

PRÁCTICA ENFERMERA EN UNA INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA

Laura Sans Guerrero y Elvira Gázquez Fernández

Palabras claves: intoxicación medicamentosa, cuidados enfermería, lavado gástrico, carbón activado.

RESUMEN

Introducción: La intoxicación aguda tras la ingesta de medicamentos es muy frecuente y de gravedad variable, pudiendo provocar complicaciones leves como agitación, o hasta el coma o el fallecimiento del paciente. Esta ingesta puede ser accidental o intencionada como intentos de suicidio o adicciones a fármacos. El grado de intoxicación dependerá tanto de la cantidad de veneno/tóxico ingerido como de las características propias de la persona (edad, peso, obesidad...).

Objetivos: Determinar la actuación enfermera en urgencias ante una intoxicación medicamentosa aguda.

Metodología: Se trata de una revisión sistemática de bibliografía sobre enfermería e intoxicaciones medicamentosas agudas.

Resultados: Tras analizar, aunar y comparar la bibliografía encontrada como resultados generales se muestran a continuación: si la situación supone un riesgo para la vida del paciente hemos de iniciar las técnicas de soporte vital. Si existe convulsión o agitación hemos de administrar sedantes. Si aparece bradicardia severa hemos de administrar atropina, y naloxona en la depresión respiratoria por opioides. Hemos de elevar las extremidades inferiores en caso de hipotensión. El uso de carbón activado a través de sonda nasogástrica reduce la absorción gastrointestinal de algunos fármacos. Debe administrarse lo antes posible. El lavado gástrico sólo está justificado en los raros casos en los que la vida del paciente está en riesgo tras la ingesta de un fármaco que el carbón activo no puede absorber, por lo que se debe evitar. El paciente debe de estar monitorizado hasta el alta.

Conclusiones: Podemos concluir que los cuidados enfermeros son fundamentales en el manejo del paciente intoxicado por medicamentos, ya que somos los responsables de la mayoría de las acciones.

INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones farmacológicas son un significativo problema de salud en adultos y son causa frecuente de consulta en los servicios de las urgencias españolas. Generalmente, el paciente intoxicado es llevado inicialmente al servicio de urgencias, por lo que es indispensable conocer la temática para llevar a cabo una adecuada evaluación y tratamiento, así como reconocer los signos y síntomas de las intoxicaciones farmacológicas más frecuentes.

Una intoxicación es conocida como un conjunto de signos y síntomas en relación a la presencia de una sustancia exógena en el organismo, la cual es capaz de producir alteraciones anatomofuncionales y en los casos más graves hasta la muerte.³

La toxicidad por sobredosis de un fármaco se refiere a las reacciones tóxicas graves, habitualmente nocivas y en ocasiones mortales, debidas a una sobredosis accidental (por un error del médico, del farmacéutico o del paciente) o intencionada (homicida o suicida).⁵

En España, durante el año 2013 el paracetamol fue el fármaco ingerido con más frecuencia, con casi un 15% de los casos de autointoxicación. También fue frecuente la ingesta de ansiolíticos como el bromazepam y alprazolam, e hipnóticos como el zolpidem. En ocasiones se ingieren varios fármacos a la vez.⁶

Los síntomas que aclaran que estamos ante una intoxicación farmacológica, varían de un medicamento a otro y aparecen en el prospecto de cada medicamento, por eso es fundamental leerlo e informarse de las dudas que puedan surgir. Entre los síntomas más frecuentes se incluyen náuseas, palpitaciones, síncope, somnolencia, dolores de cabeza, visión borrosa, diarrea y mareos.⁶

Con respecto a los agentes causantes, los medicamentos constituyen el 70% de las intoxicaciones, siendo los benzodiazepinas y antidepresivos los fármacos más frecuentes. Los pacientes con ideas suicidas y los adictos también forman parte de los agentes causantes de intoxicaciones.³ Habitualmente se producen por una incorrecta ingesta de medicamentos, pudiendo deberse a una sobredosis o al consumo paralelo de productos incompatibles con el mismo, como alcohol o drogas. También puede deberse a que el medicamento esté en mal estado o incluso que el paciente sea alérgico a la composición del mismo.⁶

Las medidas terapéuticas generales que se exponen a continuación van dirigidas fundamentalmente al intoxicado agudo por medicamentos ingeridos por vía oral. Por fortuna, más del 80% de las intoxicaciones tienen síntomas leves y requieren pocos cuidados médicos, sin embargo, el 5% de los pacientes está gravemente afectado, con compromiso multiorgánico que justifica un tratamiento activo y el ingreso en UCI.²

OBJETIVOS

Determinar la actuación enfermera en urgencias ante una intoxicación medicamentosa aguda.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión sistemática de bibliografía sobre enfermería e intoxicaciones medicamentosas agudas. Las bases de datos consultadas fueron Scielo, Pubmed y Cuiden. Se aplicó un filtro de idioma (inglés y español) y temporal (2004-2016). Como fuentes secundarias se usaron además artículos científicos sanitarios y documentos oficiales de instituciones públicas, como guías o protocolos.

