

**CALIDAD ASISTENCIAL ENFERMERA DEL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS,
ANTE UN CASO DE INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA
VOLUNTARIA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Autora: Raquel Ramos González

Profesor: Alfonso Miguel García Hernández

Grado en Enfermería
Facultad de Ciencias de La Salud: Sección de Enfermería y Fisioterapia. Tenerife.
Universidad de La Laguna.
Curso 2017-2018.

RESUMEN:

Una intoxicación es el conjunto de alteraciones que se producen en el organismo al interactuar con una sustancia tóxica, ya sea por el consumo en abuso de medicamentos, drogas, gases, productos domésticos, industriales u otros muchos tóxicos. Las intoxicaciones medicamentosas en concreto, son las que mayor índice de incidencia muestran a nivel nacional¹.

Hablamos de una intoxicación medicamentosa voluntaria cuando el paciente se ha intoxicado para provocarse un daño, es decir, con fines autolíticos o ideas de suicidio. Por cada 100.000 habitantes europeos, entre 800 y 1.000 personas se autolesionan².

Nuestra labor como enfermeros es salvaguardar la vida del paciente siguiendo un protocolo de acción estipulado, procurando proporcionar la mejor asistencia posible; así como indagar sobre los factores de riesgo para actuar en un ámbito preventivo.

En este proyecto de investigación se van a estudiar las intoxicaciones medicamentosas voluntarias que se producen en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, para evaluar el grado de satisfacción que han experimentado estos pacientes ante la calidad asistencial enfermera durante su estancia en este servicio. Se trabajará con los pacientes con esta patología que pasen por urgencias entre los meses de Septiembre a Diciembre de 2018.

Considero importante la necesidad de este proyecto debido al numeroso índice de casos que se dan cada día en nuestro Hospital, sobre todo en personas mayores y adolescentes³. Es de vital importancia revisar los protocolos de actuación y la calidad de éstos para realizar cambios significativos.

PALABRAS CLAVE: intoxicación medicamentosa, autolisis, servicio de urgencias, protocolo actuación y calidad asistencial enfermera.

ABSTRACT:

A poisoning is the set of alterations that are produced inside the body to interact with a toxic substance, due to the abuse of medicaments, drugs, gases, household, industrial or other toxic products. Drug poisonings, in particular, are the ones with the highest incidence rate at a national level¹.

A voluntary drug intoxication is when the patient has been poisoned to cause damage itself, for autolytic purposes or suicide ideas. For every 100,000 European inhabitants, between 800 and 1000 people are injured².

Our work as nurses is to safeguard the patient's life following a protocol of action, trying to provide the best possible assistance; as well as to inquire about the risk factors of this person to act in a preventive field.

In this research project will be studied the voluntary drug poisonings that occur in the emergency service of the University Hospital of the Canary Islands, to assess the degree of satisfaction that these patients have experienced before the nursing care quality during their instance in this service. We will work with patients with this pathology who go through emergencies between the months of September to December 2017.

I consider the need for this project is important due to the numerous index of cases that occur every day in our hospital, especially in elderly and adolescents³. It is vital to review the protocols of action and the quality of these to make changes that can be improved.

KEYWORDS: drug poisoning, autolysis, emergency service, performance protocol and nursing care quality.

ÍNDICE

	Pág
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO-ANTECEDENTES.....	2
2.1 INTOXICACIONES.....	2
2.1.1 Tipos de tóxicos.....	3
2.1.2 Tipos de intoxicaciones.....	5
2.1.3 Síntomas.....	7
2.2 ACTUACION ANTE UNA INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA.....	8
2.2.1 Calidad de los cuidados.....	8
2.2.2 Protocolo de actuación.....	9
2.3 INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA VOLUNTARIA.....	14
2.3.1 Factores de riesgo de la conducta suicida.....	16
3. JUSTIFICACIÓN.....	19
4.OBJETIVOS.....	20
5. MATERIAL Y MÉTODO.....	21
5.1 Tipo de investigación.....	21
5.2 Población y muestra.....	21
5.3 Variables.....	21
5.4 Técnicas de recolección.....	22
5.5 Análisis estadístico.....	23
5.6 Consideraciones éticas.....	23
5.7 Nuevas áreas de estudio.....	24
6. LOGÍSTICA.....	24
6.1 Cronograma.....	24
6.2 Presupuesto	25
7. BIBLIOGRAFÍA.....	26
8. ANEXOS.....	30
8.1 Anexo 1.....	30
8.2 Anexo 2.....	31

1. INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones medicamentosas son una situación sanitaria muy común en los servicios de Urgencias de nuestro país. Alrededor de unos 120.000 casos de intoxicación se dan cada año en España⁴. Hablamos de una situación grave que ha ido aumentando con el paso de los años.

En este proyecto nos centraremos en las intoxicaciones medicamentosas voluntarias, que son aquellas provocadas por la ingesta de fármacos con el fin de producir un daño o la muerte. Las intoxicaciones accidentales o voluntarias causadas por la ingesta de medicamentos son las más frecuentes³, siendo las benzodiazepinas las más utilizadas para este fin¹.

Debido al alto índice de esta situación, ha sido necesaria la implantación de un protocolo de actuación para tratar las intoxicaciones. Los pacientes intoxicados se tratan en el servicio de Urgencias. El objetivo principal de los profesionales de este servicio es preservar la vida del paciente. En caso de una intoxicación debemos además impedir que el tóxico actúe en el organismo y reducir los daños que presente⁵.

La problemática de las intoxicaciones viene en los casos de autolisis. Un 63% de los casos que se dan de intoxicaciones son de tipo intencional, mientras que las intoxicaciones accidentales sólo representan el 35%⁶. Según datos de la OMS, a nivel mundial cada día se producen entre 8000 y 10000 intentos de suicidio, de los cuales 1000 llegan a consumirlo². Es fundamental evaluar a estos pacientes e investigar los factores de riesgo que presentan y el riesgo que tienen de volver a realizar otro intento⁷. Enfermería, a parte de proporcionar los cuidados descritos en el protocolo y pautados por el médico, debe promocionar y recuperar la salud de estos pacientes, como parte de su rol preventivo.

El Hospital Universitario de Canarias (HUC) es uno de los Hospitales de referencia de las islas, siendo un hospital de tercer nivel que nos oferta una amplia cartera de servicios, entre ellos el servicio de urgencias⁸. Este hospital es un centro público que depende de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Cuenta con 822 camas para pacientes y con unos 4.000 trabajadores aproximadamente. Da respuesta asistencial a nivel especializado a la población del área norte de la isla y es hospital de referencia para la población de la isla de La Palma⁹.

El HUC tiene una cobertura asistencial enorme. Solo en el año 2017 se atendieron alrededor de 23.000 ingresos, se realizaron unas 381.926 consultas en el hospital y 237.245 en los centros de atención especializada, se asistieron unos 2.491

partos y se atendieron un total de 82.842 urgencias⁹.

Por todo esto he visto necesaria la creación de un documento que recoja la percepción de los pacientes intoxicados ante la calidad de los servicios prestados por el personal de enfermería en su paso por Urgencias. Según datos del 2016 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la población española valora la calidad del servicio de Urgencias de los Hospitales públicos con un total de 5,9 puntos sobre 10¹⁰.

El objetivo principal de este proyecto es evaluar la calidad asistencial prestada por parte del personal de enfermería, ante una intoxicación. Además de analizar los protocolos de actuación y documentarnos sobre las intoxicaciones y los factores de riesgo de realizar un intento autolítico.

A continuación se muestra un proyecto de investigación descriptivo, centrado en la calidad asistencial de los servicios de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias ante los casos de intoxicación medicamentosa voluntaria. La muestra que se va a tomar como referencia serán las personas mayores de 18 años, que son admitidas en este servicio por esta causa. Serán pacientes que ingresen entre el mes de Septiembre y Diciembre de 2018.

