

2022

# RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS CONTROLADAS

COMITÉ DE SALUD OCUPACIONAL

SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA DE CHILE

El manejo de los fármacos de uso controlado está regulado por el código sanitario y reglamentado en el decreto n° 404 del MINSAL desde 1984, que regula el almacenaje, control, prescripción y dispensa de fármacos sicotrópicos. De este documento se desprenden obligaciones y recomendaciones que permiten un control estricto de fármacos que por naturaleza pueden ser objeto de mal uso y desarrollo de dependencia.

El personal de salud, en especial de pabellón y áreas críticas, está constantemente expuesto al uso médico de sustancias altamente adictivas. Por esto es que es en estos lugares en donde debe seguirse estrictamente normas de manejo y control de su almacenaje, dispensa, prescripción, administración y eliminación de sobrantes.

El Comité de Salud Ocupacional de la Sociedad de Anestesiología de Chile y el Comité de Riesgos Profesionales de la Confederación Sudamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA), han considerado que el abuso y la adicción a estos fármacos por parte del personal de pabellón (médico y no médico) es un riesgo ocupacional al que están permanentemente expuestos; cuyas consecuencias ponen en riesgo tanto al trabajador de salud afectado como a los pacientes que atiende.

En Chile y en toda Latinoamérica no hay registros fidedignos de la frecuencia real con que se presenta esta enfermedad. No obstante dada la gravedad y el número de casos detectados, la SACH y a la CLASA han formulado recomendaciones para el fomento en la prevención y el manejo del abuso y adicción a sustancias de uso profesional en el personal de salud(1).

En esta segunda versión de recomendaciones, este Comité ha incluido como objetivo específico considerar y manejar el Propofol dentro del grupo de sustancias de control, debido a su intenso efecto de elación y rápido desarrollo de dependencia en exposiciones repetidas. Dado su extendido uso rutinario en anestesiología y medicina intensiva, se ha observado que en los últimos



10 años un incremento en el número de casos de adicción y muertes por sobredosis o suicidio relacionados al Propofol en el personal de salud(2,3,4).

## I. OBJETIVOS GENERALES

- Entregar recomendaciones y explicitar obligaciones que permitan implementar medidas para dar cumplimiento a la normativa vigente que rige el manejo de sustancias controladas según el Código Sanitario.
- Reducir la incidencia, fomentar la pesquisa precoz y mitigar las consecuencias de la dependencia a sustancias de uso profesional en personal de Anestesiología y equipo de salud.
- Evitar la sustracción para tráfico de sustancias controladas.
- Fomentar la seguridad en la atención clínica del paciente.

## II. RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS CONTROLADAS

A continuación se detallan las recomendaciones que se debieran seguir durante el proceso de almacenaje, prescripción, dispensa, administración y eliminación de sustancias.

Estas, de acuerdo a la literatura y nuestra experiencia clínica, permiten reducir los riesgos asociados a la exposición laboral a estas sustancias.

Además se entregan guías de como detectar, investigar y manejar inicialmente casos en los que se sospeche que exista pérdida de estos fármacos o se sospeche consumo de los mismos.

### a. ALMACENAJE Y CONTROL

i. Todos estupefacientes y propofol deben estar almacenados bajo control de personal de farmacia o en su defecto, supervisados por químicos farmacéuticos diariamente y, como lo establece el reglamento de código sanitario, con hoja de existencia y consumo diario.

ii. Se recomienda el uso de muebles con llave restringida (a cargo de un responsable) o cajas de seguridad de material metálico sin puertas de vidrio.



iii. No almacenar, opioides, benzodicepinas, ketamina y propofol en los carros de anestesia, en muebles sin seguridad en estaciones de enfermería o en consulta de dolor, sin contar con las condiciones de seguridad del punto anterior.

iv. La utilización de sistemas automatizados de entrega de sustancias permite identificar el individuo que retira el fármaco y el paciente que recibirá el medicamento. Son más seguros en el almacenaje solo pero no evitan la sustracción del estupefaciente durante la manipulación.

#### b. MANEJO DE LA RECETA

i. Toda receta de sustancia psicotrópica debe ser hecha sólo por el médico que indica el estupefaciente.

ii. Se debe hacer siempre una receta de estupefaciente individual por paciente con la cantidad exacta a ocupar evitando sobrantes o soluciones “madre” para varios pacientes.

iii. Se debe completar todos los datos solicitados.

iv. No hacer nunca recetas de otros anesthesiólogos que por olvido no la hicieron. Esta puede ser una forma de obtener estupefacientes.

v. Realizar receta antes de la administración e idealmente retirar el fármaco personalmente desde la farmacia o lugar de almacenaje controlado.

vi. No realizar recetas por drogas cargadas en jeringas que no se utilizaron en otros enfermos.

