

LAS CORONARIOPATIAS EN EL ANESTESIOLOGO: ¿ENFERMEDAD GENERAL O ENFERMEDAD PROFESIONAL? (INFORME DE UN CASO CLINICO)

*MANUEL MARRÓN-PEÑA

**JAVIER FRANCO-TRUJILLO

RESUMEN

el presente artículo informa del caso de un Médico Anestesiólogo, el cual desarrolló un infarto del miocardio durante el ejercicio de sus actividades profesionales, el interés reside básicamente en que dicho caso fue estudiado por el Departamento de Medicina del Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social, mismo que lo catalogó como un accidente de trabajo. Se detalla la historia clínica y el dictamen de Medicina del Trabajo, siendo el primer caso documentado reconocido por una institución, de un infarto de miocardio como enfermedad del trabajo, entre anestesiólogos, dentro de la República Mexicana, conviene se registre dentro de una publicación biomédica.

Palabras clave: Anestesiólogos: Riesgos profesionales: coronariopatías.

Enfermedad general, enfermedad del trabajo, accidente de trabajo.

SUMMARY

This paper contains information about an anesthesiologist who suffered a myocardial infarction during his professional activity. The case was studied by The Work Medicine Department from the Instituto Mexicano del Seguro Social, and the verdict was injury on the job.

A review of the clinical data and the verdict from the Legal Department are discussed, this being the first documented case of myocardial infarction classified as injury on the job among anesthesiologists in Mexico. Its the first case of myocardial infarction determined by an Institution as work sick injury on the job and work risk in mexican anesthesiologist. This report should be registered as biomedical information.

Key words: Anesthesiologists: Professional risks, coronary-artery diseases.

General sick, professional sick. Injury on the job.

Hemos querido publicar el presente caso clínico, aun después de varios años de ocurrido, en vista de la importancia que puede tener para el médico anestesiólogo.

Este caso, es el único hasta el momento en nuestro país, que desde el punto de vista laboral ha sido catalogado y reconocido como uno de los riesgos que conlleva el ejercicio de una disciplina como la Anestesiología, la

*Médico Anestesiólogo.

**Jefatura de Medicina del Trabajo. Centro Médico Nacional, I.M.S.S.

Trabajo recibido del Hospital de Gineco-Obstetricia núm. 4, "Dr. Luis Castelazao Ayala" Instituto Mexicano del Seguro Social. México, D.F.

Recibido: 2 de agosto de 1985. Aceptado: 10 de septiembre de 1985.

Sobretiros: Manuel Marrón Peña.

cual sabemos es una de las especialidades médico-quirúrgicas que más stress produce en los que a diario la practican.¹⁻⁵

En forma intencional se han omitido algunos datos de la ficha de identificación para evitar lesiones de índole psicológica y familiar en el paciente, compañero médico muy conocido a nivel nacional, quien por fortuna aun vive y es un ser altamente productivo.

La presentación se hará de acuerdo a los datos de su historia clínica, recabados para una sesión del Servicio de Medicina del Trabajo del I.M.S.S. en el mes de febrero de 1977, posteriormente se hará la descripción de los comentarios expresados por este departamento y finalmente se incluirá un comentario con el punto de vista del Anestesiólogo.

HISTORIA CLINICA

Nombre: M.R.C. Sexo: Masculino. Ocupación: Médico No Familiar (Anestesiólogo). Empresa: I.M.S.S.

Antecedentes de importancia: Padre hipertenso, falleció a los 68 años por infarto del miocardio (Postquirúrgico), madre viva hipertensa, seis hermanos hipertensos así como abuelos y varios tíos con este padecimiento, un hijo probablemente diabético. Originario y siempre residente del Distrito Federal; proviene de medio-socio-económico medio-alto con hábitos higiénicos y alimenticios buenos, tabaquismo desde los 20 años de edad fumando veinte cigarrillos al día (suspendido 18 meses antes de esta presentación), alcoholismo ocasional sin llegar a la embriaguez, practica frontón y boliche una hora cada mes. Escolaridad: Médico-cirujano. Quirúrgicos: Hemorroidectomía a los 45 años.