Para poder realizar este proyecto de investigación, se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva del tema en cuestión. Las bases de datos consultadas han sido...Scielo, Dialnet, Elsevier, Punto Q de la Universidad y Google académico.

2. MARCO TEÓRICO- ANTECEDENTES

2.1 Intoxicaciones

Cada vez son más los casos de intoxicaciones en los Hospitales. Estudios previos demuestran que en los últimos años ha aumentado el número de intoxicaciones agudas en España, siendo ente el 1-5% de las asistencias en el servicio de Urgencia, con una incidencia de 22,2 casos por 100.000 habitantes¹¹.

Por lo general, el servicio de Urgencias es el encargado de recibir a los pacientes afectados por intoxicación aguda. De estos, un 80% de las intoxicaciones son de carácter leve o moderado y son tratados y dados de alta en unas horas, mientras que

otros casos son de mayor gravedad y el paciente fallece por el efecto directo del tóxico o por complicaciones de la intoxicación¹¹.

Podemos definir una intoxicación como el conjunto de alteraciones que se producen en el organismo a causa de la entrada de una sustancia tóxica¹². Esta sustancia en cantidades suficientes provoca un daño y altera los procesos vitales del organismo. Una intoxicación se produce por la ingesta, la inyección, la exposición o la inhalación de una sustancia tóxica.

Hablamos de sustancia tóxica para referirnos a aquella sustancia que es capaz de producir lesiones estructurales o funcionales en un órgano o en un sistema de órganos, incluso de provocar la muerte¹³. El grado de intoxicación dependerá de la toxicidad del producto, el modo de introducción en el cuerpo, la cantidad de tóxico que penetra en el organismo y de las características propias de la persona como la edad y el peso¹⁴.

2.1.1 Tipos de tóxicos:

Las sustancias tóxicas que pueden penetrar en nuestro organismo y provocarnos alteraciones son de origen muy diverso. Estos tóxicos pueden ser: medicamentos, drogas, gases, productos químicos, vitaminas, alimentos, setas, plantas, venenos de animales, productos domésticos de limpieza, productos para la agricultura y metales pesados. Casi cualquier sustancia que sea ingerida por una persona en cantidades excesivas, puede convertirse en un tóxico y ser dañino para la salud¹⁵.

Hablamos de dosis letal cuando la administración de esta sustancia tóxica causa la muerte. Y de dosis letal 50, cuando la administración de este tóxico causa la muerte a la mitad de los usuarios que lo han recibido¹³.

De entre lo anterior citado, los fármacos y las drogas ilegales son causas muy comunes para que se de una intoxicación grave¹⁵.

Podemos realizar una clasificación de los tóxicos según su naturaleza, según las aplicaciones y usos de éstos, y según la vía de entrada al organismo¹³.

Según su naturaleza podemos distinguir:

- Sustancias químicas: La mayoría de los tóxicos son sustancias químicas. Pueden ser de origen animal, mineral, vegetal o sintético.

- Sustancias físicas: Éstas incluyen los Rayos X, ultravioleta y el efecto nocivo del ruido.

Según los usos y aplicaciones de las sustancias tóxicas:

- medicamentos: fármacos, desinfectantes... Estos son la primera causa de consulta por intoxicación en los servicios de urgencias en España debido a su fácil accesibilidad hacia el público¹.

- drogas: cocaína, heroína, opiáceos, éxtasis... Las drogas afectan mayormente a los jóvenes. Hoy en día ha aumentado la práctica de consumir drogas ilegales inhalándolas o fumándolas, siendo el cannabis la que más ha destacado en cuanto a intoxicaciones en los últimos años¹. Las drogas son altamente peligrosas porque crean dependencia, las cuales, al suspender su administración puede ocasionar un síndrome abstinencia con todos los síntomas que esto conlleva.

- productos de uso doméstico o del hogar: detergentes, lejía, disolventes, pulimentos...

- productos industriales: gases, productos volátiles como aerosoles, metales... Dentro de los gases encontramos el cianuro, el monóxido de carbono y el humo. Las intoxicaciones por gases tienen un alto índice de mortalidad, aunque todo depende de la capacidad tóxica de cada gas¹. Las más habituales son causadas por el monóxido de carbono y por el cianuro.

- productos agrícolas: plaguicidas, pesticidas, insecticidas, fertilizantes, productos herbicidas... Son muy comunes en las intoxicaciones que se dan en Canarias con respecto a España debido a la cantidad de población que vive en un medio rural y a la facilidad de acceso de estos productos¹. Además tienen una gran capacidad de absorción vía cutánea-respiratoria, por lo que se suelen dar muchas intoxicaciones accidentales.

- productos alimentarios, plantas y setas: Las intoxicaciones por plantas, setas u hongos se producen tanto por el desconocimiento de las especies que se ingieren de la naturaleza, como por el exceso de la cantidad que se ingiere. Además suelen ser muy comunes entre los niños las intoxicaciones por bayas¹. Por esta razón son muy importante las campañas para dar a conocer las diferentes especies venenosas.

- animales: Las picaduras más graves suelen ser la de los artrópodos, no solo por la toxicidad del veneno que se inyecta, sino también porque pueden transmitir enfermedades y pueden provocar reacciones alérgicas¹.

Según la vía de entrada del tóxico al organismo:

- Por ingestión: a través del aparato gastrointestinal. Esta vía es la más común entre las intoxicaciones, en España representan el 85% de los casos de intoxicaciones agudas¹⁶. Puede ser provocado por alimentos contaminados o en mal estado, por la ingesta excesiva de fármacos, de alcohol o de compuestos químicos.

- Por inhalación: mediante la vía respiratoria. Es el caso de las intoxicaciones por gases.

- Por vía tópica: a través del contacto con la piel. Se suelen dar en intoxicaciones industriales. En intoxicaciones causadas por la picadura de animales e insectos, por manipular plantas venenosas sin utilizar protección o por el mal uso de los pesticidas e insecticidas¹⁴.

- Por vía ocular: a través de los ojos.

- Por vía endovenosa: ocurre cuando el tóxico pasa directamente a la sangre. Tiene una acción muy rápida, por lo que la convierte en la vía de entrada del tóxico más peligrosa. Es el caso de las sobredosis de drogas y medicamentos¹⁴.

- Por vía rectal: También se suele dar en el tráfico de drogas o en errores de medicación.

- Por vía vaginal: Al igual que la rectal se suele dar en el tráfico de drogas.

Las vías más peligrosas y que suelen provocar la muerte son la vía endovenosa debido a su rápida acción, por ingestión porque la mayoría de productos se puedan ingerir, o por inhalación¹³.

2.1.2 Tipos de intoxicaciones:

Clasificamos las intoxicaciones según su evolución y rapidez con la que el tóxico se instala en el organismo. De este modo diferenciamos las intoxicaciones agudas de las crónicas.

Agudas: Este tipo de intoxicación se produce por la exposición o consumo de grandes cantidades del tóxico en cuestión. Los efectos que producen aparecen inmediatamente, alrededor de las primeras 24 horas. Además son más visibles y generalmente graves, pudiendo producir la muerte en muy pocos días¹³. Su evolución es rápida y su aparición brusca¹². Sin embargo este tipo de intoxicación produce menos secuelas una vez se haya eliminado la sustancia del organismo¹⁴. Su método de entrada al organismo suele ser por vía intravenosa u oral, dado que son exposiciones más rápidas¹³. Un ejemplo de intoxicación aguda sería la intoxicación por alimentos en mal estado como el marisco.

Crónicas: Estas se producen cuando la intoxicación ha sido con dosis bajas pero continuada en el tiempo. Tendrá por tanto un efecto más tardío porque se produce poco a poco, ya que se acumula de una forma lenta en el organismo. De este modo podemos decir que casi cualquier agente externo consumido con periodicidad puede provocar una intoxicación crónica. Al contrario que las agudas, las crónicas dejan secuelas que podrían llegar a ser permanentes¹⁴. Estas están relacionadas con las intoxicaciones sufridas por los trabajadores expuestos a continuas sustancias tóxicas en su jornada laboral sin ningún uso de protección. Un ejemplo de intoxicación crónica son las producidas por productos como pinturas, plomo o goma¹⁴.

