

# Manejo de las intoxicaciones agudas

Servicio de Urgencias Hospital Universitario Río Hortega

Departamento de Cirugía

Universidad de Valladolid

Raúl López Izquierdo

# INDICE.

- 1. Concepto y etiología.**
- 2. Manejo general de las intoxicaciones.**
- 3. Tratamiento general**
- 4. Manejo específico de las intoxicaciones**
- 5. Principales intoxicaciones agudas.**



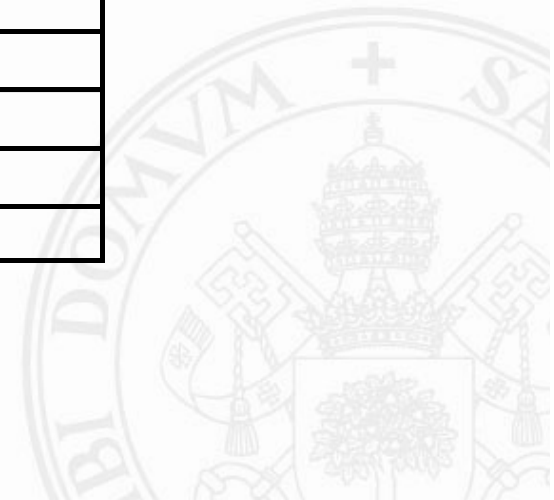
# 1. Concepto.

- Entrada de una sustancia externa al organismo que provoca alteraciones funcionales que en muchos casos pueden ser irreversibles:
  - Voluntaria
  - Accidental
- 1-2% de todas las Urgencias Hospitalarias:
  - Leves: 80%. Sin atención médica específica: Observación, ingreso en Planta.
  - Ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos 5%.
  - Mortalidad: 1%.
- La gravedad de la intoxicación va a depender:
- Tipo de tóxico.
- Cantidad de la sustancia.
- Vía de entrada.
  - Digestiva.
  - Cutánea
  - Respiratoria



# 1. Etiología.

<b>MEDICAMENTOS 50%</b>	<b>Benzodiacepinas 50%</b>
	Antipsicóticos 8%
	AINES 8%
	ISRS 8%
	Paracetamol 4%
<b>ETILISMO AGUDO 30%</b>	<b>Etanol</b>
<b>DROGAS DE ABUSO 10%</b>	<b>Cocaína 60%</b>
	Éxtasis 18%
	Heroína 12%
<b>OTROS 20%</b>	Alcohol no etílico
	Caústicos
	Insecticidas
	Gases
	Setas



## 2. Manejo general de las intoxicaciones

### Anamnesis.

- Realizada al paciente o a familiares o testigos.
- Conocer el toxico. (Valorar posibles Sd Tóxicos)
  - Deprime o excita el SNC. Acciones sobre la vía respiratoria y circulatoria
- Hora de la ingesta o contacto
- Vía de entrada
- Cantidad de exposición
- Intencionalidad.
  - Si es voluntario valorar tratamientos previos, enfermedades psiquiátricas o intentos autolíticos previos.
- Traumatismos asociados o circunstancias que han rodeado la intoxicación
- Comorbilidad, patología crónica, tratamientos previos.

<b>Síndrome</b>	<b>Constantes</b>	<b>Efecto NRL / Pupilas</b>	<b>Sintomatología</b>	<b>Tóxicos</b>
<b>Colinérgico</b>	Bradipnea Taquipnea Hipotermia	Depresor/Miosis	Confusión, diarrea, broncorrea, broncoespasmo, sialorrea.	Organofosforados Pilocarpina Carbamatos Setas
<b>Anticolinérgico</b>	Hipertensión Taquicardia Taquipnea Hipertermia	Activación/Midriasis	Confusión, retención, urinaria, íleo, rubor facial.	Atropina A. Tricíclicos Neurolépticos Antihistmanínicos
<b>Simpaticomimético</b>	Hipertensión Taquicardia Taquipnea Hipertermia	Activación/Midriasis	Diaforesis, íleo, convulsiones, hiperreflexia, agitación, pilo erección	Cocaína Anfetaminas Efedrina Cafeína
<b>Alucinógeno</b>	Hipertensión Taquicardia Taquipnea	Activación/Midriasis	Alucinaciones, delirium, pánico, agitación	LSD Cocaína Cannabinoides Anfetaminas
<b>Serotoninérgico</b>	Hipertensión Taquicardia Hipertermia	Activación / Midriasis	Diaforesis, clonus, temblor, aumento de peristaltismo	ISRS IMAO A. Tricíclicos
<b>Narcótico/Opiáceo</b>	Hipotensión Bradipnea Bradipnea Hipotermia	Depresión/Miosis	Coma, depresión respiratoria, estreñimiento, náuseas, vómitos.	Opioides Opiáceos
<b>Hipnótico/Sedante</b>	Hipotensión Bradipnea	Depresión/Miosis	Coma, depresión respiratoria.	Benzodiacepinas Barbitúricos Anticonvulsivos Etanol

Tabla 2. Síndromes tóxicos principales.

