

El abuso de fármacos psicotrópicos, estupefacientes y anestésicos intravenosos en el servicio de anestesiología

Abuse of psychotropic drugs, narcotic drugs and intravenous anesthetics in the anesthesiology department

Marcela Fabiola Jarrín-Jaramillo ¹
Universidad Católica de Cuenca - Ecuador
marcela.jarrin.63@est.ucacue.edu.ec

Julio Adrián Molleturo-Jiménez ²
Universidad Católica de Cuenca - Ecuador
julio.molleturo@ucacue.edu.ec

Susana Janeth Peña-Cordero ³
Universidad Católica de Cuenca - Ecuador
spena@ucacue.edu.ec

doi.org/10.33386/593dp.2025.1-1.2998

V10-N1-1 (ene) 2024, pp 37-49 | Recibido: 19 de noviembre del 2024 - Aceptado: 25 de enero del 2025 (2 ronda rev.)
Edición Especial

1 Estudiante de la maestría en Derecho Médico de la Universidad Católica de Cuenca. Médica general, especialista en Anestesiología. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4919-2590>

2 Docente de la Maestría en Derecho Médico, Magister en Derecho Médico y Magister en Derecho Financiero Bursátil y de Seguros. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2853-7793>

3 Doctora en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Interna, Especialista en Docencia Universitaria Master en Endocrinología Avanzada, Ph.D en Ciencias Médicas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6526-2437>

Cómo citar este artículo en norma APA:

Jarrín-Jaramillo, M., Molleturo-Jiménez, J., & Peña-Cordero, S., (2025). El abuso de fármacos psicotrópicos, estupefacientes y anestésicos intravenosos en el servicio de anestesiología. 593 Digital Publisher CEIT, 10(1-1), 37-49, <https://doi.org/10.33386/593dp.2025.1-1.2998>

Descargar para Mendeley y Zotero

RESUMEN

El personal del servicio de anestesiología es susceptible al abuso de estupefacientes, psicotrópicos y anestésicos intravenosos, en parte, se debe al fácil acceso a estos medicamentos. Como personal de salud es su deber procurar el bienestar del paciente, en casos de abuso, el profesional pone en riesgo al paciente y así mismo. **OBJETIVO:** Analizar los aspectos medico jurídicos en el abuso de psicotrópicos y anestésicos intravenosos por el personal del servicio de anestesiología **METODOLOGIA:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura médica en bases de datos especializadas, seleccionando 28 artículos de mayor relevancia. **RESULTADOS** Se encontraron dos casos relacionados con la responsabilidad penal del personal del servicio de Anestesiología, un caso donde se evidencian las consecuencias en la salud mental. **CONCLUSION:** El abuso de sustancias en el personal de anestesiología puede traer consecuencias legales graves. Recomendamos la revisión de clasificación del propofol, al tratarse de un medicamento de potencial abuso.

Palabras claves: abuso de drogas; personal médico, estupefaciente, medicamento, responsabilidad jurídica.

ABSTRACT

Anesthesiology service personnel are susceptible to the abuse of narcotics, psychotropic drugs and intravenous anesthetics, in part due to the easy access to these drugs. As health personnel it is their duty to procure the patient's wellbeing, in cases of abuse, the professional puts the patient and him/herself at risk. **OBJECTIVE:** To analyze the medical-legal aspects of the abuse of psychotropic and intravenous anesthetics by anesthesiology service personnel. **METHODOLOGY:** A systematic review of the medical literature in specialized databases was carried out, selecting 28 articles of greater relevance. **RESULTS:** Two cases related to the criminal liability of anesthesiology service personnel were found, one case showing the consequences on mental health. **CONCLUSION:** Substance abuse in anesthesiology personnel can have serious legal consequences. We recommend the revision of the classification of propofol, since it is a drug of potential abuse.

Keywords: drug abuse; medical personnel, narcotic, drug, medication, legal responsibility.

Introducción

El abuso de medicamentos entre los profesionales de la salud es una problemática ampliamente documentada. Se ha encontrado que aproximadamente el 15% de médicos abusaran de sustancias en algún momento de sus carreras (DeFord & Bonom, 2019). De este grupo, los anestesiólogos tienen especial susceptibilidad al abuso de sustancias, sobre todo opioides, con una prevalencia del 17.5% (Bryson, 2018). Según un estudio realizado por Serebrenic et al., la mayoría de casos de abuso de estupefacientes, psicotrópicos y anestésicos intravenosos inicia durante la residencia, la mortalidad en estos casos, puede llegar al 37% (Serebrenic & Carvalho, 2021). Los opioides, son los medicamentos de mayor abuso, sin embargo, también se ha encontrado el consumo de medicamentos anestésicos no opioides como, benzodiacepinas, propofol, ketamina e incluso anestésicos inhalatorios (Zuleta-Alarcon & Coffman, 2017). Es importante destacar el abuso de propofol, que ha ido en aumento en estos últimos años, y, a pesar de tratarse de un medicamento de potencial abuso no se cataloga como estupefaciente o psicotrópico. Los factores de riesgo que se relacionan con el abuso de medicamentos se encuentran las condiciones de estrés laboral, depresión, ansiedad y el acceso fácil a estas drogas, sobretodo el propofol que no requiere receta especial para su entrega (Zuleta-Alarcon & Coffman, 2017). Los casos de abuso de medicamentos implican graves consecuencias tanto para el individuo como para los pacientes que están bajo su cuidado. El propósito de este estudio es analizar los aspectos medico jurídicos de los casos de abuso de psicotrópicos, estupefacientes y anestésicos intravenosos en el servicio de Anestesiología.

