

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTOXICACIONES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HURH.



Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN MEDICINA
CURSO 2020/2021

Autora: Celia Almoguera Díaz Flores

Tutora: Dra. Susana Sánchez Ramón.

Servicio: Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario Río Hortega.



ÍNDICE

- **Resumenpág. 3**
- **Introducción.....pág. 4**
- **Objetivospág. 6**
- **Material y métodospág. 6**
- **Resultados.....pág. 8**
- **Discusión.....pág.13**
- **Conclusiones.....pág.16**
- **Referencias bibliográficas.....pág.17**
- **Anexos.....pág.20**
- **Póster.....pág.25**

RESUMEN

Introducción: Con una incidencia en aumento y debido a su amplio espectro de presentación, las intoxicaciones agudas son un motivo importante de consulta y consumo de recursos en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). Centrándonos en la intencionalidad de estos episodios, sin ninguna duda, la tentativa de suicidio es el motivo más prevalente, al igual que los fármacos son el tóxico más común. Para el manejo de estos cuadros la anamnesis se convierte en un pilar fundamental.

Objetivos: Conocer el número y describir las características de los diferentes tipos de intoxicaciones agudas que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega (HURH). Detallar sus perfiles incluyendo el de los pacientes implicados, métodos y sustancias utilizadas para la intoxicación, manejo clínico-terapéutico tanto extra como intrahospitalario e intencionalidad con la que han sido llevadas a cabo.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de las intoxicaciones atendidas en el Servicio de Urgencias del HURH de Valladolid desde Octubre del año 2019 hasta Marzo del 2020 (previo al confinamiento nacional con motivo de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2).

Resultados: En el periodo de tiempo comprendido entre Enero del 2019 y Marzo de 2020, 71 pacientes que cumplían los criterios de inclusión fueron atendidos en el SUH del HURH. De todos ellos, 50,7% fueron hombres y 49,3% mujeres. El 39,4% de los casos fueron intentos autolíticos. Los antecedentes más prevalente entre estos pacientes fueron los psicopatológicos (39,4%). Entre los tóxicos, las benzodiacepinas (BZP) han resultado las más utilizadas, sea en los cuadros provocados por un sola sustancia (56,3%) como en las poliintoxicaciones (38%). Hubo un total de 0 exitus.

Conclusiones: El perfil de los pacientes que acuden al SUH por una intoxicación aguda, presentan mayormente una intención autolítica y un consumo de BZP como desencadenante. El manejo de estos episodios por los profesionales resulta destacable, con necesidad de insistir en la correcta recogida de constantes vitales así como en aumentar el número de estudios referentes al tema como futura línea de investigación.

Palabras clave: intoxicación aguda ,servicio de urgencias, anamnesis, intento autolítico, benzodiacepinas.

INTRODUCCIÓN

Se define como intoxicación al proceso patológico con signos y síntomas clínicos causado por una sustancia de origen exógeno o endógeno (1) al que denominamos tóxico. Así pues, un tóxico es cualquier sustancia química que sea capaz de producir lesiones u otros efectos perjudiciales en el organismo, incluida la muerte. (2)

A su vez, los efectos tóxicos pueden ser de tipo inmediato o retardado. En el caso de las intoxicaciones agudas, nos interesan especialmente aquellos que ocurren de manera contigua al contacto con la sustancia tóxica, es decir, los que aparecen rápidamente tras una sola administración o en el plazo de aproximadamente 3 horas en la mayoría de los casos (3). Por otro lado, los efectos retardados o intoxicaciones crónicas son las que ocurren tras un periodo de tiempo asintomático (4) y una exposición más prolongada; pueden surgir durante o después de interrumpir dicha exposición. (1)

Sustancia	Tiempo de latencia para primeros síntomas
Paracetamol	36-48 horas
Antidepresivos	Muy variable
Anticoagulantes orales	1-3 días

Fig. 1. Periodos de latencia para los primeros síntomas en algunos tóxicos.

En España, los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) son los encargados de atender, en su mayoría, las intoxicaciones agudas que se producen (5) Esto es así porque los Servicios de Urgencias Extrahospitalarios como los Centros de Salud fuera del horario de consulta habitual, no presentan los medios necesarios que requiere un episodio de estas características, sea por su potencial gravedad como por la necesidad, en caso de intencionalidad autolítica, de la valoración de un equipo de psiquiatría urgente una vez resuelto el episodio agudo.(6)

Por razones muy distintas, los datos sobre la incidencia y la prevalencia de las intoxicaciones varían ampliamente de un país a otro. Desde 1980, en muchos países la exposición accidental o voluntaria a tóxicos es una causa frecuente de procesos patológicos agudos y constituye la segunda causa de muerte (después de las enfermedades infecciosas) en individuos con edades comprendidas entre 1 y 30 años. (2) Si nos centramos en España, los SUH atienden unos 120.000 casos/año aproximadamente, de los cuales un 80% de las intoxicaciones agudas tienen una gravedad leve o moderada y son dadas de alta en pocas horas. Sin embargo el resto, revisten mayor peligrosidad, y el paciente fallece por el efecto directo del tóxico o por complicaciones posteriores a dicha intoxicación (5).

Por ejemplo, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019, se incorporaron al Programa Nacional de Toxicovigilancia Hospitalaria (PRONTHOS) un total de 1164 casos, procedentes de 19 Hospitales de la Red Nacional de Hospitales públicos (7) (entre ellos el HURH de Valladolid). A pesar de esto, los datos de los que disponemos no son cifras exactas a diferencia de lo que ocurre en otros países, donde estos cuadros clínicos son registrados de manera sistemática en bases de datos de implantación nacional. (8)

La mayoría de los estudios sugieren que el 70% de las intoxicaciones agudas son voluntarias (intentos de suicidio o de intención criminal) y el resto son involuntarias (accidentes, confusiones o sobredosis por drogas de abuso). De igual forma es conocido que, aproximadamente el 60% de los casos atendidos en los SUH son intoxicaciones medicamentosas (benzodiazepinas, antidepresivos, analgésicos-antiinflamatorios...). Los casos de sobredosis por drogas de abuso (heroína, alcohol, etc.), accidentes en el hogar o laborales, también ocupan un lugar preponderante entre las causas de consulta a un servicio sanitario. Importante saber que las vías más frecuentes de exposición a un tóxico son la vía oral (80%) y la inhalación (10%) (2) Para nuestra serie, no solo hemos diferenciado la intencionalidad en voluntaria e involuntaria, sino que esta última ha sido subdividida en: accidental, episodios ocurridos de manera completamente imprevista para el paciente, y no accidental, aquellos en los que la persona era consciente de la toxicidad de lo que consumía pero no buscaba sus posibles efectos adversos sino simplemente obtener placer o evasión.