## 2. Manejo general de las Intoxicaciones. Pruebas Complementarias.

- **Analítica:**

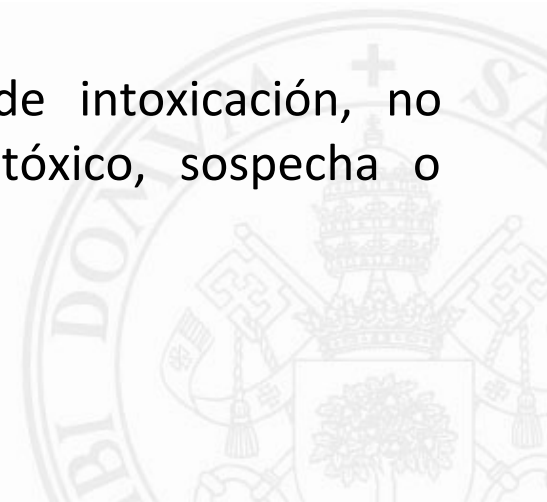
- Hemograma, bioquímica: (electrolitos, glucosa, asido láctico, perfil renal (urea y creatinina), perfil hepático (GOT, GPT), coagulación y gasometría venosa o arterial (si el paciente presenta signos de insuficiencia respiratoria).
- Cooximetría ante la mínima sospecha de intoxicación por monóxido de carbono.
- Según la sospecha de la intoxicación se pueden solicitar determinaciones de tóxicos en sangre y/o orina de forma cualitativa o cuantitativa dependiendo de la disponibilidad en el laboratorio de referencia.

- **ECG:**

- Alteraciones del ritmo o bien alteraciones de los complejos QRS o alargamientos de los espacios QT.
- Cualquier alteración electrocardiográfica o del ritmo es un signo de gravedad.

# Pruebas de Imagen

- Rx tórax:
  - Sospecha de broncoaspiración, inhalación por humos, estado de insuficiencia cardiorrespiratoria, sospecha de perforación, traumatismos asociados.
- Rx Abdomen:
  - Ileo u oclusión intestinal, sospecha de ingesta de sustancias radiopacas
- TC craneal:
  - Bajo nivel de conciencia sin evidencia clara de intoxicación, no respuesta al tratamiento específico frente al tóxico, sospecha o evidencia de traumatismo asociados.





# 3. Manejo general de las intoxicaciones

## Exploración: A, B, C, D, E.

### A. Vía aérea:

- Sd depresor: Deprime el SNC y obstrucción
- maniobras de apertura de la vía aérea y dispositivos para su apertura.

### B. Ventilación: Fr, Sat O<sub>2</sub>, Auscultación pulmonar.

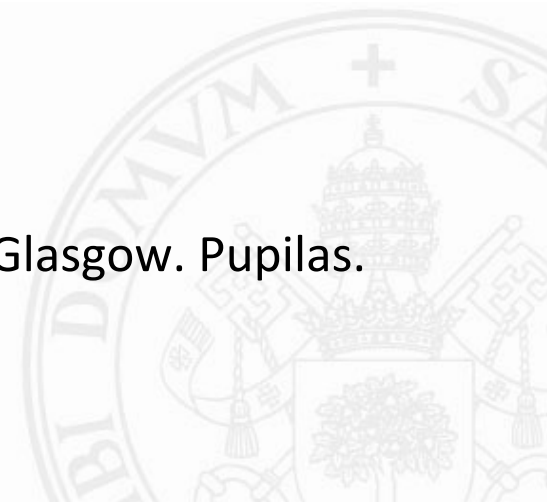
- Sd depresores: Hipoventilación e hipoxia: Opioides
- Hipoxia tisular: Monóxido de carbono
- Inhalación: Irritación de las vías respiratorias.
- Oxígeno a alto flujo.

### C. Circulación: TA, Fc, relleno capilar, ECG.

- Hipotensión y bradicardia: BZD, Opioides
- Taquicardias: Alucinógenos

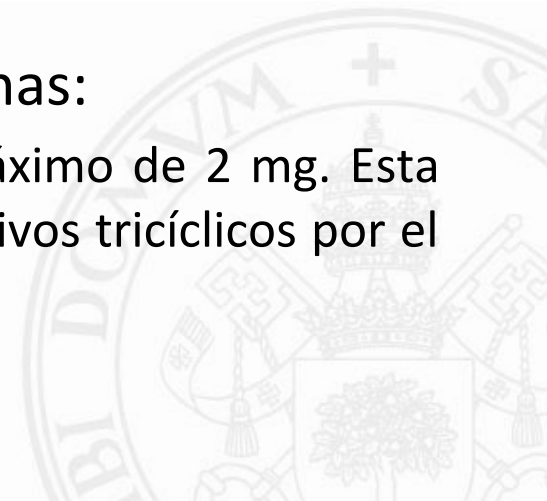
### D. Estado neurológico: Exploración nivel de conciencia: Glasgow. Pupilas.