vii. Toda receta debe estar bien confeccionada y no puede ser enmendada, rellenada o cambiada por una nueva si no se trata del anesthesiólogo que administró o indicó el fármaco.

viii. Los talonarios de recetas deben estar a cargo o supervisados por un profesional, registrando las recetas hechas y las anuladas.

ix. Desarrollar procedimientos que permitan registrar y resolver el problema de las recetas omitidas, erradas o extraviadas

#### c. MANEJO DE AMPOLLAS Y JERINGAS

i. La carga del estupefaciente debe ser hecha por el propio anesthesiólogo quien debe además supervisar directamente la administración o delegar esto a una enfermera, cuando es fuera de pabellón ( sala de post anestesia, sala, box de urgencia etc)

ii. Lo anterior se aplica a la preparación de infusiones continuas que contengan opioides, sedantes o hipnóticos.



iii. Se deben eliminar todos los sobrantes de los medicamentos utilizados inmediatamente administrada la anestesia, estos sobrantes deben ser vaciados de la ampolla o jeringa antes de introducirla en el contenedor.

iv. La eliminación de sobrantes debe ser realizada por el anestesiólogo o enfermera con un testigo y dejando constancia escrita de la cantidad eliminada.

v. Evitar hacer recetas por ampollas rotas sin antes constatar el hecho y en ningún caso hacer la receta a nombre un paciente por esta causa.

vi, En caso de duda del contenido de las jeringas enviar a análisis, se puede medir sodio para descartar el cambio de jeringa por suero fisiológico.

### III. COMPORTAMIENTOS COMPATIBLES CON ABUSO, ADICCIÓN O SUSTRACCIÓN DE ESTUPEFACIENTES

A. A pesar del cumplimiento estricto de estas recomendaciones es aún posible la ocurrencia de abuso y adicción o robo de estos fármacos.

B. Es vital poder detectar precozmente patrones de comportamiento que son compatibles con estas situaciones de sustracción, consumo y abstinencia de estas sustancias

C. Se considera que la reiteración de las conductas y situaciones descritas en las Tablas 1, 2 y 3, constituyen fundamento suficiente para sospechar el abuso, adicción o sustracción de estupefacientes



---

## Signos y síntomas fuera del hospital en Anestesiólogos

---

1. Negación del problema.
  2. Progresivo deterioro de la vida familiar.
  3. Aislamiento de actividades sociales y recreativas.
  4. Bruscos, inesperados y amplios cambios del estado de ánimo.
  5. Violencia intrafamiliar.
  6. Cuando son enfrentados por su familia siempre presentan una fuerte negación.
  7. Actividad sexual deprimida.
  8. Cambios frecuentes de trabajo.
  9. Eligen trabajos donde puedan conseguir la sustancia adictiva.
  10. Necesitan encerrarse en el baño para auto administrarse.
  11. Presencia de jeringas, píldoras, algodones, ampollas en la casa.
  12. Pupilas puntiformes, letargia y somnolencia alternados con episodios de sudoración, palidez, inquietud y ansiedad compulsiva.
  13. Baja de peso.
  14. Episodios de intoxicación grave.
- 

Tabla 1. Signos y síntomas que puede presentar un anestesiólogo que son sospechosos de abuso de sustancias dentro del recinto *hospitalario* (5)



---

## Signos y síntomas dentro del hospital en Anestesiólogos

---

1. Negación del problema.
2. Llegan en las mañanas con signos de privación, el que cede durante la mañana.
3. Deterioro del cuidado personal.
4. Se quejan de dolores crónicos requirentes de opioides (cólico renal, lumbago, cefalea etc.)
5. Se ofrecen para trabajo extra y relevo de otros anestesiólogos, pero rechazan ser relevados.
6. Permanecen en el hospital a pesar de no estar en horario para estar cerca de la fuente de opioides.
7. Frecuentes salidas al baño para administrarse opioide.
8. Cargan el fentanilo o morfina fuera de la vista de otros.
9. Sus pacientes en anestesia general pueden presentar frecuentemente hipertensión arterial y taquicardia en el intra operatorio asociado a dolor severo postoperatorio, no explicable con la dosis de opioide que registra indicada en el protocolo de anestesia.
10. Pueden ser sorprendidos: Cambiando jeringas, Auto inyectándose, Extrayendo opioides de infusiones.
11. Cambios frecuentes y bruscos de estado de ánimo (disforias)
12. Síndrome de privación, piel pálida y sudorosa, temblor, taquicardia, alternado con signos de consumo, letargia y pupilas puntiformes.
13. No concuerdan los registros de uso con consumo de estupefacientes en recetas:
  - Prescripción de recetas desproporcionada al tipo de cirugía.
  - Recetas duplicadas.
  - Refieren frecuente rotura de ampollas antes de ser usadas.
15. Cuando no son diagnosticados o tratados pueden ser hallados en coma o muertos,  
por sobredosis o conducta suicida.

