



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“Intoxicaciones por sustancias de abuso en el Servicio de Urgencias del
Hospital San Agustín de Avilés”**

Andrea Fernández Borrego

Mayo 2016

Trabajo Fin De Master



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“Intoxicaciones por sustancias de abuso en el Servicio de Urgencias del
Hospital San Agustín de Avilés”**

Trabajo Fin De Master

Andrea Fernández Borrego Germán Morís de La Tassa Isabel Menéndez Miranda



1	INTRODUCCIÓN	2
1.1	CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN ESPAÑA	4
1.2	CLASIFICACION DE LAS DROGAS	4
1.2.1	<i>Depresores del SNC</i>	5
1.2.2	<i>Estimulantes del SNC</i>	7
1.3	VÍAS DE CONSUMO	8
1.4	EPIDEMIOLOGIA	9
1.5	MANEJO DE LAS INTOXICACIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	12
2	JUSTIFICACIÓN	15
3	OBJETIVO	16
4	MATERIAL Y MÉTODO	17
4.1	TIPO DE ESTUDIO	17
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	17
4.3	POBLACIÓN	17
4.4	MUESTRA	18
4.5	VARIABLES A ESTUDIO	18
4.6	PROCEDIMIENTO	21
5	RESULTADOS	22
6	SESGOS Y LIMITACIONES	39
7	DISCUSIÓN	40
8	CONCUSIONES	43
9	BIBLIOGRAFIA	44
10	ANEXOS	47



“Todo es tóxico dependiendo de la dosis” Paracelso

1 INTRODUCCIÓN

La Toxicología considera como veneno o tóxico todo elemento o compuesto químico que introducido en un organismo es capaz de producir en un órgano o sistema lesiones estructurales, funcionales o incluso la muerte.¹

A pesar de la enorme cantidad de tóxicos que existen, la mayoría de las intoxicaciones se producen por un número limitado de sustancias, siendo las más frecuentes la ingesta de drogas de abuso y las intoxicaciones medicamentosas.

Según la OMS, una droga, es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce alguna alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central y es además susceptible de crear dependencia psicológica, física o ambas. El término droga de abuso define mejor lo que coloquialmente entendemos como droga: “sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la consciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas”. Así, la diferencia entre una droga y un fármaco no viene dada por criterios farmacológicos, o químicos, sino porque sea el individuo quien se administra la sustancia sin prescripción médica y sin el objetivo de curar una patología.²



El consumo de drogas de abuso es un fenómeno universal que tiene sus orígenes en épocas remotas, sin embargo el patrón de consumo es un proceso dinámico que varía en el tiempo y según la situación geográfica, el nivel cultural y socioeconómico de los consumidores.

La necesidad de obtener información fiable y actualizada sobre la composición de las diferentes sustancias químicas y sus posibles riesgos, hizo que se desarrollaran los diferentes centros de información toxicológica, convirtiéndose en la primera fuente de datos para las intoxicaciones agudas (IA). La segunda fuente de datos más importante, y la que en realidad refleja el patrón de las intoxicaciones, son los Servicios de Urgencias (SU).

En los últimos años el número de intoxicaciones atendidas en los SU de los hospitales ha aumentado notablemente, y se ha constituido como un problema no sólo médico sino también de ámbito social. Las IA constituyen un problema de salud potencialmente grave. Actualmente representa el 1-2% de las urgencias médicas atendidas en los hospitales de nuestro país.³ En otros países, como el Reino Unido, estudios demuestran que representan entre el 10 – 15% de las atenciones.⁴

No todas las intoxicaciones se producen en el mismo ámbito, si atendemos a la intencionalidad, se puede distinguir entre accidentales y voluntarias. Las intoxicaciones accidentales son aquellas que se producen inesperadamente, suelen producirse en ámbitos laborales o domésticos, intoxicaciones alimenticias o inhalación de gases. Sin embargo las intoxicaciones voluntarias suelen ser actos deliberados con diferentes fines, recreativos, autolíticos o terapéuticos.



1.1 CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO EN ESPAÑA

Durante los años 70 las drogas que más se imponían eran el opio y la cocaína. El consumo de heroína era mayoritariamente por vía intravenosa, lo que generó grandes problemas como la exclusión social, el contagio de enfermedades infecciosas y un gran aumento de morbilidad y mortalidad por sobredosis. Motivado por este problema de salud pública se desarrolló una reforma del Código Penal en 1983 y se creó el Plan Nacional contra la droga de 1985, política general dirigida a frenar y reducir el consumo de sustancias que dañan la salud individual y colectiva, provocan marginación social, deterioran la seguridad ciudadana y vulneran la autonomía del individuo.⁵

La década de los 90 trajo importantes cambios en el patrón de consumo. Se produjo un descenso en el consumo de la heroína y la aparición y proliferación de drogas de síntesis. Entre los nuevos patrones, uno de los más significativos fue la aparición del alcoholismo juvenil y el consumo de sustancias como derivados metanfetamínicos o potentes anestésicos asociados al uso recreativo.

1.2 CLASIFICACION DE LAS DROGAS

Una forma práctica de clasificar las drogas es aquella que se refiere a sus efectos. Por un lado están los estimulantes, sustancias que activan el Sistema Nervioso Central (SNC), por otro están los depresores, drogas que disminuyen el grado de actividad del SNC y finalmente hay un tercer grupo de sustancias que producen alteraciones perceptivas, los psicodélicos o alucinógenos.



1.2.1 Depresores del SNC

ETANOL: Alcohol etílico o etanol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia. Su intoxicación produce una primera fase euforizante y desinhibitoria, para dar paso a sus efectos sedantes. El consumo regular de alcohol produce un marcado fenómeno de tolerancia, por lo que para unos determinados niveles de alcohol en sangre las manifestaciones clínicas de una intoxicación aguda pueden ser muy diferentes. La agitación es quizás el motivo más frecuente por el que son remitidos al Servicio de Urgencias, los vómitos reiterados pueden provocar un síndrome de Mallory-Weiss o una broncoaspiración. Hipoglucemia, hipotensión arterial e hipotermia pueden ser severas en algunos casos y complicar la evolución, así como las caídas por ataxia o disminución del nivel de conciencia.

CANNABIS: Sus tres formas de consumo más habituales son la marihuana, el hachís y el aceite de hachís. La sintomatología de consumo es muy diversa, ya que la concentración del principal componente psicoactivo (el delta-9-tetrahidrocannabinol o THC) varía en función de la presentación. A dosis bajas, produce un estado relajado y placentero, provoca sociabilidad, desinhibición, intensifica las percepciones, somnolencia, hipotensión ortostática, hipertensión en decúbito, fotofobia, hiperemia conjuntival, ataxia... La clínica consultada cursa con ataques de ansiedad, taquicardia, malestar general, nerviosismo, cuadros psicóticos agudos, temblor. Mientras que en intoxicaciones masivas, puede provocar estupor, convulsiones generalizadas, hipotensión arterial importante, shock, síndrome de distrés respiratorio... El consumo habitual de cannabis está generando deterioro psicológico, social, académico y cultural sobre todo en los consumidores de



menor edad, también un aumento en la mortalidad causada indirectamente por accidentes de tráfico y laborales.

BENZODIACEPINAS: Fármaco depresor selectivo del SNC, con usos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y miorelajantes. La principal manifestación de la intoxicación se relaciona con su efecto sedante y se caracteriza por somnolencia, déficit de la capacidad de atención y concentración, alteración de la coordinación motora (ataxia), disartria y alteración de las funciones cognitivas, hipotonía muscular y flacidez.

BARBITURICOS: Desplazados por las benzodiazepinas, no se suelen usar ya como hipnótico-sedantes, aunque se utilizan todavía como antiepilépticos en el medio extra hospitalario y en el ámbito de la anestesia general y de la reanimación. En intoxicaciones leves se caracteriza por signos de embriaguez tales como; falta de coordinación, lentitud en el discurso oral, deterioro en el juicio, marcha atáxica, nistagmo y somnolencia. En intoxicaciones graves el paciente se presenta en coma con respiración superficial, atonía, flacidez y arreflexia, hipotermia, bradicardia e hipotensión arterial.

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS: Fármacos con efecto antidepresivo debido al bloqueo de diversos receptores: colinérgicos muscarínicos, histamina H1, adrenérgicos alfa-1, recaptación de serotonina y de noradrenalina. Los dos últimos son los responsables del efecto antidepresivo, al aumentar la concentración de estas sustancias en los espacios sinápticos, mientras que los primeros inducen efectos secundarios: el bloqueo muscarínico produce estreñimiento, visión borrosa y sequedad de boca, mientras que el bloqueo adrenérgico produce mareos e hipotensión ortostática. Las intoxicaciones graves pueden



cursar con coma, hipotensión arterial, convulsiones y arritmias, la mortalidad se asocia a cardiotoxicidad.

OPIACEOS Y OPIOIDES: Los opiáceos, son todos aquellos derivados naturales que se obtienen del opio. Los alcaloides naturales (opíáceos) contenidos en la planta son 3: morfina, codeína y papaverina. Aparte están los opioides, que son todos aquellos compuestos químicos que poseen una actividad similar a los opiáceos y que se obtienen en el laboratorio. Los opioides se dividen en semisintéticos como la heroína, y los sintéticos como la metadona. La mayor parte de los opioides son propensos a la adicción y al abuso, gran inconveniente para su uso de forma rutinaria.

La intoxicación por opioides es una emergencia médica. Produce una tríada que consiste en miosis, depresión del nivel de conciencia que puede llegar al coma profundo y depresión respiratoria que acompañada de apnea puede conducir a una acidosis mixta, convulsiones y parada cardiorrespiratoria. En intoxicaciones más leves puede darse hipotensión arterial, hipotermia secundaria a hipotonía muscular y vasodilatación asociadas. Hay que tener en cuenta que la sobredosis por heroína suele ocurrir en el contexto de poliintoxicaciones, la mayor parte de pacientes que fallecen tienen niveles en sangre elevados de alcohol (29-75%) y benzodiacepinas (5-12%).¹

1.2.2 Estimulantes del SNC

COCAINA: Alcaloide con acción anestésica en el sistema nervioso periférico y estimulante del SNC. Provoca hiperactividad motora, sensación de energía, insomnio, disminución del apetito, euforia... El principal motivo por el que los consumidores de cocaína consultan en



un servicio de urgencias es por problemas cardiológicos, isquemia coronaria, arritmias o hipertensión arterial, problemas neurológicos como cefalea, convulsiones Ictus o problemas psiquiátricos, principalmente las alucinaciones, psicosis o agitación.