Inició su vida laboral en 1955 al ingresar a la empresa actual como Médico No Familiar (Anestesiólogo), examinando, premedicando y administrando anestesia en actos toco-quirúrgicos con horario de 7.30 a 7.30 horas del día siguiente dos veces por semana, sin horas extra, expuesto a inhalación de anestésicos volátiles, agentes biológicos, sobre-esfuerzos físicos y agentes psicosociales.

Su padecimiento actual se inicia en 1973 con algias precordiales, de tipo puntitivo, de corta duración (30 a 60 segundos) que se irradiaban hacia el trayecto carotídeo, de moderada intensidad, sin ritmo, cada dos o tres meses, desencadenadas por tensión emocional y que cedían espontáneamente. El 27 de enero de 1976 durante el desempeño de su trabajo, presentó en forma brusca dolor precordial opresivo, intenso, irradiado a carótidas y brazo izquierdo, de 45 minutos de duración, progresivo (alcanzó su máxima intensidad a los 30 minutos) acompañado de diaforesis profusa, mareos y palidez generalizada. Se recibió en el servicio de urgencias y se internó en la Unidad Coronaria del Hospital de Enfermedades del Tórax del Centro Médico Nacional I.M.S.S. a donde llegó con uniforme de quirófano, encontrándose

a la exploración física: Paciente masculino con edad aparente mayor a la cronológica, aparentemente íntegro, sin facies característica, tranquilo, bien orientado, sin movimientos anormales, asintomático y asignológico. Peso: 66 kgs., estatura: 1.70 mts., pulso: 80 por minuto, frecuencia respiratoria: 18 por minuto y presión arterial: 130/85 (decubito dorsal) y 140/95 (De pie y sentado). Área cardíaca en límites normales, ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad sin fenómenos soplares ni ruidos agregados, no hubo ingurgitación yugular a 45 grados, ni hepatomegalia o además, resto de la exploración negativa.

El Electrocardiograma fue normal, aunque dos días después mostró isquemia a cara anterior. Los exámenes de laboratorio practicados fueron: Biometría Hemática, Química sanguínea, examen general de orina y determinación de electrolitos séricos que también estuvieron dentro de la normalidad. Evolucionó en forma satisfactoria y se dio de alta hospitalaria del 10 de febrero de 1976; ocho días después apareció nuevamente el dolor intenso a nivel precordial, de una hora de duración, sin ceder a los vasodilatadores coronarios, repitiéndose con las mismas características en los siguientes dos días, por lo que de nuevo sea hospitalizado en la Unidad Coronaria, asintomático pero electrocardiográficamente con datos de infarto del miocardio en evolución. Gradualmente desapareció la isquemia, evolucionando satisfactoriamente para ser dado de alta el 5 de marzo de 1976. Estuvo bajo control en consulta externa y dentro del Programa de Rehabilitación Cardíaca. Desde su alta hospitalaria presentó el dolor precordial dos o tres veces por semana, postprandial principalmente, de moderada intensidad, que cedía con una o dos dosis de nitroglicerina sublingual y se acompañaba de mareos, además, hubo irritabilidad, cefalea bitemporal frecuente, diaforesis emotiva y disminución de la libido. Se le propuso coronariografía selectiva con fines quirúrgicos, que no fue aceptada por lo que se dio de alta refiriéndose a su clínica de adscripción.

En el periodo de estancia hospitalaria se le realizaron BH, QS, E.G.O. y electrolitos los días 3, 21 y 25 de febrero de 1976 que fueron normales, el perfil de lípidos también dentro de lo normal así como la CPK y la DHL, la transaminasa glutámico oxalacética con alzas de 80 U y 120 U los días 2 y 21 de febrero, el resto del tiempo normales, al igual que las Rx de tórax. Diariamente se tomó electrocardiograma, reportándose el 28-I-76 isquemia de cara anterior que se normalizó para el 10-II-76 el 20-II-76 presenta datos de infarto del miocardio en evolución de VI a V4 e isquemia anteroexterna y lateral alta, el 2-II-76 isquemia subepicárdica con zona de necrosis en cara anterior. Los ECG de control posterior sólo muestran zona de necrosis antigua.

