ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL PACIENTE INTOXICADO INGRESADO EN UCI 2015-2017 (EMPIUCI 15-17)

Justificación y objetivos

La epidemiología de la intoxicación aguda es muy variable, ya que depende de factores culturales, sociales y geográficos, lo que hace que incluso hospitales situados en la misma ciudad tengan perfiles de pacientes diferentes. Así mismo, el tipo de tóxicos implicados varía a lo largo del tiempo, ya que cambian las costumbres de la sociedad en cuanto al consumo de substancias de abuso y aparecen nuevos fármacos 1,2,3,4,5,6.

Por otro lado, al tratarse de una patología poco habitual en nuestras UCIs, es importante conocer cuales son los tóxicos más frecuentes para poder establecer protocolos que optimicen su manejo. El espectro de gravedad de las diferentes intoxicaciones es muy variable y en la mayoría de ellas el diagnóstico precoz es primordial para su correcto manejo y para disminuir la mortalidad y las secuelas al alta.

A lo largo de los años, desde el Grupo de trabajo de Toxicología de la SEMICYUC, se han realizado varios registros de pacientes intoxicados, el primero de ellos en los años 807 del siglo pasado y el segundo a principios de los 2000. Por varios motivos los datos de este último trabajo sólo han sido publicados en forma de comunicaciones a congresos. En 2013-2014 se puso en marcha el estudio EMPIUCI 13-14, que en estos momentos está en fase de difusión de resultados y publicación. En aras de facilitar la recogida de datos, dicho trabajo se diseñó con unas variables muy básicas, que si bien nos han permitido conocer cuáles son los tóxicos que más frecuentemente conducen a los pacientes a nuestras unidades y el tipo de tratamiento específico reciben, no nos permiten analizar parámetros más complejos como la adecuación de dicho tratamiento o las causas de la intoxicación.

Por otra parte, en una sociedad cada vez más envejecida y con un mayor número de personas con patología crónica y polimedicación, los ingresos por intoxicaciones medicamentosas accidentales suponen un problema poco estudiado en las unidades de cuidados intensivos^{8,9,10}.

Nuestro objetivo es, además de seguir monitorizando las intoxicaciones que requieren ingreso en las UCIs españolas, analizar la adecuación del tratamiento específico recibido y las causas que han conducido a dicha situación.

Bibliografía

- 1. Nogué S, Marruecos L, Nolla J et al. The profile evolution of acute severe poisoning in Spain. Toxicol Lett 1992; 64-65: 725-7.
- 2. Palazón Sánchez C, Segura Pérez J, Renedo Villaroya A et al. Intoxicaciones agudas graves en un servicio de medicina intensiva (. Rev Esp Salud Publica 2000; 74(1): 55-63.1986-1997).
- 3. Iturralde J, Izura F, Layaben C et al. Intoxicación aguda en UCI: nuestra experiencia en el periodo 1975-1985. Med Intensiva 1986; 10: 228-33.
- 4. Palomar M. Evolución del patrón clínico-asistencial en intoxicaciones agudas graves. Universidad Autónoma de Barcelona. Tesis doctoral.
- 5. Singh O1, Javeri Y, Juneja D, Gupta M, Singh G, Dang R. Profile and outcome of patients with acute toxicity admitted in intensive care unit: Experiences from a major corporate hospital in urban India. Indian J Anaesth. 2011 Jul;55(4):370-4.
- 6. Brandenburg R1, Brinkman S, de Keizer NF, Meulenbelt J, de Lange DW. In-hospital mortality and long-term survival of patients with acute intoxication admitted to the ICU. Crit Care Med. 2014 Jun;42(6):1471-9.
- 7. Marruecos L, Nolla J, Nogué S et al. El intoxicado agudo en la Unidad de Cuidados Intensivos. A propósito de 202 observaciones. Med Intensiva 1983; 7: 57-64.

