, due to the fact that it includes drug addiction at work. These situations can lead to a progressive degradation of professional and personal life, as well as health. Diverse factors can interact, as the genetic predisposition, psychological, social, biological factors, family history of abuse, individual history of abuse, chronic job stress and availability of drugs in the work area.

Drug abuse can lead to personal, professional and family adverse consequences. Personal adverse consequences can be progressive deterioration of everyday life, of health, appearance of abstinence syndrome, distress disorders and depression that can result in death due to overdose or suicide. Family consequences are augmented rates of divorce and family dismemberment. Professional ones have to do with disability to perform habitual tasks, high probability of medical mistakes, bad medical practice and even the abandon of the speciality. Once there is the least suspicion of a case of drug abuse, it is necessary to go through a process of identification and the corresponding intervention, help the physician and include him in specific treatment programs.

Faced this reality, we must assume the concept of responsibility shared from a triple perspective that involves the anesthetist, the scientific societies and the institutions involved in the hiring of medical staff in order to manage, diminish and end these risks.

Key words

Anesthetist, drug dependency, abuse of substances, opiates, fentanyl, benzodiacepinas, ketamine, overdose.

Introducción

La aproximación al tema 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 a los pacientes. Esta situación se transfor-



ma en un problema complejo, con un alto impacto para el médico involucrado, la comunidad y el hospital. La misma es más compleja y peculiar cuando involucra a médicos especialistas que se drogan con los fármacos psicoactivos que tienen la responsabilidad de administrar en el desarrollo de su trabajo, como es el caso de los anestesiólogos (1, 2). Aquí debemos distinguir entre consumo, abuso, adicciones, dependencia química de diferentes fármacos, como hipnóticos del tipo de la ketamina con un alto poder adictivo y fenómenos de tolerancia, sedantes del tipo de midazolam, también con un alto nivel adictivo y tolerancia, analgésicos, tipo opiáceos, y entre ellos el fentanilo (5, 6) que son los de mayor frecuencia e impacto para la salud y la vida de este grupo de profesionales.

Incidencia

La visión actual de la drogodependencia muestra una realidad preocupante, compleja y delicada, donde la morbilidad por auto-administración de fármacos es mucho más frecuente entre anestesiólogos, frente a los efectos adversos por otros riesgos potenciales en el quirófano (7). Llama la atención una mayor tendencia al consumo de sustancias psicoactivas en anestesiólogos, en comparación con otros especialistas (8). En ese sentido, diversos estudios han planteado que es más común el consumo de opiáceos entre anestesiólogos que entre otros médicos (9,10). La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos y especialmente entre anestesiólogos, es limitada y resulta muy difícil de establecer, pues las mismas surgen de fuentes como estudios retrospectivos, programas de tratamientos, estudios prospectivos y programas de vigilancia; sin duda, la información más cercana a la realidad son los programas de tratamiento. Pero toda la información que se obtiene debe considerarse poca, y el problema realmente sería comparable a un «iceberg».

En estudios retrospectivos, la incidencia de abuso en anestesiólogos varió del 1 al 5% en diversas investigaciones en Estados Unidos (EEUU) (6, 11-14) y del 5.5% a nivel europeo (15). En estudios prospectivos (8), la incidencia de abuso de drogas en anestesiólogos de Latinoamérica fue de 1.7%, donde el 75% fue a opiáceos (16); del 1% para especialistas y de 1.6% para residentes en EEUU (17). En un análisis en Australia y Nueva Zelanda se registró abuso a opiáceos en 44 anestesiólogos, con predominio en hombres entre 25 y 35 años (18). En EEUU, sólo el 4% de los médicos adictos son anestesiólogos; sin embargo, en programas de tratamiento la incidencia fue importante, mostrando que el 12-14% de médicos tratados por dependencia química eran anestesiólogos (19); de éstos, el 50% tenía menos de 30 años, una tercera parte eran residentes, siendo los opiáceos «los preferidos», con mayor frecuencia por los anestesiólogos más jóvenes, siendo el fentanilo el más usado (19). La incidencia en los residentes de anestesia mostró que el 33.7% del total de médicos tratados en terapia por adicción eran residentes de esta especialidad, teniendo 7.4 veces mayor incidencia que residentes de otras especialidades (20). También una encuesta de residentes de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) evidenció una incidencia de abuso del 34.5%, con predilección por el fentanilo (21).