Método

Con el objetivo de analizar el abuso de fármacos psicotrópicos, estupefacientes, y anestésicos intravenosos, para este estudio cualitativo, se realizó una revisión sistemática en bases de datos especializadas como PubMed, Taylor & Francis, SCOPUS, Google Academic, bases de datos jurídicas como Vlex, Findlaw

Case law, Casetext utilizando como descriptores los siguientes términos: Abuso de drogas; personal médico, estupefaciente, medicamento, responsabilidad jurídica. De igual forma, se realizó una búsqueda en la plataforma digital fiel web para analizar la legislación ecuatoriana entorno a este tema, Se seleccionaron 28 artículos en español y en inglés, que cumplieron con los criterios de búsqueda.

Resultados

En base a la revisión documental, bases de datos jurídicas, se han encontrado 2 casos relacionados con la responsabilidad penal del personal del servicio de Anestesiología.

El primer caso, se trata de una demanda por mala praxis y fraude al médico anestesiólogo B.H, el paciente manifiesta administración inadecuada del medicamento anestésico y retiro de medicamentos controlados mediante alteración de registros anestésicos. La demanda se extiende al hospital donde laboraba el Dr. B.H, por encubrimiento, alegando que el hospital tenía conocimiento de los problemas de abuso del anestesiólogo. El medico se declaró culpable de fraude por el robo de medicamentos del hospital y renuncio a su licencia médica. El abogado de la familia se encuentra en proceso de emprender una nueva demanda en nombre de los pacientes que recibieron atención por parte del médico. El segundo caso se trata de una demanda por mala praxis en contra de R.B, quien se administraba medicamentos controlados mientras se encontraba en funciones hospitalarias, lo que ocasiono el manejo inadecuado de la paciente K.J, sometida a una ligadura de trompas, lo que llevo a daño neurológico severo. La defensa del médico anestesiólogo llevo a un acuerdo aceptando los cargos por mala práctica médica, y el médico debe pagar a la familia un millón de dólares. El tercer hallazgo, se trata de un caso de abuso de propofol, se trata de la Dra. J.C residente de anestesiología, con antecedentes de consumo de fentanilo y midazolam, desarrolla dependencia al propofol, es ingresada a un programa de rehabilitación durante, donde recibe evaluación médica, psiquiátrica y terapia grupal, posteriormente se reintegra a

sus actividades hospitalarias y regresa a sus actividades académicas en quirófano. Debido al fácil acceso al propofol, recae en el abuso de este medicamento una vez más y lastimosamente se quitó la vida. Si bien este caso no hay una denuncia por mala práctica se evidencia la problemática de la facilidad de acceso al propofol, ya que no se trata de un medicamento estupefaciente o psicotrópico. Asimismo, se realizó un análisis de la categorización de medicamentos estupefacientes, psicotrópicos y anestésicos intravenosos como el propofol, en otros países y en el Ecuador

Discusión

Los profesionales de la salud constituyen una población en riesgo para el desarrollo de abuso de sustancias, entre los especialistas más vulnerables se encuentran los anesthesiólogos. El medico anesthesiologo, es el medico encargado de monitorizar las funciones vitales del paciente durante y después de una cirugía, optimizar las condiciones del paciente, tratar complicaciones quirúrgicas, prevención y control del dolor. Para cumplir estos objetivos es necesario el uso de una serie de medicamentos, varios de ellos, de uso controlado, requieren una dosificación adecuada y administración cuidadosa debido a la serie de efectos adversos que pueden provocar (Bocanegra & Gomez, 2023).

Los medicamentos utilizados en anestesiología como anestésicos intravenosos y psicotrópicos, son medicamentos de extremo cuidado y de potencial abuso. La mayoría de estos medicamentos se utilizan por vía venosa lo que permite alcanzar concentraciones altas en la sangre en poco tiempo, por lo tanto, sus efectos en el sistema nervioso se verán de forma casi inmediata (Zuleta-Alarcon & Coffman, 2017).

Según la última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), el trastorno por uso de sustancias, se refiere al consumo excesivo de sustancias, pueden ser alcohol, medicamentos o drogas ilícitas. Este comportamiento afecta tanto la vida personal como laboral de quien

consume. El termino trastorno por uso de sustancias comprende el abuso y dependencia de sustancias. La aparición de síndrome de abstinencia y/o tolerancia también pueden aparecer en el trastorno por uso de sustancias, sin que signifique llegar a adicción (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El consumo de drogas altera la dinámica cerebral, se observa alteraciones en el sistema de motivación recompensa. El consumo a largo plazo de medicamentos de potencial abuso, afecta a los receptores del núcleo accumbens en el cerebro y de la corteza prefrontal, al activarse estos receptores se produce una sensación intensa de euforia. Se produce un trastorno en la producción de neurotransmisores, relacionados con la sensación de satisfacción y recompensa, como dopamina, serotonina, GABA de tal forma que, a medida que aumenta el abuso de fármacos, disminuye la capacidad cerebral de experimentar satisfacción con otras actividades. La corteza prefrontal se encarga de regular las funciones cognitivas relacionadas con la toma decisiones y control de impulsos, al desarrollarse dependencia a sustancias, esta área se ve afectada, por lo que el usuario de sustancias de abuso, no evaluara los riesgos y consecuencias de sus acciones (Mendez & Romero, 2016).

