



**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**“Implantación de algoritmo de trabajo para el tratamiento de la intoxicación  
medicamentosa oral con fines de autolisis en un Servicio de Urgencias”**

**Carmen Vega Díaz**

**11 Julio 2013**

**Trabajo Fin De Máster**







## **AGRADECIMIENTOS**

A los enfermeros del servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias por implicarse en el proyecto.

A Montserrat Amigó, enfermera del Servicio de Toxicología del Hospital Universitario Clinic de Barcelona por su colaboración e interés en este trabajo.

Al Dr. Ricardo Baldonado Cernuda, por su paciencia y ayuda durante la tutorización.

Y por último a Pilar Mosteiro y demás miembros del Máster por hacer posible la presentación de éste trabajo desde la distancia.



## ÍNDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN</b> .....	9
1.1.- JUSTIFICACIÓN.....	10
<b>2.- ESTADO ACTUAL DEL TEMA</b>	
2.1.- LA AUTOLISIS Y EL SUICIDIO.....	11
2.2.- TIPOS DE AUTOLISIS.....	16
2.3.- LA INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA AGUDA.....	17
2.4.- DIAGNÓSTICO.....	18
2.5.- TRATAMIENTO.....	20
<b>3.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b>	
3.1.- HIPÓTESIS NULA.....	25
3.2.- HIPÓTESIS ALTERNATIVA.....	25
3.3.- OBJETIVO PRINCIPAL.....	25
3.4.- OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	25
<b>4.- METODOLOGÍA</b>	
4.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	27
4.2.- LUGAR DEL ESTUDIO.....	27
4.3.- TIEMPO DE ESTUDIO.....	27
4.4.- SUJETOS A ESTUDIO.....	27
4.4.1.- CRITERIOS DE INCLUSION.....	27
4.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSION.....	28
4.4.3.- RECLUTAMIENTO.....	28
4.4.4.- TAMAÑO MUESTRAL.....	28



4.5.- VARIABLES A ESTUDIO.....	29
4.6.- PROCEDIMIENTO.....	30
4.7.- PLAN DE ANALISIS DE DATOS. ESTUDIO ESTADÍSTICO.....	30
<b>5.- PLAN DE TRABAJO CRONOGRAMA.....</b>	<b>31</b>
5.1.- DURACIÓN DEL PROYECTO Y ETAPAS DESARROLLO.....	32
<b>6.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....</b>	<b>33</b>
6.1.- SESGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	34
<b>7.- BENEFICIOS APORTADOS POR EL ESTUDIO.....</b>	<b>34</b>
7.1.- PERCIBIDOS POR EL PACIENTE.....	34
7.2.- PERCIBIDOS POR EL PERSONAL SANITARIO.....	35
7.3.- PERCIBIDOS POR LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.....	35
<b>8.- RECURSOS NECESARIOS.....</b>	<b>36</b>
8.1.- RECURSOS HUMANOS.....	36
<b>9.- PRESUPUESTO.....</b>	<b>37</b>
<b>10.- BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>38</b>
<b>11.- ANEXOS</b>	
11.1.- ANEXO I. ESCALA DEL COMA DE GLASGOW.....	43
11.2.- ANEXO II. SOLICITUD A LA DIRECCIÓN DEL HUCA.....	44
11.3.- ANEXO III. SOLICITUD AL COMITÉ DE ÉTICA.....	45
11.4.- ANEXO IV. DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PERSONAL.....	46
11.5.- ANEXO V. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS.....	47



atención al paciente intoxicado medicamentoso y sería interesante su implantación desde un punto de vista clínico y de gestión hospitalaria.

## **1.1 JUSTIFICACIÓN**

Actualmente la atención urgente en España constituye uno de los servicios más demandados por la población.

El papel de la enfermería en urgencias es clave para una asistencia rápida y eficaz, desde el momento de la llegada del paciente al servicio y su clasificación en el área de triaje, hasta el momento de su atención.

Es imprescindible para los profesionales que atienden a estos pacientes, el conocimiento de todas las técnicas de descontaminación digestiva, antídotos y productos utilizados; así como la indicación y contraindicaciones de cada uno de ellos.

La rapidez asistencial en el caso de una intoxicación medicamentosa oral es esencial, la enfermera debe estar preparada para recibir al paciente, hacer una rápida valoración del estado de conciencia y monitorizar sus constantes vitales, a la vez que el facultativo determina el mejor tratamiento.

El papel de la enfermera no concluye hasta que el paciente es dado de alta del servicio, coordinando y controlando la asistencia del trabajo en equipo durante todo el proceso.

Durante la rotación de prácticas en este servicio, me he dado cuenta de que no existe un algoritmo de actuación enfermero ante un diagnóstico de intoxicación medicamentosa oral por intento autolítico. Sería interesante una estandarización



de las medidas para facilitar la mejora de la rapidez asistencial y asegurar una atención sanitaria eficiente, efectiva y de calidad.

## **2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

### **2.1 LA AUTOLISIS Y SUICIDIO**

Se define autolisis o autolesión como toda acción autoinfligida llevada a cabo con el fin de provocarse un daño de manera consciente y que puede tener como resultado final la muerte, ya sea mediante acciones mecánicas como por ingesta de sustancias.<sup>(2,4,5,6)</sup>

Estas acciones pueden ser llevadas a cabo por la el sujeto con dos finalidades principales: con la intención de captar la atención del entorno que rodea al sujeto sin tener como finalidad la muerte; en este caso la acción la denominaremos intento de *suicidio o parasuicidio*.

Si como consecuencia del daño autoinfligido, el resultado es el fallecimiento, lo denominaremos *suicidio consumado*.<sup>(4, 5,6)</sup>

Existen además datos que confirman que el parasuicidio es el más poderoso predictor del suicidio consumado. Se estima que el 54% de las personas que han realizado un intento de suicidio ya lo había intentado antes.<sup>(2, 4, 5, 6,7)</sup>

Tanto el suicidio como los comportamientos autodestructivos representan un importante problema para la Salud Pública a nivel mundial.