Factores de riesgo

La farmacodependencia es compleja y en ella pueden incidir diversos factores generales y específicos.

Factores generales:

Los factores generales son aquellos que se vinculan a cualquier tipo de dependencia a drogas y se relacionan con la predisposición genética, factores



psicosociales, biológicos, historia familiar de abusos o historia personal de abuso (2, 22).

Factores específicos:

Los factores específicos para el caso de los anestesiólogos se relacionan:

1. Al intenso estilo de vida laboral propia de la especialidad (23), caracterizada por padecer una modalidad laboral de «alta presión», con exceso de horas trabajadas, horas nocturnas, con inadecuados calendarios laborales, con fatiga y privación del sueño (24), un ambiente de trabajo muy competitivo, expuesto a riesgos biológicos, en contacto con pacientes graves, con la muerte, sumado a un progresivo desajuste de las expectativas profesionales y personales (2, 23, 25 - 28) que en muchas ocasiones lleva a desarrollar un excesivo estrés laboral crónico, incluido el síndrome de *Burn out* (27,28).

2. A la peculiaridad de tener disponibilidad, fácil acceso y falta de control de la «droga a elección» en su trabajo diario (1 - 3, 7) (recordar que cuando hay adicción existe urgencia por acceder a la droga y consumirla). Y es que el 85% de los residentes de anestesiología que se encontraban en programas de recuperación de farmacodependencia, indicó que el hecho de tener la droga a su alcance influyó en la elección de la especialidad (19). 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. Cabría preguntarse qué factores influyen para que un médico esté en riesgo cierto de hacerse adicto a este tipo de sustancias. 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 el quirófano. 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 ser siempre un motivo de preocupación mejorar el control interno de los servicios para la detección precoz del problema.

3. Al ser los opiáceos, benzodiazepinas y ketamina, fármacos de gran potencia y poder adictivo.

4. A la curiosidad por experimentar sus efectos.

Desarrollo de la enfermedad

La drogodependencia se define como una enfermedad devastadora, progresiva, recidivante y crónica, caracterizada por una dependencia química (29).

La dependencia química es la utilización continua e incontrolada de sustancias que modifican el humor y el comportamiento, provocando graves consecuencias físicas y psicológicas (29). Por dependencia química se entiende aquella enfermedad crónica e incurable, que sólo puede ser controlada, no curada.

El desarrollo clínico de esta enfermedad se hace de manera progresiva, recidivante y crónica. La rapidez de inicio y la evolución de la enfermedad, están



relacionadas con la potencia de la droga «de elección». En el caso de los opiáceos, como por ejemplo el fentanilo, requiere entre 6-12 meses el hacerse aparente, en las benzodiazepinas 4 a 6 semanas y la ketamina 1-2 meses, evidenciándose sobre todo en el medio hospitalario (29). Durante el corto curso de la adicción al fentanilo o a las benzodiazepinas, el adicto desarrolla una tolerancia increíble, lo que provoca el uso de dosis progresivamente mayores.

Es característico que se desarrolle en diferentes ámbitos ya sea social, familiar y laboral (18, 22, 29).

En el proceso evolutivo, es posible padecer trastornos físicos, psicológicos y sociales crónicos que se pueden evidenciar dentro y fuera del hospital (30). En la institución adoptan patrones de conductas característicos, presentando cambios inusuales de comportamiento, de su estado de ánimo, con período de depresión, enojo e irritabilidad, alternando con período de euforia (21, 22, 29).