Llegado un paciente a consulta con signos clínicos de intoxicación aguda, la anamnesis juega un papel fundamental, considerándose la base del diagnóstico en el 95% de los episodios(4). En ella se recogerá: nombre de la sustancia, cantidad aproximada, vía de exposición, síntomas antes de su llegada al hospital, fármacos de uso habitual, existencia de familiares con sintomatología similar, antecedentes, etc. (2) Tras esto, debe llevarse a cabo una exploración minuciosa: estado de la vía aérea y ventilación, oxigenación, circulación y estado del sistema nervioso central, (9) además de prestar especial atención a algunos de los síntomas y signos más característicos:

Tóxico	Síntomas y signos
Cáusticos	Ulceración de la cavidad oral
Insecticidas organofosforados	Fasciculaciones
Litio	Poliuria
Salicilatos	Hiperventilación

Fig. 2. Signos y síntomas característicos de algunos tóxicos.

Si bien es cierto que los pacientes expuestos de forma aguda deben ser sometidos a una rápida valoración clínica, hay que tener presente que la identificación del tóxico responsable nunca debe retrasar el inicio de las medidas terapéuticas específicas pertinentes. (9)

En cuanto a las pruebas de laboratorio y de imagen necesarias no hay reglas fijas, debe ser el “sentido común” y el “juicio clínico” del médico quien los señale. Aun así, existen pruebas que prácticamente siempre se solicitan y entre las que se encuentran: tóxicos en sangre y orina, gasometría arterial, coximetría, electrocardiograma, estudios de coagulación... (2)

Además de las medidas de soporte vital comunes a cualquier paciente urgente, el manejo de las intoxicaciones agudas se basa en el trípode formado por la disminución de la absorción del tóxico, el aumento de su eliminación y el bloqueo de su efecto sobre los órganos diana mediante el uso de antídotos específicos.(10) Los antídotos son sustancias con la capacidad de contrarrestar o reducir el efecto de otra potencialmente tóxica mediante una acción química relativamente específica. (1) Su precio en algunos casos es elevado y aunque se dispone de unos 40, desde hace más de 30 años el flumazenilo, la naloxona y la N-acetilcisteína son los más utilizados con mayor frecuencia. (11)

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:**
 - Analizar el número de intoxicaciones que acuden al SUH del HURH así como describir sus características.
- **Objetivos secundarios:**
 - Conocer el perfil de los pacientes implicados en estos episodios y la intencionalidad con la que se ha realizado.
 - Conocer los métodos y sustancias utilizadas para la intoxicación y el manejo clínico-terapéutico utilizado en cada caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO: Estudio observacional descriptivo, transversal, de carácter retrospectivo, con un periodo de recogida de muestras de 6 meses (Octubre del 2019 hasta Marzo del 2020).

POBLACIÓN Y ÁMBITO DE ESTUDIO: La población escogida son los pacientes atendidos en el SUH del HURH de Valladolid de Octubre de 2019 a Marzo de 2020 que cumplan con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión detallados a continuación:

- **Criterios de inclusión:**

- Pacientes que acudieron al SUH refiriendo el consumo de cualquier sustancia tóxica o presentando sintomatología por la misma, independientemente del tipo de intencionalidad.

- **Criterios de exclusión:**

- Aquellos pacientes cuyo cuadro de intoxicación fue causado por el consumo de alcohol.
- Historias clínicas (HC) mal codificadas o que no se hayan completado.
- No cumplir alguno de los criterios de inclusión.

RECOGIDA Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS: Los datos fueron registrados mediante los encontrados en las HC relacionadas con intoxicaciones del SUH del HRUH de Valladolid. Se identificaron usando el sistema informático del Servicio de Admisión de Urgencias – Jimena IV. Todos estos, tanto epidemiológicos como clínicos de la muestra, fueron recogidos bajo la supervisión de la tutora del trabajo, obteniéndose a través de la base de datos Jimena IV y SI-CLÍNICA.

La información fue volcada en una hoja de recogida tipo Excel previamente preparada con 72 variables para más tarde ser analizados empleando el programa IBM SPSS Statistics (versión 24).

Durante todo el proceso, se disoció el nombre del paciente y el número de historia clínica así como cualquier otro dato confidencial con el objetivo de salvaguardar la privacidad de los pacientes.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

- **Análisis descriptivo:** Las variables cuantitativas continuas se describen como media \pm desviación estándar (DE) y las variables cualitativas en números absolutos y porcentajes. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi- Cuadrado y para la comparación de variables cuantitativas se usó la prueba de T de Student.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- **Propias del diseño:**

- Los estudios descriptivos no proporcionan datos sobre la causalidad, no obstante, puede permitir medir o estimar el número de fenómenos así como generar nuevas hipótesis que pueden ser confirmadas en estudios analíticos posteriores.
- La falta de homogeneidad en las definiciones de intoxicación y de alguna de las variables registradas para los diferentes estudios publicados en la

actualidad puede conducirnos a dificultades a la hora de compararnos con otros resultados.

- **Propias de la fuente de datos:**

- El periodo de inclusión podría haber sido más amplio, sin embargo, la reciente pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 ha hecho que este se viese limitado.
- La recogida de información se vio condicionada por la complejidad que muestran las Historias Clínicas realizadas en un SUH, lo cual puede conllevar una falta de datos.

ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto ha sido llevado a cabo en conformidad con todas las leyes y normativas, de acuerdo a los principios éticos internacionales, fundamentalmente la Declaración de Helsinki (versión Fortaleza, Brasil, 2013).

Todos los pacientes del estudio han sido identificados mediante un código. Los datos fueron tratados con absoluta confidencialidad, según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los pacientes no pueden ser identificados, pues no se incluyen en la base ni nombre, ni apellidos, ni fecha de nacimiento, ni número de registro de Historia Clínica o episodio asistencial (datos codificados o pseudoanonimizados).

El estudio se realizó según lo establecido en el protocolo evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud de Valladolid Oeste. Dada la naturaleza retrospectiva del estudio y la dificultad para acceder desde el Servicio de Urgencias a los pacientes, se solicitó exención de Consentimiento Informado al Comité.

Por último, no existe conflicto de intereses ni se dispone de financiación por organismos públicos o privados.

RESULTADOS

Entre Octubre de 2019 y Marzo del 2020, fechas escogidas para la realización de este estudio, han acudido al SUH cumpliendo los criterios de inclusión anteriormente citados, un total de 71 pacientes.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

La distribución por sexos fue un 50,7% de varones y un 49,3% de mujeres (Fig. 3)

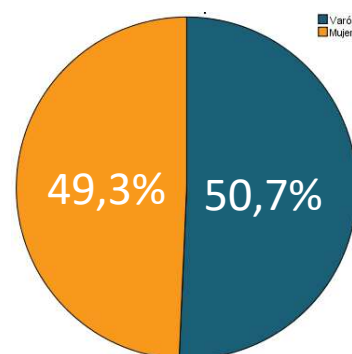


Fig. 3. Distribución por sexos
Azul: Varón; Naranja: Mujer

En cuanto a las edades podemos decir que la media se encuentra en 37,44 (\pm 17,99) años.