---

Tabla 2. Signos y síntomas que puede presentar un anestesiólogo que son sospechosos de abuso de sustancias fuera del recinto *hospitalario* (5)



---

### **Signos de abuso por auxiliares de anestesia, Enfermeras y personal paramédico**

1. Los pacientes en anestesia general comienzan a presentar taquicardia, hipertensión, signos de analgesia deficiente.
  2. Cambios inexplicables de jeringas.
  3. Cargan jeringas fuera de la vista del anesthesiólogo.
  4. Dicen haber eliminado los excedentes o solicitan recetas para pacientes de otros pabellones.
  5. Cambio de ampollas de fentanilo por otras rellenas con suero.
  6. Pueden usar la vía sublingual o puncionar venas en tobillos.
  7. Extraen opioides de infusiones analgésicas continuas.
  8. Se ofrecen para ayudar en otros pabellones y unidades de recuperación.
  9. Se ofrecen para trabajo extra, especialmente en pabellones de alto consumo de opioides.
  10. Signos de privación y consumo.
  11. Frecuentes licencias no justificadas o dolores crónicos intratables.
- 

Tabla 3. Signos y síntomas que puede presentar un paciente o el personal de apoyo ante un episodio de abuso de sustancias de uso profesional (5)

## **IV. RECOMENDACIONES FRENTE A LA SOSPECHA DE UN CASO**

Sólo cuando hay una sospecha razonable se debe realizar una notificación al responsable del servicio encargado de manejar este tipo de problemas o bien notificar al superior responsable del servicio para contactar al Comité de Salud Ocupacional. Se debe iniciar una investigación en absoluta confidencialidad ya que puede ser sólo una sospecha. La privacidad favorecerá un mejor proceso de tratamiento y rehabilitación.

La investigación debe incluir revisión de recetas, auditando consumos con registro en ficha clínica y protocolo de anestesia. El testimonio de testigos y familia son importantes para determinar patrones de comportamiento compatibles (tablas 1,2 3). Este proceso se realiza sin que el afectado sea informado.



Luego que la investigación da algún indicio de sospecha importante continúan las siguientes etapas

## IV. INTERVENCIÓN, TRATAMIENTO, REINSERCIÓN LABORAL, SEGUIMIENTO, RECAÍDA.

Desde este momento será imprescindible contar con el apoyo de la institución y que todo el proceso sea llevado por un equipo de salud mental con conocimientos, experiencia e instalaciones para tratar pacientes con adicciones graves.

Se debe tomar contacto con la red de apoyo familiar y contar con el apoyo de un Comité de Salud Ocupacional que supervise y de soporte a la institución, a la familia y al afectado.

Una vez completada la investigación y confirmada la sospecha se debe planificar el proceso de intervención, el cual debe ser efectuado por un equipo entrenado en lograr que el enfermo acepte la necesidad de tratamiento y un plan de hospitalización inmediata para realizar la detoxificación y tratamiento del síndrome de privación.

Logrado esto se inicia una fase diagnóstica y de aceptación de la enfermedad. Esta etapa puede durar 1 a 3 meses, luego de la cual se evalúa, de acuerdo a su evolución y criterios pre-determinados, la posibilidad de volver al desempeño en anestesiología.

En esta segunda fase, que es ambulatoria, se refuerza la conciencia de enfermedad, se realizan terapias diarias y terapias familiares, también se adquieren habilidades para evitar la recaída.

El reintegro laboral debe ser gradual y es analizado caso a caso de acuerdo a las características personales y las condiciones laborales en las que se pueda plantear. El cumplimiento de criterios específicos para anestesiólogos o residentes ha sido validado en los distintos centros de tratamiento.

Por otro lado, es indispensable la firma de un contrato por parte del enfermo en que se compromete a asistir a terapia diaria, consumir naltrexona, solicitar ayuda, avisar cualquier tipo de recaída y someterse a test de doping aleatorio, ya que refuerza el compromiso con la terapia y todo el apoyo que se le está entregando para la recuperación, tanto desde el punto de vista laboral como personal.

Después de 6 a 12 meses se decide si el médico puede reinsertarse en la anestesia clínica o cambiar de especialidad. Los grupos de apoyo son esenciales para el seguimiento continuo y el soporte requerido por al menos 5 años. Se ha observado que períodos más cortos de terapia y seguimiento tienen mayor incidencia de recaída y fracaso en la reinsertación laboral.