Cada año muere más de un millón de personas por suicidio, representando el 12% de la mortalidad global. En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte y la segunda causa más común de muerte en las edades de 15-44 años, siendo



los países de Europa Oriental los que presentan mayores tasas.

También se observan altas tasas en los países nórdicos, lo que apunta a una posible influencia del número de horas de luminosidad. <sup>(2, 4, 8, 9,10)</sup>

Se estima que en España se produjeron 3.416 muertes por suicidio en el año 2000 2.591 (76%) en hombres y 825 (24%) en mujeres. <sup>(11)</sup>

Tanto en hombres como en mujeres, el mayor número de muertes se produjo en los grupos de edad entre 15-44 años y en mayores de 60 años; encontrando diferencias entre los métodos utilizados por ambos, de lo cual hablaremos más adelante. <sup>(2, 6,10)</sup>

En cuanto a los factores de riesgo de la conducta suicida se dividen clásicamente en dos grupos, los inmodificables y los modificables. <sup>(2,10)</sup>

- Factores de riesgo inmodificables:

-El sexo: los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres, mientras que en los hombres es cuatro veces superior el suicidio consumado. <sup>(2, 4, 5, 6, 9,12)</sup>

-La edad: la tasa de suicidio aumenta con la edad, relacionándose con el cambio de rol en la sociedad, la disminución de las capacidades físicas y mentales y la presencia de pluripatologías. Las enfermedades crónicas y mentales, sobretodo si son invalidantes, representan el principal motivo de suicidio en este grupo de edad.

Otro grupo de edad vulnerable son los adolescentes y grupos jóvenes, principalmente entre los 15 y los 24 años de edad <sup>(2,10)</sup>; representando una de las primeras causas de muerte junto con los accidentes de tráfico y los homicidios.



Los principales factores de riesgo en este grupo de edad, son el consumo de sustancias y los trastornos de la conducta; agudizándose en los sujetos propensos a la introversión, el neuroticismo o la desesperanza, muchas veces fruto de los cambios de personalidad típicos de la juventud. <sup>(2,5,6,9,12)</sup>

Se han confirmado la asociación entre el riesgo de suicidio y antecedentes de separación de los padres, abusos sexuales o maltrato físico durante la infancia.

Tanto las edades geriátricas como las adolescentes son propensas al suicidio, la única diferencia que se encuentra es la tasa de suicidios consumados es mayor en los ancianos, mientras que en los jóvenes se detectan más intentos autolíticos. <sup>(2,5)</sup>

-Estado civil: el matrimonio disminuye el riesgo de suicidio, viéndose incrementado por la viudedad y los divorcios.

En el caso de viudedad, existen diferencias tanto en el sexo como en el momento de la pérdida; siendo mayor en los hombres durante la primera mitad de su vida. <sup>(5,9,10)</sup>.

-Empleo y apoyos sociales: el trabajo en general protege contra el riesgo de suicidio, obligando al individuo a generar una rutina en su vida y cultivando la interacción social, llegando este último a actuar como un factor protector contra el suicidio.

Por otro lado, el aislamiento y la falta de apoyos sociales, hacen que incremente el índice de suicidios consumados, siendo reconocido como el principal riesgo en todas las edades. <sup>(2,7)</sup>



- Factores de riesgo modificables:

-Trastorno mental: casi el 95% de las personas que se intenta suicidar, presenta un trastorno mental diagnosticado. Los trastornos afectivos son los cuadros psiquiátricos más relacionados con la conducta suicida, en especial los que cursan con trastornos depresivos; siendo mayor la incidencia en las fases precedentes de la enfermedad <sup>(2, 8,13)</sup>.

-Abuso de sustancias: la tasa de suicidios en personas que consumen drogas y alcohol se incrementa en todos los rangos de edad.

Hasta un 15% de estos pacientes presentan dependencia al alcohol, actuando de por tanto como un factor de riesgo precipitante en la conducta suicida <sup>(5,13)</sup>.

-Dimensiones psicológicas: el carácter y la personalidad del sujeto son factores importantes en el riesgo de suicidio, y se ha demostrado que hay un mayor índice de suicidios consumados en individuos con tendencia a la agresividad y la violencia <sup>(2, 5, 6, 10,13)</sup>.

Hasta un 40% de los pacientes que han intentado suicidarse lo intenta nuevamente. <sup>(2)</sup>

Es por esto que es imprescindible para todos los profesionales de la salud, desde el servicio de Atención Primaria hasta la asistencia especializada, el reconocimiento de los factores predisponentes y los signos de alarma de un acto inminente de suicidio. <sup>(13)</sup>

Esta evaluación exige al profesional, un alto nivel de entrenamiento y la



integración de todas las variables independientes de cada sujeto y situación.

Pese a todo, la valoración del riesgo suicida no es una tarea fácil en la práctica clínica, tanto por la naturaleza de las ideaciones suicidas, como por la inexistencia de indicadores específicos de la conducta suicida.

Por tanto las herramienta básicas de identificación de la conducta suicida son *la entrevista clínica* y como complemento, *las diferentes escalas de medida*.<sup>(7,10)</sup>

Durante la realización de la entrevista, se recomienda la presencia de algún familiar o allegado; ya que pueden servir de complemento a las respuestas proporcionadas por el sujeto.<sup>(7)</sup>

Durante la misma, además de realizarse una evaluación psicopatológica y revisión de la historia clínica, deben recogerse variables sociodemográficas y aquellos factores de riesgo y de protección que permitan un abordaje integral.

Como profesionales, nuestra actitud deberá ser empática y de escucha activa, realizando preguntas directas y superando el miedo a hablar de la muerte con el paciente.<sup>(10)</sup>

Una vez finalizada la entrevista clínica, como complemento, utilizaremos las escalas de evaluación del riesgo suicida.