VARIABLES SOBRE EL PERFIL DE LAS INTOXICACIONES Y TÓXICOS UTILIZADOS

La latencia en horas desde que se produjo la intoxicación hasta que el paciente acude al SUH es de:

- Menos de 6 horas para un 54,9%
- Más de 6 horas para un 21,1 %
- Y en un 23,9% de las HC no consta.

Además de esto, el 46,5% de los pacientes no fueron trasladados en ambulancia hasta el hospital, mientras que un 53,5% sí necesitaron de estos servicios.

Como causas de intoxicaciones podemos observar un 39,4% cuyo motivo fue un intento autolítico, un 33,8% como accidentes y 26,8% de intoxicaciones de tipo no accidental. Comparando los resultados de esta variable entre los sexos, los resultados son los representados en la siguiente tabla (Fig.4):

	Varones	Mujeres
Intento autolítico	19 (54,3%)	9 (25%)
Intox. accidental	11 (31,4%)	13 (36,1%)
Intox. no accidental	5 (14,3%)	14 (38,9%)

Fig. 4. Comparación de la intencionalidad entre sexos.

En las intoxicaciones cuyo motivo ha sido un intento autolítico, un 17,9% fueron premeditadas contra un 82,1% que no lo fueron. Además, el paciente presentó arrepentimiento en el 42,9% de los casos, contra un 21,4% que no. En un 3,6% se tuvo crítica parcial del episodio y en un 32,1% no consta en la HC.

En cuanto al patrón podemos decir que el 88,7% fue un episodio aislado, mientras que un 11,3% de las intoxicaciones fueron grupales (más de 1 persona). Dentro de estas últimas, 2 fueron por drogas de abuso, 1 por monóxido de carbono (CO) y 5 por otros gases (humo, gases cáusticos...).

El 38% fueron poliintoxicaciones (más de un tóxico), en cambio, en el 56,3% no lo fueron y en un 5,6% se desconoce (Fig.5). Fijándonos en las intoxicaciones por un solo tóxico,

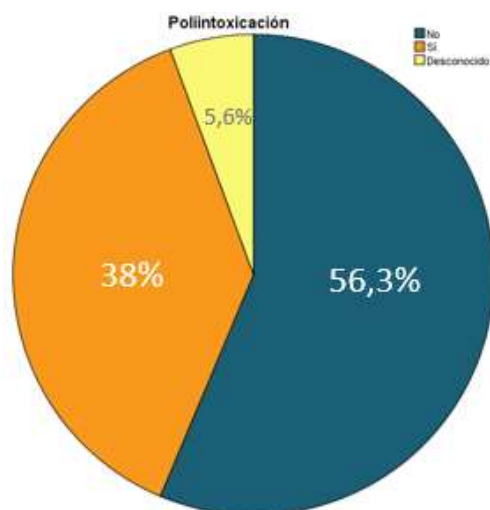


Fig. 5. Poliintoxicaciones.
Azul: No; Naranja: Sí; Amarillo: Desconocido.

el 30% de ellas, o lo que es lo mismo: 12 de 40, fueron ocasionadas por BZP, mientras que en segundo lugar con el mismo porcentaje, 17,5% (7 pacientes), se encuentran el CO y otros gases como causa. Tras esto, en tercer lugar con 5 pacientes lo que corresponde a un porcentaje del 12,5% se encuentran otros fármacos como: antiepilépticos, antipsicóticos, otros psicofármacos...

Las poliintoxicaciones fueron generadas en un 40,7% de los casos por dos fármacos y en un 25,9% por tres. En el 33,4% restante predominaba un mismo principio activo (tóxico) con distinta presentación farmacológica.

La sustancia más utilizada en aquellas 11 personas que usaron dos tóxicos, fueron las BZP (8 pacientes), seguido de los antidepresivos (6 pacientes) y por último otros fármacos (5 pacientes). En cambio, para los 7 que consumieron tres tóxicos, 7 tomaron BZP, seguido por 7 que consumieron otros fármacos y por último 6 que tomaron antidepresivos.

La cantidad de tóxico utilizada en un 45,1% de las ocasiones fue inespecífica en contraposición a un 54,9% en las que sí fue cuantificada. No obstante, en el 55,6% de las 27 poliintoxicaciones la cantidad de tóxico es inespecífica. Además, en el 35,7% de los intentos autolíticos la cantidad fue desconocida contra un 64,3% en que los pacientes conocían la cantidad consumida.

VARIABLES SOBRE LOS ANTECEDENTES

En un 73,2% de las intoxicaciones no se tenía registro alguno de intoxicaciones previas pero en un 26,8% sí. Para aquellas intoxicaciones cuya causa fue un intento autolítico, un 57,1% no presentaban este antecedente, mientras que un 42,9% sí.

Con una gran diferencia, los antecedentes de tipo psicopatológico son los más comunes en nuestra serie con 28 pacientes de 71. Centrándonos en las de tipo autolítico de nuevo, esto supone que de 28 pacientes con esta intencionalidad, 6 (21,4%) no presentaban antecedentes psicopatológicos y 22 (78,6%) sí.

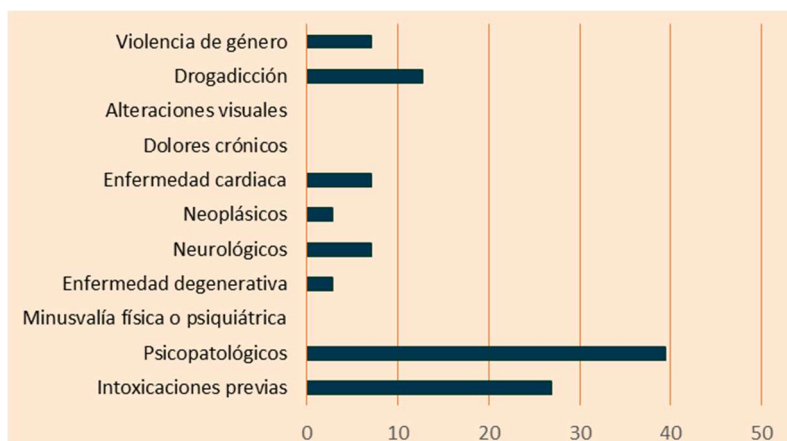


Fig. 6. Porcentaje de antecedentes

A estos, les siguen los antecedentes de drogadicción registrados en el 12,7% de los pacientes (Fig.7), de los cuales el 9,9% consumían alcohol y el 2,8% una mezcla de varias drogas.

Para esta variable se tuvieron en cuenta antecedentes de adicción a cocaína, cannabis y drogas por vía parenteral (DVP) de las que no se objetivaron casos. Un 87,3% de la muestra no presentaba antecedentes de consumo de drogas.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin antecedentes	62	87,3%
Alcohol	7	9,9%
Cocaína	0	0%
Cannabis	0	0%
DVP	0	0%
Varias drogas	2	2,8%
Total	71	100%

Fig. 7. Frecuencias y porcentajes de las sustancias utilizadas en los antecedentes de drogadicción.