ANFETAMINAS Y METANAFETAMINAS: Compuestos sintéticos estimulantes del SNC cuyo consumo se asocia a entornos de ocio. Se considera una droga social que provoca euforia, empatía y desinhibición. Mientras que la anfetamina mejora levemente el rendimiento psicomotor, las metanfetaminas no provoca este efecto. Las metanfetaminas inducen un estado emocional positivo, agradable, aparece una hipersensibilidad sensorial, alteraciones de la intensidad y brillo de los colores, alteraciones de la percepción subjetiva del tiempo y mayor agudeza visual y auditiva, pero no produce alucinaciones. Todas las anfetaminas incrementan la presión arterial y la frecuencia cardiaca, y puede aumentar la temperatura corporal y el diámetro pupilar, pudiendo ocasionar visión borrosa y mayor sensibilidad a la luz. En intoxicaciones moderadas se puede dar sequedad de boca, sudoración profusa, hipertermia, temblor, tensión muscular y mandibular, vómitos, agitación, nerviosismo, hipertensión arterial... El uso continuo de las anfetaminas también puede inducir otros trastornos mentales como delirium, psicosis, ansiedad, trastorno del estado de ánimo, sexuales y del sueño.

1.3 VÍAS DE CONSUMO

Debido a la gran variedad de sustancias y a las diversas formas de presentación, existen diferentes vías de entrada del tóxico al organismo. La peligrosidad de la intoxicación va a



depender también de estas vías, ya que el tiempo de actuación cambia para cada una de ellas.

- Vía oral, sustancia ingerida mediante el tubo digestivo. Es la puerta de entrada más importante, y su rapidez de absorción depende no solo del tóxico, sino también del estado funcional y contenido presente en estómago e intestino.
- Vía parenteral, la sustancia se introduce directamente en el torrente sanguíneo. Es la más peligrosa, junto con la vía respiratoria, dada su rapidez de acción.
- Vía respiratoria, considerada muy agresiva debido a la rápida distribución tisular. El tóxico se introduce bien sea fumado o esnifado, donde la absorción se produce a través de las mucosas.
- Otras vías, como puede ser la rectal, muy infrecuente, puede darse en tráfico de drogas. Body-pakers: persona portadora de cuerpos extraños intrabdominales envueltos en látex, goma o celofán los cuales suelen contener drogas ilegales. Body-stuffer, persona que ingiere cantidades pequeñas de drogas de forma compulsiva, rápidamente, con el fin de ocultar el material ilegal. Rara vez son bien envueltas y existe fuga del material con posterior absorción sistémica.⁶

1.4 EPIDEMIOLOGIA

El observatorio español de la droga y las toxicomanías ofrece una visión global sobre la evolución, las características y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país. En su última publicación presenta información relativa al consumo desde 1994 hasta 2013. Las fuentes de información son dos encuestas: Encuesta sobre Alcohol y



Drogas en España (EDADES) y Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), en sus sucesivas ediciones. EDADES y ESTUDES se realizan de forma bienal (un año una y el siguiente la otra), y se promueven y financian directamente desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.^{7, 8}

En población general, la comprendida entre 15 y 64 años, las drogas legales son las que presentan mayores prevalencias de consumo. El alcohol es el psicoactivo de consumo más extendido en España, el abuso de alcohol sobre todo durante los fines de semana, es la primera causa de IA en nuestro país. En 2013 el estudio contaba con una muestra de 23.136, de las que un 9,8% había tomado diariamente bebidas alcohólicas y un 19,1% decía haber experimentado al menos una intoxicación etílica importante en el último año. Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. Según la OMS en su informe de 2011 respecto al alcoholismo, en Europa se consume una media de 9 litros de alcohol puro por persona y año.⁹

El consumo de las drogas ilegales ha aumentado de forma más clara en la última década. Este incremento es más acusado entre los adolescentes y jóvenes. Los derivados del cannabis son las drogas ilegales más consumidas en todo el mundo. El Observatorio Europeo de las Drogas y de las Toxicomanías calcula que los consumen de forma regular unos 3 millones de europeos.



En 2013, un 30,4% de los españoles entre 15 y 64 años, había consumido en alguna ocasión y el 1,9% a diario. La mortalidad directa ha resultado ser casi nula y los ingresos en los servicios de urgencias escasos.

Según datos publicados por las Naciones Unidas en su informe de 2006, en el mundo hay unos 34,7 millones de personas de entre 15 y 64 años que toman derivados de anfetaminas al menos una vez al año, el consumo es superior al de opioides (15,9 millones) y al de cocaína (13,4 millones). Los consumidores de éxtasis y anfetaminas también consumen otras drogas y por ello, pueden considerarse policonsumidores, siendo las más relevantes el alcohol (98,7%), el tabaco (90,5%), el cannabis (86,5%), la cocaína (60,2%) y los alucinógenos (23,4%).

Desde finales de los años noventa, la población que ha consumido cocaína en polvo no ha dejado de crecer. En 2013 se obtiene que 1 de cada 10 personas de la población general en España había consumido en alguna ocasión.

En los últimos años se ha reducido el consumo de opiáceos tras la instauración de programas de mantenimiento con metadona a principios de los años 90, en España unos 70.000 adictos a opiáceos se encuentran en tratamiento sustitutivo con metadona. Aun así, la heroína sigue siendo la droga que causa mayores problemas sanitarios y mayor mortalidad.

En cuanto al consumo de fármacos el 51,9% de la población entre 15 y 64 años en España ha consumido en alguna ocasión tranquilizantes, hiposedantes o somníferos con o sin receta, de los cuales el 19% eran jóvenes de entre 14 a 18 años.



En la actualidad más del 50% de las intoxicaciones agudas (IA) atendidas en los Servicios de Urgencias se deben a fines recreativos, mientras que el 30% suponen gestos autolíticos. Es destacable la diferencia entre el número de urgencias atendidas por intoxicaciones accidentales y voluntarias, el estudio multicéntrico HISPATOX realizado durante el año 2006 presenta en sus datos 154 intoxicaciones accidentales frente a 1781 voluntarias y el estudio VEIA 2004 describe 262 intoxicaciones accidentales frente a 1240 voluntarias.^{10, 11}

1.5 MANEJO DE LAS INTOXICACIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Las intoxicaciones agudas, se caracterizan por la aparición en menos de 24 horas del cuadro clínico, después de la absorción de una dosis, más o menos elevada, del agente tóxico. Su evolución puede llevar a la muerte o a una recuperación total o parcial. Aunque la gran mayoría de las IA que acuden a un servicio de urgencias son solucionadas con éxito, el abordaje terapéutico puede dividirse en dos.

- Situación de emergencia: Ante estas situaciones, prevalece tratar al paciente y después al tóxico. Conlleva asistencia de cuidados generales, siguiendo los pasos del algoritmo de soporte vital, mantenimiento de constantes y resolución de las complicaciones que puedan aparecer. (Imagen 1)
- Actuación específica contra el tóxico: Se basa en adoptar medidas que actúen contra el tóxico, que impidan su absorción, faciliten su eliminación o el uso de antídotos.



Resucitación en el hospital

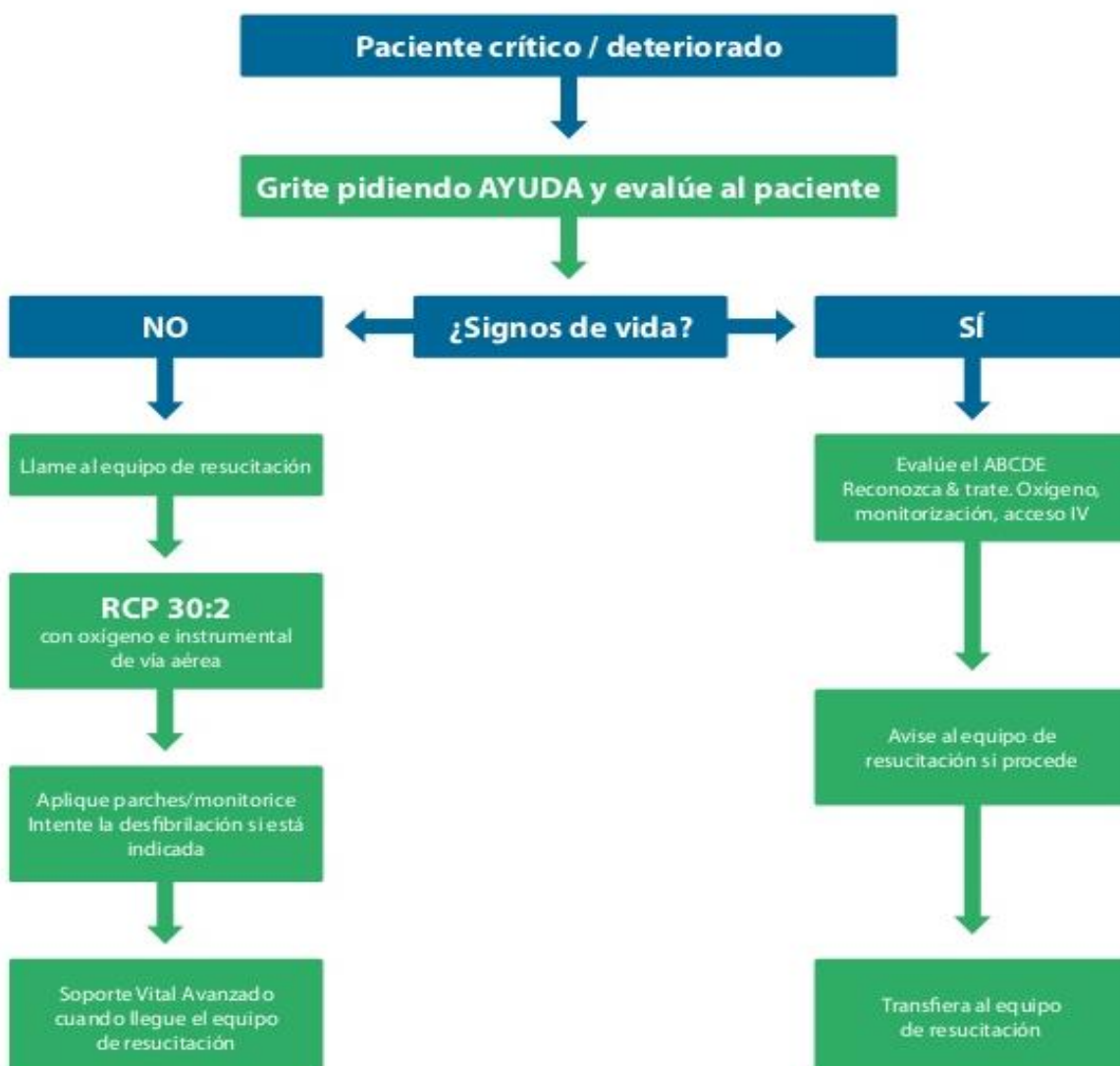


Imagen 1. Protocolo de actuación en PCR en centro hospitalario.