Existen numerosas escalas de valoración, entre las mas utilizadas se encuentran: “*La escala de ideación suicida de Beck*”: con la que se valora el deseo de llevar a cabo el acto suicida; y “*La escala de desesperanza de Beck*”: con la que se valora las habilidades de afrontamiento del individuo frente a situaciones adversas.<sup>(10,13)</sup>

En toda valoración y seguimiento de un paciente con ideas lesivas, debemos tener presente que nunca debemos subestimar el riesgo suicida de un individuo;



que no lo exprese no quiere decir que no vaya a llevarlo a cabo.

## **2.2 TIPOS DE AUTOLÍISIS**

Numerosos factores contribuyen a la elección de los métodos para quitarse la vida. Los patrones sociales de suicidio pueden ser entendidos a partir de conceptos básicos como la cultura o la tradición, pérdidas importantes recientes y la facilidad de acceso del método a utilizar. <sup>(4,6)</sup>

Tanto en España como a nivel mundial se reconocen varios medios utilizados para el suicidio: la ingesta de cáusticos, el uso de armas de fuego, objetos cortantes, el ahorcamiento y ahogamiento, exposición a distintos gases y vapores, la precipitación desde una altura, la interposición delante de un vehículo en movimiento, etc. <sup>(3,14)</sup>.

Las principales diferencias se encuentran según el sexo y el país <sup>(15)</sup>.

Atendiendo al primero, las conductas de suicidio en los hombres son más violentas, destacando el ahorcamiento, la precipitación desde lugares elevados y el uso de armas de fuego. Los individuos víctimas de una pérdida importante o un acontecimiento estresante, también optan por estas formas de suicidio, ya que son métodos con una alta letalidad y para los que se necesita un alto nivel de desesperación y gran determinación.

Sin embargo las mujeres optan por la ingesta de diferentes sustancias, fármacos, drogas o venenos <sup>(4, 6,10)</sup>.

En cuanto a los métodos de elección de los distintos países, varían conforme a lo desarrollado o subdesarrollado de la región. De esta forma, el suicidio con plaguicidas ha sido reconocido como un importante problema de salud pública en



los países rurales de América Latina (Perú, Nicaragua) y los asiáticos en desarrollo (Tailandia); mientras que en Estados Unidos, la mayoría de los suicidios consumados han sido por el uso de armas de fuego, donde es frecuente la disponibilidad de las mismas en los hogares. <sup>(15)</sup>

El ahorcamiento resulta ser el método más utilizado a nivel mundial, seguido por el auto-envenenamiento por drogas y medicamentos. <sup>(4,10)</sup>

### 2.3 LA INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA AGUDA

La intoxicación medicamentosa aguda (IMA) es una de los principales motivos de asistencia en el servicio de urgencias, tanto en la población adulta como en la pediátrica. <sup>(16,17)</sup>

Se estima que el 80% los pacientes con un diagnóstico de intoxicación aguda, reciben asistencia directa hospitalaria, y una cuarta parte de ellos, dentro de la primera hora tras la exposición <sup>(18)</sup>.

Tanto la vía de entrada como la etiología de los agentes implicados es variada. Hasta en un 66% de los pacientes intoxicados, la vía de exposición es la oral, seguida de la inhalatoria. <sup>(3)</sup>

En cuanto a la naturaleza del tóxico, hay que destacar que en la mayoría de las intoxicaciones voluntarias está presente el alcohol etílico, combinándose con otros productos y dando lugar a una *intoxicación mixta*. En este caso sería considerado el tóxico utilizado más habitual. <sup>(17,18)</sup>

Pero atendiendo a la frecuencia de uso individual, los principales productos implicados son los medicamentos, seguidos de los productos de uso doméstico, y los plaguicidas. <sup>(3)</sup>



En el caso de los productos del hogar, los productos destinados a la limpieza como la lejía, lideran el grupo de los cáusticos. <sup>(18)</sup>

Atendiendo al número de intoxicaciones medicamentosas registradas, destacan los fármacos que actúan a nivel del Sistema Nervioso (26,9%), como los analgésicos, ansiolíticos y antieméticos. <sup>(3, 16,18)</sup>

Las benzodiazepinas constituyen el agente más usual en la IMA seguido por los antidepressivos tricíclicos, y el paracetamol. <sup>(17, 19,20)</sup> Éste último no está asociado principalmente a una finalidad autolítica, ya que generalmente está implicado en las intoxicaciones infantiles, en su mayoría accidentales. Pese a lo abundante de su uso, la mortalidad por sobredosis de benzodiazepinas, es escasa, con 5,9 por millón de prescripciones, frente al 118 por millón atribuida a los barbitúricos.

Este último ha sido en su mayoría reemplazado por las benzodiazepinas, por lo que su influencia autolítica ha disminuido en favor de las últimas. <sup>(18)</sup>

Como hemos dicho antes, en los intentos autolíticos, juega un papel importante la disponibilidad del fármaco, siendo en un 63,5% de las veces a propia medicación de un paciente diagnosticado de una alteración psiquiátrica crónica. <sup>(18)</sup>

Es imprescindible para un tratamiento eficaz la detección precoz de los síntomas y signos de una posible intoxicación, así como conocer el tóxico utilizado; en nuestro caso, el fármaco ingerido, la dosis y el tiempo transcurrido desde la ingesta. <sup>(3, 19,20)</sup>

## 2.4 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico al paciente intoxicado, al igual que en otras patologías se basa en tres fases: *la anamnesis, exploración de los distintos signos y síntomas, y la*



*realización de pruebas complementarias.* <sup>(18)</sup>

-Anamnesis: es el pilar del diagnóstico en una intoxicación. Se interrogará al paciente si es posible, familiares o allegados para intentar disponer de la máxima información posible acerca de: tipo de fármaco, dosis ingerida, vía de entrada, tiempo transcurrido e incluso posibles motivaciones del paciente para su conducta autolítica.