Un 93% no contaba con antecedentes de violencia de género, en cambio, un 7% sí. En esta misma línea obtuvimos que un 16,9% presentaba problemas conyugales en el momento de la intoxicación, mientras que un 83,1% no. En la Fig.8. pueden verse los resultados de esta variable en los casos de intención autolítica:

	Intoxicaciones agudas generales		INTOXICACIONES AGUDAS CON INTENCIÓN AUTOLÍTICA	
	Sí	No	Sí	No
Atc. Violencia de género	5 (7%)	66 (93%)	5 (17,9%)	23 (82,1%)
Problemas conyugales	12 (16,9%)	59(83,1%)	12 (42,9%)	16 (57,1%)

Fig. 8. Comparación de frecuencias y porcentajes de antecedentes de violencia de género y problemas conyugales entre las intoxicaciones generales e intentos autolíticos

VARIABLES SOBRE EL MANEJO Y TRATAMIENTO

Un 21,1% requirieron tratamiento antes de su llegada al SUH, en cambio, un 78,9% no lo precisaron. Además de esto, previo a la atención hospitalaria, un 15,5% tuvieron un episodio emético. Para las intoxicaciones por intento autolítico, de los 28 pacientes, 4 tuvieron vómitos antes de llegar al SUH y 24 de ellos no.

Una vez llegados al hospital:

- En el 15,5% de los casos fue necesario realizar un lavado gástrico.
- En el 26,8% de los casos se utilizó el carbón activado.
- En el 50,7% de los casos se hizo uso de la sueroterapia.
- En el 23,3% de los casos se utilizaron analgésicos.
- En el 29,6% de los casos se requirió y pudo utilizarse el antídoto correspondientes al tóxico empleado.

Para 41 de los pacientes atendidos se realizó un análisis de tóxicos en sangre, lo que corresponde con un 57,7%. A un número de 30 (42,3%) no se les hizo esta prueba. Si

nos centramos en los análisis de tóxicos en orina, podemos decir que 42 pacientes, equivalentes a un 59,2%, sí tienen realizada esta prueba en contraposición a 29 pacientes que no, correspondientes a un 40,8%.

Pasando a la realización de un electrocardiograma (ECG) durante la estancia en el SUH, obtuvimos que al 64,8% no cuentan con esta prueba mientras que un 35,2% sí.

Si hablamos de las constantes recogidas a la entrada del paciente por el hospital (Fig. 9) tenemos que, la frecuencia respiratoria (FR) fue obtenida en el 18% de los casos. El 94,4% de los casos tienen registrada la frecuencia cardiaca (FC). En cuanto a la temperatura en el 88,7% de los pacientes fue medida, mientras que la escala Glasgow solo figura en la HC en el 40,8% de los casos.

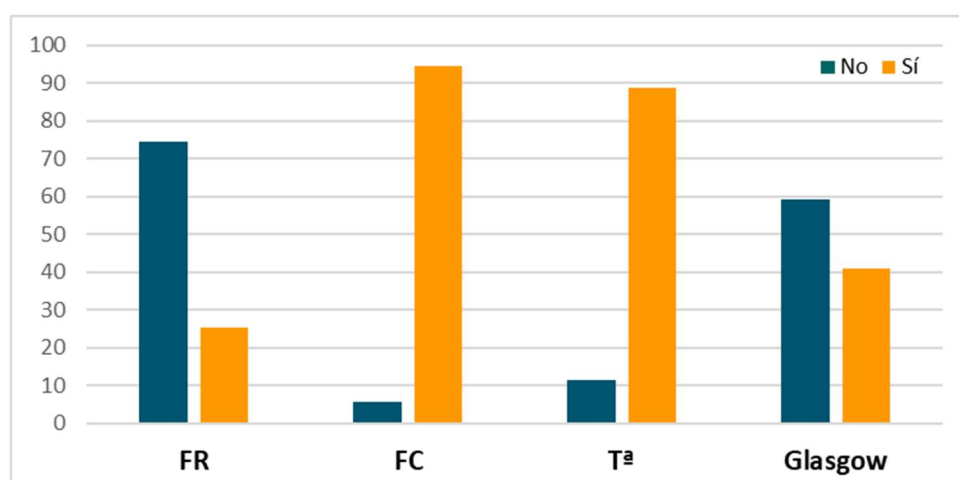


Fig. 9. Recogida de constantes en el SUH
Azul: No; Naranja: Sí

Durante la estancia en Urgencias un 47,9% de los pacientes fueron atendidos por otros servicios por medio de interconsultas (Fig.10) Resulta interesante centrarse en los intentos autolíticos, de los cuales el 89.3% fueron visitados por psiquiatría.

De todos los pacientes incluidos en el estudio, 58 (81,7%) fueron dados de alta a su domicilio.

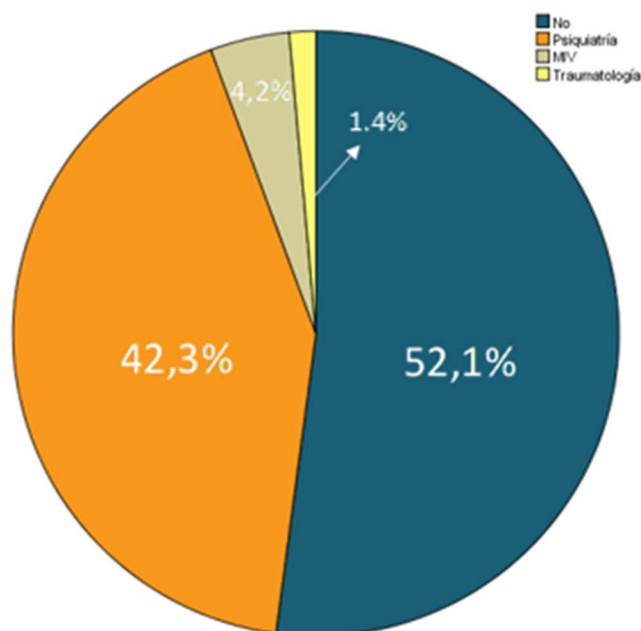


Fig. 10. Distribución de las interconsultas realizadas durante la estancia en el SUH.
Azul: no; Naranja: psiquiatría; Amarillo: traumatología; Gris: MIV.