- 8. Paulozzi LJ. Prescription drug overdose: a review. J Saf Res 2012;43:283-289.
- 9. Roughead EE, Semple SJ. Medication safety in acute care in Australia: where are we now? Part 1: a review of the extent and causes of medication problems 2002-2008. Austr N Zel Health Pol 2009; 6:18.
- 10. McDonnell PJ, Jacobs MR. Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions. Ann Pharmacother 2002;36:1331-6.h

Método

Se recogerán todos los pacientes con intoxicación aguda o crónica que requirieron ingreso en UCI en las unidades participantes entre los años 2015 y 2017.

Se ha diseñado un registro en formato electrónico (formulario de Google docs) en el que se recogen los principales datos demográficos, los tóxicos implicados, el tratamiento recibido y la evolución, así como la adecuación de dicho tratamiento a los estándares de calidad vigentes.(ver anexo 1) Dicho registro será puesto a disposición de aquellas UCIs españolas de adultos que deseen participar, previo contacto con el investigador principal para asignar el correspondiente código al hospital.

Para garantizar la confidencialidad de los datos, los pacientes se identificarán con números correlativos para cada centro, sin que se haga constar en ningún momento su nombre o el número de historia clínica.

El plazo para completar la recogida de datos será de 3 meses a partir del momento en que se dé difusión al proyecto.

Definiciones

Intoxicación: situación patológica derivada del contacto con una sustancia tóxica. Esto puede deberse a la toxicidad intrínseca de dicha sustancia independientemente de la dosis o a que de forma intencionada o accidental se han alcanzado niveles tóxicos en el organismo.

Intencionalidad autolesiva: se trata de intoxicaciones voluntarias con intención bien autolítica o como llamada de atención.

Uso recreativo: toxicidad secundaria al uso recreativo habitualmente de drogas de abuso pero también de otras sustancias. El consumo de drogas de abuso en pacientes adictos que no tenga finalidad autolítica se considerará recreativo.

Intoxicación accidental: se incluirán los contactos accidentales con sustancias tóxicas y las intoxicaciones derivadas de errores en la toma/administración de medicación (comunitaria o nosocomial) o del acúmulo de fármacos debidos a interacciones medicamentosas o al cambio en la situación clínica del paciente (p. ej. deterioro de la función renal).

Comunitaria: la intoxicación ha ocurrido fuera del ámbito hospitalario.

Nosocomial: la intoxicación ha tenido lugar mientras el paciente estaba en un hospital. Los casos detectados tardíamente cuando el motivo de consulta sea compatible con dicha intoxicación se consideran comunitarios.

Dada la naturaleza retrospectiva del estudio los antecedentes de patología psiquiátrica, intentos autolesivos previos y adicción a drogas y alcohol se considerarán presentes si están recogidos en la historia clínica. Se reflejará si el consumo crónico es actual o antiguo si se dispone de dicha información.

Análisis:

Los datos se analizarán una vez completado el periodo de recogida. Se realizará un análisis descriptivo, las variables cualitativas se expresarán como n (%) y los cuantitativos como media (DE) si siguen una distribución normal y mediana (rango intercuartílico). Además se compararán con los datos disponibles del estudio que tuvo lugar en 2001-2006 y del EMPIUCI 13-14.

Publicación

Los resultados del análisis serán remitidos, en un plazo de tiempo oportuno, a revistas del ámbito médico para su publicación, preferentemente a la revista Medicina Intensiva.

Anexo 1. Cuaderno de recogida de datos.

Se trata de un formulario en formato google docs con las siguientes variables:

Hospital: se asignará un código a cada hospital que participe en el estudio.

Nº de paciente: se asignarán números consecutivos a los pacientes de cada hospital

Fecha de ingreso hospital

Fecha de ingreso UCI

Fecha alta hospital

Fecha alta UCI

Edad

Sexo

Antecedentes psiquiátricos (tratamiento activo si/no) Intentos autolesivos previos Adicción a drogas (activa si/no) Alcoholismo (activo si/no)

Intencionalidad: autolesiva/ recreativa/accidental/ desconocida.