Otra parte interesante y siempre que sea factible, es el análisis del entorno donde se ha encontrado al paciente. De este modo podemos obtener cualquier tipo de información extra que nos sea de utilidad para la fase diagnóstica: la presencia de jeringuillas, blísteres vacíos, notas de despedida, etc. <sup>(7,18)</sup>

-Signos y síntomas: desde la valoración de las funciones vitales, hasta el control del estado neurológico.

La sola evaluación de los síntomas con una exploración inicial sin pruebas complementarias que nos dé más información, hace muy inespecífico este apartado. No obstante debe vigilarse especialmente todo signo que indique un compromiso respiratorio o circulatorio, que haga necesaria la utilización de medidas de soporte vital. <sup>(18,20)</sup>

-Pruebas complementarias: generalmente se realizan con la finalidad de identificar el tipo de tóxico y su cantidad sistémica disponible. Por tanto suelen ser diferentes análisis de muestras sanguíneas, y de orina o de glucemia mediante tiras reactivas.



El resto de pruebas complementarias suelen hacerse para valorar la gravedad del paciente, es el caso de un electrocardiograma (ECG) <sup>(20,21)</sup> o las radiografías de abdomen para valorar posibles perforaciones en el tracto digestivo, y de tórax en caso de complicación con una neumonía broncoaspirativa. <sup>(17,18)</sup>

## 2.5 TRATAMIENTO

En la atención al paciente urgente, tanto diagnóstico como tratamiento se convierten en dos procesos simultáneos para asegurar una actuación rápida y efectiva. Es el caso de un paciente víctima de una intoxicación aguda. <sup>(20)</sup>

Durante la fase de tratamiento cabe diferenciar dos etapas: la de *tratamiento general*, que contempla las maniobras comunes a otras patologías urgentes; y la de *tratamiento específico*, con las medidas propias de una intoxicación aguda. <sup>(17,18)</sup>

- Tratamiento general:

Lo primero es evaluar las funciones vitales para conocer si son necesarias las medidas de soporte vital. Por tanto debemos controlar el estado hemodinámico del paciente con la monitorización continua de: la presión arterial, un registro ECG continuo, la frecuencia cardiaca, la saturación de oxígeno y las respiraciones por minuto. <sup>(20,21)</sup>

En el caso del paciente intoxicado, el mantenimiento y aislamiento de la vía aérea es particularmente importante, ya que las broncoaspiraciones son la causa principal de mortalidad. <sup>(16, 17, 18,19)</sup>

Por último, se valorará el nivel de conciencia y los posibles cambios en la



conducta mediante las diferentes escalas disponibles. Es imprescindible vigilar la aparición de convulsiones, ya que es una complicación frecuente derivada del uso de los antidepresivos tricíclicos; fármacos depresores del SNC, que como ya hemos señalado, son el grupo más utilizado en la finalidad autolítica. (3, 17, 19,20)

- Tratamiento específico:

La dividiremos en dos procedimientos: *la administración de antídotos y la disminución de la absorción del tóxico.*

-Administración de antídotos: La enfermera en colaboración con el resto del equipo, a la vez que realiza y supervisa las actividades anteriores, se encarga de obtener un acceso venoso, extraer muestras sanguíneas <sup>(18)</sup> y si se tiene conocimiento del tipo de fármaco ingerido y una vez indicado por el facultativo, se administrará de forma intravenosa el antídoto que proceda. Los más utilizados. (1,16,17,19,20)

- Flumazenilo: en la intoxicación por benzodiazepinas.

- Naloxona: intoxicación por opiáceos.

- Acetilcisteína: intoxicación por paracetamol.

-Disminución de la absorción del tóxico:

Tras todas las medidas anteriores, en muchas ocasiones se plantea la decisión del uso de medidas para descontaminar el tubo digestivo.

Existen numerosas técnicas de descontaminación digestiva: lavado gástrico, el carbón activado, la administración de jarabe de Ipecacuana, los catárticos o la combinación de algunos de ellos. (17,19)



Se han realizado múltiples estudios para conseguir determinar que método es el más efectivo en las intoxicaciones sin resultados concluyentes. <sup>(19)</sup> Sin embargo se ha demostrado que todos tienen capacidad para reducir la absorción gástrica del fármaco, y a su vez, que la utilización de cualquier técnica de descontaminación, no está exenta de la aparición de los principales efectos secundarios: náuseas, vómitos y broncoaspiración. <sup>(17,19,20,21,23)</sup>

Las dos técnicas más utilizadas son el lavado gástrico y el uso del carbón activado <sup>(21, 22,23)</sup>. No se ha demostrado una eficacia superior en alguna de las dos técnicas, por tanto salvo para pacientes en coma o intoxicados por sustancias no absorbibles por el carbón, se prefiere el uso del carbón activado de forma aislada y por vía oral; ya que la técnica de lavado gástrico es más incómoda para el paciente. <sup>(19,23)</sup>

El tratamiento al paciente intoxicado debería estar protocolizado para evitar retrasos o dudas en la elección de la terapéutica adecuada, así como para mejorar la calidad asistencial del paciente <sup>(19,22)</sup>.

Por tanto basándonos en un algoritmo de descontaminación digestiva de atención al paciente intoxicado del Hospital Clinic de Barcelona vigente, y de las evidencias bibliográficas, proponemos el siguiente algoritmo de atención enfermero a partir del cual desarrollaremos nuestro proyecto.

1. En la llegada del paciente a urgencias, la enfermera de triaje debe reconocer el diagnóstico de intoxicación medicamentosa, si es posible obtener información sobre los fármacos utilizados y registrar las constantes vitales.



2. En el box de urgencias la enfermera debe de desvestir y acomodar al paciente en la camilla así como valorar indicios de autolesión en la piel del paciente. Durante este proceso será informada por la enfermera de triaje.
3. La enfermera debe monitorizar al paciente y obtener nuevas constantes, así como valorar el estado de conciencia utilizando la escala de Glasgow y controlar la vía aérea si es necesario.