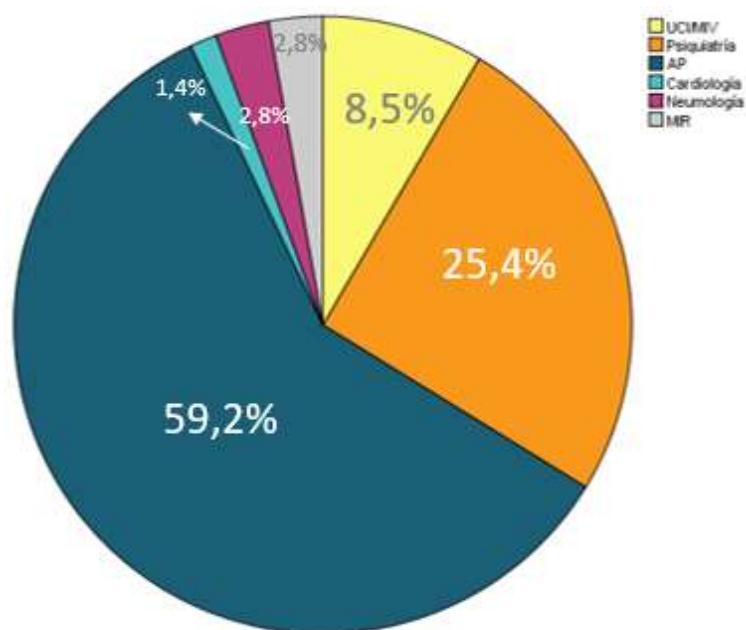


Fig. 11. Distribución de los servicios visitados al alta.
Azul: AP; Naranja: psiquiatría; Amarillo: UCI/MIV; Gris
MIR; Celeste: cardiología; Morado: neumología.

Por otro lado, 13 (18,3%) quedaron ingresados en el hospital en un servicio diferente al de Urgencias. Así pues, una vez decidida el alta, los especialistas que se encargarían de los pacientes tras su paso por este servicio fueron los representados en la Fig.11.

El 8,5% necesitaron de UCI. Sin embargo, durante la estancia en el SUH hubo un total de 0 exitus.

DISCUSIÓN

Como ya se ha mencionado anteriormente, el perfil de las intoxicaciones es muy diverso, sea por el tóxico causante, la cantidad, la intencionalidad, la clínica, los tratamientos requeridos, etc. En nuestra serie, si nos referimos a estos episodios de manera general, observamos que son ligeramente más frecuentes entre el sexo masculino. Además, la edad de estos pacientes se encuentra en el rango entre los 20 y los 50 aproximadamente. Estos episodios clínico predominan en las edades medias de la vida, aunque, como se ha demostrado en algunos estudios tanto nacionales como fuera de España, cada vez es más frecuente encontrarlo en adolescentes y pacientes mayores de 60 años (12). A pesar de esto último, en nuestro estudio se obtuvo un intervalo amplio pero excluyente para la edad anciana e infantil aun contando con servicio de urgencias pediátrico.

Si nos centramos en la causalidad de la intoxicación, predomina la intencionalidad autolítica. Sin embargo, al comparar esta variable entre los dos sexos observamos que para las mujeres existen un mayor número de intoxicaciones accidentales y no accidentales que por intento de suicidio, no coincidiendo con lo registrado en la literatura, donde podemos encontrar que el sexo femenino tiene tasas más altas de ideación e intentos mientras que los hombres realizan más suicidios consumados.(13) Es importante recalcar que un gran porcentaje de este tipo de intoxicaciones no fueron

premeditadas y que la mayoría los pacientes presentaron arrepentimiento por lo sucedido, no obstante, no puede olvidarse que casi la mitad tenían como antecedente intoxicaciones previas, siendo esto junto los antecedentes familiares de suicidio, uno de los factores de riesgos mayores y más claros. (13)

Sobre el patrón destaca el aislado, recayendo un pequeño porcentaje sobre las intoxicaciones grupales que vienen representadas por la inhalación de gases, sean CO u otros y consumo de drogas de abuso. En cuanto a esta inhalación de gases, principalmente el CO, podemos decir que su presentación en varias personas al mismo tiempo viene dada por su utilidad como combustible en calentadores, hornillos, encontrarse entre los gases de escape de los automóviles y entre el humo de los incendios (14) además de en otros muchos escenarios que en definitiva recogen un gran número de personas. De un modo parecido puede ocurrir con las drogas de abuso como son el alcohol, drogas psicoactivas, cannabis, etc. ya que gran parte de ellas son usadas con intencionalidad recreativa. (4)

En algo más de la mitad de los casos, la cantidad de tóxico que ha generado el episodio pudo ser cuantificada. Sin embargo, esto deja también un alto porcentaje de casos en los que no se conoce, lo cual puede ocurrir como resultado de una anamnesis incompleta, a pesar de su importancia, o porque el propio paciente lo desconoce. Resulta interesante remarcar que entre los 32 casos de cantidad no especificada, 15 coinciden con poliintoxicaciones. Esto nos lleva a pensar que el propio factor de consumir varias drogas provoca que el paciente pierda la cuantía de aquello que ha consumido. Igualmente, solo 10 de los 28 casos de intentos autolíticos no supieron informar acerca de esto, al contrario de lo que puede sugerir: los pacientes con tentativas de suicidio no siempre llevan a cabo este acto de manera inconsciente e impulsiva (lo cual no es sinónimo de premeditación).

La intoxicación aguda por medicamentos es la primera causa de consulta por intoxicación en los SUH españoles, sea en la población adulta que pediátrica (6). Si nos centramos en las provocadas por un solo tóxico, la mayoría de ellas son causadas por BZP. Tras ellas se encuentran las causadas por CO y otros gases por el motivo anteriormente comentado, al tratarse de intoxicaciones grupales la prevalencia es mayor. Por último, en tercer lugar se encuentran los cuadros ocasionados por otros fármacos etiologicamente menos descritos como: antipsicóticos, antiepilépticos, otro tipo de psicofármacos, etc.

No obstante, en las poliintoxicaciones sean provocadas por dos tóxicos o tres, las BZP vuelven a ser las principales causantes, seguidas de los antidepresivos y otros

fármacos. El resultado de esto viene explicado porque las BZP son los psicofármacos más prescritos y, en el conjunto de los agentes tóxicos, solo son superadas por el alcohol etílico. Además, es poco común que una intoxicación provocada únicamente por BZP pueda poner en peligro la vida de un paciente, si esto ocurre hay que sospechar que han sido mezcladas con otro tipo de tóxicos. (6)

Hablando sobre los antecedentes personales destacan los psicopatológicos, siendo aun más interesante recalcar que 22 de los 28 pacientes que los presentan se encuentran también entre los intentos de suicidio. Estos datos resultan coherentes teniendo en cuenta que el 90% de las personas que se suicidan padecen un trastorno psiquiátrico como: depresión, toxicomanía, trastornos de personalidad y esquizofrenia.(13)

Al comparar los antecedentes de violencia de género y problemas conyugales en el momento del acto entre todos los casos y aquellos de intención autolítica, podemos ver que coinciden, siendo los mismos pacientes que los presentan aquellos que los tienen también entre las tentativas de suicidio. Según la OMS, las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas con las conductas suicidas. (15)

Si pasamos a hablar sobre los resultados obtenidos para el manejo del paciente, la monitorización de las constantes y pruebas complementarias realizadas son las variables más interesantes.