Puede haber descuido a la hora de realizar una completa gráfica intraoperatoria de anestesia, prescriben cada vez más cantidades de narcóticos, solicitan mayores cantidades de éstos que los requeridos para el procedimiento que están realizando, no quieren tiempo para comer o descansar, les gusta trabajar solos para usar técnicas sin narcóticos y desviarlos para su uso personal. Son difíciles de localizar entre anestesia y anestesia, realizando breves «siestas» después de usar la droga. Es muy común que se encuentren en el hospital aunque no tengan que trabajar, para estar cerca de las drogas y evitar abstinencias.

Suelen usar ropa de manga larga para esconder las huellas de las agujas y además combatir la sensación de frío que experimentan. Cuando la adicción está establecida, tienen pérdida progresiva de peso y palidez, con pupilas puntiformes y en ocasiones pueden ser encontrados muertos por sobredosis en sus cuartos de guardia o en los baños (22, 29).

Los patrones de conductas característicos fuera del hospital son el aislamiento de la familia, con cambios inusuales del comportamiento, peleas y discusiones en su casa con problemas de conducta en sus hijos. Habitualmente esconden agujas y niegan la drogadicción.

Socialmente tienen relaciones extra matrimoniales, presentan conflictos legales y cuando no pueden manejar la situación y el síndrome de abstinencia, buscan realizar la llamada «cura geográfica», cambiando de lugar o ciudad de trabajo.

Consecuencias

La recaída en aquellos anestesiólogos con historia de adicción a narcóticos que retornaron a su trabajo varió del 19% al 26%, y hasta el 40% (10, 25). La muerte puede ser la forma de presentación como síntoma inicial de recaída en el 16% (13).

En estudio realizado en México sobre informes de jefes de servicio, se registraron 7 muertes por suicidio relacionadas con farmacodependencia principalmente a opiáceos (26). El riesgo de suicidios fue 3 veces superior en anestesiólogos en relación a un grupo de control (26). La muerte por sobredosis fue del 10% en 10 años en 285 casos (12) y del 16% en 5 años en 44 casos (13), Silverstein (26) comunicó 26 muertes en 2 años. El riesgo específico de muerte en el anestesiólogo fue 2 veces superior en suicidios relacionado a sobredosis de drogas, y 3 veces superior de muerte relacionado a drogas con respecto a los médicos internistas, vinculadas a la etapa de la re-



sidencia en los primeros 5 años (31). 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 (4).

Las consecuencias familiares se vinculan a altas tasas de divorcios como se refleja en EEUU donde los anestesiólogos con problemas de drogodependencia presentaron un 34% de divorcios y una inadecuada relación con los hijos, lo que genera un patrón de desmembramiento familiar (27).

Las consecuencias laborales se vinculan al desarrollo de incapacidad de realizar sus tareas habituales, menor seguridad, probabilidad de errores médicos pudiendo llegar a la mala práctica y abandono de la especialidad (5, 28).

Las consecuencias legales que puede afrontar el anestesiólogo adicto a psicofármacos es un tema polémico, difícil de abordar por lo complejo de la enfermedad por un lado, y por el otro, por los diferentes matices de las legislaciones entre los distintos países. Como ejemplo, en EEUU, si alguna autoridad sanitaria decide prohibir al anestesiólogo en recuperación regresar a la práctica basándose solamente en su historia de adicción, el anestesiólogo afectado puede iniciar una acción legal. En EEUU, existe una ley federal que protege a los trabajadores discapacitados conocida por las siglas ADA (Acta de Americanos con Discapacidad). Por definición, la adicción es una discapacidad, y es por esto que a un anestesiólogo farmacodependiente en recuperación que se ha sometido a tratamiento con éxito, que posee un entrenamiento adecuado y controles normales, no pueden negarle trabajo el que le contrata. Por lo tanto, la decisión y sus implicaciones legales son muy complejas. La ADA puede exigir una reubicación razonable para aquel adicto o exadicto calificado que quiere volver a la práctica médica (32).

Recomendaciones

No hay forma de asegurar que el abuso de sustancia psicoactivas no conduzca a la adicción, por lo tanto, la única protección absoluta es evitar el completo uso ilícito de las drogas (4, 9).