También podemos diferenciar las intoxicaciones en función de su etiología en intoxicaciones accidentales y voluntarias:

Intoxicaciones accidentales: Nos referimos a las intoxicaciones que se producen sin intencionalidad, por error, sin darnos cuenta de ella. Se dan en personas desprevenidas, confiadas o que el contacto con el tóxico puede ser elevado¹³. Las intoxicaciones accidentales se producen en múltiples ocasiones por la vulnerabilidad de los niños y su curiosidad, por una confusión en las personas mayores a la hora de tomar medicamentos, en las personas ingresadas en un hospital por errores con los fármacos, y en las personas que trabajan en la industria dada su continua exposición a productos químicos que pueden ser tóxicos¹⁴.

Intoxicaciones voluntarias: Se habla de este tipo de intoxicaciones cuando son provocadas con intención de autolisis, de suicidio o de asesinato. La intoxicación se puede utilizar para reducir a una persona, para realizar una violación o un robo. Si es una intoxicación hacia la propia persona hablamos de un intento de suicidio. Estas personas suelen ingerir una combinación de fármacos o la combinación de ellos con

alcohol. Las intoxicaciones deliberadas suelen ser comunes entre las personas con algún trastorno psiquiátrico¹⁴.

2.1.3 Síntomas

Es muy importante conocer los síntomas generales de una intoxicación. Gracias a ellos y junto con la información recogida del paciente y sus acompañantes, y una serie de pruebas complementarias, podemos diagnosticar la intoxicación como tal. En la mayoría de casos, los síntomas aparecen entre las primeras horas tras la exposición al tóxico y varios días¹⁷. Los síntomas que nos dan pistas para diagnosticar una intoxicación dependen de las características de la persona intoxicada, es decir, la sensibilidad de reacción que tiene ante la exposición a la sustancia tóxica. También dependen del tipo de tóxico, su toxicidad y la dosis a la que se ha expuesto. Sin embargo los síntomas que se suelen dar en este tipo de casos son¹⁴:

- Cefaleas, pérdidas de consciencia, estupor, somnolencia, confusión, convulsiones y mareos.
- Falta de aliento, tos, sensación de ahogo o dolor al inspirar.
- Náuseas, vómitos, diarreas, falta de apetito, mal aliento, quemaduras en labios, lesiones de las mucosas de la boca, la garganta o el tracto gastrointestinal.
- Erupciones en la piel, quemaduras, ampollas, sensación de hormigueo en las manos, dermatitis.
- Visión doble, fiebre, palpitaciones, labios azulados, irritabilidad, descontrol de los esfínteres y dolores generalizados.

En cuanto a los efectos a largo plazo, son causados por tóxicos que no se eliminan del organismo en su totalidad o que son tan dañinos que provocan daños irreversibles. Estas sustancias pueden provocar ciertos tipos de cáncer, pueden dañar los genes, o producir malformaciones en el feto o abortos¹⁴.

2.2 Actuación enfermera ante una intoxicación

2.2.1 Calidad de los cuidados

La enfermería ha existido desde que el ser humano tiene uso de razón. La necesidad de sustentar la salud con unos cuidados adecuados ha hecho que se consolide esta profesión y que haya avanzado hasta un nivel como el que tenemos en la actualidad. Hoy en día podemos definir la enfermería como la ciencia del cuidado de la salud del ser humano¹⁸. Es la disciplina que estudia los problemas reales o potenciales de las personas sanas y enfermas en todos sus ámbitos (biológico, psicológico, social y espiritual). Esta profesión se centra en prestar cuidados integrales al individuo, la familia y la comunidad en todos los procesos de su vida¹⁸.

La enfermería en los últimos años ha ido adquiriendo más funciones, siempre trabajando dentro de un equipo interdisciplinar de profesionales de salud. Hoy en día son indispensables los conocimientos, técnicas y procesos enfermeros para llegar a los óptimos cuidados de los pacientes. Además la enfermería aborda a los pacientes desde una visión característica de esta profesión, desde una visión más humana. Una enfermera cuenta con valores éticos, culturales, solidarios y humanos que permiten dar una serie de cuidados individualizados a las personas que necesitan mantener o recuperar su salud, prevenir enfermedades y promover el bienestar; así como rehabilitar secuelas o ayudar a tener una muerte digna¹⁹.

El Diccionario de la Real Academia Española (RAE) define el concepto de cuidar como asistir, guardar y conservar²⁰, que en este caso sería el estado de óptima salud a los pacientes. La misión de enfermería es proporcionar unos cuidados de calidad, y por calidad nos referimos a proporcionar una atención eficiente y efectiva a las personas, las familias y las comunidades. La eficacia es la capacidad de lograr el efecto que se desea o espera²⁰, mientras que la eficiencia es la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado²⁰.

La calidad de los cuidados de enfermería se verá reflejada en la satisfacción de los pacientes con los que tratamos, así como en la satisfacción del personal que presta este servicio¹⁸. Por ello la enfermería es consciente de la importancia de prestar cuidados de calidad, teniendo muy en cuenta la ética, las leyes y las normas enfermeras²¹.

2.2.2 Protocolo de actuación

Todos los pacientes intoxicados son derivados al Servicio de Urgencias del Hospital. Este servicio es el encargado de recibir al paciente, clasificarlo y actuar según un protocolo de actuación establecido⁵.

Deben pasar menos de 2 horas desde que se produce la ingesta hasta la llegada del paciente al Servicio de Urgencias para evitar una mayor absorción del tóxico en el organismo. Por ello se debe procurar realizar un traslado rápido al hospital y una atención médica de no más de 10 minutos, pudiéndose demorar algo más aquellos pacientes que no presenten síntomas, sean intoxicaciones leves o que no necesiten una descontaminación²².

Al llegar a Urgencias, el enfermero de triage valorará la gravedad inmediata de la intoxicación. Pondremos atención a las medidas de soporte vital: oxigenando, protegiendo la vía aérea y expandiendo la volemia⁵. Monitorizaremos de forma continuada al paciente al menos las primeras 12-24 horas para así tener siempre controladas las constantes vitales del paciente, y si si fuera necesario, comenzaremos maniobras de RCP¹¹.

Una vez estabilizado el paciente, se realizará una anamnesis (muchas veces simultánea a las técnicas de soporte vital), una exploración física y unas pruebas complementarias. La asistencia al paciente intoxicado se centra en diagnosticar la intoxicación, tratarla y tratar las complicaciones: arritmias, coma o hipotensión; así como aplicar medidas post-intoxicación: valoración psiquiátrica en los casos de autolisis, parte judicial, educación sanitaria y prevención laboral²³.

Para diagnosticar la intoxicación medicamentosa recogeremos toda la información necesaria en cuanto a: fármaco o fármacos ingeridos, dosis ingerida, las circunstancias de la ingesta y si se hubiera ingerido otra sustancia en combinación con el fármaco. Recogeremos esta información preguntando al propio paciente si fuera posible, a sus familiares o testigos, y al personal sanitario de la unidad móvil que lo ha trasladado¹¹. A continuación comenzaremos un tratamiento.

En los casos de autointoxicación, es muy importante que un psiquiatra evalúe el riesgo de recidiva de los pacientes, ya sea la situación del paciente un riesgo para la vida o no. Además se les debe ingresar de forma hospitalaria hasta que desaparezca el riesgo de suicidio⁷.

Tratamiento de las intoxicaciones medicamentosas

Para tratar una intoxicación medicamentosa es fundamental: tratar los síntomas, evitar el avance de la absorción gastrointestinal del fármaco con la descontaminación digestiva, facilitar su eliminación y administrar antídotos si fuera necesario.

