VI JORNADAS

DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE LA SEMFYC

#urgencias20

31 de enero y 1 de febrero de 2020 • Madrid

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid



"NO HACER EN INTOXICACIONES"

Alba Riesgo García
Lubna Dani Ben Abdellah

www.semfyc.es/urgencias2020

Sociedad federada anfitriona:

SOMaMFyC

Grupos de trabajo semFYC

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria


¡NOS PRESENTAMOS!

¿Qué esperas de este taller?




¿Jugamos?

¿QUÉ VAMOS A VER?

- Conceptos.
- Epidemiología.
- Etiología.
- Fases de actuación ante un paciente intoxicado:
    1. Medidas de emergencia.
    2. Evaluación diagnóstica inicial.
    3. Pruebas complementarias.
    4. Tratamiento agudo:
        i. Medidas de soporte.
        ii. Disminución de la absorción del tóxico.
        iii. Antídotos.
        iv. Aumento de la eliminación.
    5. Valoración psiquiátrica/social.
- Algoritmo de manejo extrahospitalario
- Algoritmo de manejo hospitalario

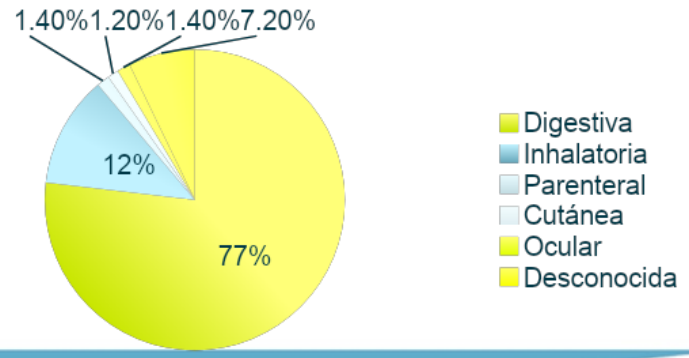
CONCEPTOS

Intoxicación aguda (IA):

- Sdm clínico por introducción brusca de un **tóxico** en el organismo, tanto de forma **accidental como intencionada** (>50%).

- ❖ Supone **0,7 % urgencias**.
- ❖ Incidencia poblacional **240 / 100.000 hab**
- ❖ Media de edad **30-40 años**.
- ❖ Voluntarias y accidentales (mujeres).
- ❖ Laborales y drogas abuso (varones)
- ❖ Entre el 1 y 3% serán graves y su mortalidad será < 1%.

- Las IA pueden producirse por diferentes vías:



Principales agentes causales IA en España

Alcohol	
Fármacos	• Salicilatos • Paracetamol • Benzodiacepinas • Antidepresivos tricíclicos • Digoxina • Neurolépticos
Drogas de abuso	• Cocaína • Opiáceos
Productos de uso doméstico	• Lejía • Detergentes • Aguarrás • Monóxido de carbono
Otros	• Setas • Plantas • Gases • Productos industriales de limpieza

Tipos de intoxicaciones en España

Pinillos MA, Grijalba A, Alfaro J. Situación de las intoxicaciones en Navarra. Anales Sis San Navarra [online]. 2003;26(supl.1):7-19

¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DEL TTO INICIAL EN IA?

OBJETIVO PRIMORDIAL: PRESERVAR LAS FUNCIONES VITALES.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

***1*- DISMINUIR LA CONCENTRACIÓN DEL TÓXICO EN ÓRGANOS CRUCIALES.**

***2*- COMBATIR LOS EFECTOS FARMACOLÓGICOS Y TOXICOLÓGICOS EN LOS ÓRGANOS EFECTORES.**

PLAN DE ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON UNA INTOXICACIÓN AGUDA

1. **CINCO PILARES BÁSICOS.**
2. **MÉTODO DIAGNÓSTICO**
3. **ESTRATEGIA GENERAL DE TRATAMIENTO DE UNA INTOXICACIÓN AGUDA**

PLAN DE ACTUACIÓN

1. **Medidas de emergencia**
2. **Evaluación diagnóstica general**
3. **Pruebas complementarias**
4. **Tratamiento:**
   - i. **Medidas de soporte.**
   - ii. **Disminución de la absorción del tóxico.**
   - iii. **Antídotos.**
   - iv. **Aumento de la eliminación.**
5. **Valoración psiquiátrica/social.**



1. MEDIDAS DE EMERGENCIA

ABCDE:

A: VÍA AÉREA

Ver.

Apertura vía aérea.

Utilizando dispositivos para mantener la vía aérea permeable en caso de respiración espontánea.

Si el paciente no responde y no respira, ***RCP.***

B: BREATHING= RESPIRACIÓN.