El abuso de sustancias, produce desensibilización de los receptores y el usuario necesitara mayor cantidad del fármaco para conseguir el mismo efecto (tolerancia). La tolerancia a medicamentos de abuso es una situación a la que se suelen enfrentar con frecuencia los usuarios de sustancias psicotrópicas y estupefacientes. Depende del medicamento de uso, por ejemplo, la tolerancia al fentanilo, aparece desde de alrededor de 3 semanas de administración continua, por lo que el usuario deberá aumentar las dosis para conseguir los mismos efectos (Amaya & Nomesque, 2023). Aunque es menos frecuente con el propofol, también se ha observado tolerancia que conduce de manera inevitable a aumentar la dosis y frecuencia de su administración.

Los fármacos que se relacionan con mayor frecuencia con abuso por anestesiólogos son:

Propofol: Fármaco de tipo hipnótico, utilizado principalmente para inducción y mantenimiento anestésico, sedación, tratamiento de náusea y vómito en el postoperatorio. Es altamente liposoluble y atraviesa con facilidad la barrera hematoencefálica de ahí su rápido inicio de acción, 30 segundos aproximadamente, y rápida recuperación. Al administrar propofol, se produce un estado de hipnosis, amnesia y sedación. con una duración de 5 a 10 minutos (Miller, 2016). Debido a sus efectos ansiolíticos, produce un estado de relajación y bienestar, incluso en dosis subanestésicas, principalmente por la liberación de dopamina. El propofol se metaboliza principalmente en el hígado, se transforma en varios metabólicos, alguno de los cuales se eliminan por vía urinaria, permanece el organismo, en concentraciones bajas hasta por 12 horas, aunque este tiempo depende la función hepática, renal, dosis y frecuencia de administración. (Gwiazdaa & Dixon, 2021).

Es un fármaco con potencial riesgo de abuso por parte de los profesionales, se ha reportado su abuso para trastornos del sueño, ansiedad o para fines recreacionales. En un estudio realizado en Estados Unidos se reportaron 25 casos de en los que se reporta conducta adictiva a fármacos controlados, por parte del personal de salud, de los cuales 7 casos se trataban de abuso de propofol. Si bien no se han informado tasas altas de adicción al propofol, la mortalidad por su consumo es elevada, (Bocanegra & Gomez, 2023) incluso, mayor al 25%, según varios estudios. (Burnett & Taree, 2022).

No obstante, el propofol no consta como un fármaco psicotrópico o estupefaciente por lo que no requiere receta especial (Kiryakova, 2018).

Fentanilo: Fármaco analgésico opioide sintético de mayor uso a nivel hospitalario, es 100 veces más potente que la morfina, 50 veces más potente que la heroína. En anestesia, es usado como adyuvante durante la inducción y

mantenimiento anestésicos, como coadyuvante analgésico en anestesia regional, como analgésico en procedimientos de sedación dentro y fuera de quirófano, se puede utilizar tanto para dolor agudo como para dolor crónico.

Se administra por vía intravenosa, transdérmica (parches), vía nasal (spray). Inicia su acción en menos de un minuto cuando se administra por vía intravenosa. Produce analgesia casi inmediata, que se puede acompañar de mareo, sedación, delirio, euforia, depresión respiratoria. Inicia su acción después de un minuto de su administración y su pico de acción se da entre los 5 – 15 minutos. Requiere pequeñas dosis para obtener efectos significativos. Se metaboliza en el hígado y se elimina por vía renal. (Miller, 2016) . Está clasificado como un medicamento psicotrópico por lo que su prescripción y despacho se puede hacer únicamente mediante receta especial, sin embargo, en los últimos años, el abuso de fentanilo ha generado, gran preocupación debido a su elevada distribución en el mercado de sustancias ilegales y la común combinación de este medicamento con otras sustancias aumentando su potencial letalidad.

Benzodiacepinas: Grupo de fármacos que tienen efecto ansiolítico, sedante, e hipnótico. Tienen propiedades anticonvulsivantes, por lo que se usan ampliamente en áreas críticas. El midazolam, es una benzodiacepina de acción corta, suele utilizarse con mayor frecuencia en anestesia, se utiliza como medicación pre anestésica, inducción, mantenimiento de la anestesia general, también en procedimientos que requieren sedación. Se puede administrar por vía oral, intramuscular y vía intravenosa. Su inicio de acción es de 1- 2 minutos cuando es administrado por vía venosa. Se metaboliza por vía hepática y se elimina por vía renal. Puede provocar, depresión respiratoria, sedación excesiva, amnesia de corta duración, hipotensión, bradicardia (Bousofara, 2016). El midazolam es un medicamento de potencial abuso debido a sus efectos ansiolíticos, sensación de relajación y sedación. En ocasiones se combina con otros medicamentos y/o sustancias que producen depresión del sistema nervioso lo que potencia su efecto y puede provocar la

muerte. Las benzodiazepinas son medicamentos estupefacientes, por lo que requieren receta especial.

Ketamina: Pertenece a la familia de las fenciclidinas, y a diferencia de otros fármacos produce anestesia disociativa, es decir, produce en el paciente una sensación de desconexión con el medio que lo rodea, manteniendo la autonomía respiratoria y función cardiovascular. Se administra por vía venosa, intramuscular y oral. Al administrarse por vía intravenosa produce un efecto inmediato, sensación de disociación y sedación. Es un potente analgésico, tanto para dolor agudo, crónico y dolor que no responde a otros analgésicos. Se ha comprobado su efectividad como antidepresivo en pacientes resistentes al tratamiento. Metabolismo por vía hepática y de eliminación renal. El potencial abuso de la ketamina radica en su capacidad de provocar alucinaciones visuales y auditivas en dosis altas, desconexión de la realidad. (Rosenbaum & Gupta, 2024).