Descontaminación digestiva

La descontaminación digestiva es el tratamiento que se encarga de reducir los signos y síntomas de una intoxicación. Esta se puede realizar mediante el jarabe de ipecacuana, el carbón activado, el lavado gástrico, el uso de catárticos o la combinación de ellos²².

La descontaminación digestiva está indicada solamente si se ha ingerido una cantidad tóxica o si hay indicios de que el fármaco no haya sido absorbido.

A la hora de elegir el tipo de tratamiento debemos tener en cuenta: el tipo de medicamento que ha provocado la intoxicación, las manifestaciones clínicas de la intoxicación, y el estado de consciencia del paciente. Seguiremos un protocolo de actuación en función del tiempo transcurrido desde la ingesta: si la ingesta es reciente (menos de 2 horas), si la ingesta es tardía (entre 2 y 6 horas), o si la ingesta es muy tardía (más de 6 horas y menos de 24 horas) como se muestra en el Anexo 2.

Siempre que se vaya a proceder a realizar la descontaminación, la realizaremos con la mayor rapidez posible.

-Los eméticos: jarabe de ipecacuana

El jarabe de ipecacuana es un tratamiento eficaz para inducir el vómito entre los 20 y los 30 minutos tras su administración. Se prepara disuelto en agua, siendo la dosis para los adultos de 30 ml de jarabe en 200 ml de agua. En caso de que esta primera dosis no haya sido efectiva, se podrá repetir solo una vez más, pues muchas dosis crean cardiotoxicidad²⁴.

La técnica de inducción del vómito está en desuso, prácticamente no se utiliza porque las guías de práctica clínica ya no la recomiendan. Sólo debemos utilizarla en ingestas recientes y siempre y cuando los beneficios sean mayores que los riesgos¹¹.

El jarabe de ipecacuana está indicado para intoxicaciones en las que el carbón activo no es capaz de adsorber los fármacos que provocan la intoxicación, como es el caso del hierro y el litio. Está contraindicado si existen posibles convulsiones, si se han ingerido productos corrosivos o hidrocarburos, en pacientes con estenosis esofágicas, en shock, embarazadas, y en pacientes con una puntuación inferior a 12 en la escala

de Glasgow.

-Lavado gástrico

El lavado gástrico está aconsejado realizarlo dentro de las primeras 2 horas tras ingesta¹¹. Está indicado para pacientes conscientes e inconscientes. A los pacientes conscientes, se les explicará el procedimiento para pedir su colaboración. Mientras que a los pacientes en estado de coma y sin reflejos faríngeos se le realizará una intubación endotraqueal para evitar una posible broncoaspiración²⁴.

El lavado gástrico está contraindicado en pacientes que han ingerido un cáustico, se le ha realizado una cirugía gastroesofágica o tiene una coagulopatía²⁴.

- Lavado gástrico con sonda Faucher: Para realizar adecuadamente el lavado gástrico vamos a introducir una sonda de Faucher de manera orogástrica. Primeramente colocaremos al paciente en decúbito lateral izquierdo con ligero Trendelenburg y le introduciremos un tubo de Mayo para evitar que muerda la sonda. Elegiremos una sonda de calibre entre 36 y 40 French y la introduciremos por la boca hasta llegar al estómago. A continuación realizaremos el lavado con aproximadamente unos 250 ml de suero glucosalino en cada lavado hasta que el líquido que retorna sea claro. A partir de este momento podremos administrar la primera dosis de carbón activado y retirar la sonda²⁴.
- Aspirado/lavado gástrico con sonda Levin: Para esta técnica utilizaremos una sonda Levin que introduciremos desde la fosa nasal hasta el estómago, siendo una técnica nasogástrica. Se elegirá una sonda de calibre 18 Ch. Se realizará el lavado introduciendo 50 ml de suero fisiológico en cada lavado parcial y aspirando con esta misma jeringa el contenido gástrico hasta que el líquido de retorno salga claro. A continuación podremos administrar la dosis de carbón activado²⁴.

-Carbón activado

El carbón activado es el tratamiento por excelencia, el de primera elección. Es mucho más eficaz y provoca menos efectos adversos. Por ello se recomienda administrar el carbón activado en vez de realizar un lavado gástrico¹¹. Es capaz de adsorber una gran cantidad de fármacos y sustancias tóxicas, excepto las sales de

hierro y de litio²⁴.

Se administra vía oral o por sonda gástrica mediante la disolución de 25 g de carbón activo disueltos en 250 ml de agua. Es muy importante agitar bien la mezcla durante al menos 2 minutos e irla agitando mientras el paciente se la toma para reducir el riesgo de vómito²².

Se administrará el carbón activado vía oral a aquellos pacientes conscientes que se encuentren dentro del intervalo de tiempo dentro de las 2 horas posteriores a la ingesta. Si el paciente está en coma, se administrarán antídotos si es necesario, se observará su respuesta y se decidirá si procede proteger la vía aérea para administrar el carbón activado²².

El carbón no se administrará si se han ingerido productos cáusticos, si existe una obstrucción o perforación del tracto gastrointestinal²⁴.

Dentro de las complicaciones, la más frecuente son los vómitos que pueden producir en los pacientes en estado de coma y con las vías respiratorias sin protección, una broncoaspiración. Para evitarla debemos colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo e incorporado en la camilla a 45 grados²².

- Administración por vía oral: Es la vía de elección. Está indicada en pacientes conscientes y hemodinámicamente estables. El paciente debe beberlo lentamente (entre 2 y 3 minutos), utilizando un vaso y una caña para disminuir sus características organolépticas²⁴.
- Administración por sonda gástrica: Administraremos el carbón lentamente, mediante la sonda colocada con ayuda de una jeringa. Posteriormente enjuagaremos la sonda con 30-50 ml de agua. Debemos estar alerta por si se produce reflujo o vómito para evitar una broncoaspiración²⁴.

-Catárticos

Los catárticos son medicamentos que aumentan la velocidad de la eliminación intestinal provocando la evacuación, ya que activan la motilidad y los reflejos intestinales. Sólo están indicados para evitar la obstrucción intestinal cuando se han administrados varias dosis de carbón activado.

Existen varios tipos como son el sorbitol, manitol, citrato de magnesio, sulfato de magnesio o sulfato de sodio, pero el más utilizado es el sulfato de sodio. Se administra por vía oral o gástrica en una única dosis. Serán 30 g sulfato de sodio en 100 ml de agua²⁴.

Lavado intestinal total

Esta técnica consiste en administrar una gran cantidad de líquidos para realizar un lavado completo del tubo digestivo¹¹. Para ello utilizaremos una solución evacuante de polietilenglicol. Es una solución salina isotónica que produce un lavado colónico sin pérdidas de fluidos ni electrolitos²⁴. Está indicado en intoxicaciones por ingestas de litio y hierro y fármacos de liberación retardada, y en personas que transportan en su cuerpo grandes cantidades de droga¹¹.

El lavado intestinal se realiza vía oral o por sonda nasogástrica. Utilizaremos una dosis de 20 g en 250 ml de agua. Esta mezcla la administraremos cada 15 min durante 3 horas.

Esta técnica está contraindicada en caso de vómitos, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal, megacolon tóxico o sospecha de perforación.

En caso de producirse efectos adversos serían náuseas y vómitos con riesgo de broncoaspiración²⁴.

Antídotos:

En el caso de que estuviera indicado administraremos antídotos. Los antídotos son fármacos que utilizaremos para controlar y eliminar los efectos tóxicos que produce una sustancia en el organismo¹¹. Unos actúan a nivel del receptor como el flumazenilo y la naloxona, y otros protegen el órgano afectado como la acetilcisteína.