- Medidas que impiden la absorción del toxico:
 - El carbón activado, actúa sobre el tóxico ubicado a nivel gastrointestinal y a nivel plasmático, en dosis continuas puede disminuir los niveles plasmáticos de algunas sustancias, puede darse a beber diluido en agua o por sonda orogástrica.
 - Inducción al vómito, indicado en intoxicaciones por vía oral, siempre que no hayan pasado más de 4 horas desde la ingestión, está en desuso y requiere pacientes con buen nivel de consciencia.
 - Lavado gástrico, presenta la máxima eficacia si la ingesta no se produjo hace más de dos horas, pudiendo realizarse hasta 4-6 horas después, contraindicado también en pacientes con bajo nivel de consciencia.

- Medidas para aumentar la diuresis:
 - Diuresis forzada que solo debe utilizarse tras restablecer la volemia eficaz. Hay que tener precaución en las cardiopatías y nefropatías.
 - La depuración extrarrenal, que se adopta en intoxicación severa resistente a medidas anteriores; cuando el tóxico alcance niveles séricos muy altos y/o se produzca insuficiencia hepática o renal.

- Los antidotos, son fármacos capaces de neutralizar o revertir los efectos del toxico. Su uso está indicado en intoxicaciones graves, y no deberían administrarse en las intoxicaciones leves que se puedan solucionar con otras medidas.



2 JUSTIFICACIÓN

Frente a la gran información sobre el consumo de drogas, en España existen pocos estudios epidemiológicos sobre las intoxicaciones agudas atendidas en los Servicios de Urgencias. Las muestras de estos estudios no tienen un carácter global ya que, o bien analizan sólo a pacientes admitidos en determinados servicios o bien la muestra se circunscribe a la población de una única región.

El conocimiento del perfil epidemiológico de las intoxicaciones agudas es imprescindible para su correcto diagnóstico y tratamiento a tiempo. La obtención de datos en el momento de la atención a estos pacientes es complicada, de aquí deriva la necesidad de realizar estudios de investigación.

El estudio observacional de las intoxicaciones y sus características es indispensable para la realización de guías y protocolos actualizados, con el fin de mejorar el manejo clínico de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias. Por otra parte también es importante para la creación de planes de prevención primaria que traten de resolver los problemas psicosociales relacionados tanto con el consumo de drogas (legales e ilegales) como con el abuso de medicamentos. Estas estrategias, pueden ayudar a mejorar la atención sanitaria, reducir el número de intoxicaciones y disminuir el coste económico para el sistema sanitario.



3 OBJETIVOS

Objetivo principal del estudio:

- Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de intoxicación por sustancias de abuso atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital San Agustín durante el año 2015.

Objetivos secundarios:

- Describir la asociación entre las intoxicaciones agudas y variables sociodemográficas como la edad o el sexo.
- Evaluar la asociación entre intoxicaciones agudas y los antecedentes psiquiátricos de los pacientes.
- Identificar el tipo de tóxico más frecuentemente encontrado en los pacientes intoxicados.
- Comprobar si existen diferencias entre el nivel de tóxico más consumido respecto a la hora del día, día de la semana o mes en las atenciones.



4 MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Tipo de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital San Agustín de Avilés (Principado de Asturias), hospital comarcal que da cobertura a 152.802 ciudadanos censados en los diferentes municipios.

4.2 Ámbito de estudio.

Se procedió a la revisión de las historias clínicas informatizadas de los pacientes atendidos durante el año 2015 con diagnóstico médico al alta de intoxicación etílica aguda o intoxicación medicamentosa.

4.3 Población.

- Población diana. Pacientes atendidos por intoxicación aguda.
- Población accesible. Pacientes atendidos por intoxicación aguda en el servicio de urgencias del Hospital San Agustín durante el año 2015.
- Población elegible:

Crterios de inclusión:

1. Diagnóstico médico al alta de intoxicación etílica aguda o intoxicación medicamentosa.
2. Edad entre 14 – 85 años.
3. Intoxicación voluntaria por drogas de abuso.



4. Constancia en la historia clínica de confirmación analítica mediante estudio toxicológico, bien sea por etanol en sangre o determinación de drogas en orina.

Crterios de exclusión:

1. Intoxicación cuya intencionalidad sea involuntaria o se desconozca.
2. Pacientes que no posean estudio analítico que confirme el tóxico causante de intoxicación.
3. Intoxicación que no sea causada por una droga de abuso.
4. Pacientes cuya historia clínica estuviera incompleta.

4.4 Muestra.

Se revisó un total de 284 historias clínicas de pacientes atendidos por intoxicación en el Servicio de Urgencias del Hospital San Agustín durante el año 2015.

4.5 Variables a estudio.

Las variables son cada una de las características susceptibles de ser estudiadas de cada individuo. En el caso de este estudio hemos valorado las diferentes variables descritas en la hoja de recogida de datos (Anexo 1):

- Edad: Expresado en años cumplidos hasta el momento de inclusión en el estudio. Variable cuantitativa discreta.
- Sexo: Diferenciando entre hombre o mujer. Variable cualitativa dicotómica.
- Día de la semana de la atención. Variable cualitativa politómica.
- Mes en el que se produjo la atención. Variable cualitativa politómica.



- Hora de llegada al Servicio de Urgencias. Variable cuantitativa continua.

Total de horas que permaneció el paciente en el servicio de urgencias.
- Duración de la atención: Variable cuantitativa continua.

Forma mediante la cual el paciente accedió al servicio de urgencias, diferenciando si el paciente lo hizo por decisión propia, si fue traído por una unidad de Soporte Vital Básico (SVB), una Uvi Móvil o por las Fuerzas de Orden Público.
- Presencia de Antecedentes psiquiátricos. Variable cualitativa dicotómica.

Constancia en la historia clínica de antecedentes en el servicio de salud mental a nivel público o privado.
- Presencia de intoxicaciones previas. Variable cualitativa dicotómica.

Constancia en la historia clínica de este hospital de alguna otra atención por intoxicación aguda voluntaria.
- Nivel de conciencia a su llegada al servicio. Variable cualitativa politómica.

Valoración del nivel de conciencia a la llegada del paciente, valorado por enfermería y diferenciándolo entre:
 - Consciente*, estado en el cual el paciente tiene conocimiento de sí mismo y de su entorno.
 - Somnoliento*, paciente consciente con tendencia al sueño.
 - Obnubilado*, reducción del estado de alerta del paciente, cierto grado de bradipsiquia.



-*Estuporoso*, paciente dormido profundamente que responde a estímulos vigorosos, repetitivos o dolorosos, y que tras cesar los estímulos vuelve a recaer en el mismo estado.

-*Inconsciente*, paciente con falta de respuesta a cualquier tipo de estímulo.

- Número de tóxicos. Variable cualitativa dicotómica.

Número de tóxicos causantes de intoxicación, diferenciándola entre único o combinación de varios.

- Tóxico causante de la intoxicación. Variable cualitativa politómica.

Sustancia confirmada por medio de método analítico que causa la intoxicación. Bien sea mediante el análisis de una muestra de sangre que confirme una concentración de etanol (medido en gramos de etanol por litro de sangre), o por presencia de drogas de abuso en una muestra de orina. Diferenciando las drogas de abuso entre benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, metanfetaminas, cocaína, cannabis, morfina y metadona. Vía de entrada del tóxico. Variable cualitativa politómica. Vía mediante la que se introduce el tóxico al organismo, diferenciada entre vía oral, vía parenteral, vía respiratoria u otras.

- Intencionalidad de la intoxicación. Variable cualitativa politómica.

Fin con el que el paciente ha tomado la sustancia causante de intoxicación, siempre tratándose de un acto voluntario. Diferenciada entre fines recreativos, fines autolíticos, consumo asociado a problemas personales o etilismo crónico.

- Tipo de tratamiento llevado a cabo. Variable cualitativa politómica.



Finalidad de la actuación por parte del personal sanitario:

- Soporte vital, medidas llevadas a cabo para recuperar las funciones vitales.
 - Reducción de la absorción del tóxico, uso de sustancias que neutralicen el toxico.
 - Uso de antídotos, uso de fármacos específicos contra la acción del toxico.
 - Facilitar la eliminación del tóxico, medidas que aceleren la eliminación del toxico del organismo.
 - Cuidados generales o mantenimiento de constantes. Medidas de soporte para la buena evolución del paciente.
- Destino al alta. Variable cualitativa, politómica.

Diferenciado entre domicilio, ingreso hospitalario, fallecimiento, alta voluntaria o fuga.

4.6 Procedimiento

Durante el mes de Diciembre del año 2015 se solicitaron los permisos pertinentes para la realización del estudio al comité de Ética del Principado de Asturias y a la Dirección de Enfermería del Hospital San Agustín de Avilés. (Anexo 2 y 3)

Tras recibir la autorización en enero de 2016, se solicitó un listado al servicio de codificación de historias clínicas sobre los pacientes atendidos por intoxicaciones etílicas y medicamentosas en el Servicio de Urgencias en el periodo de enero a diciembre de 2015. La revisión de las historias clínicas se realizó en la sala dispuesta para ello en el hospital, con el fin de preservar la confidencialidad de los datos. Se revisaron entre 10 – 15 historias



clínicas al día durante el mes de febrero. Las historias clínicas revisadas se disponían en formato electrónico, por ello para acceder a ellas se hizo a través del programa informático SELENE, el utilizado actualmente en el hospital. Para la recogida de datos se cumplimentó una hoja de recogida de datos con las diferentes variables a estudio. (Anexo1)

Para la gestión de los datos se utilizaron los programas Excel y SPSS, se desecharon los datos de los pacientes que no cumplían los criterios de inclusión. Para evitar la probabilidad de que la relación observada en los resultados fuera producto de la casualidad se estimó un intervalo de confianza del 95%, por tanto, se considera significativamente estadísticos si $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

Se atendieron un total de 284 pacientes por IA durante el año 2015, de los cuales hemos analizado las historias clínicas, excluyendo un total de 15 pacientes de nuestro estudio por no cumplir los criterios de inclusión.