Existen una serie de factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno por uso de sustancias en anestesiólogos entre ellos:

Factores genéticos: Se ha encontrado evidencia de variaciones genéticas que se relacionan con la susceptibilidad de las personas a desarrollar dependencia a sustancias. Se ha detectado el hallazgo de polimorfismos en el sistema del citocromo P450, sistema que se encarga de gran parte del metabolismo de fármacos en el hígado, se relaciona con la respuesta inadecuada del individuo a fármacos adictivos.

Historia familiar y/o personal de adicciones: Debe considerarse también el abuso de sustancias legales como alcohol y tabaco tanto en el médico como en la familia. Los patrones de comportamiento, manejo del estrés, control de las emociones, se aprenden desde la infancia y se manifiestan en las acciones del profesional de la salud (Acuña & Alvarez, 2017).

Trastornos en salud mental: Trastornos de la personalidad, así como trastorno de ansiedad,

trastorno límite de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, se relacionan con mayor riesgo de abuso de sustancias. La depresión es un trastorno frecuente en el personal de la salud, con una prevalencia del 28.8%, niveles más altos que en la población general, sin embargo, se trata de una población que no suele acudir a terapia y recibir tratamiento para el trastorno (Harvey & Epstein, 2021).

Factores relacionados con el ambiente laboral: El trabajar en áreas críticas como por ejemplo emergencia, terapia intensiva, anestesiología, situaciones donde el paciente se encuentra en riesgo de muerte, toma de decisiones inmediatas, alta responsabilidad, temor al fracaso, llevan a estados de estrés crónico. Además de exceso de horas de trabajo, horario nocturno con privación del sueño, sobrecarga física y emocional.

Estrés: Cuando se trata de estrés agudo, tiene características positivas en la motivación del individuo, por otro lado, el estrés crónico produce fatiga, síndrome de burnout (desgaste profesional), disminución de la concentración, menor capacidad de manejar el estrés y empatizar con los pacientes, así como dificultad de relacionarse adecuadamente con el medio. (da Silva, 2021).

Manejo inadecuado de los medicamentos controlados: Políticas intrahospitalarias donde no se controla adecuadamente los medicamentos sobrantes, almacenamiento inseguro, políticas inexistentes o poco claras en caso de pérdida del medicamento. La inexactitud en el manejo de estas situaciones favorece las condiciones para el anestesiólogo que abusa de psicotrópicos y/o estupefacientes (Bryson, 2018).

Exposición a medicamentos: Es conocido, que el anestesiólogo debe tener acceso a una serie de medicamentos de uso delicado, e incluso algunos de ellos con alto potencial adictivo, como opioides, benzodiazepinas, inductores anestésicos intravenosos (propofol, ketamina), anestésicos inhalatorios, preparación de medicamentos sin supervisión directa, facilita la obtención y desvío de medicamentos

para uso propio. De la misma forma, el medico anesthesiologo lleva el registro de la medicacion que administra y en algunos casos del inventario de los medicamentos disponibles en la sala de quirofano. Este particular sumado a condiciones de stress cronico, agotamiento fisico y emocional hacen vulnerable al anesthesiologo al abuso de medicamentos (Cho, 2022).

Cuando el medico anesthesiologo presenta abuso de farmacos anesteticos, se presentan una serie de sintomas y signos tanto fisicos como emocionales, que pueden ser evidenciados por su familia y equipo de trabajo (Lefebvre & Kaufmann, 2016).

Tabla 1
Signos fisicos y emocionales del abuso de medicamentos

Signos fisicos	Fatiga extrema: Dificultad excesiva para recuperarse de un dia de trabajo Perdida o aumento de peso Marcas de auto inyeccion Cambio de apetito Problemas gastrointestinales: Estreñimiento, nausea, vomito Temblor Dificultad de mantener el equilibrio
Signos emocionales	Cambios de humor Ansiedad Paranoia Depresion Evita cualquier tipo de interaccion social

El profesional permanece más tiempo en el hospital del que le corresponde e insistencia en cubrir turnos, se desaparece de su área de trabajo por largo tiempo, constantes errores en dosis y deterioro de su desempeño laboral.

El manejo de farmacos por el profesional de la salud permite sospechar de abuso. Comúnmente se encuentran: Inconsistencias con las recetas, descargo continuo y excesivo de psicotrpicos. Es probable que surjan fuertes sospechas de abuso de sustancias, sin embargo, se opta por guardar silencio, pensando que, al denunciar esta accion, el anesthesiologo perderá su trabajo, prestigio, perdida de la licencia médica, además de la serie de conflictos legales que implica. Esto se conoce como conspiración del silencio. Al no denunciar el abuso se comete una falta por complicidad, y se pondrá en riesgo a

los pacientes y la vida del anesthesiologo (Acuña & Alvarez, 2017).

Es necesario, establecer la responsabilidad legal del anesthesiologo, tomando en cuenta que, si bien se trata de un individuo con un trastorno de salud, catalogado claramente como un trastorno por uso de sustancias, es un individuo que tiene la responsabilidad y obligacion de cumplir con el deber de cuidado del paciente durante el procedimiento quirurgico.

En esta investigacion se encontraron dos casos de mala practica medica, donde se ha detectado el abuso de farmacos, y la trascendencia que ha tenido esta problematica en el profesional de la salud y en los pacientes.