No todos los antídotos pueden usarse en combinación con el tratamiento de los síntomas que produce la intoxicación. Por esta razón debemos monitorizar siempre al paciente y vigilarlo tras la administración de cualquier antídoto.

- El flumazenilo® (IV) es un antagonista de las benzodiazepinas como el diazepam y el lorazepam. Produce el bloqueo de los efectos producidos en el Sistema Nervioso Central causados por las sustancias que actúan por los receptores benzodiazepínicos¹¹.

- La naloxona® (IV) es un antagonista opioide. La administraremos en caso de depresión respiratoria por intoxicación por opioides. Debemos siempre monitorizar al paciente ya que la acción de la naloxona suele ser más corta que la de los opioides¹¹

- La acetilcisteína® se utiliza en caso de intoxicación por paracetamol. La intoxicación por paracetamol supone un riesgo para la vida porque cabe la posibilidad de que produzca necrosis en las células del hígado. La acción de la acetilcisteína es

proteger al hígado de la ingesta de paracetamol, si lo administramos dentro de las 24 horas posteriores¹¹.

Errores más comunes:

Dentro de los errores más comunes cabe destacar: realizar una descontaminación a los pacientes en estado de coma que tienen la vía aérea desprotegida, realizar una descontaminación cuando la dosis ingerida no es tóxica, y descontaminar cuando el fármaco ya se absorbió²⁴.

2.3 Intoxicación Medicamentosa Voluntaria (IMV)

Muchas intoxicaciones están relacionadas con el suicidio o intento de suicidio. Más de la mitad de las intoxicaciones son de tipo intencional (63%), seguido por intoxicaciones accidentales (35%)⁶.

En la actualidad el suicidio es un grave problema de salud pública que se agrava a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es una de las principales causas de muerte. Cada día en el mundo se han llegado a suicidar aproximadamente 1.000 personas².

La OMS define el suicidio como “el acto deliberado de quitarse la vida”²⁵. Es un acto de carácter individual que tiene un objetivo claro. La conducta suicida comienza desde la idea de suicidio, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto.

Ideación suicida

La ideación suicida son los pensamientos de acabar con la propia vida. Varían según los planes de suicidio y la voluntad de llevarlos a cabo de cada persona. La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios consumados.

Intento de suicidio

Los intentos de suicidio representan una urgencia psiquiátrica muy frecuente. Por cada suicidio consumado, se dan unos 20 intentos²⁵. Sólo en la Unión Europea, entre 800 y 1000 personas por cada 100000 habitantes por año, se autolesiona o llega

al suicidio consumado².

Podemos distinguir entre el intento de suicidio y la tentativa. El intento de suicidio intenta consumir la autolisis y no se llega a producir por causas ajenas. La tentativa de suicidio no se llega a consumir porque la persona no tiene la verdadera intención de suicidarse, es un acto para llamar la atención sobre sí mismo o sobre algún problema relacionado.

Los antecedentes previos de intento de suicidio son predictores de otros futuros intentos o de un posible suicidio consumado. El riesgo de suicidio tras un intento es 40 veces mayor que las personas que se intentan suicidar por primera vez⁶. De las personas que ya se han autolesionado una vez, el 15-30% repiten la conducta antes del año, y entre el 1-2% lo hacen en los 5 y 10 años siguientes².

Acto de suicidio:

El acto suicida es toda acción en la que un individuo se causa a sí mismo una lesión, de cualquier grado y de intención letal. Debemos vigilar siempre el comportamiento suicida que empieza por la idea de suicidio y se puede expresar con amenazas, gestos e intentos, hasta el suicidio².

Las intoxicaciones medicamentosas voluntarias es el método más utilizado en las tentativas suicidas⁵. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la incidencia de intoxicaciones medicamentosas al año en España a nivel extrahospitalario, es de 28/100.000 habitantes y de 170/100.000 habitantes en el medio hospitalario²⁶.

Este tipo de intoxicación consiste en el abuso de la ingesta de fármacos, provocada con intención de autolisis o idea de suicidio.

Las intoxicaciones intencionadas o voluntarias se suelen dar en personas con trastornos mentales, en concreto los relacionados con la depresión y el abuso del consumo de alcohol. En personas que se encuentran en estado de crisis que no saben como afrontar los problemas de la vida: problemas económicos, problemas en las relaciones amorosas, enfermedades crónicas, conflictos, violencia, abusos sexuales, pérdidas de seres queridos, discriminación o sensación de soledad. Sin embargo el principal factor de riesgo de suicidio es haber tenido un intento previo²⁵.

Además las repercusiones de un intento de suicidio son muy importantes, pues los allegados también se ven muy afectados a nivel emocional, social y económico³.

Dentro de los fármacos más utilizados en las intoxicaciones destacan las benzodiazepinas como primera opción, seguidos de los analgésicos, antidepresivos,

drogas y otros que incluyen neurolepticos, antiepilépticos, antihistamínicos, insulina, hipnóticos no benzodicepinas, litio, anti parkinsonianos, antibióticos, miorelajantes, antiácidos, antidiabéticos orales y corticoides²⁷. Las benzodicepinas son los fármacos más utilizados sobre todo en los mayores de 65 años y por aquellos que ya han tenido un primer intento autolítico. Mientras que los analgésicos son más utilizados por los jóvenes y por aquellos que realizan un intento por primera vez⁵.

Este tipo de intoxicación es la más común por su facilidad; ya sea porque la vía de administración es la oral, por el fácil acceso a los medicamentos sin prescripción médica o múltiples veces prescritos por los médicos, o por la facilidad de absorción sobre todo en casos de insomnio, trastornos de ansiedad, fobias, pánico, trastornos convulsivos, musculares y pre-anestesia²⁸. Actualmente representan el 1% del total de las urgencias en nuestro país³.

El papel de la enfermería en estas situaciones a parte de llevar a cabo el protocolo de actuación nombrado anteriormente ante un caso de intoxicación, en su rol preventivo, debe promocionar y recuperar la salud en estos pacientes. Debemos indagar en los factores que han llevado a este paciente a un intento autolítico y a partir de ello aplicar las medidas necesarias para mejorar su calidad de atención²⁸.

2.3.1 Factores de riesgo de la conducta suicida

Existen una serie de factores que predeterminan la actuación suicida. Cuantos más factores de riesgo tenga una persona, mayor será el riesgo de suicidio.

Podemos clasificarlos en factores individuales, familiares o contextuales y otros factores.

a) Factores individuales:

- Demográficos: Las tasas a nivel mundial más elevada se encuentran en Rusia y Lituania. Europa ocupa la décima posición en cuando este índice de suicidio³. Según los estudios, existe un mayor riesgo de suicidio en personas que residen en áreas rurales frente a los que viven en ciudad⁶.
- Sexo: Múltiples estudios indican que el número de hombres que se suicidan con respecto al de mujeres es mucho mayor, siendo la proporción de 4:1. Sin embargo, son las mujeres las que mayor número de intentos de suicidio muestran¹¹.
- Edad: Los datos nos muestran que las personas mayores y los adolescentes tienen

un mayor riesgo de suicidio³. El suicidio a partir de los 15 años puede estar relacionada con complicaciones emocionales, las relaciones personales, el trabajo, el estudio y la integración social²⁹.