De todos los resultados obtenidos únicamente se seleccionaron aquellos que cumplían los requisitos establecidos y de inclusión.

RESULTADOS

Según distintos autores y estudios, los cuidados de enfermería a llevar a cabo en este tipo de urgencias son múltiples. Tras aunar y comparar la bibliografía hallada, hemos clasificado las actuaciones enfermeras según los siguientes puntos:

- Triage en el servicio de urgencias.
- Traslado del paciente a un box.
- Actuaciones enfermeras cuando no existe ningún riesgo vital.
- Actuaciones enfermeras cuando existe riesgo vital.
- Derivación del paciente a otras unidades.
- Diagnósticos enfermeros y objetivos en el proceso de una intoxicación aguda medicamentosa.

1. Triage en el servicio de urgencias: Ante la llegada de un intoxicado a urgencias, enfermería ha de realizar una rápida y protocolizada valoración de los aspectos

más relevantes del episodio para poder disponer de la información necesaria para priorizar adecuadamente su asistencia. Estos aspectos son:

- Situación clínica: Enfermería ha de valorar inicialmente la magnitud del riesgo del paciente a partir del nivel de consciencia, la dinámica respiratoria, el estado neurológico, la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura corporal.
 - Tipo de medicamento.
 - Vía de entrada.
 - Intervalo: Tiempo transcurrido desde la exposición hasta la llegada a urgencias.
 - Intencionalidad: Motivo o causa de la exposición, si ha sido accidentalmente o con fin de autolesión.²
2. Traslado del paciente a un box para la valoración de las funciones vitales (vía aérea, ventilación, oxigenación, circulación) y del estado neurológico (agitación, convulsiones y nivel de conciencia). En dicho box se estabilizará al paciente. Aquí, se acomodará al paciente en posición Semi-Fowler para reducir el riesgo de una broncoaspiración en caso de vómitos y facilitar la anamnesis y exploración médica.²
3. Actuaciones enfermeras cuando no existe ningún riesgo vital: Si inicialmente no existe ningún riesgo que comprometa la vida del paciente, se procederá a evaluar la gravedad de la situación.
- a. Monitorizar al paciente para observar los cambios en el estado clínico y así determinar gravedad potencial de la situación para comenzar un tratamiento adecuado a su estado.
 - b. Reunir información pronóstica, tanto por parte del paciente como de sus allegados consultando así su historia clínica anterior. La información recopilada nos ayudará a evaluar la gravedad de la situación, así como prever los métodos para prevenir la absorción.
 - c. Prevenir la absorción: Usaremos carbón activado en las primeras dos horas, introduciéndolo a través de una sonda nasogástrica. El lavado gástrico o la provocación del vómito no debe utilizarse, excepto en casos especiales.¹ También se usan eméticos como el jarabe de ipecacuana. Su administración requiere que el paciente esté consciente y haya ingerido el tóxico con un intervalo no superior a las 3 horas.⁶
 - d. Administración de antídotos: Los antídotos son fármacos que contrarrestan los efectos tóxicos de una sustancia específica a través de varios mecanismos (naloxona, flumazeleno). Otros antídotos actúan protegiendo el órgano afectado por la intoxicación (acetilcisteína).
 - e. Aumento de la eliminación del fármaco: Los tóxicos se eliminan fisiológicamente del organismo por vía respiratoria, hepática y renal. Desde el punto de vista práctico, sólo se puede intervenir en la eliminación renal.¹
4. **Actuaciones enfermeras cuando existe riesgo vital:**
- a. Depresión respiratoria: Utilizar el antídoto adecuado según el fármaco ingerido. Dependiendo de qué medicamento se haya ingerido en exceso puede aparecer una alteración del nivel de consciencia o coma, distrés

respiratorio, bradipnea y miosis etc. Si aparece bradicardia severa hemos de administrar atropina.

- b. Coma: Debemos de colocar al paciente en posición lateral de seguridad y hemos de asegurar la vía aérea colocando una cánula de Guedel. Los pacientes inconscientes presentan un riesgo de hipotermia, por lo que debemos de mantenerlos a una temperatura adecuada. Hemos de determinar la glucemia capilar para diagnosticar una posible hipoglucemia en caso de alteración del nivel de consciencia y también puede ser inducida por determinados fármacos. Algunos especialistas recomiendan administrar glucosa intravenosa a todos los pacientes inconscientes.
- c. Crisis convulsivas: Tenemos que prevenir el traumatismo colocando, si es posible, en postura lateral de seguridad, e inmediatamente debe asegurarse la permeabilidad de la vía aérea. El tratamiento de las convulsiones incluye la administración de oxígeno, anticonvulsivantes intravenosos de acción rápida (Diazepam) y un anticonvulsivante de acción prolongada.
- d. Parada cardiorrespiratoria: Hemos de asegurar la vía aérea del paciente, facilitar la respiración artificial y sobre todo realizar el masaje cardiaco externo. El soporte ventilatorio se puede llevar a cabo con un ambú. Canalizar una vía venosa periférica de buen calibre para la administración intravenosa de medicación y sueroterapia.¹

5. Derivación del paciente a otras unidades: Una vez realizada en urgencias la valoración del paciente que se ha expuesto a una sobredosis farmacológica y se ha aplicado el tratamiento que se ha considerado oportuno, hay que determinar el destino del paciente. Esto depende del motivo de la intoxicación, los efectos del tóxico sobre los diversos órganos y sistemas, las complicaciones, la necesidad de tratamiento y la situación sociosanitaria.

