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 Nº 404/1984 del MINSAL, que regula el almacenaje, control, prescripción y dispensa de drogas sicotrópicas. De ese documento se desprenden recomendaciones que permiten un control estricto de fármacos que por naturaleza pueden ser abusados.

El personal de salud y en especial de pabellón y áreas críticas está más expuesto al uso de drogas altamente adictivas, por lo que, es en estos lugares en donde deben seguirse estrictamente normas de manejo de estas sustancias.

El Comité de Salud Ocupacional de la Sociedad de Anestesiología de Chile, considera que el abuso y la adicción a estos fármacos por parte del personal de pabellón (médico y no médico) es un riesgo ocupacional, tal como ocurre en otros países. Esto debido a la ocurrencia de casos graves de adicción y abuso en quienes laboran en pabellón y que están permanentemente expuestos a este riesgo.

En Chile, no hay registros fidedignos de esta enfermedad pero, la gravedad de los casos detectados motiva a este Comité a redactar recomendaciones que ayuden a enfrentar esta patología, en forma racional y eficiente, para disminuir su incidencia y sus graves consecuencias.

A continuación exponemos recomendaciones específicas para enfrentar los distintos aspectos que se asocian al uso de estupefacientes, éstas comprenden:

I. Almacenaje y control.
II. Manejo de la receta.
III. Manejo de las ampollas y jeringas.
IV. Comportamientos compatibles con abuso, adicción o sustracción de estupefacientes.
V. Recomendaciones frente a la sospecha de un caso de adicción.
VI. Intervención, tratamiento, reinserción laboral, seguimiento, recaída.
VII. Recomendaciones generales.
VIII. Que hacer frente a la ocurrencia de un caso.

I. ALMACENAJE Y CONTROL

a. Todos los estupefacientes 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.
b. Se recomienda el uso de muebles con llave restringida o cajas de seguridad.
c. Es altamente riesgoso almacenar opioides, benzodiacepinas, ketamina y propofol en los carros de anestesia, estación de enfermería o en la consulta de dolor.

II. MANEJO DE LA RECETA

a. Toda receta de sustancia psicotrópica debe ser hecha sólo por el médico que indica el estupefaciente.
b. Se debe hacer siempre receta de estupefaciente individual por paciente, con la cantidad exacta a ocupar evitando sobrantes o soluciones "madre" para varios pacientes.
c. Se debe completar todos los datos solicitados.
d. No hacer nunca recetas de otros anestesiólogos que por olvido no la hicieron. Esta puede ser una forma de obtener estupefacientes.
e. Realizar receta antes de la administración e idealmente retirar el fármaco personalmente desde la farmacia o lugar de almacenaje controlado.
f. No realizar recetas por drogas cargadas en jerin-

Dr. Juan Pablo Acuña B., Dr. Juan Pablo Álvarez A., Dr. Piero Cánepa L., Dra. Carla Pellegrín F.
Comité de Salud Ocupacional. Sociedad de Anestesiología de Chile.
Teléfonos de Ayuda: 095791939 - 092191869 - 091381442 - 098848831

gas que no se utilizaron en otros enfermos.
g. Toda receta debe estar bien confeccionada y no puede ser enmendada, rellenada o cambiada por una nueva si no se trata del anestesiólogo que administró o indicó el fármaco.
h. Los talonarios de recetas deben estar a cargo o supervisados por un profesional, registrando las recetas hechas y las anuladas.

III. MANEJO DE AMPOLLAS Y JERINGAS

a. La carga del estupefaciente debe ser hecha por el propio anestesiólogo, quien debe además supervisar directamente la administración o delegar esto a una enfermera cuando ello se haga necesario (postanestesia, sala, box de urgencia, etc).
b. Lo anterior se aplica a la preparación de infusiones continuas que contengan opioides, sedantes o hipnóticos.
c. Se deben eliminar todos los sobrantes de los medicamentos usados inmediatamente finalizada la anestesia. Estos sobrantes deben ser vaciados de la ampolla o jeringa antes de introducirla en el contenedor.
d. La eliminación de sobrantes debe ser realizada por el anestesiólogo o enfermera con un testigo y dejando constancia escrita de la cantidad eliminada.
e. 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.
f. Desarrollar procedimientos que permitan registrar y resolver el problema de las recetas omitidas, erradas o extraviadas.
g. 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.

IV. COMPORTAMIENTOS COMPATIBLES CON ABUSO, ADICCIÓN O SUSTRACCIÓN DE ESTUPEFACIENTES

a. A pesar de cumplir con rigor estas recomendaciones es posible que ocurran abuso, adicción o robo de estos fármacos.
b. Es vital detectar precozmente, en el personal de pabellón, los patrones de conducta que, según la experiencia nacional y publicaciones internacionales, son compatibles con estas situaciones.
c. Se considera que la reiteración de conductas listadas en las Tablas 1, 2 y 3 constituye fundamento suficiente para una sospecha razonable de abuso, adicción o sustracción de estupefacientes.