- Raza: Las tasas según la raza muestran que los europeos son sin duda los que mayor índice de suicidio tienen. Siendo los hispanos y afroamericanos los que se sitúan por debajo. Es más frecuente en personas blancas que en otros grupos²⁹.
- Religión o creencias: Los ateos son los de mayor índice. Las personas creyentes se protegen en su religión y hace disminuir el número de casos³.
- Trastornos mentales: Casi el 90% de los suicidios consumados están relacionados con enfermedades psiquiátricas y trastornos adictivos⁶. La depresión es el trastorno más común, con un riesgo 20 veces mayor que el resto de la población³. También incluimos el trastorno bipolar, trastornos psicológicos, ansiedad, abuso de alcohol y drogas, trastornos de personalidad y de la conducta alimentaria.
- Enfermedad física o discapacidad: El dolor crónico, la pérdida de la movilidad, desfiguración o una enfermedad con mal pronóstico aumentan el riesgo de suicidio. Se asocian a un 35-40% de los suicidios consumados⁶. El cáncer y el SIDA son las que mayor índice de suicidio registran³.
- Intentos previos de suicidio: Haber tenido un primer intento supone un riesgo de repetirlo mucho mayor que los que se autolesionan por primera vez. Entre los 6 primeros meses y el año del intento, el riesgo aumenta entre 20 y 30 veces³.

b) Factores de riesgo socio-familiares y contextuales:

- Antecedentes familiares de suicidio: Tener algún familiar con conducta suicida aumenta aún más el riesgo, sobre todo en mujeres y si el suicidio se produjo en un familiar muy cercano.
- Situaciones estresantes: como pérdidas de seres queridos, divorcios, separaciones, cambios en la situación económica, pérdida de trabajo, problemas legales...
- Apoyo familiar y social: Aquellas personas que no cuentan con una persona que la apoye tienen más riesgo de suicidio (solteros, divorciados...).
- Nivel económico, laboral y educativo: el desempleo, la pobreza y la jubilación pueden considerarse situaciones estresantes. Un trabajo con alto nivel de estrés o de mucha exigencia aumenta el riesgo. Al igual que carecer de estudios es un factor de riesgo de suicidio³.

c) Otros factores:

- Maltratos o abusos sexuales: Tanto las víctimas de maltratos físicos y abusos sexuales como los maltratadores tienen un riesgo mayor de suicidio. Siendo los que sufren abuso sexual en la edad infantil los que más³.
- Orientación sexual: Aquellas personas homosexuales tienen mayor riesgo causado por una posible discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad o falta de apoyo.
- Acoso: El acoso escolar actualmente ha aumentado numerablemente y ha aumentado el índice de suicidios.
- Accesibilidad a armas, medicamentos o tóxicos: Tener una fácil disponibilidad de medios para llevar a cabo el suicidio es claramente un factor de riesgo³.

3. JUSTIFICACIÓN

Realizar una adecuada actuación en el servicio de Urgencias es fundamental. Preservar la vida de los pacientes y reducir los riesgos es la labor esencial de enfermería en los servicios especiales. En el caso de las intoxicaciones medicamentosas debemos además evitar que el tóxico, en este caso los fármacos, se absorban en el organismo y comience una serie de alteraciones a causa de su acción.

Durante mi paso en el periodo de prácticas por el servicio de Urgencias durante cuatro meses que comprenden los meses de Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre, me ha despertado la curiosidad de indagar más sobre los casos de intoxicaciones. Desconocía el alto índice que existe. Además me sorprendió la cantidad de personas jóvenes que realizan un intento autolítico y todas aquellas que habían sido realizadas voluntariamente.

He enfocado este diseño a las intoxicaciones medicamentosas, ya que son las más comunes. Debido a que en la actualidad tenemos un fácil acceso a los fármacos, a que se pueden producir muchos errores con las pautas o dosis de administración de los medicamentos, y por la facilidad de la vía de administración (vía oral), los medicamentos son la primera opción para una persona con ideas suicidas.

Debido a todo esto he decidido estudiar un poco más a fondo el protocolo de actuación que llevan a cabo los enfermeros de este servicio ante estas situaciones. Y de esta forma realizar un proyecto de investigación para averiguar si es eficiente este protocolo y la calidad que se presta a los pacientes intoxicados a través del grado de satisfacción de éstos. Me gustaría conocer la opinión de pacientes que han pasado por un intento autolítico voluntario.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Conocer la valoración que los pacientes que han sido atendidos por intoxicación medicamentosa voluntaria en el servicio de Urgencias de nuestro Hospital, durante los meses comprendidos desde Septiembre hasta Diciembre de 2018, dan a la calidad asistencial recibida por el personal de enfermería.

4.2. Objetivos específicos

4.2.1. Analizar el protocolo de actuación enfermera ante un caso de intoxicación medicamentosa voluntaria, en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias, para garantizar la calidad de éstos.

4.2.2. Conocer los signos y síntomas de una intoxicación, y los riesgos que tienen en los pacientes para poder indagar en la actuación enfermera.

4.2.3. Explorar las razones que llevaron a las personas atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias a un intento autolítico por intoxicación medicamentosa.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1 Tipo de estudio

Se presenta un proyecto de investigación del tipo descriptivo, observacional, transversal y cuantitativo.

5.2 Población y muestra

La población del estudio son todas aquellas personas intoxicadas a causa de medicamentos. La muestra de este estudio son todos los pacientes ingresados por esta causa, que se encuentren en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias entre los meses de Septiembre a Diciembre 2018.

Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 18 años.
- Diagnóstico de ingreso: Intento suicida por intoxicación medicamentosa voluntaria.
- Ingresadas entre los meses de Septiembre a Diciembre de 2018.

Criterios de exclusión:

- Personas menos de 18 años.
- Personas ingresadas por otro motivo diferente al del estudio.

5.3 Descripción de Variables

Las variables utilizadas fueron:

- Sexo: mujeres y hombres.
- Edad: mayores de 18 años.
- Estado civil: soltero, casado, con pareja, divorciados, separados y viudos.

- Ocupación: estudiante, ama de casa, empleado y desempleado o jubilado.
- Lugar donde se produjo el intento: Domicilio/ Trabajo/ Aire libre/ Otros.
- Intentos previos de suicidio: Si/ No.

5.4 Técnicas de recolección

Se llevará a cabo una encuesta creada personalmente recogida en el Anexo 1. Dicha encuesta la realizarán aquellos pacientes que cumplan los criterios de inclusión de este proyecto.

El cuestionario consta de 11 preguntas, donde la última incluye 5 cuestiones. Las primeras preguntas serán del tipo sociodemográfico, mientras que las últimas serán cuestiones de interés del estudio. Está compuesto por preguntas de carácter abierto y otras de carácter cerrado donde se dan opciones a elegir y se incluye la opción "Otros".

En una primera parte encontramos 5 preguntas cerradas. La primera pregunta es el sexo del paciente, esta es una pregunta dicotómica porque tiene las opciones de respuesta de hombre o mujer. La segunda pregunta es una pregunta auto administrada donde se pregunta por la edad. La tercera, cuarta y quinta pregunta son politómicas, ya que se dan varias opciones de respuesta. A continuación se muestra una pregunta de carácter abierto para averiguar el tipo de medicamento utilizado. La séptima pregunta es una pregunta politómica de cuatro posibles respuestas. La octava es una pregunta dicotómica donde, si se marca la segunda opción, se debe decir el número de intentos autolíticos previos. La novena y la décima cuestión son preguntas abiertas donde se pregunta por el tiempo que se ha tardado en atender al paciente y por el tiempo de estancia en el hospital, por ello se debe responder en minutos u horas. En la última parte nos encontramos con un bloque de cinco preguntas que evaluarán la calidad asistencial recibida: las cuatro primeras tienen la opción de responder afirmativa o negativamente pero incluyendo una explicación, mientras que la última es una pregunta cerrada de escala ya que nos da la opción de evaluar la calidad de menor a mayor grado con las opciones de muy mala, mala, regular, buena o muy buena.

Con esta encuesta se pretende recoger los datos necesarios para evaluar la calidad asistencial prestada por los enfermeros, a los pacientes que han pasado por un intento autolítico de las características que nos interesan en este estudio.

Métodos de recogida de información

La recogida de datos se llevará a cabo a través del cuestionario citado en este proyecto de investigación compuesto por 11 preguntas de diferente carácter. Este cuestionario será entregado a aquellos pacientes que se encuentren en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Canarias cuando se realice el estudio, con las características de inclusión citadas en apartados anteriores y teniendo en cuenta los criterios de exclusión.