Calidad del respiración del paciente y aportando ayuda a la misma si la precisa: desde la intubación orotraqueal hasta unas gafas nasales.

C: CIRCULACIÓN. Comprobando pulso, frecuencia cardiaca, perfusión, etc... Este es el momento de canalizar una vía periférica para la administración de fluidos.

2.EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

1. ***Anamnesis:***

Interrogar al paciente ,acompañante ,familiares:

- Nombre del tóxico.
- Cantidad administrada (un trago 21mL en hombre y 14mL en mujer)
- Vía de administración (vo, inh, IV, IM, SL)
- Tiempo transcurrido desde la administración/contacto con el tóxico.
- Vía de entrada en el organismo.
- Antecedentes personales del paciente, con especial atención a intoxicaciones previas.
- Causas que han originado la intoxicación (voluntaria, fortuita..)

→ A continuación se investigará la farmacocinética, farmacodinamia de las sustancias ingeridas.

2. Exploración física:

ABCDE

D: DISSABILITY= DISCAPACIDAD. Valorando el estado neurológico del paciente.

E: EXPOSICIÓN. Examinado por completo al paciente en busca de signos que puedan aclararnos la etiología de la intoxicación.

- Manifestaciones clínica. ¿Ha vomitado?
- Toxíndromes:

– Cutáneo-musculares y temperatura: Sudoración o hipertermia.

– Cardiovasculares: HTA, arritmias.

– Respiratorias: Broncoespasmo.

– Digestivas: Sialorrea.

– Neurológicas y psiquiátricas: Midriasis o convulsiones o delirium.

– Sistema urinario. RAO

– Sistema endocrino y medio interno: Hipoglucemia

→ Tóxicos con manifestaciones tardías: Ej.: ATD 24-48 h postingesta. Amanita phallodes 12 h postingesta.

PRINCIPALES SÍNDROMES TÓXICOS

SÍNDROME	SNC	CLÍNICA	TÓXICOS
SIMPATICOMIMÉTICO 	Activado	**Hipertermia*, hipertensión arterial*, arritmias*, excitación, midriasis***, convulsiones.	Anfetaminas Cocaína Aminofilinas Betaadrenérgicos LSD IMAOS Anticongestivos
ANTICOLINÉRGICO 	Activado	Sequedad de piel, **exantema*, hipertermia*, midriasis*,** visión borrosa, taquicardia, hipertensión arterial, distensión abdominal ,íleo paralítico, retención urinaria, tenesmo vesical, confusión, **alucinaciones*, delirio*,** coma.	Atropina Alcaloides de la belladona Antihistamínicos Tricícilicos Neurolépticos Fenotiazidas Antiparkinsonianos
COLINÉRGICO 	Deprimido	Confusión, ansiedad, ataxia, arreflexia, convulsiones , depresión del SNC, coma, broncorrea, broncoespasmo. • Snd. Nicotínico: parálisis respiratoria, calambres y fasciculaciones. • Snd. Muscarínico: **sialorrea*, l**agrimeo, **diaforesis***, **miosis***, vómitos, **diarrea*,** incontinencia urinaria, dolor abdominal.	Organofosforados Acetilcolina Metacolina Carbamatos Amanita muscaria Tabaco Otros hongos

*Síntoma clave para sospechar el síndrome tóxico

PRINCIPALES SÍNDROMES TÓXICOS (2)

SÍNDROME	SNC	CLÍNICA	TÓXICOS
OPIÁCEO O NARCÓTICO 	Deprimido	Bradipnea*, hipertensión arterial, bradicardia, miosis*,midriasis (cocaína), convulsiones.	Anfetaminas Cocaína  Caféína Aminofilina Betaadrenérgicos LSD IMAOS Anticongestivos
SEDANTE-HIPNÓTICO 	Deprimido	Bradipnea, hipertensión arterial, Bradicardia, miosis, coma, depresión del SNC.	Heroína (p.puntiformes)  Morfina Codeína Metadona
EXTRAPIRAMIDAL	_	Hipotermia, hipertensión arterial, confusión, coma, depresión respiratoria.	Benzodiacepinas Barbitúricos Neurolépticos Antioclvulsivos Alcohol
HEMOGLOBINOPATÍA	_	Disnea, cianosis, cefalea, confusión, letargo	CO Nitritos Sulfohemoglobina

García Morlesín JM, Adánez Martínez MG, Palacin Pahí C, Canals Aracil M. Tratamiento general del paciente intoxicado. 2ª edición Manual de Urgencias y Emergencias de la semFYC. 2012, SemFYC ediciones.