La toma de constantes es algo fundamental para conocer el estado de nuestro paciente, aun más cuando se trata de un episodio agudo. Aun así, en las HC revisadas para nuestro estudio, pueden comprobarse diferencias importantes en la recogida de las mismas.

A pesar de que la hiperventilación e hipoventilación (frecuente en las intoxicaciones graves) (2) son manifestaciones clínicas relevantes, la FR sin ninguna duda puede considerarse como la “constante olvidada” siendo recogida en menos de un 20% de los casos. Algo similar, aunque menos llamativo, ocurre con la escala Glasgow. Es posible que esta escala fuese utilizada en todos los casos aunque no se encontrara finalmente reflejada en las HC, sobre todo cuando es normal. De cualquier forma, sigue tratándose de un punto notable a cambiar si tenemos en cuenta que puede llevar a error en la reevaluación del paciente por otros profesionales. Por consiguiente, es importante considerar que no aplicar este parámetro, al igual que no atender a sus limitaciones y posibles inconsistencias en el momento de su interpretación, pueden llevar a resultados erróneos haciendonos presuponer condiciones clínicas graves como más leves y viceversa (16).

En nuestra serie, el servicio hospitalario que más interconsultas recibió fue psiquiatría, de nuevo en relación con que el mayor motivo de intoxicaciones sean de tipo autolítico. Todos los intentos de suicidio con tóxicos debería ser valorados y tratados por un psiquiatra, tanto si ingresan como si no, para tomar las medidas necesarias de seguridad o traslado.(2)

Otra de las interconsultas más importantes en cuanto a frecuencia son las realizadas al servicio de Medicina Intensiva (MIV), tan solo 3 de los 71 pacientes necesitaron que su caso fuese revisado por este servicio, lo cual implica que el manejo por parte del SUH es lo suficientemente efectivo para controlar estos episodios sin ayuda de cuidados más potentes.

Del mismo modo, ninguno de los pacientes falleció en el propio servicio, esto refuerza aun más la teoría de que se cuenta con profesionales capaces de identificar y manejar un cuadro de intoxicación aguda, sea cual sea el tóxico, situación en la que aparece y cantidad que lo genere.

CONCLUSIONES

- Las intoxicaciones agudas conforman un considerable y complejo número de cuadros clínicos a conocer entre los profesionales de los SUH. Siendo los intentos autolíticos la causalidad más importante, es más que fundamental contar con un trabajo en conjunto y protocolo de actuación compartido entre los especialistas de este departamento y el servicio de psiquiatría. Además, es importante no olvidar el perfil de estos pacientes, sobre todo el trasfondo de sus antecedentes y la razón de que llevasen a cabo la intoxicación en sí, pues con ello podemos darnos cuenta que no solo se trata de un problema médico sino también social sobre el que replantear diferentes modelos de abordaje y actuación.
- De igual modo, el elevado número de episodios ocasionados por el consumo de BZP debería llevarnos a buscar un mejor control de la dispensación de estos fármacos. Su prescripción quizás un tanto irracional, hacen que se conviertan en un problema salud importante, aún más si tenemos en cuenta el alto número de interacciones farmacológicas y la existencia de población vulnerable (ancianos, personas con antecedentes de tentativas de suicidio,...)
- La atención y manejo de estos pacientes es destacablemente buena (total de 0 exitus). El correcto conocimiento de los profesionales sobre los signos y síntomas así como los principales órganos diana involucrados se ve claramente reflejado en los resultados. En cambio, reforzar la importancia de una correcta anamnesis, recogida de constantes y uso de diferentes escalas que informan sobre los rasgos

del paciente y su situación, resulta un punto crucial a tener en cuenta, para acabar con posibles errores o confusiones futuras.

- Encontrar información sobre este tema no resulta especialmente difícil. De todos modos, la carencia de estudios de prevalencia especialmente a nivel nacional es un punto a tener en cuenta como línea futura de investigación, principalmente para formar, conocer y tratar a los futuros profesionales y pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Repetto M, Sanz P. GLOSARIO DE TERMINOS TOXICOLOGICOS ASOCIACION ESPAÑOLA DE TOXICOLOGIA. [Internet] .1995. [citado el 22 de Enero del 2021]. Disponible en: <https://www.aetox.es/glosario-toxicologico/>
2. Dueñas Laita A, Aparicio Blanco M, Armentia Medina A, Blecher L, Blanco Varela J, Bobillo del Amo F, et al. Intoxicaciones agudas en medicina de urgencia y cuidados críticos. 4ª. Dueñas Laita A, editor. Barcelona (España): Masson, S.A.; 2005. 443 p.
3. Dueñas Laita A, Adalia Farma SL. (2012). iTox urgencias intoxicación. [Software de aplicación a móviles]. [citado el 13 de Febrero del 2021].Disponible en: <http://itunes.apple.com/>
4. Nogué Xarau S. Toxicología clínica. Bases para el diagnóstico y el tratamiento de las intoxicaciones en servicio de urgencias, áreas de vigilancia intensiva y unidades de toxicología. 1ª. Nogué Xarau S, editor. Barcelona (España): Elsevier; 2019. 608 p.
5. Puiguriquer Ferrando J, Nogué S, Echarte JL, Ferrer A, Dueñas A, García L, et al. Mortalidad hospitalaria por intoxicación aguda en España (EXITOX 2012). Emergencias. 2013;25(6):467–71.
6. Burillo G. Urgencias hospitalarias por intoxicaciones agudas: estudio multicéntrico nacional. [Internet] Tenerife: Servicio de publicaciones (Universidad de la Laguna). 2010 [citado el 19 de Marzo del 2021]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/21098>
7. Ferrer Dufol A, Ruiz Ruiz F, Nogué Xarau S. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INTOXICACIONES CAUSADAS POR PRODUCTOS QUÍMICOS Y ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE HOSPITALES ESPAÑOLES Informe Técnico Anual (31 de diciembre de 2019). [Internet].