Por último se obtendrá un acceso venoso y muestras sanguíneas.

4. La enfermera intentara obtener la máxima información posible sobre el tipo de fármaco ingerido, dosis y hora, así como otras sustancias empleadas (lejía, alcohol...) Preguntando a familiares o amigos si viene acompañado; o a los profesionales del SAMU, si ha recibido atención medica previa.
5. Informar al médico de todos los datos obtenidos.
6. La enfermera deberá conocer el algoritmo básico de actuación en la intoxicación medicamentosa oral para evitar retrasos en la preparación de los antídotos y materiales para la atención sanitaria.

- Conocer los antídotos disponibles:

- Flumazenilo en la intoxicación por benzodiazepinas

- Naloxona: en la intoxicación por opiáceos

- Acetilcisteína: para la intoxicación por paracetamol

- Ingesta reciente (<2h), intervalo impreciso o Ingesta tardía (2-6h).

- consciente: Carbón activado vía oral o jarabe de Ipecacuana.



-Coma, shock o riesgo de convulsiones: lavado gástrico + Carbón activado.

- Ingesta muy tardía >6h y <24h.

-consciente: no descontaminar

-Coma, shock o riesgo de convulsiones: lavado gástrico + Carbón activado.

7. Esperar valoración médica y orden terapéutica
8. registro en la historia clínica de todas la técnicas realizadas, motorización de las constantes y estado de consciencia durante el tratamiento y hasta el alta del paciente.
9. Durante la estancia del paciente en el servicio de urgencias, la enfermera debe mantener al paciente controlado evitando nuevas tentativas de autolesión.



### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO:**

#### **3.1 HIPÓTESIS NULA**

No se encuentran diferencias significativas en el porcentaje de complicaciones entre el grupo de pacientes tratados con el algoritmo enfermero y el grupo en el que se siguen medidas habituales no protocolizadas.

#### **3.2 HIPÓTESIS ALTERNATIVA**

El porcentaje de complicaciones es significativamente menor entre los pacientes tratados con un algoritmo enfermero, que el grupo en el que se siguen medidas habituales no protocolizadas.

#### **3.3 OBJETIVO PRINCIPAL**

Implantación de un algoritmo enfermero estandarizado en el servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias.

#### **3.4 OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Comparar la disminución de la incidencia de complicaciones utilizando el algoritmo enfermero estandarizado y las medidas generales actuales en pacientes con intoxicación medicamentosa oral en el servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias.
- Evaluar la disminución del tiempo de estancia en el servicio de Urgencias.
- Conocer el sexo, la edad, el tipo de fármaco y la dosis utilizada y el tiempo transcurrido tras la ingesta.



- Describir el nivel de conciencia y la necesidad de estabilización hemodinámica.
- Describir el tipo y número de complicaciones de forma global y en ambos grupos
- Relacionar el tipo y número de complicaciones con: el tipo de fármaco y dosis, el nivel de conciencia al llegar a urgencias, la necesidad de estabilización hemodinámica y el tiempo transcurrido tras la ingesta.



## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO:**

Analítico experimental longitudinal prospectivo.

### **4.2 LUGAR DEL ESTUDIO**

Unidad de Gestión Clínica de Urgencias del Hospital Central de Asturias (Centro General).

### **4.3 TIEMPO DE ESTUDIO**

El estudio se iniciará en mayo de 2014 y terminará cuando se completen los casos en función del tamaño muestral.

### **4.4 SUJETOS A ESTUDIO**

Pacientes que acuden al servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias diagnosticados de intoxicación oral medicamentosa con fines autolíticos.

#### **4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes mayores de 13 años que acuden al servicio de urgencias del Hospital Central de Asturias.
- Pacientes cuyo diagnóstico final sea de intoxicación medicamentosa oral voluntaria con fines autolíticos.
- Que no presenten patología previa que se pueda confundir con una



complicación de origen medicamentosa

- Que se completen y se recojan correctamente todos los procedimientos realizados.

#### **4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes pediátricos (menores de 13 años).
- Pacientes intoxicados ingiriendo cualquier tipo de sustancia no medicamentosa.
- Pacientes intoxicados por vía parenteral.
- Pacientes con patología previa que se pueda confundir con una complicación de origen medicamentosa.

#### **4.4.3 RECLUTAMIENTO**

Se incluirán todos los pacientes que ingresan en el servicio de Urgencias del Centro General de forma consecutiva a partir de la fecha de inicio del trabajo de campo.

La elección de los pacientes se hará de forma aleatoria en dos grupos: un grupo de intervención que seguirá las medidas de actuación estandarizadas del algoritmo enfermero, y otro de control, que seguirá las medidas habituales actuales.

Para la inclusión en cada uno de los grupos anteriores se utilizará una tabla de números aleatorios.

#### **4.4.4 TAMAÑO MUESTRAL**

Como no se dispone de la proporción de pacientes que presentan



complicaciones derivadas de la ingesta oral medicamentosa con fines autolíticos, se realizará un estudio piloto con 20 pacientes en cada grupo. Una vez conocida la proporción de complicaciones en ambos grupos, se calculará el tamaño muestral a partir de la fórmula de comparación de dos proporciones.

#### **4.5 VARIABLES A ESTUDIO**

- Edad (en años).
- Sexo (Hombre/ Mujer).
- Tipo de complicaciones (las mas habituales según la revisión bibliográfica: nauseas, vómitos, broncoaspiración y crisis convulsivas)
- Número de complicaciones (contabilizando con números enteros).
- Tipo de fármaco (por categoría farmacéutica; según la revisión bibliográfica, los mas habituales: ansiolíticos, antidepresivos y analgésicos).
- Dosis (número de pastillas o blísteres del fármaco).
- Tiempo transcurrido tras la ingesta (en minutos u horas desde que se realizó la ingesta hasta que ingresa en Urgencias).
- Tiempo de estancia en Urgencias (en horas de permanencia en el servicio).
- Nivel de conciencia (mediante el uso de la Escala de Glasgow), **(anexo I)**.
- Necesidad de estabilización hemodinámica (con los criterios estándar de hipotensión  $<90$  mmHg TAS y  $< 60$  mmHg TAD; así como el mantenimiento de la frecuencia cardíaca dentro de cifras normales: 60-120 latidos por minuto (lpm), evitando o corrigiendo de esta manera una posible taquicardia:  $>120$ lpm o bradicardia:  $>60$ lpm.