Las pruebas de esfuerzo concluyeron limitación funcional clase II-III. La terapéutica empleada fue con

propanolol, dipiridamol, isosorbide, pentaeritritol, ácido acetilsalicílico, dieta hiposódica, hipocolesterinémica y baja en carbohidratos.

ESTUDIO LABORAL

En la visita del centro laboral se determinó que dadas las características del ambiente y las actividades correspondientes al puesto de Anestesiólogo, se requiere la disponibilidad del 100% de las capacidades biofuncionales y psicológicas del individuo, para el desempeño eficaz de las tareas encomendadas. Como consecuencia del estudio realizado, se concluye que existen deficiencias laborales y en el asegurado que le impiden la realización efectiva de su trabajo con posibilidad de mayor deterioro en su estado de salud.

Con los datos reportados en la Historia Clínica y en el Estudio Laboral se integraron los siguientes diagnósticos:

NOSOLOGICO: 1.- Infarto del miocardio. 2.- Angina inestable.

ETIOLOGICO: 1.- Probable obstrucción parcial de la arteria coronaria por placa de ateroma. 2.- Probable aterosclerosis coronaria.

ANATOMO-FUNCIONAL: 1.- Necrosis isquémica del miocardio de localización anterior. 2.- Insuficiencia coronaria crónica y aguda paroxística.

COMENTARIO DE MEDICINA DEL TRABAJO.

Los diagnósticos nosológicos del caso, en Medicina Laboral son considerados como debidos a ENFERMEDAD GENERAL, sin embargo, en el presente caso en particular fueron calificados como consecuencia de un ACCIDENTE DE TRABAJO, por haberse presentado la crisis anginosa repentinamente durante el ejercicio de sus actividades laborales, atribuyéndose como causas desencadenantes a las situaciones emocionales así como al esfuerzo físico y mental propios de su trabajo. Para poder otorgarse la calificación de ACCIDENTE DE TRABAJO se necesitan reunir los siguientes requisitos: 1.- Que la lesión orgánica o la perturbación funcional se produzca en el ejercicio del trabajo. 2.- Que exista en su trabajo un riesgo capaz de producir el accidente.

Ambas situaciones se cumplen en el caso presente. El riesgo principal a que está expuesto este trabajador es el STRESS EMOCIONAL. Existen evidencias epidemiológicas que demuestran que la cardiopatía coronaria aterosclerosa es más frecuente en los profesionistas y de estos, son los Médicos los más afectados debido al stress emocional continuo al que están sometidos y que por otro lado se considera como el factor de riesgo coronario más importante de todos los demás reconocidos y entre los que están el tabaquismo, la vida sedentaria, la obesidad, la dieta rica en grasas, la herencia, etc.

La personalidad del sujeto favorece la presencia de

enfermedades coronarias y llega a incrementarse hasta siete veces más en sujetos impacientes, con urgencia crónica de tiempo, hostiles, agresivos, ambiciosos, competitivos, con gran necesidad de éxito y de realizaciones rápidas y numerosas, sin significar esto que exista patología psiquiátrica.

En las estadísticas de la Jefatura de Medicina del Trabajo⁶ dentro del grupo de trabajadores del I.M.S.S. que han sido incapacitados permanentemente figuran en primer lugar los médicos con un 27% por enfermedades coronarias; del total de casos, un 20% corresponde a médicos anestesiólogos. Por estas consideraciones se estableció que debe aceptarse la calificación de Accidente del Trabajo, otorgándole la incapacidad total permanente para el ejercicio de su profesión, con las prestaciones a que tiene derecho por ley.

Deberán hacerse estudios de investigación y epidemiológicos sólidos, para que este tipo de padecimientos y otros más, sean calificados en un futuro próximo como ENFERMEDAD DEL TRABAJO.