3. Pruebas complementarias:

- Hemograma
- Bioquímica : glucosa, electrolitos, perfil hepático.
- Coagulación si se sospecha tóxico anticoagulante o cuadro clínico grave.
- GAB
- Orina: sedimento, Na^{2+}, K^{+} y creatinina.
- ECG 12 derivaciones: SIEMPRE. Valorar especialmente la duración del **QRS y el intervalo QT corregido.**
- **Rx tórax PA y lateral:** en intoxicaciones por gases y vapores irritantes, si hay síntomas de insuficiencia respiratoria o si se sospechan complicaciones (broncoaspiración, neumonía..) . También si sospecha de perforaciones por caústicos.
- Rx abdomen simple y en bipedestación: podría estar indicada en caso de ingesta de cáusticos, sustancias radiopacas o drogas ilegales ocultas en el tubo digestivo *(body-packers).*

3. Pruebas complementarias:

- **Recogida de muestras para estudios toxicológicos posteriores: sangre y orina:**
  - **No** será necesaria en **intoxicaciones accidentales,** en pacientes asintomático o si los hallazgos clínicos son consistentes con la historia médica.
  - Si la historia es **dudosa** o si la intoxicación ha sido intencionada, se recomienda medir los niveles de paracetamol y salicilatos (son poco sintomáticas incluso con dosis letales y tienen tratamiento específico).
  - La determinación general de tóxicos en orina se debe interpretar con cautela en función del posible consumo crónico y fenómeno de tolerancia.
  - **No** se debe esperar a tener el resultado para iniciar el tratamiento.

3. ESTRATEGIA GENERAL DE TRATAMIENTO

Estrategia que contempla lo siguiente

A. Soporte vital avanzado.
B. Actuación ante un coma de origen tóxico.
C. Disminución de la absorción del tóxico:
- *Descontaminación cutánea.*
- *Descontaminación ocular.*
- *Descontaminación digestiva.*

1. Eméticos: jarabe ipecacuana y apomorfina.
2. Aspirado y lavado gástrico.
3. Carbón activo.
4. Lavado/ducha/irrigación intestinal con polietilenglicol (PEG).

D. Incremento de la eliminación del tóxico: No es una prioridad, pero no debe olvidarse de que en algunas situaciones clínicas de gravedad producidas por determinados tóxicos, es posible acelerar su eliminación por vías fisiológicas (riñón) o artificiales.

E. Uso de antídotos: Constituyen un tratamiento clásico y específico de las intoxicaciones, que puede adquirir características de reanimador y por tanto de alta prioridad.

A. <u>Soporte vital avanzado:</u>

- 5H y 5T
- En intoxicación grave se recomienda vía aérea libre, ventilación y oxigenación con soporte cardiaco y hemodinámico. La duración del soporte vital avanzado debe alargarse hasta dos o tres horas cuando las intoxicaciones son por **β-bloqueantes, ATD tricíclicos, dextropropoxifeno y antiarrítmicos, porque** están descritas recuperaciones.

A : Vía aérea

- Vía aérea permeable: Apertura de la vía aérea (maniobra frente-mentón, maniobra de tracción mandibular). Cánula orofaríngea para mantener la vía permeable.
- Intubación orotraqueal y ventilación mecánica si existe apnea.
- Si el paciente se encuentra en parada cardiorrespiratoria, iniciar maniobras de reanimación cardiopulmonar.

4. Tratamiento:

B: Ventilación y oxigenación

- Comprobar correcta ventilación y oxigenación del paciente (auscultación, pulsioximetría).
- Intubación orotraqueal y ventilación mecánica: si frecuencia respiratoria >35 rpm o <10 rpm, o puntuación en la escala de Glasgow <9.
- Aporte de oxígeno a alta concentración con el dispositivo que el paciente precise: desde gafas nasales, mascarilla tipo venturi, ventilación mecánica.

Causas más frecuente de hipoventilación

- Acción depresora de psicofármacos.
- Obstrucción de la vía aérea.
- Convulsiones.
- Aspiración.
- Edema agudo de pulmón.

Causas de hipoxia tisular sin hipoxemia

- Intoxicación por ácido sulfúrico.
- Formación de carboxihemoglobina (intoxicación por CO).
- Formación de metahemoglobina (intoxicación por benceno, algunos anestésicos, herbicidas, nitrito de amilo, etc.).

4. Tratamiento:

C : Circulación

- Hipotensión: Manifestación cardiovascular más frecuente en las intoxicaciones. Tratar con cristaloides. Si fuera necesario: aminas vasoactivas (noradrenalina, dopamina, dobutamina).
- Si arritmias y/o isquemia cardiaca: tratamiento específico.
- Si parada cardiorrespiratoria: RCP.