- Sd depresivo SNC
- Sd Activadores: convulsiones.



### 3. Paciente intoxicado en coma de origen desconocido

- Protección de la vía aérea, asegurar una buena oxigenación, control hemodinámico.
- Realizar una glucemia capilar:
  - Hipoglucemia: glucosa al 50% intravenosa (tiamina 1 ampolla intramuscular si el paciente es un alcohólico crónico).
- Si se sospecha una intoxicación por opioides:
  - Naloxona 0,4 mg iv pudiendo repetir la dosis cada 2-3 minutos hasta un máximo de 4 ampollas.
- Si se sospecha intoxicación por benzodiazepinas:
  - Flumazenilo 0,3 mg iv cada minuto hasta un máximo de 2 mg. Esta contraindicado si se sospecha toma de antidepresivos tricíclicos por el riesgo de que aparezcan crisis convulsivas.



## 4. Manejo específico de las intoxicaciones. Descontaminación. Tóxicos no ingeridos

### – Vía respiratoria:

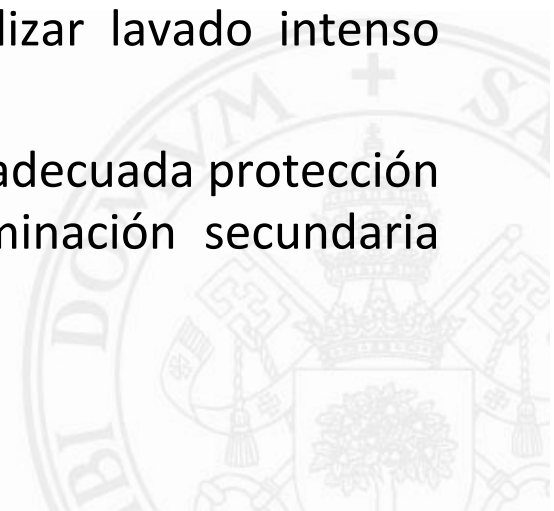
- Se debe alejar al intoxicado de la fuente. Administración de oxígeno a altos flujos.

### – Vía conjuntival:

- Lavado continuo con agua o suero fisiológico alto flujo y baja presión al menos durante 20-30 minutos. Posteriormente siempre se deberá realizar una valoración oftalmológica del paciente.

### – Vía cutánea:

- Se debe retirar la ropa de la víctima y realizar lavado intenso durante 15 minutos.
- Todas las medidas que se hagan precisan una adecuada protección del personal sanitario para evitar la contaminación secundaria mediante equipos de protección individual.



## 4. Manejo específico de las intoxicaciones. Descontaminación. Tóxicos Ingeridos

- **Inducción del vómito:**

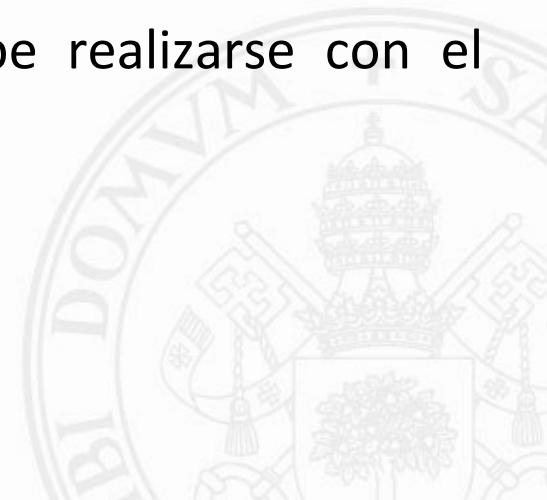
- Sólo se recomienda si la ingesta se ha producido de forma inmediata.
- El paciente debe estar consciente.
- Técnica útil a nivel extrahospitalario.
- Está contraindicado en caso de ingesta de cáusticos, hidrocarburos, pacientes en coma.