¿Qué hacer a partir de ahora? Lo primero que hay que tener claro es que el alcohólico o el drogadicto es un enfermo, no un criminal, a pesar de que pueda verse involucrado en actos delictivos: el ejemplo típico es el robo 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 estamos de acuerdo 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» (33). Lo segundo es que el tema debe ser tratado a nivel gremial (Sociedades científicas). Sin ese tipo de acción conjunta los esfuerzos aislados pueden resultar en fracaso.

Una vez logrado esto, las fases habituales de abordaje del problema 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 peticiones de ayuda más o menos encubiertas para las que conviene estar atentos. 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 (16, 17) 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 papel de las Sociedades Científicas 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 tras terapia por adicción no está aún aclarado. Menk (18) encontró buenos resultados sólo en 34% de aquellos que abusaban de opiáceos 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 (19, 20).

Conclusiones

Estamos frente a una dura realidad para los anestesiólogos, preocupante y que avanza. La misma produce empeoramiento del estado de vida y salud, daño familiar y pérdidas irreparables, por lo que debemos asumir una responsabilidad compartida desde una triple perspectiva (34, 35):

1. De parte del anestesiólogo, que debe educarse en el tema.
2. De las instituciones médicas empleadoras, que deben tener programas de prevención y protección, tendientes a identificar a los potenciales adictos, manejar los factores de riesgos y tener control de los fármacos.
3. De las Sociedades y Federaciones de Anestesia, que deben tener un papel protagonista a través de una política integral sobre el tema, apuntando a:
 - información, educación sobre el tema
 - organización para protección del colega enfermo
 - programas de rehabilitación
 - disponer de respaldo económico para el colega y su familia.

Todo esto, alineado en un programa de salud ocupacional para los especialistas.

Finalmente una reflexión: «la adicción es una enfermedad para toda la vida, sus efectos agudos pueden superarse, pero sus secuelas dejan sus marcas indelebles en cada víctima».

Bibliografía

1. HEDBERG E. Anesthesiologists: Addicted to the drugs they administer. ASA Newsletter 2001;65(5): 1-5
2. CALABRESE G. Fármaco dependencias en anestesiólogos. Realidad preocupante. Rev. Anest. Mex. 2004; 16; supl. 1.
3. CALABRESE G. ¿A que riesgos profesionales estamos expuestos los anestesiólogos? Rev. Anest. Mex. 2004; 16;3.