En San Diego California, el Dr. B.H anesthesiologo, recibe una demanda por mala praxis medica por parte del paciente R.D quien expresa haber recibido una cantidad insuficiente de medicamento anestésico, por lo que despertó durante la cirugía, además manifiesta que el centro médico falsifico el registro anestésico indicando que se le había administrado la dosis adecuada del fármaco. Se supo, que una hora posterior a la cirugía de R.D, el anesthesiologo B.H fue hallado, inconsciente, en el baño del centro quirurgico después de inyectarse sufentanilo, un medicamento opioide. En el 2017, fue hallado culpable por adquisicion de farmacos controlados mediante fraude. Sin embargo, el paciente R.D no pudo comprobar la administracion insuficiente de medicamento anestésico, ya que los registros de monitorizacion en la cirugía no mostraron evidencia de que despertara. Actualmente, la parte demandante, está presionando para emprender una demanda colectiva a nombre de los pacientes que han sido tratados por el Dr. B.H. (Wallace, 2023)

En el Ecuador, el Código Orgánico Integral Penal, se describe homicidio culposo por mala practica medica en el Art 146:

El profesional de salud que falte al deber objetivo de cuidado y provoque la muerte de un paciente recibirá privacion de libertad por 1 a 3 años, sin embargo, debe cumplir con cuatro

condiciones concurrentes: 1. El daño no implica necesariamente violación del deber objetivo de cuidado 2. Omisión de leyes y reglamentos de acuerdo a su especialidad 3. Se comprueba que la lesión se produjo por omisión del deber objetivo de cuidado. 4. Se evaluará individualmente cada caso, acciones del profesional, condiciones del caso y la posibilidad de evitar el daño provocado. (Asamblea nacional del Ecuador, 2014)

En cuanto a la responsabilidad del profesional de la salud, al administrarse medicamentos controlados durante sus labores hospitalarias, el Art 37 del COIP, determina que el individuo al encontrarse bajo efectos de sustancias estupefacientes y psicotrópicas tendrá responsabilidad del daño provocado, y al no tratarse de un caso fortuito no excluye, atenúa, ni agrava la responsabilidad.

El artículo 37 contempla como agravante si el individuo está bajo efecto de sustancias únicamente en infracción de tránsito. Lo que lleva a plantearse la necesidad de tipificar como agravante si las lesiones al paciente se producen cuando el profesional se encuentra bajo efectos de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

El médico debe ser responsable de cada decisión que toma en el cuidado de un paciente, tiene

la obligación de velar por su salud y seguridad, al brindar atención médica bajo efectos de sustancias altera su juicio y sus capacidades, aumenta la probabilidad de que ocurra una lesión y pone en riesgo la vida del paciente.

En términos de ética, el abuso de sustancias implica una violación a los principios de bioética: Beneficencia (procurar el bienestar del paciente) y no maleficencia (evitar causar daño), otra razón para calificar el abuso de sustancias como agravante en estos casos.

En el 2002, el médico anestesiólogo R.B en un hospital de Luisiana, era investigado por realizar retiros injustificados de meperidina, un medicamento opioide, se supo, además, que el médico se administraba el fármaco mientras

ejercía sus funciones en el hospital por lo que no se encontraba en condiciones físicas ni mentales de realizar sus labores, razón por la que fue despedido.

Posteriormente ingreso a trabajar en otro hospital, donde meses después. El equipo de enfermería reporto que el Dr., presentaba frecuentes cambios de humor. El 12 noviembre del 2002, se reportó que el Dr., cometió errores durante todo el día, y se le notaba cansado. Fue asignado a la cirugía de ligadura de trompas de K.J, procedimiento que transcurrió sin complicaciones quirúrgicas. Se reporta que el Dr. R.B no monitorizo de manera adecuada a la paciente, permitiendo que la presión arterial de K.J disminuyera a niveles peligrosos, y retiro la protección respiratoria a pesar de que la paciente aun tenia efectos de los medicamentos sedantes administrados. Al ingresar a sala de recuperación, la enfermera a cargo se percata que K.J se encuentra cianótica llama al médico R.B el mismo que no logra reanimar adecuadamente a la paciente, y a consecuencia del incidente K.J entro en estado vegetativo. La familia de K.J presento una demanda por mala práctica médica a R.B y demandaron además al hospital por permitir al anestesiólogo trabajar en esas condiciones. En este caso R.B, además de presentarse un caso de mala práctica médica, el anestesiólogo, no justificaba el retiro de cantidades importantes de meperidina, lo que se puede tratar de una prescripción injustificada de medicamentos (Kadlec v. Dr. David Baldone; Dr. Allan Parr, Defendants-Cross-Appellees, 2008).

En el Ecuador la alteración o falsificación de recetas médicas con el objetivo de obtener psicotrópicos o estupefacientes, como sucedió en este caso, se tipifica en el artículo 329 del COIP y se sanciona con privación de la libertad por un periodo de seis meses a dos años.

Aunque en esta investigación se ha encontrado un número limitado de casos que conllevan responsabilidad penal del médico anestesiólogo y del personal del servicio de anestesiología, el abuso de medicamentos anestésicos intravenosos como el propofol y opioides como el fentanilo traen una serie

de consecuencias en la salud física y mental del profesional de la salud que abusa de estos medicamentos.

En el caso de la Dra. J.C. En el año 2010, en la ciudad de New York, la Dra. J.C residente de segundo año de anestesiología, presenta un episodio de abuso de fentanilo, tiempo después, se administró midazolam durante un mes y en las semanas siguientes se administra propofol, por lo que es ingresada a un programa de rehabilitación durante seis semanas, que incluye evaluación médica, psiquiátrica y terapia grupal, a continuación se reintegra a sus actividades hospitalarias y progresivamente se le asignan responsabilidades en quirófano. Lamentablemente, al tener acceso al propofol, recae en el abuso de este medicamento una vez más. Expreso a sus superiores su intención de renunciar al programa de residencia, al día siguiente la Dra. J.C se quitó la vida, mediante una sobredosis de propofol.