COMENTARIO DE ANESTESIOLOGIA

Los riesgos del ejercicio de la Anestesiología son muchos y por solo citar algunos tenemos: inhalación constante de gases anestésicos, peligro de fuegos y explosiones en quirófano, exposición a emanaciones radiactivas, contacto constante con alérgenos con peligro de hipersensibilidad a los mismos, posibilidades de contagio por manejo de pacientes considerados como infecto-contagiosos, mayor incidencia de abortos espontáneos, cáncer, teratogenicidad, infertilidad, hepatopatías, cardiopatías por tensión emocional o stress psíquico y físico etc.¹⁻¹².

De todos, el más frecuente e incapacitante es la angina de pecho y/o el infarto del miocardio^{4,7}, la incapacidad no solo es funcional sino que también psicológica, influyendo en forma determinante en la vida familiar y de relación del sujeto. En el comentario de Medicina del Trabajo se aprecia que el 20% de los médicos que reciben pensión de invalidez por incapacidad para el trabajo son anestesiólogos que han sufrido infartos miocárdicos⁶. En otras estadísticas⁵ se reporta que estos profesionistas ocupan el segundo lugar en suicidios, siendo frecuente observar una alta inestabilidad afectivo-emocional manifestada por cefalea, irritabilidad, anorexia, fatiga, pérdida de la memoria, deficientes relaciones interpersonales, agresividad y hostilidad, cuya etiología está dada por la tensión emocional. El porcentaje de Anestesiólogos muertos a consecuencia de infarto del miocardio es del 46% en los Estados Unidos de Norteamérica, y muy parecido al de altos ejecutivos.

Debe hacerse notar que los anestesiólogos incapacitados para el ejercicio de su profesión a consecuencia de una coronopatía, reciben una pensión por ENFERME-

DAD GENERAL (porque así se califican estos padecimientos) y no por ENFERMEDAD O ACCIDENTE DEL TRABAJO, percibiendo por lo tanto una prestación menor a la que podrían estar recibiendo por ley; en el presente caso, sin embargo, y como antecedente excepcional y único en nuestro medio, la pensión que se otorgó de acuerdo al dictamen laboral fue la correspondiente a un ACCIDENTE DE TRABAJO porque el proceso patológico se inició dentro del área laboral, en donde además existe el riesgo capaz de producir el accidente, y porque por otro lado, el infarto del miocardio no está en el código laboral como propio o inherente a una determinada profesión y por lo tanto no podía calificarse como una ENFERMEDAD DEL TRABAJO. ¿Qué habría pasado si el infarto del miocardio de este anestesiólogo se hubiese presentado 4 o 24 horas después de abandonar su área de trabajo? seguramente se hubiera calificado como ENFERMEDAD GENERAL de acuerdo a lo antes expuesto. Sabemos cuando menos de dos anestesiólogos que han tenido infartos masivos del miocardio, por desgracia fatales, al llegar a sus domicilios procedentes de su trabajo institucional o privado, lo que nos demuestra claramente que este tipo de padecimientos tiene relación directa con su profesión y que como se sugiere en líneas previas, deberían de considerarse y calificarse en las diferentes instituciones y compañías aseguradoras como una ENFERMEDAD DEL TRABAJO.

El anestesiólogo inicia su stress cuando es requerido para presentarse al quirófano, salas de recuperación, de cuidados intensivos respiratorios o cardíacos, de Rayos X o cualquier otra de su competencia, una vez situado ahí, la tensión emocional aumenta, en vista de que en la mayoría de nuestros medios hospitalarios se carece de una tecnología médica adecuada, es decir, hay poca o nula seguridad en estos sitios y en los aparatos de anestesia para evacuar los residuos de gases anestésicos¹⁰ y lo que es más importante no hay medios de control o vigilancia de la estabilidad hemodinámica de los enfer-