- Intoxicación accidental en 4 pacientes.
- Intoxicación con fármacos sin tratarse de drogas de abuso en 2 pacientes.
- Diagnóstico de intoxicación etílica sin tener un estudio toxicológico que lo confirmara en 9 pacientes.

Del total de 269 pacientes atendidos, el rango de edad comprendido fue entre los 14 y los 82 años, la edad media fueron 44,9 años. El 60,2 % fueron hombres, con una media de edad



de 47,6 años y el 39,8% fueron mujeres, con una media de 40,8 años. Cabe destacar que en 7 ocasiones se atendió a menores de 16 años por intoxicación etílica. (Imagen 2 y 3)

El 74% de los casos se diagnosticó como intoxicación etílica aguda y el 26% como intoxicación medicamentosa. En las intoxicaciones etílicas destaca el 84,6% de hombres, mientras que en las intoxicaciones medicamentosas destaca el género femenino con el 58% de las atenciones. Al analizar la relación entre el sexo y el consumo obtenemos un resultado estadísticamente significativo, por el que los hombres destacan en las intoxicaciones etílicas y las mujeres en intoxicaciones medicamentosas (chi- cuadrado 23.72 y $p < 0.5$).

(Tabla1)

<i>SEXO / DIAGNOSTICO</i>	INTOXICACION ETILICA	INOXICACION MEDICAMENTOSA	TOTAL
HOMBRE	137	25	162
MUJER	62	45	107
TOTAL	199	70	269

Tabla 1. Tabla de contingencia frecuencia de sexo y diagnóstico médico.

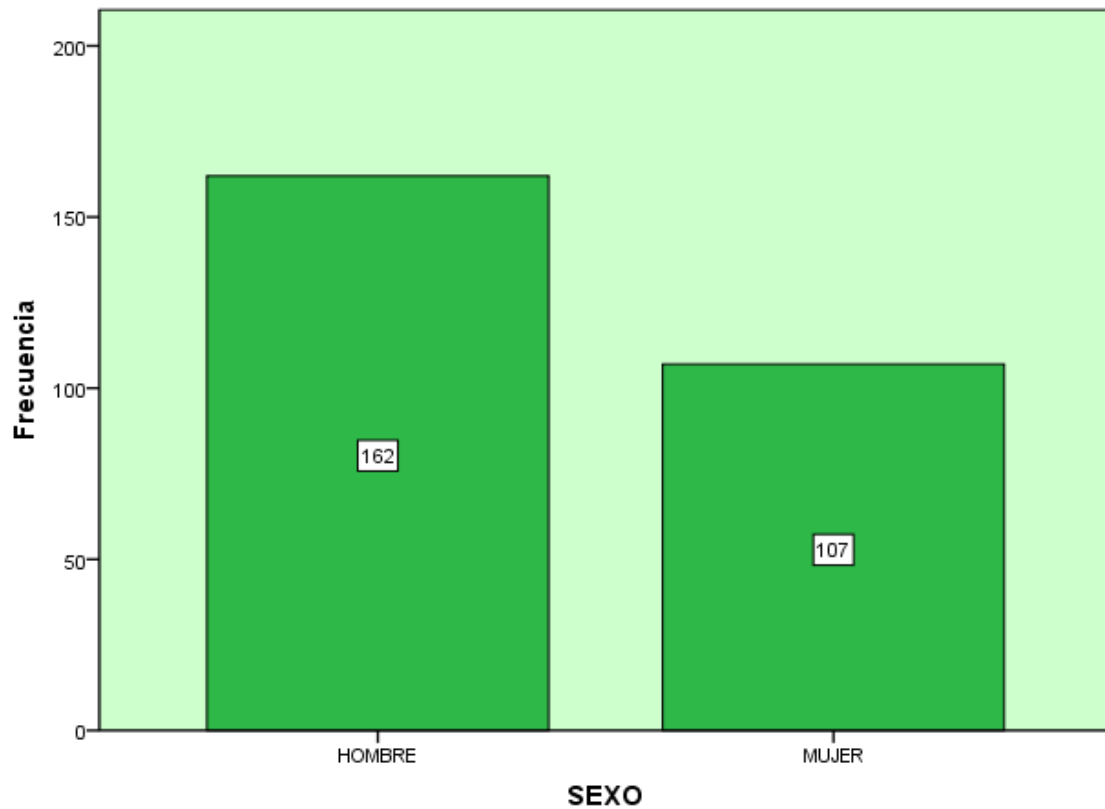


Imagen2. Frecuencia de atenciones divididas por sexo.

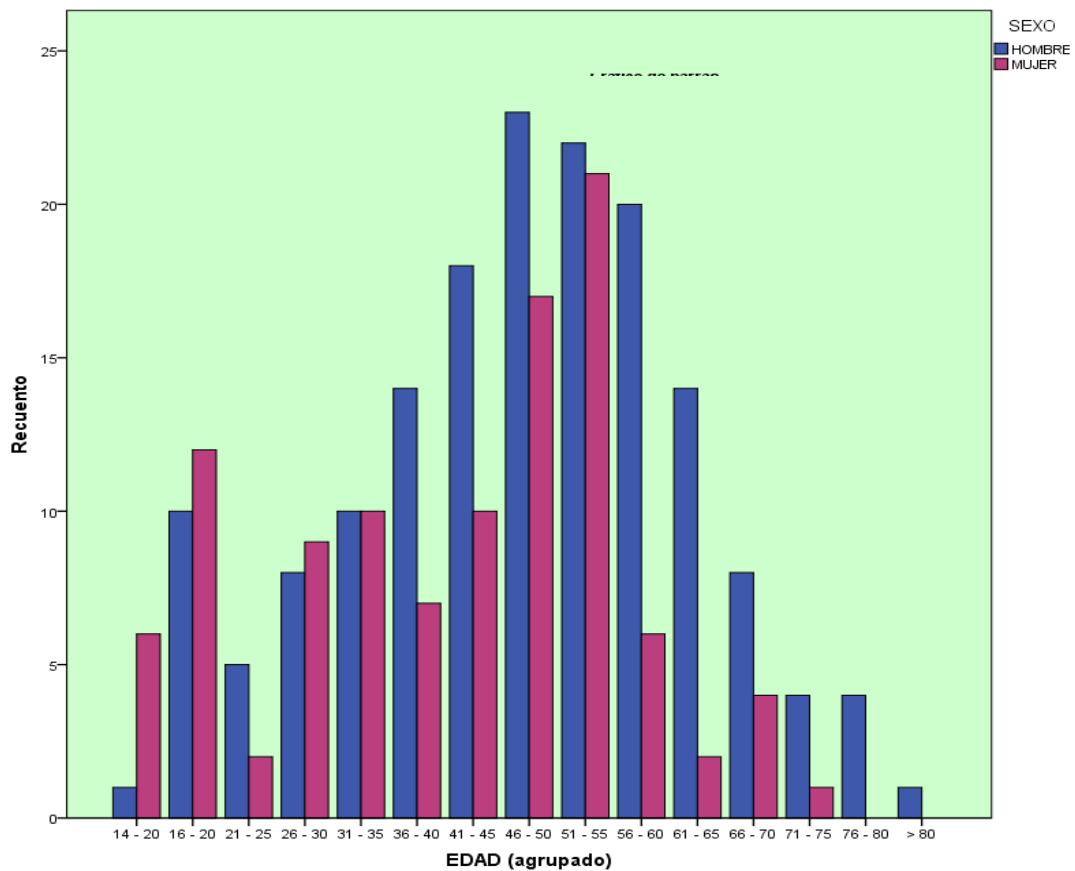


Imagen 3. Frecuencias de rango de edad separado por sexos.

En cuanto a la atención de IA durante los diferentes días de la semana, se observa unas cifras prácticamente igualadas durante lunes y martes y un aumento creciente desde el jueves, el día menos incidente con el 8,92%, hasta el domingo con el 22,3%. El 55,01% de los casos se atienden durante el fin de semana. La diferencia entre meses del año no es muy significativa, el único mes que despunta es Junio, donde se atendieron el 11,9% de los casos, mientras que el resto se mantienen prácticamente homogéneos. (Imagen 4 y 5)