A pesar del ingreso de a rehabilitación, terapia individual y terapia grupal, el riesgo de recaída en el abuso de fármacos es alto, del 25 - 56% dentro de los dos primeros años de abandonar el medicamento, aun así, el riesgo de recaída es menor en comparación a la población general (DeFord & Bonom, 2019).

El riesgo de recaída se relaciona con varios factores: Uso de opioides mayores (fentanilo), antecedentes de abuso de alcohol y/o drogas, coexistencia con otro trastorno psiquiátrico. El entorno de médico, suele ser el primero en reconocer los síntomas de recaída, en ocasiones, lamentablemente, el primer síntoma es la muerte por sobredosis o suicidio.

En el Ecuador, no existen programas establecidos de prevención de abuso de psicotrópicos y estupefacientes por personal de salud. Por lo tanto, es vital establecer acciones preventivas como:

Programas y conferencias educativas: Donde se informe al personal los factores de riesgo, los signos de la adicción, y las acciones a tomar. Los programas educativos deben estar

destinados no solamente a los anesthesiólogos, sino también a los residentes de anestesiología, debido a que el problema de abuso de fármacos suele iniciar en esta etapa de formación académica.

Test de drogas en orina: La realización de estudios aleatorios y periódicos del personal de salud, puede ser una estrategia útil en la detección temprana de casos de abuso de sustancias. Debe estar normatizada por la institución y debe tener en cuenta aspectos éticos y legales. Por esta razón se debe informar de la política de estudios aleatorios, tanto a los residentes de anestesiología como a los médicos tratantes. El tiempo que el medicamento permanece en el organismo es variable:

Tabla 2
Detección de medicamentos en orina

Medicamento	Tiempo de detección en orina	Observaciones
Fentanilo	1 – 2 días después de su consumo	
Propofol	2- 4 horas	No se detecta con test convencionales.
Midazolam	1-3 días	Tiempo de detección más largo en casos de abuso.
Morfina	1-3 días	Hasta 6 días en casos de uso crónico de morfina

Debido a su rápido metabolismo, el propofol es difícil de detectar en orina, además es necesario utilizar métodos específicos, como la cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas (LC-MS/MS). Puede detectarse en sangre o en el cabello, teniendo en cuenta que tiene una disponibilidad sumamente baja por el rápido metabolismo del medicamento.

Tanto el fentanilo como el midazolam se pueden detectar mediante test de ELISA, que en comparación con el LC- MS/ MS es más económico (Fitzsimons & Baker, 2018)

Socializar la política de control de medicamentos especiales: Como parte de las estrategias de prevención, debe educarse al personal en el área de anestesia. Dar a conocer la política de realización de pruebas aleatorias, la frecuencia con la que se realizan y los métodos a utilizar. Es importante recalcar

la confidencialidad de los protocolos que se utilizan y dar a conocer las medidas a tomarse en caso de detección de sustancias en las pruebas. Debe socializarse también las acciones de apoyo y de rehabilitación a las que pueden acceder en caso de abuso de sustancias, no se trata de crear un espacio de miedo, sino de concientización (Amaya & Nomesque, 2023).

Manejo de remanente de fármacos controlados: Establecer políticas del manejo de psicotrópicos sobrantes al finalizar cada procedimiento, se ha planteado involucrar al personal de farmacia en este punto, ya que facilita detectar el desvío de medicación. Se debe contar con la presencia obligatoria de testigos al desechar el remanente del fármaco utilizado después de cada caso, así como un registro de los medicamentos que se utilizaron en el procedimiento, además de la hoja de registro anestésico.

Comité multidisciplinario de prevención y acción ante abuso: Creación de un comité que conste de médico administrativo, psiquiatra, médico de área crítica, donde hay mayor uso de psicotrópicos y estupefacientes.

Test psicológicos y de abuso de sustancias: Test de evaluación en personal de nuevo ingreso, médicos residentes y personal de áreas críticas. Se debe considerar realizar evaluaciones psicológicas a los aspirantes a la especialidad de Anestesiología, evaluar factores de riesgo, antecedentes, con el fin de tratar de evitar episodios de consumo y abuso durante la residencia (Huertas & Suarez, 2017).

Si bien se ha hablado de la necesidad de evaluar la política de manejo de medicamentos, el control del propofol requiere un debate aparte.

El control de medicamentos varía en cada país, por ejemplo, en Estados Unidos existe una clasificación por sustancias según su potencial abuso, y se dividen cinco categorías.

Tabla 3
Clasificación de sustancias en Estados Unidos.

Categoría	
I	Sustancias que no tienen uso médico. LSD, heroína
II	Drogas con alto potencial de dependencia física y/o psicológica Medicamentos de uso médico, como Fentanilo, oxycodona, meperidina
III	Sustancias con potencial moderado o bajo de abuso. Codeína, ketamina, esteroides anabólicos.
IV	Sustancias aceptadas para uso médico. Dextropropoxifeno, tramadol, fentermina
V	Sustancias con bajo potencial de abuso. Pregabalina, medicamentos para la tos que contienen codeína.

En el año 2010, la Agencia de Administración para el Control de Drogas (DEA) propuso agregar a propofol en la categoría IV, sin embargo, en la actualidad no se encuentra en ninguna categoría de la clasificación (Robotti, 2019).