- **Lavado gástrico.**
- **Carbón activado.**
- **Lavado intestinal.**
- **Endoscopia y cirugía.**



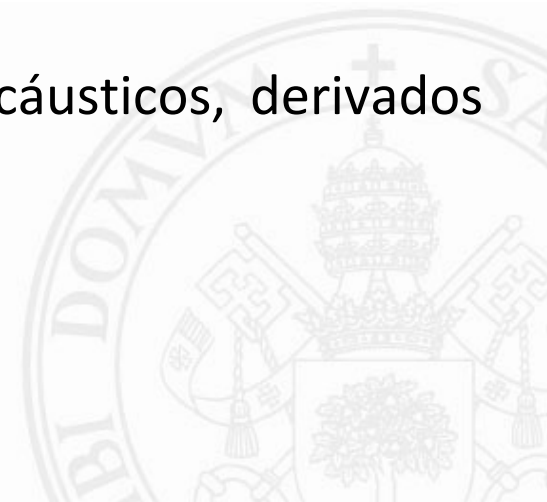
## 4. Manejo específico de las intoxicaciones. Descontaminación. Tóxicos no ingeridos

- **Inducción del vómito.**
- **Lavado gástrico:**
  - Esta debe ser una técnica fundamentalmente hospitalaria.
  - Se recomienda su realización si han pasado menos de dos horas desde la ingesta aunque en algún caso puede realizarse si ha pasado más tiempo (antidepresivos tricíclicos, opioides, salicilatos).
  - Las contraindicaciones son las mismas que las de la inducción al vómito, tampoco está indicado en caso de intoxicaciones etílicas.
  - Si el paciente está en coma la técnica debe realizarse con el paciente intubado por el riesgo de aspiración.
- **Carbón activado.**
- **Lavado intestinal.**
- **Endoscopia y cirugía.**



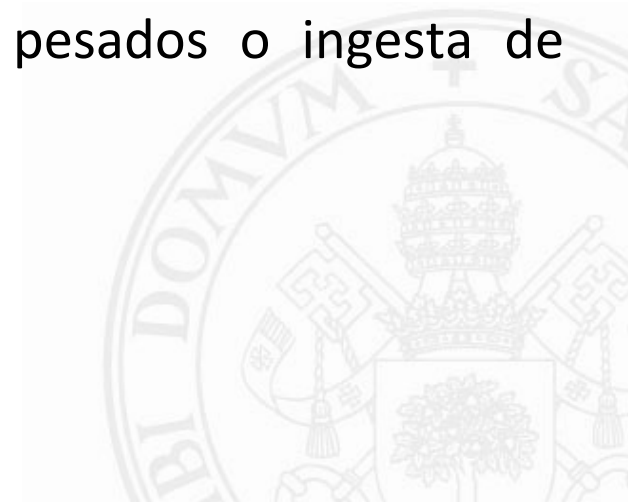
## 4. Manejo específico de las intoxicaciones. Descontaminación. Tóxicos no ingeridos

- **Inducción del vómito.**
- **Lavado gástrico.**
- **Carbón activado:**
  - Se utiliza para disminuir la absorción de las sustancias ingeridas
  - Se suele administrar tras el lavado gástrico bien por la sonda o bien de forma bebida por el paciente,
  - Es posible que en intoxicaciones graves se pueda repetir la dosis, esto se puede hacer cada 3 horas durante 12 horas.
  - Como efecto secundario produce estreñimiento.
  - Está contraindicado en las intoxicaciones por cáusticos, derivados del petróleo, litio, etanol, metanol.
- **Lavado intestinal.**
- **Endoscopia y cirugía.**



## 4. Manejo específico de las intoxicaciones. Descontaminación. Tóxicos no ingeridos

- **Inducción del vómito.**
- **Lavado gástrico.**
- **Carbón activado**
  
- **Lavado intestinal:**
  - Utilización de una sustancia osmótica para disminuir la absorción mediante la provocación de una diarrea osmótica.
  
- **Endoscopia y cirugía:**
  - Se utilizan en intoxicaciones por metales pesados o ingesta de paquetes con drogas (Body-Packer).



## 4. Manejo específico de las intoxicaciones. Eliminación del tóxico

- Existen una serie de técnicas utilizadas para eliminar el tóxico ya absorbido y disminuir sus efectos.
- Hay técnicas de depuración renal mediante diuresis forzada neutro o alcalina.
- La depuración extrarrenales un tratamiento que se debe realizar en unidades de cuidados intensivos:
  - Hemodiálisis, diálisis peritoneal, plasmaferesis, hemoperfusión, exanguinotrasfusión.





# Uso de antídotos

<b>Tóxico</b>	<b>Antídoto</b>
Paracetamol	Acetilcisteína
Insecticidas organofosforados	Atropina
Metanol/Etilinglicol	Etanol
Bendodiazepinas	Flumazenilo
Opioides	Naloxona
Digoxina	Anticuerpos antidigoxina
Anticolinérgicos	Fisostigmina
Anticoagulantes antivitaminas K	Vitamina K
Monóxido de carbono	Oxígeno con reservorio al 100%
Cianuro	Hidroxocobalamina