4. Ama Council on Mental Health. The sick physician: Impairment by psychiatric disorder, including alcoholism and drug dependence. JAMA 1973;223:684-687
5. BARREIRO G., BENIA W., FRANCOLINO C., DAPUETO J., GANIO M. Consumo de sustancias psicoactivas: Estudio comparativo entre anesthesiologos e internistas en Uruguay. Anest Analg Rean 2001; 17(1): 20-25
6. LUTSKY I. ET AL Psychoactive substance study use among American anaesthesiologists a 30 year retrospective study. Can. J. Anaesth: 1993;40:2915-21.
7. ARNOLD W. P. III en: Anestesia: MILLER R. Seguridad medioambiental, incluida la dependencia de agentes quimicos. Harcourt-Brace edici3n en espa1ol 1998; 2619-26.
8. BARREIRO G., BENIA W., FRANCOLINO C., DAPUETO J., GANIO M. Consumo de sustancias psicoactivas: Estudio comparativo entre anesthesiologos e internistas en Uruguay. Anest Analg Rean 2001; 17(1): 20-25.
9. HUGHES P.; STORR C.L.; BRANDEMBURG N.A.; BALWIN D.C. Jr. Physician sustance use by medical specialty. J Addict Dis 1999;18 (2):23-27.
10. PARIS R.T.; CANAVAN D.I. Physician substance abuse impairment: Anesthesiologists vs other specialties. J Addictive Diseases. 1999; 18:1-7.
11. MENCK E.J. Success of re entry into anaesthesiology training programs of resident with a history of substance abuse JAMA 1990; 263: 3060-62.
12. WARD C.F. Drugs abuse in anaesthesia training programs: survey 1970-1980. JAMA1983; 250: 922-25.
13. GRAVENSTEIN J.S. Drug abuse by anaesthesia personnel. Anaesth. Analg. 1983; 62: 467-72.
14. GRAVENSTEIN J.S. Drug abuse by anaesthesia personnel. Anaesth. Analg. 1983; 62: 467-72.
15. BEAUJOUAN L., CZERNICHOW S., POURRIAT J.L.; BONNET F. Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: a national survey. Ann Fr Anesth Reanim. 2005 May; 24(5): 463-5.
16. CALABRESE G. Informe preliminar sobre «Encuesta de Riesgos Profesionales del Anestesi3logo en Latinoam3rica». Comisi3n de Riesgos Profesionales. Confederaci3n Latinoamericana de Sociedades de Anestesiologia .XXI Asamblea de delegados de CLASA. XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiologia. San Salvador. El Salvador. 2001
17. BOOTH J. Sustance abuse among physicians: A survey of Academic Programs. Anesth Analg 2002; 95 1024-30.
18. FRY R.A. Substance abuse by anaesthetists in Australia and New Zealand. Anaesth Intensive Care. 2005 Apr; 33(2): 165-6.
19. GALLEGOS K. V. Addition in anaesthesiologists: Drug access and patterns of substance abuse. QRB 1988; 14: 116-22.
20. TALBOTT G.D.; GALLEGOS K.V.; WILSON P.O.; PORTER T.L. The Medical Association of Georgia's impaired physicians program review of the first 1,000 physicians: Analysis of specialty. JAMA. 1987; 257: 2927-30.
21. ABDELMALAK B. Stress in American Anesthesiology Residencies. ASA Newsletter.



22. A.S.A (American Society of Anesthesiologists). Task Force on Chemical Dependence. Model Curriculum on Drug Abuse and Addiction for Residents in Anesthesiology.
23. CALABRESE G. Influencia del Estilo de vida Laboral del Anestesiólogo en la salud. En Anestesiólogos Mexicanos en Internet. Ciberconferencia; En: II Congreso Virtual Mexicano de Anestesiología. I Congreso Virtual Latinoamericano de Anestesiología, 1-30 de noviembre 2002.
24. CALABRESE G. Implicaciones laborales en el anestesiólogo. Rev. Col. Anest. 2005; 33:3; 187-94.
25. JACKSON S. H. The role of stress in anesthetist's health and well-being. Acta Anaesthesiol Scand 1999; 43: 583- 602.
26. CALABRESE G. Estrés crónico en el anestesiólogo actual. Actas Peruanas 2001:14;1;10-13.
27. NYSSSEN A.S.; HANSEZ I.; BAELE P.; LAMY M.; DE KEYSER V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. Br J Anaesth 2003 Mar;90(3):333-37.
28. KLUGER M.T.; TOWNEND K.; LAIDLAW T.; Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. Anaesthesia 2003 Apr; 58(4):339-45.
29. ARNOLD W. Task Force on Chemical Dependence in Anaesthesiologists: What you need to know when you need to know it. Illinois: ASA American Society of Anesthesiologists 1998.
30. HUGHES P.H. ET AL. Resident physician substance abuse in the United State. JAMA 1991; 265: 2069-73.
31. CHASSOT P. G. Stress in European operating room personnel. En actas del XII Congreso Mundial de Anestesiología. Montreal-Canadá 2000;63-65.
32. KAMP C. Occupational stress in anaesthesia Anesth. Inten. Care 1997; 25: 686-90,
33. ÁLVAREZ T.; RAMÍREZ F.; GÓMEZ R. D. Algunos indicadores de salud mental en un grupo de médicos anestesiólogos. Rev. Col. Anest. 21: 319, 1993.
34. CALABRESE G. Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo. Comisión de Riesgos Profesionales de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología.
35. CALABRESE G. Fármaco dependencia en anestesiólogos latinoamericanos. Realidad Preocupante. Editorial del boletín virtual de CLASA 2005.