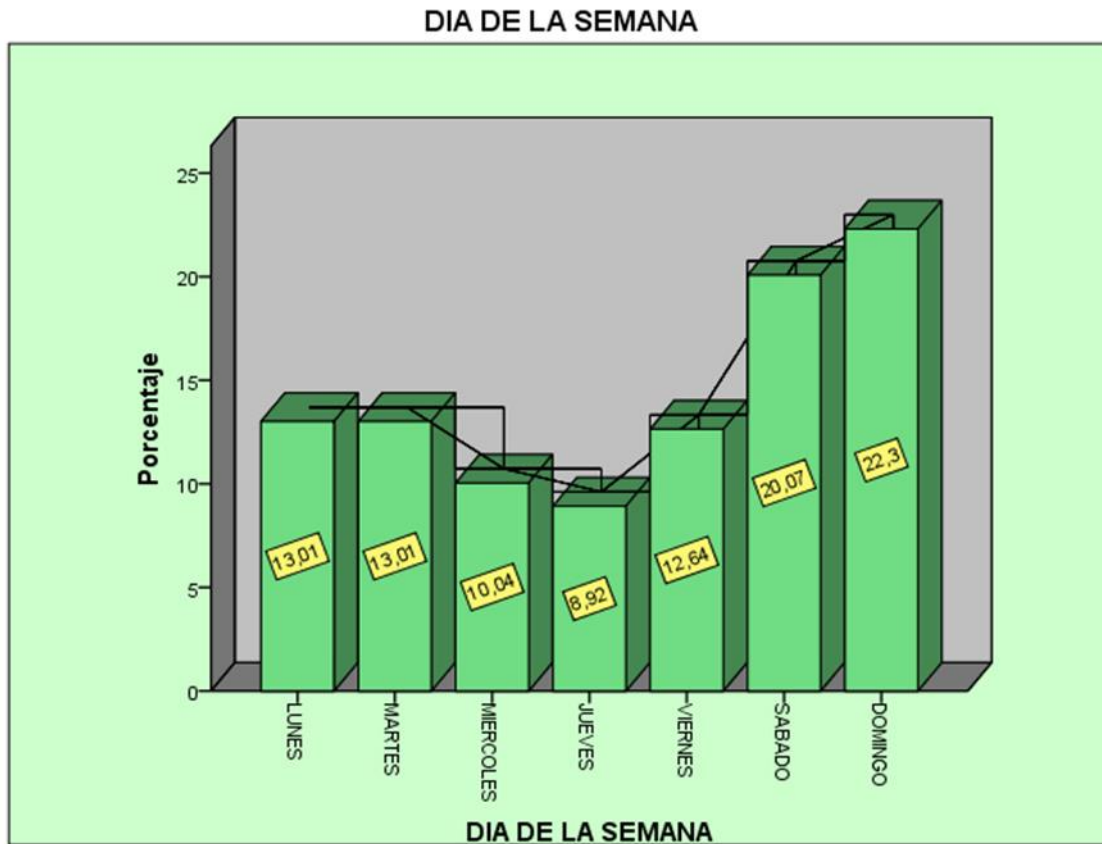


Imagen 4. Porcentaje de atenciones dividida en los días de la semana.

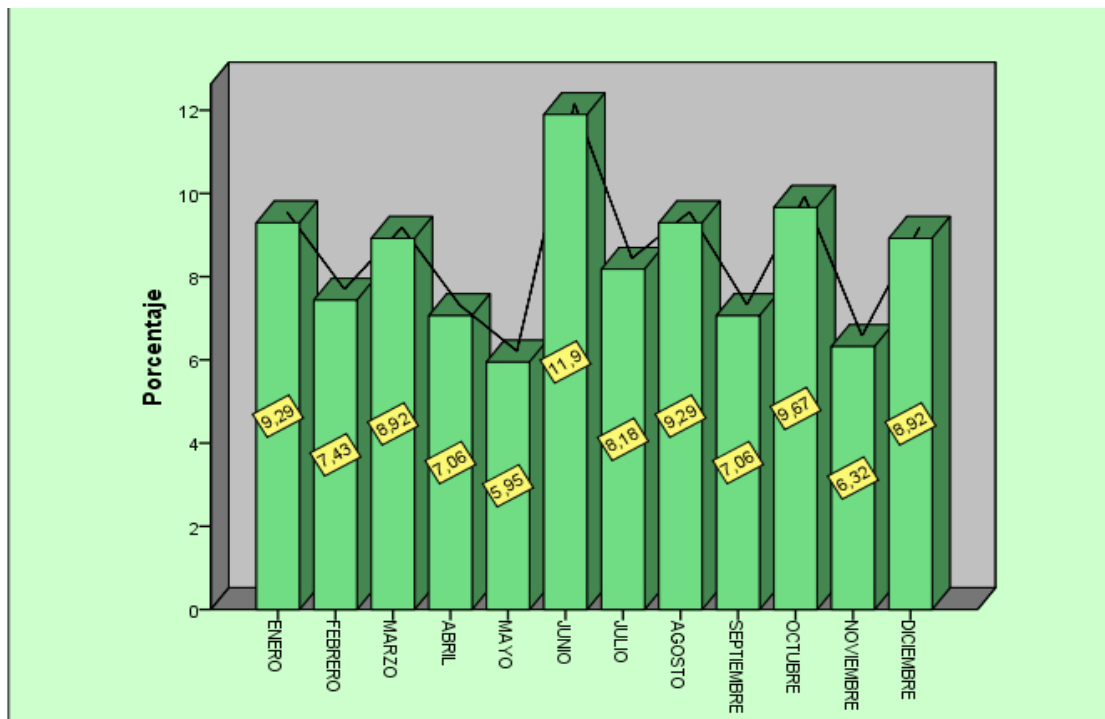


Imagen 5. Porcentaje de actuaciones dividida en meses.



La franja horaria de llegada mas incidente se mantuvo entre las 22:00 y las 24:00 horas, con un 18,2 % de los casos, pero lo cierto es que no sigue ningun patron, ya que los porcentajes son muy heterogenéos a lo largo de todo el dia. La duraci3n de la estancia media en el servicio de urgencias fue entorno a 10 horas, mientras que la moda se mantuvo entorno a 5 horas. (Tabla 2)

HORA DE LLEGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
00:00 – 2:00	26	9.7
2:00 – 4:00	30	11.2
4:00 – 6:00	16	5.9
6:00 – 8:00	14	5.2
8:00 – 10:00	4	1.5
10:00 – 12:00	9	3.3
12:00 – 14:00	12	4.5
14:00 – 16:00	27	10
16:00 – 18:00	32	11.9
18:00 – 20:00	22	8.2
20:00 – 22:00	28	10.4
22:00 – 24:00	49	18.2
<i>Total</i>	<i>269</i>	<i>100</i>

Tabla2. Frecuencia y porcentajes de atenciones dividida en rangos horarios.



La forma de llegada más habitual fue mediante una unidad de Soporte Vital Básico (SVB), que realizó 158 traslados por IA, lo que equivale a un 58% de los casos, seguidamente el 27,1% de los casos accedió al servicio de urgencias por decisión y medios propios, el 12,6% llegó a urgencias trasladado por una UVI móvil y tan solo el 2,2% lo hizo acompañado por Fuerzas de Orden Público. (Imagen6)

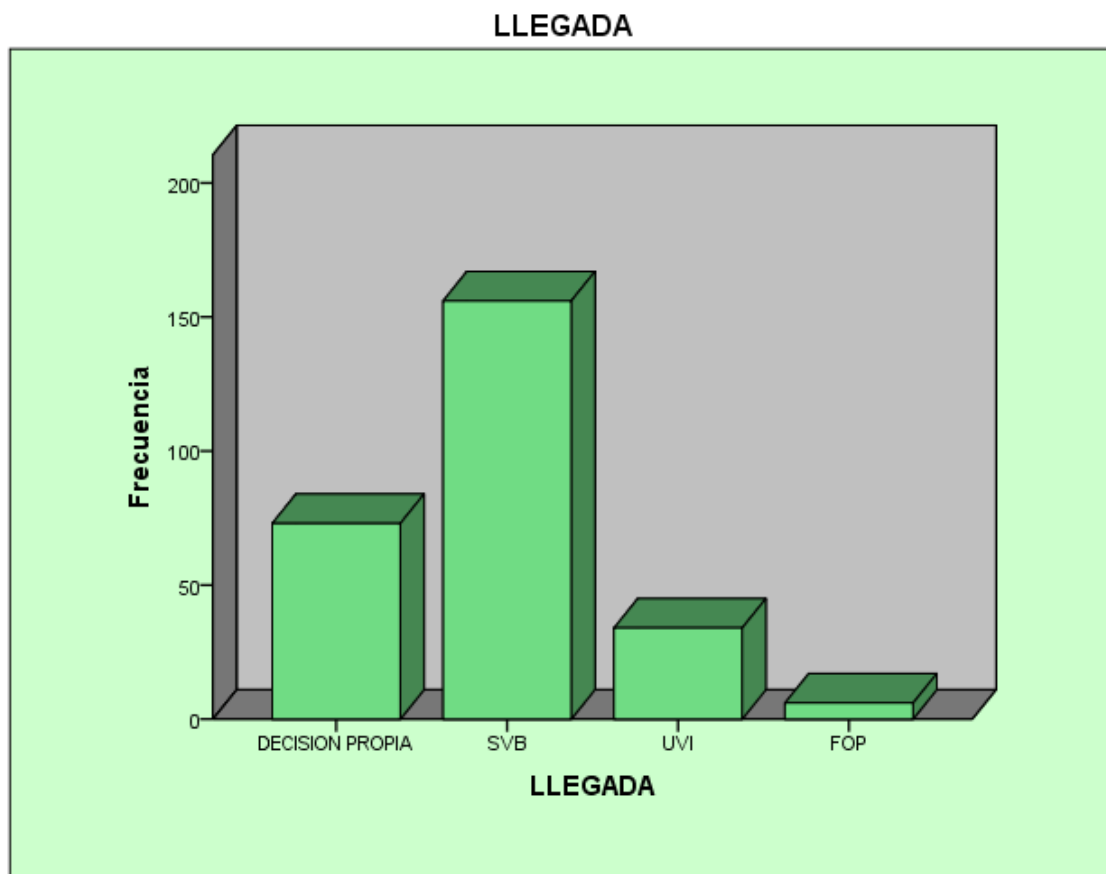


Imagen 6. Grafica de frecuencias sobre el modo de llegada de los pacientes.



El 63,6% de los pacientes era su primera intoxicación atendida en este servicio de urgencias, mientras que en el 36,4% de los casos se les conocían intoxicaciones previas en este centro.