El cuestionario será facilitado a todos estos pacientes por el investigador, que será el propio autor de este proyecto.

5.5 Análisis estadístico

Los datos obtenidos serán recogidos y evaluados estadísticamente mediante el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 24.0. Las variables cuantitativas se recogerán utilizando las medidas de tendencia central como la media, la mediana y la moda, mientras que las variables cualitativas se recogerán en forma de frecuencia y porcentajes, las cuales se representarán como gráficos y tablas de frecuencia. Finalmente para llevar a cabo el cálculo de relación entre variables, se utilizará la prueba de “chi-cuadrado”. Con ella sabremos si las frecuencias observadas coinciden con las frecuencias esperadas y determinaremos la dependencia o independencia de estas.

Para realizar el análisis estadístico contaremos con la ayuda profesional de un estadístico que contrataremos para que realice los cálculos pertinentes.

5.6 Consideraciones Éticas

Para la realización de este proyecto he pedido la información, los datos y los protocolos de actuación pertinentes al director médico del servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias.

No ha sido necesario realizar ningún tipo de intervención sobre los pacientes ni sobre el trabajo asistencial de los enfermeros. Por esta razón no ha sido necesario un consentimiento ya que los datos solicitados para este proyecto me han sido aportados

por el director.

A la hora de realizar el trabajo se informará debidamente a todas aquellas personas que vayan a participar. Se les indicará cuál es la finalidad de esta investigación y se le explicarán detenidamente los pasos a seguir. Las encuestas siempre serán de carácter anónimo, respetando siempre el principio de confidencialidad, con el visto bueno del comité de ética médica del Hospital Universitario de Canarias.

5.7 Nuevas áreas de estudio

Al realizar este diseño se me plantea una curiosidad relacionada con mi tema de investigación, para realizar un posible trabajo para el futuro. Durante la realización de este proyecto me surge la duda, dado el alto índice de suicidio por intoxicación medicamentosa en nuestra población, de ¿cuáles son los factores o motivaciones que llevan a una persona a realizar un intento autolítico? Y sobre todo, ¿por qué tantos casos en adolescentes? Podría pasar una encuesta para investigar en un grupo reducido de personas jóvenes con estos casos, los factores individuales que les llevan a un intento de suicidio.

6. LOGÍSTICA

6.1 Cronograma

La investigación tendrá una duración de 10 meses, desde la creación del proyecto hasta la presentación del trabajo final.

El cronograma se representa en la siguiente tabla:

	Septiembre 2018	Octubre 2018	Noviembre 2018	Diciembre 2018	Enero 2019	Febrero 2019	Marzo 2019	Abril 2019	Mayo 2019	Junio 2019
Autorizaciones y recogida de información	X	X	X	X						
Análisis de datos					X	X				
Elaboración del informe							X	X		
Presentación del trabajo									X	X

6.2 Presupuesto

Para la realización de este proyecto, se precisan una serie de recursos, los cuales calculamos de forma aproximada en la siguiente tabla.

Concepto	Cantidad	Subtotal (€)	Tiempo	Total (€)
Investigador principal	1	60€	10 meses	600€
Estadístico profesional	1	200€	2 mes	400€
Ordenador	1	1000€		1000€
Papelería (impresiones y fotocopias)	300	0,05 cents. Cada impresión		15€
Impresora y tinta	1	90€		90€
TOTAL				2105€

En total se prevé gastar unos 2105 € en gastos de contratación de personal y alrededor de 1115 € en gastos de material.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Burillo G. Urgencias Hospitalarias por intoxicaciones agudas: estudio multicéntrico nacional [Tesis doctoral en Internet]. Universidad de La Laguna; 2010/2011. Servicio de publicaciones Universidad de La Laguna. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3372/Guillermo+E.+Burillo+Putze.pdf?sequence=1>
2. Mel de Landa, P. El suicidio y la importancia de su prevención. [Trabajo Fin de Grado en Internet]. Escuela de Enfermería de Leioa; 2013 [citado 2018 Feb 11]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/10323/EI?sequence=1>
3. Terrado, MC. Intento de autolisis por intoxicación. Actuación de enfermería. [Trabajo Fin de Grado en Internet]. Universidad de Lleida; 2013-2014 [citado 2018 Feb Mar 06]. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/47727/mterrados.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Puiguriquer, J. Mortalidad hospitalaria por intoxicación aguda en España (EXITOX 2012). EME-NOTA CLINICA [Internet]. 2013 [citado 2017 Dic 03]; 08 (27): 467-471. Disponible en: http://www.fetoc.es/toxicovigilancia/Informes_exitox/INFORME%20EXITOX%202012.pdf
5. Osés I. Intoxicaciones medicamentosas (I). Psicofármacos y antiarrítmicos. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2003 [citado 2018 May 16]; Vol. 26 (suppl 1): 49-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000200004
6. Aguirre F. Factores biológicos y psicosociales, e intento de suicidio en Loja [Tesis doctoral en Internet]. Universidad Nacional de Loja; 2014 [citado 2018 Feb 09]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/12471/1/Factores%20Biológicos%20y%20Psicosociales%2c%20e%20intento%20de%20suicidio%20e.pdf>
7. Salud y fármacos. Intoxicación aguda tras ingesta de medicamentos: tratamiento inicial. Rev. Prescrire [Internet]. 2010 [citado 2018 Feb 01]; 30 (319):356-364. Disponible en: <http://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/%20may2011/prescripcion-intoxicacion1/>

8. Sistema Nacional de Salud. Atención a la Urgencia Extrahospitalaria. España: Instituto de Información Sanitaria; 2009. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Urg_extrah_Org_SNS_2016.pdf
9. Servicio Canario de Salud [Internet]. España: Gobierno de Canarias; [2018; citado 2018 Abr 13]. Disponible en: <http://www3.ext.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=e5ca8e6c-2e0b-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
10. Sanidad 2016. La salud y el sistema sanitario en 100 tablas. Datos y Cifras España: Ministerio de Sanidad, España: Servicios Sociales e Igualdad; 2016. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/SaludSistemaSanitario_100_Tablas1.pdf
11. Baro O. Actitud general en las intoxicaciones agudas. En: Julián A. Manual de protocolos y actuación en Urgencias. 4ª edición. Complejo Hospitalario Toledo: GRUPO SANED; 2016. 1035-1047.
12. Doctissimo [Internet]. Francia: Bergamote Bazerolle; Febrero 2016 [2018; citado 2018 Ene 27]. Disponible en: <http://www.doctissimo.com/es/salud/diccionario-medico/intoxicacion>
13. Herranz M. Intoxicación en niños. Metahemoglobinemia. Scielo [Internet]. 2003[citado 2018 Ene 22]; 26 (1):209-223. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26s1/trece.pdf>
14. Webconsultas 2018 [Internet]. España: Díaz A; [citado 2018 Ene 22]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/intoxicaciones/intoxicacion-10743>
15. Paris E. Tratamiento general de las Intoxicaciones. Medwave [Internet]. 2005 [citado 2018 Ene 27]; 5(2): e1949. doi: 10.5867/medwave.2005.02.1949. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1949>
16. Burillo G. Encuesta sobre los eventos adversos relacionados con el uso de carbón activado en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit [Internet]. 2015 [citado 2018 May 16]; Vol 38 (2): 203-211. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000200004
17. Cortés-Genchi, P. Síntomas ocasionados por plaguicidas en trabajadores agrícolas. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2008[citado 2018

Feb 01]; 46(2):145-152. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/html/4577/457745520006/>

18. Dandicourt, C. Observación en la práctica de funciones para el especialista en Enfermería Comunitaria. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2012 Sep [citado 2017 Noviembre 14]; 28(3): 228-242. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000300007&lng=es.

19. Torres, M. Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano. [Internet]. La Habana: Editorial Universitaria; 2006. [citado 2017 Nov 14]. Disponible en:
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/bull-ebooks/detail.action?docID=3198119>.