#### 4.6 PROCEDIMIENTO

Se solicitará permiso a la Dirección del HUCA (**anexo II**), y consentimiento y aprobación al Comité de Ética regional (**anexo III**), y por último se presentará a la Coordinación del servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias.

Una vez obtenido los consentimientos correspondientes y la aceptación del Servicio de Urgencias para poder efectuar el trabajo, la investigadora se pondrá en contacto con la plantilla del servicio de Urgencias, programando una reunión para presentar el estudio e invitándoles a colaborar en el mismo.

Preferiblemente deberá acudir también el personal no sanitario implicado, ya que se trata de una atención sanitaria en equipo y se cuenta con la colaboración de todo el servicio.

Se hará entrega de una hoja explicativa del proyecto a cada profesional (**anexo IV**) y una copia de los registros de recogida de datos (**anexo V**) que deberán cumplimentar correctamente.

Los cuestionarios serán custodiados por la supervisora del servicio y recogidos semanalmente por la investigadora.

#### 4.7 PLAN DE ANALISIS DE DATOS. ESTUDIO ESTADÍSTICO

Las variables registradas se incluirán en una base de datos informatizada, mediante el programa estadístico informático SPSS 17.0.

Los valores cuantitativos se expresarán en Media, Desviación típica y Rango.

Los valores cualitativos se expresarán en porcentajes y Valor total.

Para el cálculo de la comparación variables de porcentajes se utilizará la t de Student, cuando se comparen variables cualitativas se utilizará la Chi



cuadrado.

### 5. PLAN DE TRABAJO CRONOGRAMA

A continuación se muestra la duración estimada del estudio y el plan de desarrollo, dividido en varias etapas que reflejamos en la siguiente tabla.

	2014				2015		
	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	MAYO	JUNIO/ JULIO/ AGOSTO	SEPT.
Revisión bibliográfica							
Definición del problema							
Hipótesis y objetivos							
Selección del diseño							
Definición de variables							
Limitaciones del estudio							
Elaboración de documentos							
Presentación y aprobación del estudio							
Formación del personal implicado							



Selección de pacientes y realización de la intervención				*			
Recolección de datos							
Presentación y difusión de resultados							

\* Se estimará un tiempo aproximado de recogida de datos en torno al año.

## 5.1 DURACIÓN DEL PROYECTO Y ETAPAS DESARROLLO

- Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo:** en esta etapa se planifica el estudio. Se elaboran los documentos necesarios y se planifican las visitas de presentación del proyecto.

Tendrá una duración de dos meses, entre Febrero y Marzo de 2014.

- Unidades de Dirección y Coordinación de Enfermería del servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias y el Comité de Ética e investigación:** se presenta el proyecto y se consigue la aprobación del estudio. Se llevara a cabo durante el mes de Marzo de 2014.

- Servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias:** se realiza la presentación del proyecto y se seleccionan los pacientes según criterios de



inclusión en el estudio.

Se realizará la división aleatoria de los pacientes en grupos de intervención o grupo control según una tabla de números aleatorios.

Por último la recolección de datos se llevará a cabo cumplimentando los registros necesarios para cada grupo de pacientes.

Tendrá una duración de 12 meses, desde Mayo de 2014 a Mayo de 2015, prolongándose en el caso de no conseguir suficientes individuos para el desarrollo del estudio.

- **Unidad de estadística:** se realiza el análisis estadístico de los datos obtenidos. Durará 3 meses, comprendidos entre Junio, Julio y Agosto de 2015.

- **Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo:** por último se emitirán los informes de inicio y difusión de resultados. Tendrá una duración de un mes; en este caso en Diciembre de 2015.

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la aplicación de nuestro estudio, necesitaremos la aprobación del Comité ético Regional, como hemos mencionado anteriormente.

Debemos tener en cuenta también que los datos obtenidos procedentes del paciente o de su historia clínica, serán manejados de forma anónima y confidencial conforme a la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y conforme a nuestro deber de secreto profesional.



No habrá conflicto ético alguno en los pacientes del grupo control a los cuales no se le aplicara el algoritmo enfermero, ya que no se omitirá ningún cuidado básico sanitario y se seguirán las medidas habituales prestadas actualmente por el servicio de Urgencias del Hospital Central de Asturias. Tampoco hay conflicto de intereses.

## **6.1 SEGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

- Se intenta la plena colaboración de los profesionales y la correcta realización del estudio, indicando el posterior reconocimiento del trabajo realizado y exponiendo las ventajas que puede suponer nuestro estudio.

## **7. BENEFICIOS APORTADOS POR EL ESTUDIO**

### **7.1 PERCIBIDOS POR EL PACIENTE**

- Mejoraremos la calidad asistencial evitando técnicas de descontaminación innecesarias.
- Los pacientes serán expuestos a un menor número de medicamentos, evitando el uso innecesario de determinados antidotos o sustancias coadyuvantes de las técnicas de lavado.
- Reduiremos el tiempo de estancia del paciente en el servicio de urgencias.



## **7.2 PERCIBIDOS POR EL PERSONAL SANITARIO**

- La estandarización de la actuación sanitaria, permite una intervención rápida y eficaz de los profesionales sanitarios ante un caso de intoxicación medicamentosa, evitando actuaciones improvisadas.
- La disminución de la estancia en el servicio de urgencias de este tipo de pacientes, permite disponer a los profesionales de más tiempo para la atención de otras patologías urgentes.
- Los profesionales de enfermería se verán obligados a la formación y conocimiento continuados de las técnicas de descontaminación digestiva y la utilización de determinadas sustancias y fármacos, mejorando de esta forma la calidad asistencial prestada.
- El conocimiento de las medidas a tomar por cada miembro del servicio de urgencias tras una correcta valoración del paciente permite que el trabajo en equipo se vea reforzado siendo lo mas efectivo y eficiente posible.