Lugar de la intoxicación: comunitaria/ nosocomial

Dado que es frecuente que la intoxicación se produzca por varias sustancias se podrán codificar hasta 4 tóxicos diferentes, clasificados en diferentes categorías, según lo siguiente:

Tóxico:

Medicamentos
Drogas de abuso
Productos domésticos
Pesticidas
Químicos industriales
Animales y plantas

El listado de tóxicos que aparece una vez se selecciona el tipo de tóxico del desplegable es el siguiente:

Medicamentos:

Ácido valpróico

AINES

Amiodarona

Antidepresivos tricíclicos

ARA II

Barbitúricos

Benzodiacepinas

Beta-bloqueantes

Calcioantagonistas

Colchicina

Dicumarínicos

Digoxina

Gabapentina

Hipoglicemiantes orales

IECAS

IMAOS

Insulina

Isoniacida

ISRS y fármacos afines

Levodopa

Levotiroxina

Litio

Metoclopramida

Neurolépticos

Nitroglicerina

Opiáceos (naturales)

Opioides (sintéticos)

Paracetamol

Salicilatos

Teofilina

Otros medicamentos

Drogas de abuso

Alucinógenos

Anfetaminas

Cannabis

Cannabinoides sintéticos

Catinonas

Cocaína

Etanol

Éxtasis (MDMA)

Éxtasis líquido (GHB)

Feniletilaminas

Heroína

Ketamina

Metadona

Pegamentos

Piperacinas

Otras drogas de abuso

Productos domésticos

Caústicos

Etilenglicol

Hidrocarburos de uso doméstico Humo de incendio Metanol

Monóxido de carbono

Otros productos domésticos

Productos industriales

Ácido fluorhídrico

Arsénico

Cianuro

Disolventes

Fósforo

Gases irritantes

Hidrocarburos de uso industrial

Metahemoglobinemia de origen tóxico

Metales pesados

Otros productos industriales

Productos agrícolas

Insecticidas organoclorados y carbamatos

Insecticidas organofosforados

Herbicidas biperidílicos (paraquat y similares)

Herbicidas no biperidílicos

Raticidas

Otros productos agrícolas

Plantas y animales

Animales

Plantas

Setas

A continuación se recogen los tratamientos administrados:

Tratamiento específico:

Como en ocasiones se administra más de un antídoto se podrán consignar hasta cuatro del siguiente listado:

Ácido ascórbico

Ácido folínico

Anticuerpos antidigital

Atropina

Azul de metileno

Azul de prusia

Bicarb

Bromocriptina

Ciproheptadina

Complejo protrombínico

Cloruro cálcico

Dantroleno

Desferoxamina

Dimercaprol

DMSA

EDTA cálcico disódico

Emulsión lipídica

Etanol absoluto

Fisostigmina

Flumazenilo

Fomepizol

Glucagón

Glucarpidasa

Gluconato cálcico

Glucosa hipertónica

Hidroxocobalamina

Idarucizumab

L-carnitina

N-acetilcisteína

Naloxona

Octreótido

Oxígeno

Oxígeno hiperbárico

Oximas

Penicilamina

Penicilina

Piridoxina

Plasma fresco

Protamina

Silibinina

Suero antibotulínico

Suero antiofídico

Sugammadex

Tiamina

Tiosulfato sódico

Triacetato de uridina

Vitamina K

Lavado gástrico

Cuando se haya realizado: tiempo desde la exposición al tóxico: <2h/2-6h/>6h/desconocido.

Protección previa de vía aérea: si/no/nivel de consciencia conservado/desconocido.

Carbón activado

Cuando se haya realizado: tiempo desde la exposición al tóxico: <2h/2-6h/>6h/desconocido.

Protección previa de vía aérea: si/no/nivel de consciencia conservado/desconocido.

Emético

Polietilénglicol

Técnicas de depuración extrarrenal (como tratamiento de la intoxicación, no como terapia sustitutiva renal).

Tratamiento de soporte:

Intubación orotraqueal

Drogas vasoactivas

Inotrópicos

Terapia sustitutiva renal (si se usa como tratamiento de la intoxicación, aunque exista insuficiencia renal se considerará como tratamiento específico).

ECMO

Terapia depurativa hepática

Consulta a psiquiatría previa al alta: si/no/ o procede.

Resultado: Resultado al alta de UCI (Vivo/ Exitus)

Palma, 15 de abril de 2018

Antonia Socias Mir