20. Villanueva D. Diccionario de la Real Academia Española 2018 [Internet]. [citado 2018 15 Marzo]. Disponible en: <http://www.rae.es>

21. Santana de Freitas, Juliana. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2014, [citado 2017 Noviembre 19]; 22 (3): 454-60. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf

22. Amigo M. 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 [Internet]. 2003 [citado 2018 May 15]; Vol. 15 (1): 18-26. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-15/numero-1/descontaminacion-digestiva-en-pacientes-con-intoxicacion-medicamentosa-aguda-validacion-de-un-algoritmo-para-la-toma-de-decisiones-sobre-la-indicacion-y-el-metodo-prioritario/>

23. Burillo G. 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 [Internet]. 2008 [citado 2018 May 16]; Vol. 20: 15-26. Disponible en:
<http://emergencias.portalsemes.org/descargar/intoxicaciones-agudas-perfil-epidemiologico-y-clinico-y-analisis-de-las-tecnicas-de-descontaminacion-digestiva-utilizadas-en-los-servicios-de-urgencias-espanoles-en-el-ano-2006-estudio-hispatox/>

24. Amigo M. Descontaminación digestiva en la intoxicación medicamentosa aguda. Atención Urgente [Internet]. 2005 [citado 2018 May 15]; Vol. 4 (1584):77-80. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1584/77/1v0n1584a13082073pdf001.pdf>.

25. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología; 2000. 20 p. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
26. Yoshimasu K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological studies. Environ Health Prev Med [Internet]. 2008 [citado 2018 Mar 15]; 13(5): 243-256. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2698248/>
27. Duce, S. Intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en un servicio de Urgencias. Emergencias [Internet]. 1998 [citado 2018 Mar 15]; 10 (4):páginas. Disponible en: http://emergencias.portalsemes.org/descargar/intoxicaciones-medicamentosas-voluntarias-atendidas-en-un-servicio-de-urgencias/force_download/.
28. Huamán, S. Factores sociales condicionantes a la intoxicación por benzodiazepinas en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna [Tesis en Internet]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna; 2015 [citado 2018 Feb Mar 02]. Disponible en: <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/477>
29. Rodríguez, R. Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. Rev. Cubana Med Milit [Internet]. 2004 [citado 2018 Mar 12]; 33 (1):páginas. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/Vo33_1_04/mil04104.htm

8. ANEXOS

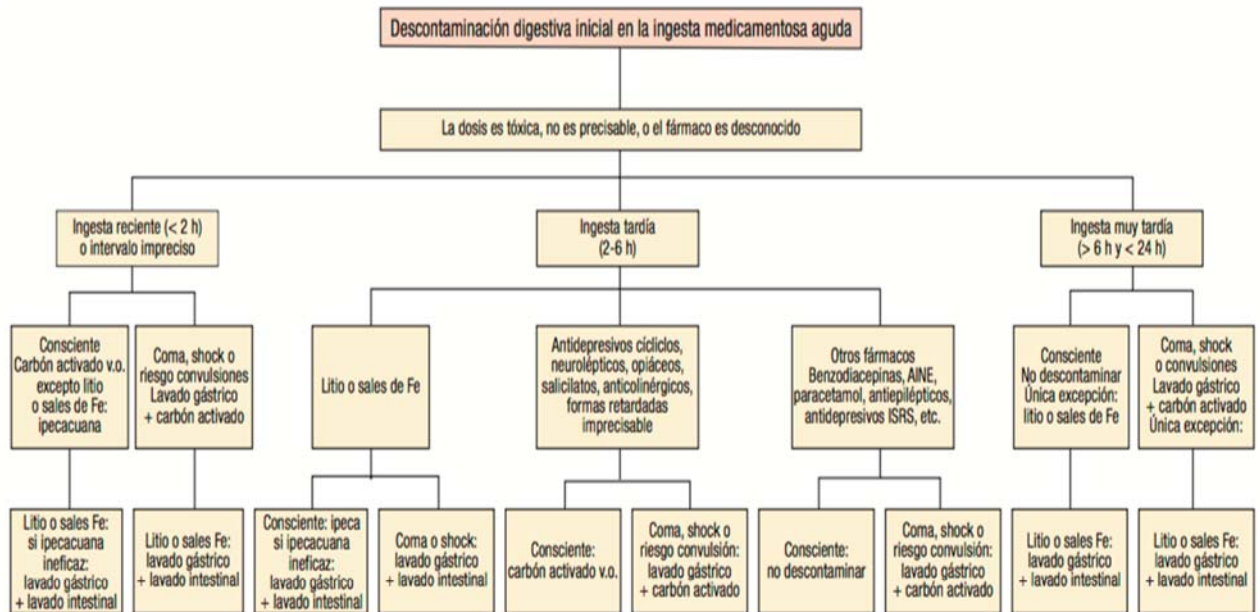
8.1 Anexo 1

Encuesta de calidad asistencial enfermera en casos de intentos autolíticos mediante intoxicación.

1. Sexo: Hombre / Mujer
2. Edad: X años
3. Ocupación/ profesión: estudiante/ con empleo/ desempleado/ jubilado.
4. Estado civil: soltero/ casado/ divorciado/ viudo.
5. Tóxico utilizado: medicamento/ drogas o alcohol/ producto doméstico/ industrial/ agrícola/ alimento/ animal/ otro.
6. En el caso de que haya sido el tipo de tóxico un medicamento, ¿qué medicamento ha sido?
7. Lugar donde se ha producido la intoxicación: Domicilio/ Trabajo/ Aire libre/ Otros.
8. Intentos previos de suicidio: Si, es el primero/ No, el la X vez.
9. Intervalo asistencial (desde el momento de la intoxicación hasta la primera intervención terapéutica).
10. Tiempo de estancia en el hospital: Número de horas.
11. Calidad asistencial:
 - ¿Considera que ha sido bueno el recibimiento por parte del enfermero de triage? Si/No ¿Por qué?
 - ¿Considera que ha sido bueno el trato por parte de los enfermeros? Si/No ¿Por qué?
 - ¿Considera que han sido buenos los métodos utilizados para su tratamiento por el personal de enfermería? Si/No ¿Por qué?
 - ¿Considera que ha sido buena la resolución de su patología? Si/No ¿Por qué?
 - Evalúe la calidad asistencial del personal de enfermería desde su entrada hasta su salida como muy buena, buena, regular, mala o muy mala.

8.2 Anexo 2

Protocolo de actuación enfermera ante un caso de intoxicación en el Servicio de Urgencias²⁴.



1. La dosis inicial de carbón activado en un adulto es de 25 g. En intoxicaciones potencialmente graves se administrará una nueva dosis a los 60 min. Si el paciente vomita, esperar 30 min y dar una nueva dosis. En intoxicados graves por sustancias de liberación retardada, fenobarbital, carbamazapina, teofilina, quinina y dapsona, se administrarán nuevas dosis cada 3 h + una única dosis de 30 g de SO_2Na_2 , mientras persista la gravedad clínica.
2. La dosis inicial de jarabe de ipecacuana en un adulto es de 30 ml.
3. Si el paciente está en coma, ha perdido los reflejos faríngeos y no se recuperan con naloxona ni flumazenilo, la descontaminación debe hacerse previa intubación orotraqueal.
4. Tienen elevado riesgo de convulsiones las ingestas de isoniazida, antipalúdicos, teofilina y todo paciente que haya convulsionado previamente.
5. La ingesta de varios fármacos y/o a diversos intervalos debe hacer escoger la opción que más pueda beneficiar al paciente.
6. El lavado intestinal se realiza con solución evacuante Bohm: 250 ml cada 15 min durante 3 h, v. o. o por sonda nasogástrica.
7. La ingesta de una dosis potencialmente mortal obliga siempre a practicar descontaminación digestiva, dentro de las primeras 24 h.