- Zaragoza:Fundación Española de Toxicología Clínica. 2019. [citado el 11 de Marzo del 2021]. Disponible en: http://www.fetoc.es/toxicovigilancia/informes/informe_2019.pdf
8. Puiguriguer Ferrando J, Yates-Bailo C, Gervilla-García E, Ortega-Pérez J, Alfaro García-Belenguer E, Jiménez-López R. Evolución temporal de las intoxicaciones medicamentosas. *Emergencias*. 2019;31(2):107–10.
 9. Nogué Xarau S. INTOXICACIONES AGUDAS. Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. 1ª. Menarini L, editor. Barcelona (España); 2010. 538 p.
 10. Calderón de la Barca Gázquez J, Burillo Putze G, Munné Mas P, Chanovas Borrás M, Dueñas Laita A, Colomina Devesa R, et al. 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). *Emergencias Rev la Soc Española Med Urgencias y Emergencias*. 2008;20(1):15–26.
 11. Gómez MI, Monforte S, Castellà M, Xarau SN. Indicación y coste de los antídotos utilizados en el tratamiento de las intoxicaciones agudas atendidas en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2020;32(2):140–1.
 12. Supervía A, Salgado E, Córdoba F, García-Gibert L, Martínez-Sánchez L, Moreno A, et al. Características de las intoxicaciones agudas atendidas en Cataluña y diferencias según grupos de edad: Estudio Intox-28. *Emergencias Rev la Soc Esp Med Emergencias*. 2021;33(2):115–20.
 13. Osuna España A, Pérez Fernández C. Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas. [Internet]. Jaén: Revista Médica JAÉN. 2010. [citado el 24 de Abril del 2021]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1380097721.pdf>
 14. Laita A, Gajate M, Calvo C, Gómez R, Escudero J, Castrillón J. Guía de actuación ante la intoxicación aguda por monóxido de carbono (CO). [Internet]. Valladolid. 1997. [citado el 24 de Abril del 2021]. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/guia-de-actuacion-ante-la-intoxicacion-aguda-por-monoxido-de-carbono-co/force_download/

15. Suicidio [Internet]. Who.int. [citado el 9 de Mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
16. Muñana-Rodríguez JE, Ramírez-Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enferm univ. 2014;11(1):24–35.

ANEXOS

ANEXO 1: VARIABLES.

1. **NHC:** variable numérica.
2. **Edad:** variable numérica.
3. **Edad estratificada:** variable excluyente diferenciada en 0= 0-12; 1=12-18; 2=18-25; 3=25-35; 4=35-50; 5= 50-75; 6= >75
4. **Sexo:** variable excluyente diferenciada en 1= Hombre; 2= Mujer.
5. **Fecha de atención:** tipo día/mes/año (dd/mm/aaaa)
6. **Hora de atención:** tipo horas:minutos (HH:MM)
7. **Latencia en horas:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= <6 horas; 1=>6horas; 3= no consta.
8. **Traslado en ambulancia:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
9. **Tratamiento previo al SUH:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
10. **Vómito previo al SUH:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
11. **Causa:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No consta; 1= Intento autolítico; 2= Accidental; 3= No accidental.
12. **Patrón:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No consta; 1= Individual ; 2= Grupal (> 1 persona)
13. **Premeditación:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
14. **Antecedentes de intoxicaciones previas:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
15. **Nº de intoxicaciones previas:** variable numérica.
16. **Arrepentimiento:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí; 2= Crítica parcial.
17. **Antecedentes psicológicos:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
18. **Antecedentes psiquiátricos:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Depresión, 2=ansiedad; 3=trastorno adaptativo; 4=trastorno personalidad; 5= TOC; 6= esquizofrenia; 7= trastorno disocial; 8=TDHA; 9= trastorno ansioso depresivo.
19. **Antecedentes psicopatológicos:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.

- 20. Antecedentes de minusvalía física y/o psiquiátrica:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 21. Antecedentes de enfermedad degenerativa:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 22. Antecedentes neurológicos:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 23. Antecedentes neoplásicos:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 24. Antecedentes de riesgo o patología cardiaca:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 25. Antecedentes de dolores crónicos:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 26. Antecedentes de alteraciones visuales:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 27. Antecedentes de drogadicción:** variable categórica excluyente diferenciada en 0=No; 1=alcoholismo; 2=cocaína; 3=cannabis; 4=DVP; 5= varias drogas
- 28. Antecedentes de drogadicción estandarizados:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 29. Antecedentes de violencia de género:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 30. Pareja patológica:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 31. Poliintoxicación:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 32. Sustancia:** variable categórica excluyente diferenciada en 0=BZDP; 1=antidepresivos; 2=paracetamol; 3=AINES; 4=anticoagulantes; 5=derivados mórficos; 6=Antihipertensivos; ; 7=Otros fármacos; 8=Drogas no alcohol; 9= Digoxina; 10=Monóxido de carbono; 11= Otros gases no identificados; 12= Cáusticos; 13=Agente desconocido; 14= Alimento
- 33. Un tóxico:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 34. Sustancia 2:** variable categórica excluyente diferenciada en 0=BZDP; 1=antidepresivos; 2=paracetamol; 3=AINES; 4=anticoagulantes; 5=derivados mórficos; 6=Antihipertensivos; ; 7=Otros fármacos; 8=Drogas no alcohol; 9= Digoxina; 10=Monóxido de carbono; 11= Otros gases no identificados; 12= Cáusticos; 13=Agente desconocido; 14= Alimento
- 35. Doble tóxico:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 36. Sustancia 3:** variable categórica excluyente diferenciada en 0=BZDP; 1=antidepresivos; 2=paracetamol; 3=AINES; 4=anticoagulantes; 5=derivados mórficos; 6=Antihipertensivos; ; 7=Otros fármacos; 8=Drogas no alcohol; 9=

- Digoxina; 10=Monóxido de carbono; 11= Otros gases no identificados; 12= Cáusticos; 13=Agente desconocido; 14= Alimento
37. **Triple tóxico:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 38. **Cantidad de comprimidos:** variable numérica.
 39. **Cantidad de ml:** variable numérica.
 40. **Cantidad de gr:** variable numérica.
 41. **Cantidad inespecífica:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 42. **Lavado gástrico:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 43. **Carbón activado:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 44. **Analgesia:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 45. **Ansiolíticos:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 46. **Sueroterapia:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 47. **Sondaje vesical:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 48. **Sondaje nasogástrico:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 49. **Antídoto:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 50. **Otras pruebas:** variable categórica excluyente diferenciada en 0=No; 1=Rx;2=TAC; 3=RMN; 4=Eco; 5= coximetría
 51. **Otras pruebas 2:** variable categórica excluyente diferenciada en 0=No; 1=Rx;2=TAC; 3=RMN; 4=Eco; 5= coximetría
 52. **Otras pruebas 3:** variable categórica excluyente diferenciada en 0=No; 1=Rx;2=TAC; 3=RMN; 4=Eco; 5= coximetría
 53. **Otras pruebas 4:** variable categórica excluyente diferenciada en 0=No; 1=Rx;2=TAC; 3=RMN; 4=Eco; 5= coximetría
 54. **Tóxicos en sangre:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 55. **Tóxicos en orina:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 56. **Recogida de FR:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 57. **FR:** variable numérica
 58. **Recogida de FC:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 59. **FC:** variable numérica
 60. **Recogida de Temperatura:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 61. **Temperatura:** variable numérica
 62. **ECG:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
 63. **Clínica digestiva:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1= Nauseas; 2= Vómitos; 3= Diarrea no sanguinolenta; 4= Diarrea sanguinolenta;

- 5=Estreñimiento; 6= Dolor abdominal; 7= Hemorragia digestiva; 8= No valorable;
9= Sensación de ardor
- 64. Clínica neuropsiquiátrica:** variable categórica excluyente diferenciada en 0=no; 1= cefalea; 2= somnolencia; 3= no valorable; 4= alucinaciones; 5=agitación/agresividad
- 65. Recogida de Glasgow:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 66. Glasgow:** variable numérica
- 67. Exitus:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 68. Necesidad de UVI:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 69. Alta:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= Ingreso; 1=Domicilio.
- 70. Servicio al alta:** variable categórica excluyente diferenciada en 1=Urgencias; 2= UCI/MIV; 3= Psiquiatría; 4= AP; 5=Cardiología; 6=fuga; 7=neumología; 8=MIR
- 71. Necesidad de interconsulta:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Sí.
- 72. Interconsultas:** variable categórica excluyente diferenciada en 0= No; 1=Psiquiatría; 2=MIV; 3= Traumatología; 4= MIR



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTOXICACIONES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HURH.