En la Unión Europea, la regulación de medicamentos, se encuentra establecida por el Comité de control de estupefacientes y la Agencia Europea de Medicamentos. La categorización de medicamentos se realiza según el potencial de abuso (AEMPS, 2023)

Tabla 4
Clasificación de los estupefacientes y psicotrópicos por potencial abuso

Lista	Potencial de Abuso	Ejemplos
I	Estupefacientes y Psicotrópicos Potencial de abuso alto	Heroína LSD MDMA Cannabis
II	Estupefacientes y psicotrópicos Potencial de abuso moderado	Morfina Fentanilo Codeína Anfetaminas
III	Estupefacientes y psicotrópicos con potencial bajo de abuso	Benzodiacepinas Barbitúricos Inductores del sueño (Zopiclona)

En el Ecuador, la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), es la institución encargada del control y la vigilancia de los productos de consumo humano. Parte de sus funciones es el control de

la producción, distribución, comercialización de los medicamentos controlados. Cataloga las sustancias sujetas a fiscalización en tres categorías: Estupefacientes, sustancias psicotrópicas, precursores químicos; y, sustancias químicas específicas

Tabla 5
Clasificación de sustancias en Ecuador

Categoría	Definición	Ejemplos
Estupefaciente	Sustancia cuyo efecto en el sistema nervioso central, provoca sedación, estimulación, sensación de bienestar. Poseen alto potencial adictivo.	Fentanilo Morfina Codeína
Psicotrópico	Sustancias que afectan las emociones, la percepción, comportamiento y el estado mental del individuo	Benzodiazepinas: Midazolam, Diacepam, Lorazepam Fluoxetina
Precursores químicos y sustancias químicas específicas.	Sustancias que sirven de materia prima en la producción de drogas ilícitas, por lo que requieren regulación.	Ácido clorhídrico Ácido sulfúrico Éter Permanganato de Potasio

Tanto estupefacientes como psicotrópicos requieren recetas especiales, y pueden ser prescritos únicamente por profesionales de la salud autorizados. Por otro lado, el propofol no se clasifica como estupefaciente ni como psicotrópico, por lo que no requiere receta especial. En instituciones hospitalarias el propofol es entregado con recetas convencionales. Su principal mecanismo de acción es como depresor del sistema nervioso, no altera el estado emocional ni la percepción a largo plazo, razón por la que no entra en la clasificación actual de medicamentos sujetos a fiscalización.

Por otro lado, el ACESS (Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada) se encarga de regular la prescripción, distribución, abastecimiento de sustancias sujetas a fiscalización. Asimismo, el ACESS está encargado de la emisión y control de recetas especiales (ARCSA, 2021).

Corea es el único país donde el propofol se encuentra en la categoría de medicamentos psicotrópicos desde febrero del 2011. A pesar

de tratarse de un medicamento que no causa dependencia física, es considerado peligroso por provocar dependencia psicológica. La problemática se agravo, cuando el reporte de casos por abuso de propofol, se extendió a individuos que no se relacionan con el área de la salud. Estos casos, transformaron el consumo de propofol en un problema social, por lo que se decidió reclasificar este medicamento. De esta manera, Corea se convirtió en el primer país en designar al propofol como medicamento controlado (Young-Tae, 2015)

Ante esta problemática es de suma importancia desarrollar estrategias que permitan detectar de manera temprana el abuso de psicotrópicos, estupefacientes y anestésicos intravenosos y prevenir eventos catastróficos tanto para el profesional de la salud como el paciente a su cuidado.

Cuando se sospecha de un caso de abuso de fármacos psicotrópicos, estupefacientes o anestésicos intravenosos, deben emprenderse acciones para enfrentar la situación y prevenir consecuencias graves. Debe manejarse de manera discreta, e informar tanto al jefe inmediato como al área encargada de bienestar laboral, se sugiere que el reporte sea realice de manera anónima con el objetivo de que sea imparcial. Se puede dar inicio a la investigación mediante la evaluación del manejo de estupefacientes, psicotrópicos u otros fármacos, recetas realizadas, revisión de los registros anestésicos. Realizar un trabajo conjunto con farmacia y personal de enfermería, si ha habido pérdidas en la medicación, o despacho de cantidades excesivas de ciertos medicamentos (Amaya & Nomesque, 2023).

Si después de la investigación, se tiene la certeza de que se trata de un caso de abuso de medicamentos, es importante planificar como se realizara la intervención, debido a que, al afrontar directamente a la persona implicada, significa someter al profesional a una situación de estrés mayor, que puede desembocar en agravamiento de su condición y hasta en algunos casos suicidio.

La intervención inicial, será ejecutada por profesionales preparados en área de adicciones, tiene que ser confidencial y debe realizarse con suma cautela en un entorno privado, puede ser necesaria la presencia de un familiar cercano. Abordar la conversación desde la preocupación por el bienestar del médico, evitando juzgar o con amenazas de emprender acciones punitivas. A continuación, realizar una evaluación por un especialista en adicciones y ofrecer el ingreso a un programa de rehabilitación inmediata, para lo que podrá contar con licencia médica temporal durante el tratamiento (Lefebvre & Kaufmann, 2016).

Conclusiones

El abuso de medicamentos psicotrópicos, estupefacientes y anestésicos intravenosos en el servicio de anestesiología, revela un problema complejo, donde interviene la salud pública, ética profesional y responsabilidad legal. A lo largo del estudio, se ha evidenciado que la alta presión y el estrés propios de la práctica anestésica, combinados con el fácil acceso a sustancias controladas, crean un entorno propicio para el abuso de estos medicamentos.

En los resultados de este estudio, se demuestran los factores de riesgo que tiene el personal del servicio de anestesiología, debido a la carga laboral y emocional que implica la profesión, que puede llevar al abuso de medicación. Esta conducta pone en riesgo la salud y bienestar de los pacientes al cuidado del profesional de la salud, de ahí la necesidad de plantearse la regulación de medicamentos como el propofol y mejorar el apoyo psicológico en el área laboral, del médico que sufre una adicción.