V. RECOMENDACIONES FRENTE A LA SOSPECHA DE UN CASO

a. Sólo cuando hay una sospecha razonable se debe realizar una notificación al responsable del

ANESTESIÓLOGOS

Tabla 1. Signos y síntomas fuera del hospital

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 intra familiar
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 droga adictiva
10	Necesitan encerrarse en el baño para auto administrarse
11	Presencia de jeringas, píldoras, algodones o ampollas en la casa
12	Pupilas puntiformes, letargia
13	Baja de peso
14	Graves intoxicaciones

servicio encargado de manejar este tipo de problemas o bien notificar al superior responsable del servicio para contactar al Comité de Salud Ocupacional.

b. Sólo cuando hay una notificación responsable se debe iniciar una investigación confidencial. Esa investigación debe ser llevada con absoluta confidencialidad porque eso favorece el proceso de tratamiento y rehabilitación y porque se puede tratar de una notificación responsable y bien intencionada; pero, falsa.
c. La investigación confidencial incluye revisión de recetas, auditando consumos en los registros de fichas clínicas y protocolos de anestesia. Testimonio de testigos y familia son importantes para determinar patrones de comportamiento compatibles (Tablas 1, 2 y 3).
d. Este proceso de notificación e investigación se debe realizar sin que el afectado sea informado, prima la sospecha razonable, la notificación responsable y la buena intención de mejorar el diagnóstico y pronóstico de los casos verdaderos.

VI. INTERVENCIÓN, TRATAMIENTO, REINSERCIÓN LABORAL, SEGUIMIENTO, RECAÍDA

Una vez completada la investigación, el proceso de intervención 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 deprivación. Logrado esto se inicia una fase diagnóstica y de aceptación de la enfermedad. Esta etapa puede durar uno a tres meses, luego de la cual se evalúa, de acuerdo a su evolución y criterios pre-determinados, la posibilidad de volver al desempeño en anestesiología u otras áreas de riesgo. En esta fase, que es ambulatoria, se refuerza la conciencia de enfermedad con terapia diaria y terapia familiar; 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.

El cumplimiento de criterios específicos para

ANESTESIÓLOGOS

Tabla 2. Signos y síntomas dentro del hospital

1.	Negación del problema.
2.	Deterioro del cuidado personal.
3.	Se ofrecen para trabajo extra y relevo de otros anestesiólogos.
4.	Rechazan ser relevados.
5.	Permanecen en el hospital a pesar de no estar en horario para estar cerca de la fuente de opioides.
6.	Sus pacientes en anestesia general comienzan a presentar hipertensión arterial y taquicardia en el intraoperatorio y excesivo dolor postoperatorio, dado que no se le administra el oipiode indicado.
7.	Se quejan de dolores crónicos requirentes de opioides (cólico renal, lumbago, cefalea etc.).
8.	Llegan en las mañanas con signos de deprivación, el que cede durante la mañana.
9.	Frecuentes salidas al baño para administrarse opioide.
10.	Pueden ser sorprendidos: - Cambiando jeringas - Auto inyectándose - Extrayendo opioides de infusiones.
11.	Cargan el fentanilo o morfina fuera de la vista de otros.
12.	Cambios frecuentes y bruscos de estado de ánimo (disforias).
13.	Síndrome de deprivación, piel pálida y sudorosa, temblor, taquicardia, alternado con signos de consumo, letargia y pupilas puntiformes.
14.	No concuerdan 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.

AUXILIARES DE ANESTESIA, ENFERMERAS Y PERSONAL PARAMÉDICO
Tabla 3

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 anestesiólogo
4	Dicen haber eliminado los excedentes o solicitan recetas para pacientes de otros pabellones
5	Cambio de ampollas de fentanilo por ampollas 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 deprivación y consumo
11	Frecuentes licencias no justificadas o dolores crónicos intratables

anestesiólogos o residentes ha sido validado en los distintos centros de tratamiento.

Además, 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.

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 tienen mayor incidencia de recaída y fracaso en la reinserción laboral.

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. Sería recomendable cambiar de especialidad a los médicos que desarrollen la enfermedad en su etapa de formación.

Por definición una adicción es una enfermedad con recaídas. En el caso de anestesiólogos adictos a opioides el 19% recae por 12-18 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.

VII. RECOMENDACIONES GENERALES

a. Educar 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 auditoría aleatoria de fichas y recetas
d. Solicitar apoyo de profesionales de farmacia para solucionar toda irregularidad en esas auditorías aleatorias.
e. Informar por escrito a directivos responsables para que den las facilidades administrativas en la solución de estos problemas.
f. Notificar toda sospecha razonable, investigar toda notificación responsable.
g. Proteger la privacidad de toda sospecha, notificación o investigación.

VIII. 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 privacidad a toda costa.
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 adicción de personal sanitario a estupefa-

cientes u otros fármacos es un hecho ampliamente conocido en el ambiente médico. Sin embargo, desde hace relativamente poco tiempo se está tomando conciencia de su importancia e impacto en el entorno laboral y social de nuestro país.

La Sociedad de Anestesiología de Chile, a través de su Comité de Salud Ocupacional, ha tomado la responsabilidad de difundir y educar sobre este tema considerando que se trata de una especialidad médica de alto riesgo en esta área.

Con la difusión de estas recomendaciones esperamos aportar 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.