Alumna: Celia Almoguera Díaz-Flores Tutora: Susana Sánchez Ramón
Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN

Debido a su amplio espectro de presentación, las intoxicaciones agudas son una **motivo importante de consulta y consumo de recursos** en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH). Destacan la **intención autolítica y benzodiacepinas** como principales causas y tóxicos utilizados, respectivamente.

OBJETIVOS

- Conocer el **número y características** de los diferentes tipos de intoxicaciones agudas atendidas en el SUH del HURH.
- Detallar sus perfiles incluyendo el de los **pacientes, finalidad, métodos y sustancias** utilizadas.
- Conocer el **manejo clínico-terapéutico** tanto extra como intrahospitalario de los cuadros clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de las intoxicaciones atendidas en el SUH del HURH de Valladolid.

Población: pacientes que acudieron al SUH refiriendo consumo de cualquier tóxico o presentando sintomatología por el mismo, desde Octubre de 2019 hasta Marzo del 2020. Se excluyeron las intoxicaciones generadas por alcohol.

Metodología: revisión de las historias clínicas digitalizadas de los pacientes. Se creó una base de datos en el programa SPSS para posteriormente analizar estadísticamente los resultados obtenidos.

RESULTADOS

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

La **distribución por sexos** que se obtuvo entre los 71 pacientes incluidos en el estudio fue de un 50,7% para varones y un 49,3% para mujeres. En cuanto a la **edad** se observó una media de 37,44 (\pm 17,99) años.

VARIABLES SOBRE EL PERFIL DE LAS INTOXICACIONES Y TÓXICOS EMPLEADOS

Un 88,7% resultaron **episodios aislados**. En cambio, un 11,3% fueron **intoxicaciones grupales**.

Como causas obtuvimos:

- 39,4% de **intencionalidad autolítica**.
- 33,8% de **motivo accidental**.
- 26,8% de **motivo no accidental**.

	Varones	Mujeres
Intento autolítico	19 (54,3%)	9 (25%)
Intox. accidental	11 (31,4%)	13 (36,1%)
Intox. no accidental	5 (14,3%)	14 (38,9%)

Tabla 1. Variable intencionalidad según los sexos.

Tanto para las intoxicaciones provocadas por una sola sustancia (56,3%) como para las **poliintoxicaciones** (38%), los tóxicos más registrados fueron las **benzodiacepinas**, seguidas por el **CO y otros gases**, **antidepresivos y fármacos como antiepilépticos, antipsicóticos...**

VARIABLES SOBRE ANTECEDENTES

Con una gran diferencia, los **antecedentes de tipo psicopatológico** fueron los más importantes, presentes en el 39,4% de los casos.

Otros relevantes pero menos frecuentes fueron las **intoxicaciones previas** (26,8%) y los antecedentes de **drogadicción** (12,7%)

VARIABLES SOBRE MANEJO Y TRATAMIENTO

Las **constantes** estudiadas y recogidas en las historias clínicas fueron:

- Frecuencia cardiaca (94,4%)
- Frecuencia respiratoria (18%)
- Temperatura (88,7%)
- Escala de Glasgow (40,8%).

A parte de la anamnesis, las **pruebas diagnósticas** más empleadas tanto para la cuantificación como identificación de sustancias fueron los análisis de tóxicos en sangre en un 57,7% y los análisis de tóxicos en orina en un 59,2%

La **técnica para control y tratamiento** del episodio más utilizada fue la **sueroterapia** (50,7%) seguida por la administración de **antídotos** (29,6%) y el **carbón activado** (26,8%).

En el 52,1% de los episodios no se realizaron **interconsultas** a otros servicios. Sin embargo, en otros resultaron fundamentales sobre todo en aquellos con **finalidad autolítica**.

El 81,7% de los pacientes recibieron el **alta** a su domicilio y un 8,5% necesitaron ser ingresados en UCI.

En total, se registraron **0 exitus**.



Fig.2. Porcentaje de antecedentes.

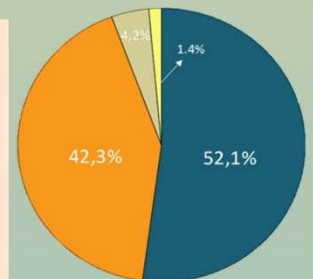


Fig.3. Porcentaje de interconsultas a otros servicios.

CONCLUSIONES

1. Las intoxicaciones agudas conforman un **considerable número de cuadros clínicos a conocer entre los profesionales sanitarios** (signos, síntomas, órganos diana involucrados, constantes alteradas...)
2. Un **trabajo y protocolo conjunto entre los SUH y psiquiatría** resultan fundamentales contando con las tentativas de suicidio como principal causa. De igual modo, la principal sustancia utilizada son las **benzodiacepinas**, plasmando la necesidad de un **mejor control en su dispensación**.
3. Existe un **escaso número de estudios de prevalencia** a gran escala que podrían tenerse en cuenta como línea futura de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Dueñas Laita A, Aparicio Blanco M, Armentia Medina A, Blecher L, Blanco Varela J, Bobillo del Amo F, et al. Intoxicaciones agudas en medicina de urgencia y cuidados críticos. 4ª. Dueñas Laita A, editor. Barcelona (España): Masson, S.A.; 2005. 443 p
- Nogué Xarau S. Toxicología clínica. Bases para el diagnóstico y el tratamiento de las intoxicaciones en servicio de urgencias, áreas de vigilancia intensiva y unidades de toxicología [Internet]. 1ª. Nogué Xarau S, editor. Elsevier; 608 p. Available from: <https://www.elsevier.com/books/toxicologia-clinica/nogue-xarau/978-84-9113-340-7>
- Osuna España A, Pérez Fernández C. Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas. Rev Médica AEN. 2010;29-34
- Burillo G. Urgencias hospitalarias por intoxicaciones agudas: estudio multicéntrico nacional. 2010. 60-83 p