(Tabla 3)

<i>ANTECEDENTES DE INTOXICACIONES</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE %</i>
<i>NO</i>	171	63.6
<i>SI</i>	98	36.4
<i>TOTAL</i>	269	100

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de pacientes atendidos con antecedente de otra intoxicación.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos, el 52% de los pacientes tenían antecedentes psiquiátricos antes de esta atención en urgencias, frente a un 48% que no se conocía ninguno (Imagen7). Al comparar los antecedentes psiquiátricos con el tipo de intoxicación diagnosticada, es estadísticamente significativo que, de los 70 pacientes atendidos por intoxicación medicamentosa, 60 de ellos (85%) poseían antecedentes psiquiátricos, mientras que de los 199 casos de intoxicación etilica aguda, solo 99 los tenían (48%). Valor de chi cuadrado 29.85 $p < 0.5$. (Tabla 4)(Imagen8)

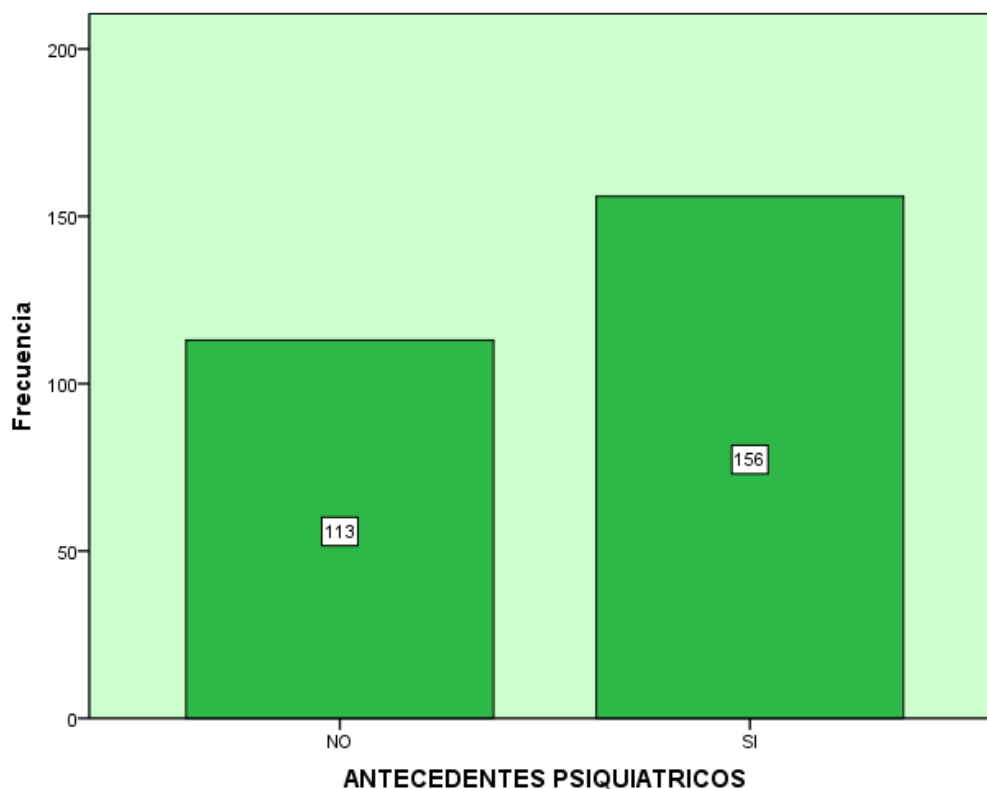


IMAGEN 7. Gráfico de frecuencias de los antecedentes psiquiátricos

ANTECEDENTES SALUD MENTAL / DIAGNOSTICO DE INTOXICACION	ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS		TOTAL
	NO	SI	
INTOXICACION ETILICA	103	96	199
INTOXICACION MEDICAMENTOSA	10	60	70
TOTAL	113	156	269

Tabla 4. Tabla de contingencia entre antecedentes psiquiátricos y diagnóstico al alta.

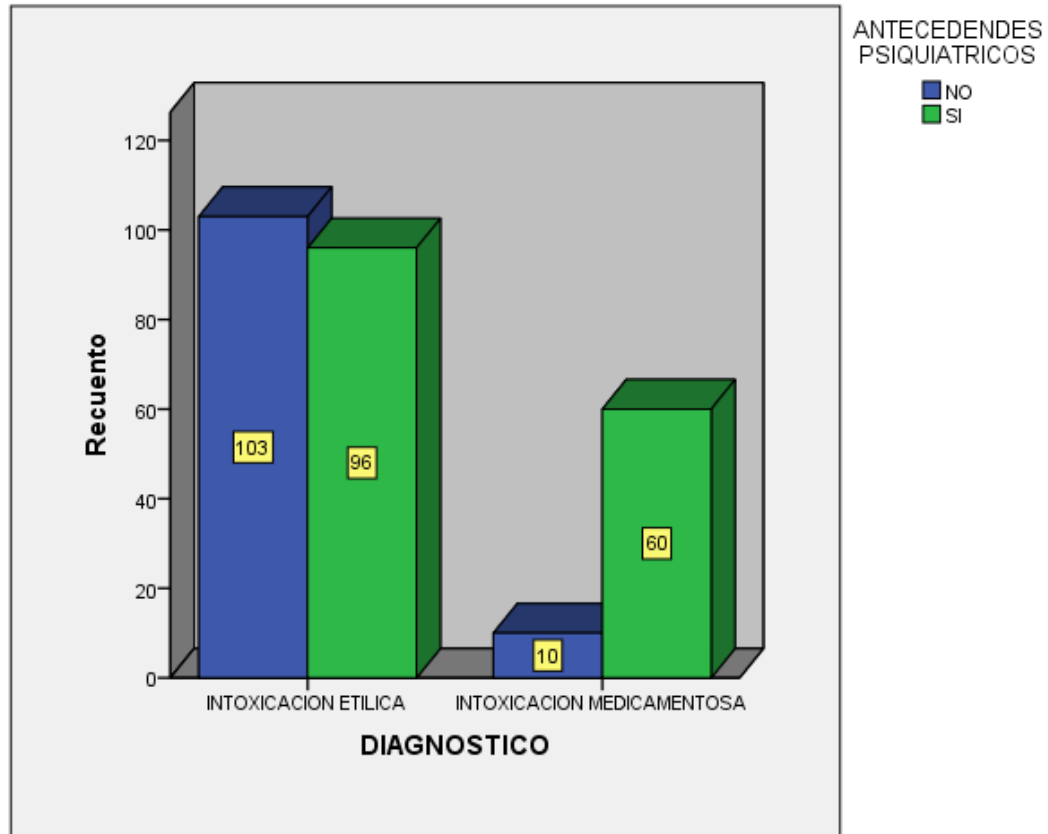


Imagen 7. Gráfico de frecuencias de los diferentes diagnósticos relacionado con los antecedentes psiquiátricos.

En un 75,8% de las ocasiones los pacientes llegaron conscientes a urgencias, bien agitados, agresivos, colaboradores o no, pero con un buen nivel de conciencia. El 11,9 % lo hacían somnolientos, el 4,5% con un estado de obnubilación, el 5,9% estuporoso y el 1,4% inconsciente o en coma. (Tabla 5)



NIVEL DE CONCIENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
CONSCIENTE	204	75,8
SOMNOLIENTO	32	11,9
OBNUBILADO	12	4,5
ESTUPOROSO	16	5,9
INCONSCIENTE	2	0,7
HIPERVIGILANTE	1	0,4
COMA	2	0,7
Total	269	100,0

Tabla5. Frecuencia y porcentajes del nivel de conciencia de los pacientes atendidos.

En cuanto al número de tóxicos causantes de la intoxicación, el 68,4% de las intoxicaciones se produjeron únicamente por un agente, mientras que el 31,6% se debían al policonsumo. Existen multitud de combinaciones entre las IA atendidas, descritas en las tablas siguientes. Cabe destacar que el 50,2% se deben a intoxicaciones por etanol, el 16,4% a intoxicaciones por benzodiacepinas y el 14,1% a una combinación de los dos. (Imagen 8) (Tabla 6)

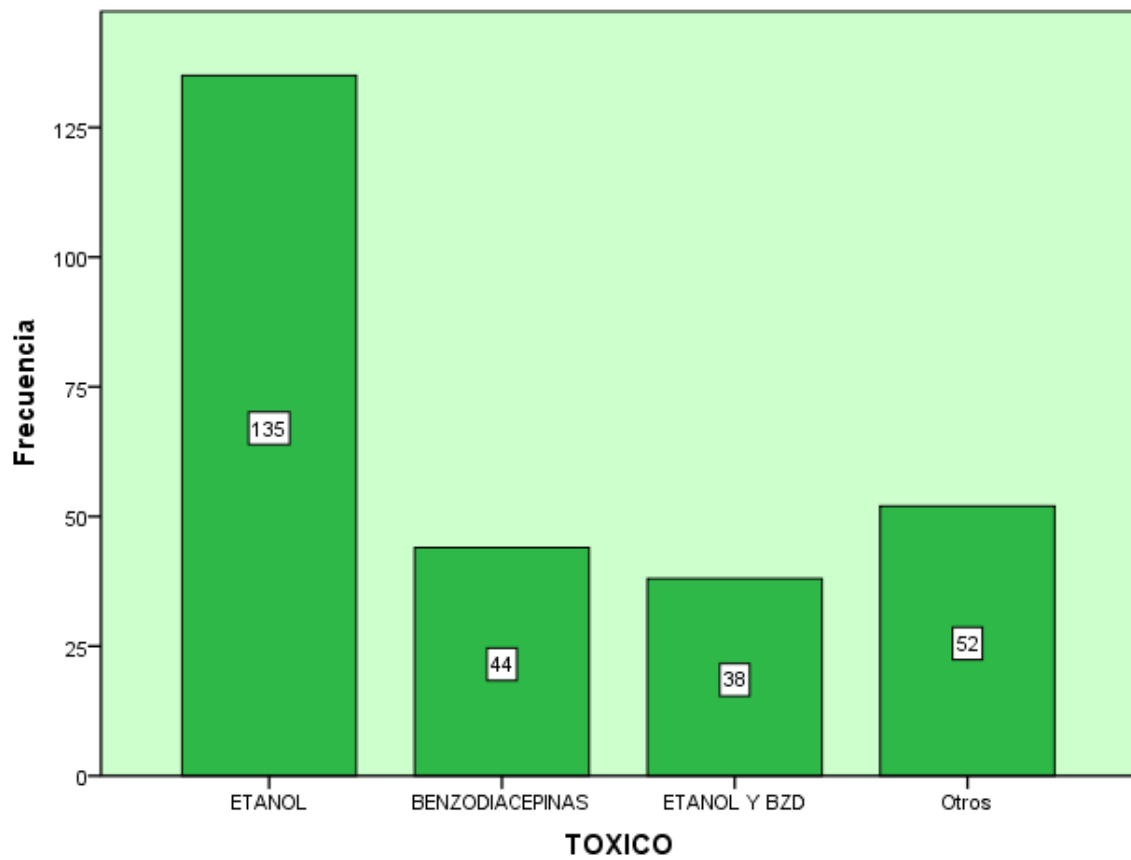


Imagen 8. Gráfico de frecuencias de las diferentes drogas de abuso.