- a. Observación de urgencias: Las intoxicaciones agudas suelen resolverse en menos de 24 horas. Por ello, esta unidad es el lugar ideal para ayudar a estos pacientes.
- b. Unidad de psiquiatría: Todas las personas que se han intoxicado de forma voluntaria precisan una evaluación del riesgo suicida.
- c. Unidad de cuidados intensivos: Se procederá al traslado a dicha unidad cuando existe inestabilidad de la vía aérea, la insuficiencia del aparato respiratorio o cardiovascular y la depresión del nivel de conciencia del paciente. Además, estará indicado el ingreso en UCI de los pacientes con intoxicaciones graves que necesitan un tratamiento complejo o una monitorización y vigilancia estrecha.
- d. Hospitalización: Puede requerir ingreso hospitalario por alteración tóxica directa en algún órgano o sistema. Lo más frecuente es que el ingreso del paciente esté motivado no por la toxicidad directa sino por las complicaciones que ha presentado en el transcurso de la intoxicación.
- e. Alta médica a domicilio.²

5. Diagnósticos enfermeros y objetivos en el proceso de una intoxicación aguda medicamentosa:

- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con irritación de la vía aérea manifestado por disnea, polipnea leve, tos, estridor, depresión respiratoria.
Objetivo: recuperar y mantener dinámica respiratoria del paciente.

- Confusión aguda relacionada con consumo excesivo de sustancias tóxicas manifestado por alteraciones de consciencia, alucinaciones, agitación, euforia.
Objetivo: recuperar normal estado de consciencia del paciente.
- Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración de efectos para simpaticomimético manifestado por bradicardia.
Objetivo: paciente lograra estabilidad hemodinámica.
- Alteración de la termorregulación relacionada con ingesta de sustancias toxicas manifestado por hipertermia o hipotermia.
Objetivo: el paciente logrará restablecer su termorregulación corporal.
- Temor relacionado con mecanismos de afrontamientos ineficaces manifestado por ansiedad, preocupación creciente, inquietud, agitación, sensación de amenaza de muerte.
Objetivo: el paciente controlará su temor y mejorará sus mecanismos de afrontamiento.
- Riesgo de aspiración relacionado con depresión del sistema nervioso central.
Objetivo: el paciente no presentará episodios de aspiración durante su estadía en el servicio de urgencias.
- Riesgo de déficit del volumen de líquidos relacionado con emesis inducida.
Objetivo: Mantener equilibrio hidroelectrolítico.⁴

CONCLUSIONES

Los fármacos son el grupo más frecuente de intoxicación en los servicios de urgencias españolas. Los fármacos más frecuentes que provocan la intoxicación son las benzodiacepinas. El intento de autolisis es el mecanismo de intoxicación más habitual por encima de los 12 años. Aunque el pronóstico global es bueno, un porcentaje importante de pacientes recibe tratamiento urgente o es derivado a otra unidad.

Podemos concluir que los cuidados enfermeros son fundamentales en el manejo del paciente intoxicado por medicamentos, ya que somos los responsables de la mayoría de las acciones. Se requiere de personal calificado, pues la evolución del paciente y el éxito de su recuperación dependen sobre todo de intervenciones enfermeras. Una rápida y eficaz actuación por parte del equipo sanitario responsable es de vital importancia para la recuperación del paciente ya que aumentarían la calidad de los cuidados, disminuyendo la estancia hospitalaria y los costes sanitarios, tanto humanos como materiales.

Como conclusión final y apoyando a otros estudios comparados cabe recalcar que la mejor manera de evitar la problemática estudiada es siguiendo las indicaciones del médico y del farmacéutico y hacer caso de las instrucciones de los prospectos de los medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Intoxicación aguda tras ingesta de medicamentos: tratamiento inicial. 2010. RevPrescrire, 30(319): 356-364
2. Servicio de Urgencias del Hospital Clínico de Barcelona. Guía sobre intoxicaciones agudas y bases para el tratamiento en un servicio de urgencias. Santiago NoguéXarau. Barcelona, 2014.

3. Ministerio de salud. Guía práctica clínica intoxicaciones agudas. María Soledad Wenzel A. Chile, 2004.
4. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación, 2009-11. Madrid: Elsevier
5. Joan B. Tarloff, Lawrence H. Lash. Toxicology of the Kidney. 3Th ed. CRC Press editor. 2004.
6. MartinezLopez R. Las intoxicaciones farmacológicas. Publicaciones didácticas. N° 50 Septiembre 2014