mos a su cargo, por ello, desde el inicio de un acto anestésico-quirúrgico el médico anestesiólogo se convierte en un "monitor pensante" que además de interpretar los datos que va obteniendo minuto a minuto con sus sentidos, debe resolver de inmediato los problemas, tomar decisiones de acuerdo a su importancia o prioridad; aplica drogas, suspende medicamentos, da órdenes, instituye terapia hidroelectrolítica, etc., generalmente se encuentra solo, sin ayuda de otros compañeros médicos, por lo que no puede compartir responsabilidades con nadie, sabe que los fármacos que administra son muy potentes y potencialmente peligrosos, que para determinado paciente pueden ser fatales, sabe también que el más insignificante error en el manejo anestésico puede ocasionar daños irreversibles o sea tal para el enfermo, que por lo tanto su especialidad no permite fallas como las que puede haber en otras áreas quirúrgicas o médicas, en donde los errores pueden ser corregidos "a posteriori". Si a lo anterior, agregamos además, las dificultades de índole personal que a diario se presentan con el cirujano y con otro tipo de personal paramédico, obtenemos como resultante una carga emocional que se repite cada vez que es requerido este especialista durante su jornada laboral.

En la actualidad, con el constante aumento en el costo de la vida el médico Anestesiólogo tiene cuando menos que tener otra jornada institucional o privada semejante a la anterior para poder vivir en forma decorosa, tiene que desplazarse de un hospital a otro, deja de tomar sus alimentos en horarios adecuados o bien los ingiere incluso en su propio automóvil, aumentando por lo tanto los riesgos de padecer una coronariopatía o por lo menos una enfermedad psicosomática.

En conclusión y para finalizar, deseamos insistir en el deber que como anestesiólogos tenemos de concientizarnos de todos estos aspectos, para así poder en un futuro solicitar con bases y antecedentes como el presente, mejoras de tipo laboral debido a los riesgos que implica el ejercicio de la anestesiología.

REFERENCIAS

1. VEGA R R: *Los riesgos de ejercer la Anestesiología*. Rev Mex Anest 1970; 20:167-170.
2. VEGA R R, CASTAÑOS C C, MORENO H R: *Riesgos profesionales. Simposio-Foro presentado en el XIV Congreso Latinoamericano de Anestesiología*, Guadalajara Jalisco 9-13 octubre 1977. (Inédito)
3. CASTAÑOS C C: *El riesgo profesional del anestesiólogo*. Rev Científica Anestesiología 1980; 2:104-109.
4. VESSEY M P, NUNN J F: *Occupational hazards of anaesthesia*. Br Med J 1980; 281:696-698.
5. DE LILLE F R: *Contaminación ambiental en sala de operaciones y sus consecuencias para el anestesiólogo y personal que labora en ellas*. Rev Mex Anest 1985; 8:121-124.
6. *Estadísticas de la Jefatura de Medicina del Trabajo I.M.S.S.* 1970-1976. (Inédito)
7. BRUCE D L, EIDE K A, LINDE H W, ECHENHOFF J E: *Causes of death among anesthesiologist. A 20 year survey*. Anesthesiology 1968; 29:565-569.
8. BRUCE D L, EIDE K A, SMITH N J, SELTZER F, DYKES M H M: *A prospective survey of anesthesiologists' mortality, 1967-1971*. Anesthesiology 1974; 41:71-74.
9. CASTAÑEDA Z S: *Inmunología del halothano*. Rev Mex Anest 1984; 7:7.
10. MUNGUÍA F Y: *Contaminación de quirófanos por halothano y óxido nítrico en el Centro Hospitalario 20 de noviembre*. Rev Mex Anest 1982; 5:73-78.
11. PRADO B S, MENDOZA F V M, PÉREZ T L: *Alteraciones hepáticas e inmunológicas en anestesiólogos producidas por residuos de anestésicos inhalatorios*. Rev Mex Anest 1985; 8:115-120.
12. BURING E J, HENNEKENS H CH: *Health experiences of operating room personnel*. Anesthesiology 1985; 62:325-330.