COMBINACION DE TOXICOS	FRECUENCIA	%	PORCENTAJE VÁLIDO
ETANOL	135	50,2	50,2
BENZODIACEPINAS	44	16,4	16,4
ETANOL Y BZD	38	14,1	14,1
BZD Y ANTIDEPRESIVOS	6	2,2	2,2
ETANOL Y CANNABIS	10	3,7	3,7
ETANOL Y COCAINA	4	1,5	1,5
CANNABIS BZD Y METANFETAMINAS	1	0,4	0,4
BZD Y COCAINA	4	1,5	1,5
ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS	1	,4	0,4
ETANOL BZD COCAINA Y METAANFETAMINAS	5	1,9	1,9
ETANOL BZD Y CANNABIS	6	2,2	2,2
ETANOL BZD Y COCAINA	8	3,0	3,0
ETANOL BZD COCAINA Y MORFINA	1	0,4	0,4
ETANOL BZD Y METADONA	1	0,4	0,4
BZD + METANFETAMINAS	1	0,4	0,4
BZD Y CANNABIS	1	0,4	0,4
ETANOL COCAINA Y CANNABIS	1	0,4	0,4
ETANOL + METANFETAMINAS	1	0,4	0,4
ETANOL + BZD + ANTIDEPRESIVOS	1	0,4	0,4
Total	269	100,0	100,0

Tabla 6. Combinación de consumo de los diferentes tóxicos

Dado que el etanol resultó ser la droga de abuso mas consumida, si comparamos la media del nivel de alcohol en sangre con el sexo, no se encuentra significacion estadistica (T 2.587 y $p > 0.05$), tampoco al compararla con las atenciones en los diferentes días de la semana (ANOVA F: 0.89 y $p > 0.05$), ni con los meses (ANOVA F: 1.2 y $p > 0.5$). Tampoco es así, si



comparamos el nivel de etanol con nivel de conciencia (ANOVA F: 0.516 y $p > 0.05$). (Tablas 7 y 8)

NIVEL DE ETANOL EN SANGRE (MG/DL)		FRECUENCIA	PORCENTAJE %
VALIDOS	<= ,50	5	1,9
	,51 - 1,00	7	2,6
	1,01 - 1,50	20	7,4
	1,51 - 2,00	29	10,8
	2,01 - 2,50	37	13,8
	2,51 - 3,00	39	14,5
	3,01 - 3,50	29	10,8
	3,51 - 4,00	29	10,8
	4,01 - 4,50	9	3,3
	4,51+	5	1,9
	TOTAL	209	77,7
	PERDIDOS	SISTEMA	60
TOTAL		269	100,0

Tabla 7. Frecuencia del nivel de etanol en sangre consumido por los pacientes.

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
NIVEL ETANOL	HOMBRE	142	2,7087	1,00908	,08468
	MUJER	67	2,3224	1,00492	,12277

Tabla 8. Media del nivel de etanol en sangre diferenciado por sexos.



La vía de entrada del tóxico más utilizada fue la vía oral 92,2% de las ocasiones, el resto se produjo en intoxicaciones con combinación de tóxicos, por tanto, el resultado fueron varias vías de entrada (el 7,8 %), sin aparecer en ningún caso una única vía de entrada que no fuera la oral.

Si nos centramos en la intencionalidad de las intoxicaciones, el 54,6% de los casos fue con un fin recreativo, mientras que el 25,3% fue con intención autolítica, este resultado es menor que en el de la bibliografía consultada, pero similar al de un estudio anteriormente realizado en este área sanitaria en 2007 donde la tasa de intentos autolíticos fue del 21,1%.¹² (Tabla 9)

INTENCIONALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
FIN RECREATIVO	147	54,6
CONSUMO ASOCIADO A PROBLEMAS PERSONALES	39	14,5
INTENTO AUTOLITICO	68	25,3
ETILISMO CRONICO	13	4,8
DESCONOCIDO	2	0,7
TOTAL	269	100,0

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de la intencionalidad de las intoxicaciones atendidas.

En cuanto a la recogida de datos sobre el tratamiento, el acceso a la información era limitado, pero aun así se observa que en la gran mayoría de los casos el tratamiento va enfocado a unos cuidados generales y a mantener una buena evolución de las constantes



del paciente. La siguiente medida más utilizada fue el uso de antidotos y la reducción de absorción del tóxico mediante lavado gástrico y administración de carbón activado. (Tabla 10)

TRATAMIENTO		FRECUENCIA	PORCENTAJE %
VÁLIDOS	REDUCCION ABSORCION DEL TOXICO	8	3,0
	ANTIDOTOS	12	4,5
	MANTENIMIENTO DE CONSTANTES	222	82,5
	REDUCCIÓN ABSORCIÓN DEL TOXICO + ANTIDOTO	8	3,0
	REDUCCIÓN ABSORCIÓN DEL TOXICO + ANTIDOTO+ CUIDADOS GENERALES	3	1,1
	ANTIDOTO Y CUIDADOS GENERALES	13	4,8
	REDUCCION ABSORCION TOXICO + CUIDADOS GENERALES	2	0,7
	TOTAL	268	99,6
PERDIDOS	SISTEMA	1	,4

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de los diferentes tratamientos llevados a cabo en el SU.

Y por último, como destino al alta, el 83,3% de las IA fueron resueltas en el servicio de urgencias, dándoles el alta para su domicilio frente a un 11,2% que tuvieron que ser hospitalizados. El 4,8% se fue de alta voluntaria antes de que el servicio lo considerara oportuno y el 0,7% se fugó. (Tabla 11) (Imagen 9)



DESTINO AL ALTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
DOMICILIO	224	83,3
HOSPITALIZACION	30	11,2
ALTA VOLUNTARIA	13	4,8
FUGA	2	0,7
TOTAL	269	100,0

Tabla 11. Frecuencia de los destinos al alta de los pacientes atendidos.

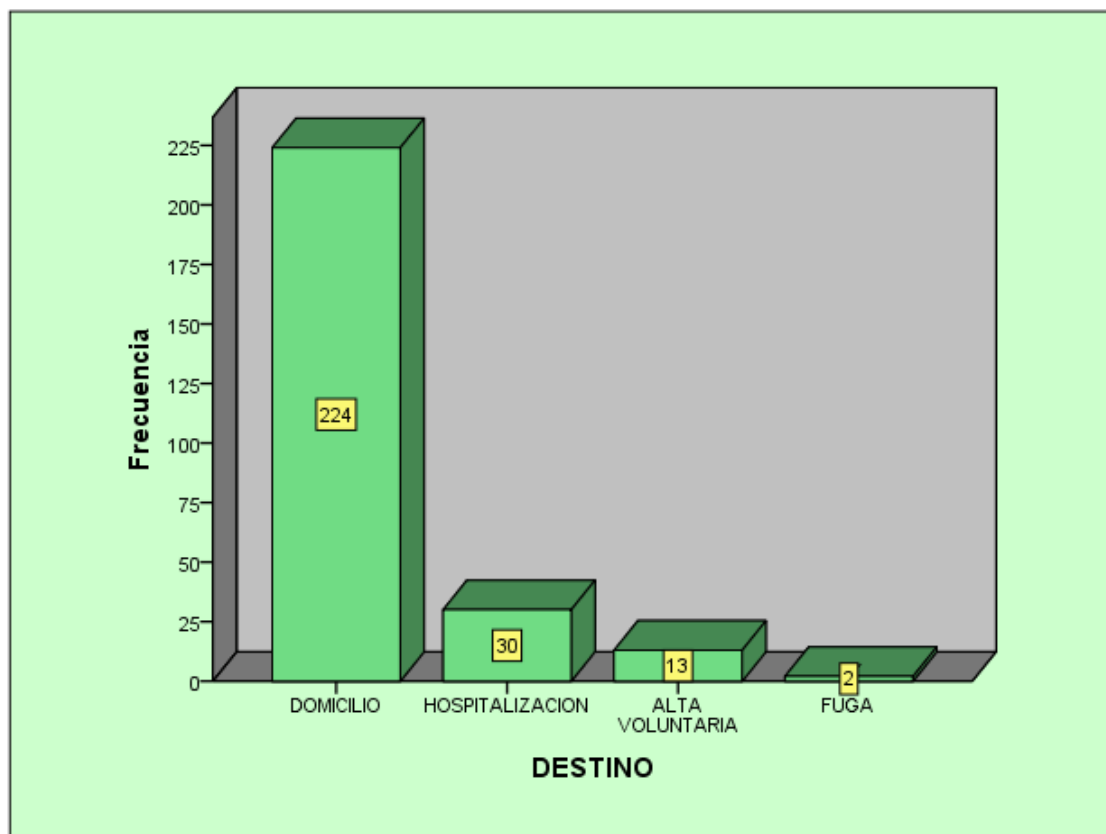


Imagen 9. Gráfico de frecuencias de los destinos al alta.



6 SESGOS Y LIMITACIONES

El sesgo o limitación más importante inherente en este trabajo es la limitación de la información. Al realizarse la búsqueda de información retrospectivamente, simplemente contamos con la información que se obtuvo en ese momento, sin posibilidad de ampliarla. El programa informático utilizado para recoger la información clínica de los pacientes contiene diversas opciones y cuestionarios para rellenar la información, es posible que cada profesional utilice modos diferentes, y esto complica la búsqueda y la recopilación de datos.



7 DISCUSIÓN

Tras la recogida y el análisis, queremos resaltar los datos más significativos que hemos encontrado durante la realización de este trabajo.

Las intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias del Hospital San Agustín, no siguen una dinámica muy diferente al consultado en la bibliografía. Se describe una mayoría de intoxicaciones en varones, entre 35- 45 años que realizan un consumo de alcohol voluntario. Generalmente se atienden intoxicaciones en pacientes recurrentes y con antecedentes psiquiátricos.

Las intoxicaciones por drogas de abuso, son una parte importante de la patología atendida en los Servicios de Urgencias. La pluripatología derivada del consumo hace que su manejo requiera una formación específica e integral, que evite y prevea complicaciones. La gran mayoría de las intoxicaciones se produce con una intención recreativa y durante los fines de semana, y las consultas realizadas, no son solo clínica de la intoxicación si no consecuencias de ellas. El consumo de drogas, va en muchas ocasiones ligado a otra problemática de la que no nos podemos olvidar, accidentes de tráfico, traumatismos, tráfico de drogas, agresiones al personal sanitario, agresiones sexuales, fallecimientos... y que han de ir inherentes en la valoración y atención.