## **7.3 PERCIBIDOS POR LAS INSTITUCIONES SANITARIAS**

- La reducción del tiempo de estancia de este tipo de pacientes en el servicio de urgencias, permite una disminución del coste asistencial y de la utilización de recursos tanto materiales y técnicos, como humanos.
- Este estudio puede influir en la creación de un protocolo asistencial a partir del algoritmo enfermero de atención al paciente intoxicado medicamentoso con fines autolíticos.



## **8. RECURSOS NECESARIOS**

### **8.1 RECURSOS HUMANOS**

El equipo investigador estará formado por todo el personal de enfermería del servicio sanitario de urgencias del Hospital Central de Asturias; así como la colaboración del resto de personal sanitario y no sanitario del mismo.

Para la recopilación de los cuestionarios será necesaria la participación de la supervisora del servicio, y para el análisis de los datos contaremos con un experto estadístico.

### **8.2 RECURSOS MATERIALES Y DE INFRAESTRUCTURA**

- Material informático: ordenador y programa estadístico SPSS.
- Material de papelería: documentos informativos del estudio y hojas de registro de datos.



## 9. PRESUPUESTO

### GASTOS DE EJECUCION

▫ Recursos humanos:		
Análisis de los datos por un estadístico profesional	.....	600 €
▫ Material de imprenta e informática:		
Programa informático SPSS	.....	2300 €
Impresión de cuestionarios y hojas informativas	.....	150 €
▫ Viajes y dietas a congresos	.....	800 €
<b>TOTAL</b>		<b>3850 €</b>



## 10. BIBLIOGRAFÍA

1- Urbelz Pérez, A.; Serrano Cuadrado, P.; García de Paso Mora, P.; Andueza Lillo, J.A. Intoxicaciones agudas por alcohol, otras drogas y fármacos psicoactivos. *Medicine* 2011; 10(89): 5993-6004.

2- Vallejo J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. *Medicina psiquiátrica de urgencia*. Barcelona: Masson 2006; 6(Pt.2).

3- Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia 2012; 1-19. (Citado el 16 de Abril de 2013). Disponible en:  
[https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA\\_WebApp\\_SGNTJ\\_NPAJ/desca\\_rga/memoria2011.pdf?idFile=31f90ad5-d67c-46b4-bea1-032ce20e7e21](https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/desca_rga/memoria2011.pdf?idFile=31f90ad5-d67c-46b4-bea1-032ce20e7e21)

4- Sadock VA, Sadock BJ, Kerkhof AJFM, Arensman E. Sinopsis de la psiquiatría. Intento de suicidio y autolesión deliberada: epidemiología y factores de riesgo. Barcelona: Kaplan and Sadock 2009; 10 (Pt.3): 1240-1245.

5- Lozano C, Huertas A, Jeremías C, Ezquiaga E, García- Camba E, Rodríguez FJ. Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas<sup>1</sup>. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid* 2004; 91(jul.sep). (Citado 17 de mayo 2013). Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s021157352004000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s021157352004000300002&script=sci_arttext)



6- Bobes J, Bousoño M, González MP, López JL, Saíz PA. Enfermería psiquiátrica. Urgencias psiquiátricas, crisis y conductas autolíticas. Madrid: Síntesis 2001; 189-210.

7- López MA. Evaluación e intervención del riesgo suicida. Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Castilla y León 2011; 2-14.

8- Eikelenboom M, Koekkoek B, Licht MM, Kerkhof AJ, Penninx BW, Beekman AT et al. Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: The role of borderline personality traits. Journal of affective disorders 2013. Publicado en Pubmed PMID: 23623006

9- WHO European Ministerial Conference on Mental Health 2005: Suicide prevention, World Health Organization. (Citado el 17 de mayo 2013). Disponible en:

<http://teach-vip.edc.org/documents/Suicide/WHOBriefingSuicidePrevent.pdf>

10- Bobes J, Giner J, Saíz J. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela 2011; 11-33.

11- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2010; 1-3. (Citado el 15 mayo 2013). Disponible en:

<http://www.ine.es/prensa/np703.pdf> .



12- Pommereau X. Life-threatening behaviors, suicide, attempted suicide and self inflicted injury. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2012; 196(2):357-69. Citado en Pubmed PMID: 23420955.

13- Álvarez M, Atienza G, Canedo C, Castro M, Combarro J, de las Heras E et al. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. SERGAS 2010; 19-66. (Citado el 17 de mayo 2013). Disponible en:

<http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/avaliat200903gpcCondSuicida1.pdf>

14- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según causa de muerte 2011. Suicidios por medio empleado, sexo y edad. (Citado el 17 de mayo 2013). Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2011/I0/&file=05007.px&type=pca&xis&L=0>

15- Vladeta Ajdacic-Gross, Mitchell G Weiss, Mariann Ring, Urs Hepp, Matthias Bopp, Felix Gutzwiller et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. Bulletin of the World Health Organization 2008; 86: 657-736. (Citado el 16 de mayo 2013). Disponible en:

<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489/en/>

16- Osés, G. Burillo-Putze, P. Munné, S. Nogué, M.A. Pinillos. Intoxicaciones



medicamentosas (I). Psicofármacos y antiarrítmicos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2003; 26 Supl 1. (Citado el 17 de mayo). Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272003000200004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272003000200004&script=sci_arttext)

17- Amigó Tadín M., Nogué Xarau S. Descontaminación digestiva en la intoxicación medicamentosa aguda. Jano 2005; 1584: 77-80.

18- P. Munné, J. Arteaga. Asistencia general al paciente intoxicado. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2003; 26 Supl 1. (Citado el 16 de mayo 2013).

Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000200003&script=sci_arttext)

19- Amigó M, Nogué S, Sanjurjo E, Faro J, Ferró I, Miró O. Eficacia y seguridad de la descontaminación digestiva en la intoxicación medicamentosa aguda.

Barcelona: Medicina Clínica. 2004; 122 (13): 487-92

20- Amigó M, Nogué S, Gómez E, Sanjurjo E, Sánchez M, Puiguriquer J. Medida de la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes con intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias. Emergencias 2006; 18: 7-16

21- Echarte Pazos JL, Aguirre Tejedó A, Clemente Rodríguez C, Iglesias Lepine ML, León Bertrán N, Labordeta de la Cal V et al. Calidad de los registros en las intoxicaciones voluntarias por fármacos en un Servicio de Urgencias. Revisión



Toxicológica 2011; 28: 166-169.

22- Amigó M, Faro J, Estruch D, Cascán M, Gallego S, Gómez E, et al. Descontaminación digestiva en pacientes con intoxicación medicamentosa aguda. Validación de un algoritmo para la toma de decisiones sobre la indicación y el método prioritario. Emergencias 2003; 15: 18-26.

23- Amigó M, Nogué S, Miró O .Use of activated charcoal in acute poisonings: clinical safety and factors associated with adverse reactions in 575 cases. Barcelona: Medicina Clínica 2010; 135(6): 243-9.



## 11. ANEXOS

### 11.1 ANEXO I. ESCALA DEL COMA DE GLASGOW

#### ESCALA DEL COMA DE GLASGOW

---

CONDUCTA EXPLORADA	CRITERIOS PARA DETERMINAR LA PUNTUACIÓN	PUNTUACIÓN
Respuesta de apertura de los ojos	Apertura espontánea	4
	Ante estímulos verbales	3
	Ante el dolor	2
	Ninguna	1
La mejor respuesta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palabras inadecuadas	3
	Incoherente	2
	Ninguna	1
La respuesta motora más integrada	Obedece órdenes	5
	Localiza el dolor	4
	Flexión ante el dolor (decorticado)	3
	Extensión ante el dolor (descerebrado)	2
	Ninguna	1

---

**Puntuación máxima 14; puntuación mínima: 3**



## 11.2. ANEXO II. SOLICITUD A LA DIRECCIÓN DEL HUCA

Oviedo, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

**De:** Carmen Vega Díaz.

Enfermera del Máster de Urgencias y Cuidados Críticos.

**A:** Dirección Gerencia y Dirección de Enfermería del HUCA.

**Asunto:** Trabajo de investigación.

Adjunto envío para su evaluación y aceptación el trabajo titulado: “Implantación de algoritmo de trabajo para el tratamiento de la intoxicación medicamentosa oral con fines de autólisis en un Servicio de Urgencias”.

Se adjunta:

- Memoria del proyecto

Un saludo

Fdo. Carmen Vega Díaz.



### 11.3 ANEXO III. SOLICITUD AL COMITÉ DE ÉTICA

Oviedo, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

**De:** Carmen Vega Díaz.

Enfermera del Máster de Urgencias y Cuidados Críticos.

**A:** Dirección Gerencia y Dirección de Enfermería del HUCA.

**Asunto:** Trabajo de investigación.

Adjunto envío para su evaluación el proyecto de investigación titulado:

“Implantación de algoritmo de trabajo para el tratamiento de la intoxicación medicamentosa oral con fines de autólisis en un Servicio de Urgencias”.

Se adjunta:

- Memoria del proyecto
- Hoja de registro de datos para pacientes.

Un saludo

Fdo. Carmen Vega Díaz



#### **11.4 ANEXO IV. DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PERSONAL.**

Estimados Sres:

Les comunico que se está realizando un estudio de enfermería en el servicio de urgencias del HUCA con la finalidad de implantar un algoritmo de atención enfermero para la mejora de la calidad asistencial en los pacientes diagnosticados de intoxicación medicamentosa oral con fines autolíticos.

El estudio esta siendo realizado por una enfermera del Master de enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos; y cumple con todos los requisitos necesarios para formar parte de este proyecto.

A continuación se desarrollara una breve explicación del estudio:

Cada paciente que cumpla los criterios de inclusión en el estudio, será asignado mediante una tabla de números aleatorios a:

Un grupo de intervención en el cual se actuara conforme al algoritmo enfermero propuesto, o a un grupo control en el cual, se actuara siguiendo las medidas habituales actuales sin protocolizar.

Usted deberá completar un cuestionario con diversas preguntas acerca del paciente y su evolución.

Se garantizara la privacidad de esta información conforme a la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Para cualquier duda pueden ponerse en contacto conmigo vía telefónica o por email. Los contactos les serán facilitados por la Supervisora del servicio.

Gracias por su colaboración.



## 11.5 ANEXO V. HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Nº de Historia \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_  
Primer Apellido \_\_\_\_\_  
Segundo Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Servicio \_\_\_\_\_  
Fecha Ingreso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**EDAD:**

\_\_\_\_\_ Años

**SEXO:**

Masculino  Femenino

**TIPO DE FÁRMACO UTILIZADO:**

Ansiolíticos  Antidepresivos  Analgésicos  Otros

**DOSIS INGERIDA. NÚMERO DE PASTILLAS O BLISTERS:**

\_\_\_\_\_

**TIEMPO TRANSCURRIDO TRAS LA INGESTA:**

\_\_\_\_\_

**NIVEL DE CONCIENCIA UTILIZANDO LA ESCALA DE GLASGOW:**

\_\_\_\_\_

**NECESIDAD DE ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA:**

Si  No

**COMPLICACIONES EN EL PACIENTE DURANTE LA ATENCIÓN SANITARIA:**

- Ninguna  
 Náuseas  
 Vómitos  
 Broncoaspiración



Crisis Convulsivas

Otros

---

**TIEMPO DE ESTANCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS:**

---