Se identificó falta de claridad en la normativa que sanciona al individuo que ocasiona lesión bajo efectos de estupefacientes, por lo que puede interpretarse de manera errónea. Es importante establecer programas, que permitan abordar el problema desde los hospitales, de tal manera que se pueda proteger tanto al paciente como al médico.

Referencias Bibliográficas

- Acuña, J. P., & Alvarez, J. P. (2017). Sanando al sanador. *Revista Medica Clinica las Condes*, 756- 769.
- Amaya, S., & Nomesque, J. (2023). Acciones claves para la prevención y rehabilitación del trastorno por uso de sustancias en anestesia. *Revista chilena de anestesia*, 100- 107.
- ARCSA. (Agosto de 2021). <https://www.controlsanitario.gob.ec/>. https://www.controlsanitario.gob.ec/:https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/08/2021_preguntas-frecuentes-Med-sujetos-fiscalizacion.pdf
- Asamblea nacional del Ecuador. (3 de Febrero de 2014). *Codigo Organico Integral Penal*. Codigo Organico Integral Penal: www.defensa.gob.ec
- Bocanegra, J. C., & Gomez, L. M. (2023). Adverse events in anesthesia: Analysis of claims against anesthesiologists affiliated to an insurance fund in Colombia. Cross-sectional study. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 1-9.
- Boussofara, M. (2016). Farmacología de las benzodiazepinas utilizadas en anestesia-reanimación. *EMC - Anestesia-Reanimación*, 1-11.
- Bryson, E. (2018). The opioid epidemic and the current prevalence of substance use disorder in anesthesiologists. *Current Opinion in Anaesthesiology* , 388-392.
- Burnett, G., & Taree, A. (2022). Propofol misuse in medical professions: a scoping review. *Canadian Journal of Anesthesia*, 395-405.
- Cho, H.-Y. (2022). Propofol abuse among healthcare workers: an analysis of criminal cases using the database of the Supreme Court of South Korea's judgments. *Korean Journal Anesthesiology*, 391-396.
- da Silva, J. V. (2021). Risk of mortality and suicide associated with substance use disorder among healthcare professionals:

- A systematic review and meta-analysis of observational studies. *European Journal of Anaesthesiology*, 715-734.
- DeFord, S., & Bonom, J. (2019). A review of literature on substance abuse among anaesthesia providers. *Journal of research in Nursing*, 1-14.
- Dinis-Oliveira, R., & Magalhães, T. (2020). Abuse of Licit and Illicit Psychoactive Substances in the Workplace: Medical, Toxicological, and Forensic Aspects. *Journal of Clinical Medicine*, 1-18.
- Fitzsimons, M., & Baker, K. (2018). Reducing the Incidence of Substance Use Disorders in Anesthesiology Residents. *Anesthesiology*, 821-828.
- Fitzsimons, M., & Baker, K. (2018). Reducing the Incidence of Substance Use Disorders in Anesthesiology Residents: 13 Years of Comprehensive Urine Drug Screening. *Anesthesiology*, 821-828.
- Fitzsimons, M., & Soares de Sousa, G. (2023). Prevention of drug diversion and substance use disorders among anesthesiologists: a narrative review. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 810-818.
- Gwiazdaa, S., & Dixon, E. (2021). Propofol misuse in Ireland – Two case reports and a review of the literature. *Forensic Science International*, 326-331.
- Haberer, J. (2021). Propofol: farmacodinámica y uso práctico. *EMC - Anestesia-Reanimación*, 1-91.
- Harvey, S., & Epstein, R. (2021). Mental illness and suicide among physicians. *The Lancet*, 920-930.
<https://www.controlsanitario.gob.ec/>. (Agosto de 2021). <https://www.controlsanitario.gob.ec/>: https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/08/2021_preguntas-frecuentes-Med-sujetos-fiscalizacion.pdf
- Huertas, E., & Suarez, O. (2017). *La adicción en el anesestiólogo: ¿Cómo prevenirla y detectarla?* Bogota: Editorial S.C.A.R.E.
- Kadlec v. Dr. David Baldone; Dr. Allan Parr, Defendants-Cross-Appellees, 06-30745 (United States Court of Appeals, Fifth Circuit 8 de Mayo de 2008).
- Kiryakova, T. (2018). Self-administrated propofol - a case report of a physician suicide. *Toxicologie Analytique & Clinique*, 1-7.
- Lefebvre, L., & Kaufmann, M. (2016). The identification and management of substance use disorders. *Canadian Journal of Anesthesia*, 211-218.
- Mendez, M., & Romero, B. (2016). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 6-16.
- Miller, R. (2016). *Miller Anestesia*. Barcelona: Elsevier.
- Robotti, S. (24 de Agosto de 2019). <https://medshadow.org/>. <https://medshadow.org/>: <https://medshadow.org/drug-classifications-schedule-ii-iii-iv-v/>
- Serebrenic, F., & Carvalho, M. (2021). Postmortem qualitative analysis of psychological, occupational, and environmental factors associated with lethal anesthetic and/or opioid abuse among anesthesiologists: case series. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 317- 325.
- Wallace, C. (2023). UCSF, anesthesiologist cleared of allegations the health system ignored physician fentanyl abuse. *Beckers asc review*, 1-2.
- Young-Tae, J. (2015). Propofol as a controlled substance: poison or remedy. *Korean Journal of Anesthesiology*, 525-526.
- Zuleta-Alarcon, A., & Coffman, J. (2017). Non-opioid anesthetic drug abuse among anesthesia care providers: a narrative review. *Canadian Journal of Anesthesia*, 169-184.