Por otro lado, el 75,8 % de los pacientes acude con un buen nivel de conciencia, gran parte de los pacientes se muestran agitados, desorientados o agresivos. El primer eslabón con el que se encuentra el paciente a su llegada al servicio de urgencias es el triage, realizado por el personal de enfermería. La actitud frente a las intoxicaciones marcará la relación que se



establezca entre el profesional sanitario y el paciente. La actitud sanitaria, libre de prejuicios y paternalismos, mejorara la calidad asistencial y garantizara una mejor atención.

En nuestro estudio no se produjo ningún fallecimiento, no es así en otros similares realizados anteriormente o en otras comunidades, por tanto hay que destacar la peligrosidad de las intoxicaciones por drogas de abuso a pesar del alto porcentaje de intoxicaciones resueltas y con destino el domicilio.¹²

No nos podemos olvidar de la importancia de la correcta recogida de datos en estos pacientes. Los estudios de investigación requieren de una información fiable y completa, por tanto cabe destacar la importancia de la realización de una buena anamnesis por parte del personal sanitario y de correcto reflejo en la historia clínica.

Por último, es de vital importancia el papel de la enfermería en el manejo de las intoxicaciones. Desde el punto de vista de la prevención primaria, existe un gran campo de acción en la promoción de la salud, la información sobre drogas, los riesgos de consumo, identificación de pacientes con riesgo de autolisis, la gestión, manejo y adecuado control de la medicación (ansiolíticos) forma parte imprescindible en la prevención del consumo de riesgo. La prevención secundaria, va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión, aquí entra en juego la enfermería en el Servicio de Urgencias, realizar una correcta priorización de los pacientes, una anamnesis adecuada, prestando mucha atención a que se ha consumido, como se ha consumido y la hora de consumo, para valorar el estado del paciente y cuál sería la evolución “normal” de la intoxicación. Por último la



prevención terciaria tiene en cuenta las medidas dirigidas al tratamiento, realizar un buen plan de cuidados, vigilar el estado del paciente, la evolución, anticiparse a las posibles complicaciones o saber reconocer el empeoramiento es vital para la mejora de los pacientes.



8 CONCLUSIONES

1. Las intoxicaciones por sustancias de abuso atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital San Agustín durante el año 2015 son poco frecuentes, destacando las intoxicaciones voluntarias frente a las accidentales.
2. Los varones sufren intoxicaciones étlicas con más frecuencia, con una media de edad alta. En cambio, las mujeres presentaron con más frecuencia intoxicaciones medicamentosas con fines autolíticos.
3. La gran mayoría de las intoxicaciones medicamentosas se produce en pacientes con un diagnóstico previo de patología psiquiátrica.
4. La sustancia de abuso más frecuente en las intoxicaciones agudas voluntarias atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital San Agustín fue el etanol, seguida de las benzodiacepinas. En un grupo de pacientes se comprobó un consumo combinado de ambas sustancias.
5. La gran mayoría de los pacientes atendidos por intoxicaciones étlicas en el Servicio de Urgencias del Hospital San Agustín acuden en horario nocturno durante los fines de semana.
6. El gran problema sanitario del abuso de estas sustancias no recae en el consumo agudo, ya que el porcentaje de resoluciones en el Servicio de Urgencias es muy alto, sino en las consecuencias del consumo a largo plazo.



9 BIBLIOGRAFIA

1. Moran Chorro I, Martínez de Irujo JB, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau, S. Toxicología Clínica. Madrid: Ed. Grupo difusión; 2011.
2. Caudevilla Gálligo F. Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Grupo de Intervención en Drogas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010.p.237-44.
3. Miranda Arto P, Ferrer Dufol A, Ruiz Ruiz FJ, Menao Guillén S, Civeira Murillo E. Intoxicaciones agudas en pacientes mayores de 65 años An. Sist. Sanit. Navar. 2014; 37 (1): 99-108.
4. Aguirre Ruiz de Arcaute B, Cristóbal Domínguez E, Arizaga Hernández I, Hilera Ortega L, Galán Morcillo R, Elorza Ozaeta Z. La intoxicación voluntaria en un servicio de medicina interna. VII Jornadas de Enfermería del País Vasco "Cuidando y Progresando". Bilbao. 2011.
5. Plan nacional de drogas. Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. 1985.
6. Díaz Ruiz S. Síndrome de body packer con resultado de muerte: A propósito de un caso. Cuad. med. Forense 2008; (51):47-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062008000100006&lng=es.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio Español de la droga y las toxicomanías. Informe 2015.



8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio Español de la droga y las toxicomanías. Estadísticas 2015. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
9. OMS. Centro de Prensa. Alcohol. Nota descriptiva N°349. [Enero de 2015]. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
10. Burillo G, Munné P, Dueñas A, Trujillo MM, Jimenez A, Adrian MJ y otros. Intoxicaciones agudas: perfil epidemiológico y clínico, y análisis de las técnicas de descontaminación digestiva utilizadas en los servicios de urgencias españoles en el año 2006 -Estudio HISPATOX- .Emergen 20:15-26.
11. Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. An. Med. Interna (Madrid) 2004; 21: 62-68.
12. González-Fernández D, Alonso-Fernández M. Intoxicaciones agudas en un Servicio de Urgencias. Estudio descriptivo en el área Sanitaria III de Asturias. Rev. Toxicol 2009; 26: 122-127.
13. Nogué Xarau S. Intoxicaciones agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias [Internet]. Unidad de Toxicología Clínica. Hospital Clínic. Barcelona. [Feb. 2016]. Disponible en: <http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf>



14. Medina González L, Fuentes Ferrer ME, Suárez Llanos JP, Arranz Peña MI, Ochoa Mangado E. Epidemiología de las intoxicaciones medicamentosas durante un año en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. Rev Clin Esp. 2008;208 (9):432-6.
15. Fernández, P.; Sertal, R.; Bermejo, A.M.; Tabernero, M.J. Intoxicaciones agudas por psicofármacos y drogas de abuso en Pontevedra durante el año 2001. Rev. Toxicol, 2005; 22 (1): 37-40.
16. Madrazo Z, Silvio-Estaba L, Secanella L, García-Barrasa A, Aranda H, Golda T y otros. Body packer: revisión y experiencia en un hospital de referencia. Cir Esp. 2007; 82(3):139-451.
17. Miguel Bouzas JC, Castro Tubio E, Barmejo Barrera AM, Fernandez Gomez P, Estevez Nuñez JC, Tabernero Duque MJ. Estudio epidemiológico de las intoxicaciones agudas atendidas en un hospital gallego entre 2005 y 2008. Adicciones, 2012; 24 (3).239-246.



10 ANEXOS

ANEXO 1

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

DÍA DE LA SEMANA: _____ FECHA DE LA ATENCIÓN: / /

HORA DE INGRESO: _____ HORA DE ALTA: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

REMITIDO POR DECISION PROPIA ROJO
 SAMU NARANJA
 FUERZAS DE ORDEN PÚBLICO AMARILLO
 VERDE

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS SÍ NO

INTOXICACIONES PREVIAS SÍ NO SE DESCONOCE

NIVEL DE CONSCIENCIA HIPERVIGILANTE CONSCIENTE
 OBNUBILADO ESTUPEFACIDO
 INCONSCIENTE

PUNTUACIÓN ESCALA DE GLASGOW: _____

TOXICO ÚNICO _____
 COMBINACIÓN DE TOXICOS _____

VIA DE ENTRADA ORAL VOLUNTARIA
 INTRAVENOSA INVOLUNTARIA
 INHALADA/FUMADA SE DESCONOCE
 OTRA

INTENCIONALIDAD FINES RECREATIVOS
 INTENTO AUTOLÍTICO
 FINES TERAPÉUTICOS

ANÁLISIS TOXICOLÓGICO POSITIVO ANALÍTICA DE ORINA
 ANALÍTICA DE SANGRE

TRATAMIENTO SOPORTE VITAL
 REDUCCIÓN ABSORCIÓN TÓXICO
 ANTÍDOTOS
 FACILITAR ELIMINACIÓN
 CUIDADOS GENERALES Y MANTENIMIENTO CONSTANTES

DESTINO ALTA
 INGRESO
 FALLECIMIENTO
 ALTA VOLUNTARIA



MASTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA DE
URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS
INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS DE ABUSO EN
EL SERVICIO DE URGENCIAS



ANEXO 2



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación del
Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006.-Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 19 de Enero de 2016

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 11/16, titulado: "INTOXICACIONES POR DROGAS DE ABUSO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS". Investigadora Principal Dña. Andrea Fernández Borrego. Trabajo Fin de Master

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias





ANEXO 3



FECHA: **19 de enero
de 2016**

ASUNTO: Autorización “**Intoxicaciones por sustancias de abuso en Urgencias**”
REMITENTE: Elena Llorente Fernández. Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública
DESTINATARIO: **D^a Andrea Fernández Borrego**

Tras la revisión de la documentación remitida, le comunicamos la autorización desde la Subdirección de Atención Sanitaria del Área Sanitaria III al acceso a las Historias Clínicas para estudio “**Intoxicaciones por sustancias de abuso en Urgencias**”.

Le recordamos, que el tratamiento que se de a los datos debe ajustarse a lo previsto en la **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en el **Real Decreto 1720/2007**, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999.

Aprovechamos para recordarle la posibilidad de contar con el apoyo metodológico de la Unidad de Calidad, Docencia e Investigación del Área III.

Así mismo, le rogamos que una vez concluido el estudio sean remitidas las conclusiones a dicha Unidad

investigacion.area3@sespa.pri.ncast.es.

La Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública
Fdo.: Elena Llorente Fernández
Área Sanitaria III
SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
HOSPITAL SAN AGUSTIN
Direccion

NOTA: Con la finalidad de garantizar el buen funcionamiento del Servicio de Archivos y mantener la mayor confidencialidad de los pacientes, se ruega que la consulta de historias clínicas, para estudios de investigación, sea realizada en la Sala destinada para tal fin en el archivo del hospital.



MASTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERIA DE
URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS
INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS DE ABUSO EN
EL SERVICIO DE URGENCIAS



CENTRO INTERNACIONAL
DE POSTGRADO
CAMPUS DE EXCELENCIA
INTERNACIONAL