Por definición una adicción es una enfermedad con recaídas. En el caso de anestesiólogos adictos a opioides el 19% recae por año a 18 meses comparado con 4% en otras adicciones. Se ha detectado que la presencia de una sicopatología, de antecedentes familiares de adicción y la presencia de otras adicciones son factores de riesgo de recaída en adicción a opioides. Recientemente se ha descrito que la reinserción a la especialidad, de médicos en etapa de formación, tiene una mortalidad de 10% en quienes retornan a la beca.(6) Por lo anterior sería recomendable, en esta etapa, el cambio de especialidad

## VI. RECOMENDACIONES GENERALES

- A. Educación a los profesionales en formación y a todo el personal de pabellón.
- B. Mantener constante vigilancia del cumplimiento de las recomendaciones de almacenaje, control, dispensa y eliminación de sobrantes.
- C. Realizar auditoria aleatoria de fichas y recetas
- D. Ante la detección de irregularidades respecto a lo anterior solicitar el apoyo de profesionales de farmacia para solucionarlas.
- E. Informar por escrito a directivos responsables para que den las facilidades administrativas en la solución de estos problemas.
- F. Ante una sospecha siempre investigar.

## VII. FRENTE A LA OCURRENCIA DE UN CASO

- A. Solicitar apoyo del Comité de Salud Ocupacional
- B. Luego de constatado, el caso debe ser informado al director del establecimiento.
- C. Mantener estricta privacidad, solo informar a responsables y red de apoyo.
- D. Dar las facilidades para el tratamiento y reinserción laboral.
- E. Solicitar al Comité el apoyo para educar al personal de pabellón y mejorar las condiciones del manejo de estupefacientes, que faciliten un buen control y reinserción laboral.
- F. Solicitar al comité la formación de tutores que faciliten la reinserción del afectado.



## CONCLUSIONES

La ocurrencia de un caso de adicción a estupefacientes u otros fármacos no es algo nuevo en el ambiente médico. Sin embargo, sigue siendo un problema de difícil manejo cuyas consecuencias son muy graves si no se realiza un buen manejo del caso. La prevención y la detección precoz, mediante un control seguro del uso de las sustancias psicotrópicas de uso médico, permiten llegar a tiempo para evitar consecuencias graves en el individuo afectado y reducen el riesgo de los pacientes por deterioro en la seguridad clínica.

Lamentablemente, a pesar de los esfuerzos, la Sociedad de Anestesiología de Chile, a través de su Comité de Salud Ocupacional debe hacer notar un preocupante aumento de casos de abuso de sustancias especialmente las relacionadas al consumo de Propofol.

Debemos señalar que a pesar de las gestiones realizadas a nivel ministerial no se ha logrado obtener de la autoridad apoyo directo a los casos específicos, ni adopción de medidas orgánicas permanentes de prevención casos y de protección al individuo enfermo por lo que es un gran tema que necesita discusión y medidas mas específicas para su manejo a corto, mediano y largo plazo.

La SACH, a través de su Comité de Salud Ocupacional, sigue manteniendo actividades de educación, soporte a los individuos afectados y a los establecimientos en que se desempeñan laboralmente.

Finalmente, con la difusión de esta segunda versión de recomendaciones esperamos seguir aportando en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y reinserción de los afectados, creando conciencia de la importancia que tiene esta enfermedad y las maneras que existen para afrontarla. Se entrega en las referencias un artículo de acceso libre publicado por el Comité (6) y que complementa en contenidos esta recomendación.

Dr. Juan Pablo Acuña B.

Dr. Juan Pablo Álvarez A.

Dr. Piero Cánepa L.



## REFERENCIAS

1. Acuña J, Álvarez J, Cánepa P. Recomendaciones Clínicas sobre el Manejo de Estupefacientes Sustancias Controladas. Revista Chilena de Anestesia 2010; Vol 39 , No 3 .
2. Zacny J. Propofol at a subanesthetic dose may have abuse potential in healthy volunteers. Anesth Analg 1993; 77:544-52 37.
3. Wischmeyer P et al. A Survey Of Propofol Abuse In Academic Anesthesia Programs. Anesthesiology 2007; 105:1066 –71 38.
4. Kirby R et Al. Death from Propofol: Accident, Suicide, or Murder? Anesth Analg 2009;108:(1182–4).
5. Collins M, McAllister. Chemical dependence Treatment Outcomes of Residents in Anesthesiology: Results of a Survey.2005;101:1457-62. Committee on Occupational Health of Operating Room Personnel. Chemical Dependence in Anesthesiologists: What you need to know when you need to know it; ASA task Force on Chemical Dependence of the ASA [http://www.asahq.org/ Proinfo/chemical.html](http://www.asahq.org/Proinfo/chemical.html)
6. Acuña J, Álvarez J, Piero Cánepa J. Sanando al Sanador .Rev. Med. Clin. Condes - 2017; 28(5) (756-769) DOI: 10.1016/j.rmclc.2017.08.009. Acceso Libre.