4. Tratamiento:

D : Valoración Neurológica

- Valoración escala de Glasgow. Si puntuación <9: intubación.
- Valoración de las pupilas.
- Si coma:
  - Monitorización de constantes vitales y O_2 a altas dosis.
  - Glucemia capilar: si hipoglucemia: glucemia hipertónica al 50% + Tiamina.
  - Si sospecha de intoxicación enólica: tiamina im (1ml=100 mg).
  - Si sospecha de sobredosis (existencia de punciones): naloxona iv (bolos de 0,4 mg; dosis máxima: 1,6 mg).
  - Si sospecha de intoxicación por benzodiacepinas: flumazenil iv (bolos de 0,3mg; dosis máxima:2 mg).
  - Si convulsiones: Diazepam iv (2,5 mg en bolos hasta que cese la crisis).
  - Si sospecha intoxicación por simpaticomiméticos: haloperidol iv (5-10 mg).

B. Actuación ante un coma de origen tóxico: se recomienda vía aérea libre, ventilación y circulación con oxígeno con mascarilla reservorio a alto flujo (10-15 L/minuto), canalización de una vía gruesa, obtener muestras para analítica general y toxicológica y comenzar con una perfusión de suero fisiológico al 0,9%.

COMACÓCTEL: Naloxona- Flumacenilo-Glucosa- Tiamina- "antídotos reanimadores"

- La **naloxona NO : heroína más cocaína** (arritmógenas ,efecto epileptógeno) por lo que debe valorarse el riesgo-beneficio y **ante la mínima duda instaurarse solo soporte ventilatorio**.

- El **flumazenilo NO: cocaína, ATD tricíclicos,carbamacepina, teofilina o tenga antecedentes de epilepsia ,heroína más benzodiacepinas** al poder originar agitación, convulsiones y complicaciones cardiacas al aumentar la actividad simpaticomimética.

- La **glucosa** , OJO a graves consecuencias de una hipoglucemia prolongada.

- La t**iamina,** malnutridos con sospecha de alcoholismo crónico para prevenir la encefalopatía de Wernicke

- Y se han añadido los "antídotos reanimadores": el oxígeno, la hidroxocobalamina, la fisostigmina, el bicarbonato sódico

Disminución de la absorción del tóxico:

Las medidas dependerán de la v**ía de entrada del tóxico** y del **tiempo transcurrido** desde el contacto con el mismo.

- Vía cutánea: Se retirarán las ropas impregnadas de tóxico. Lavar con abundante agua. Si el tóxico es cáustico, irrigar durante al menos 20 minutos.
- Vía conjuntival: irrigación ocular con suero fisiológico durante 20-30 minutos.
- Vía respiratoria: se separará al paciente de la atmósfera tóxica. Oxigenoterapia a altas concentraciones en función del grado de hipoxemia.

<u>Vía digestiva</u> Descontaminación digestiva :individualizar (80% de IA)

¿Cuándo se hará?

- T**óxico conocido** + elevada peligrosidad intrínseca o dosis potencialmente tóxica o riesgo de secuelas.
- **Tóxico desconocido** + sospecha de elevada peligrosidad intrínseca, dosis altas o sintomatología de alarma.
- Varios tóxicos, el de más riesgo clínico determinará la actitud

¿Cuáles son los métodos de descontaminación digestiva?

1. Eméticos: jarabe ipecacuana y apomorfina.
2. Aspirado y lavado gástrico.
3. Carbón activo.
4. Lavado/ducha/irrigación intestinal con polietilenglicol (PEG).

4. Tratamiento:

- Vía digestiva: Puerta de entrada más frecuente (90%)

  - Vaciado gástrico: Consiste en la eliminación del tóxico del estómago.

Indicaciones	Contraindicaciones
- Menos de 2 horas desde la ingesta (anticolinérgicos y narcóticos hasta 6 h). - Cantidades potencialmente altas. - Hipotensión o shock. - Tóxicos de liberación prolongada.	Deterioro del nivel de conciencia. Convulsiones.

  - 3 técnicas:

    - Inducción del vómito: No se recomienda de forma sistemática. Puede utilizarse j**arabe de ipecacuana (30 ml diluidos en 250 cc de agua) o apomorfina (0,1 mg/kg).**

Indicaciones	Contraindicaciones
En domicilio en intoxicaciones leves. Siempre inmediatamente después de la ingesta del tóxico.	- Cáusticos - Derivados del petróleo - Agentes convulsionantes - Cianuro - Embarazo - Menores de 6 años.

4. Tratamiento:

- Lavado gástrico: **procedimiento de elección en adultos y en el hospital.**

Indicaciones	Contraindicaciones
<120 min. tras ingesta	- Depresión respiratoria (salvo si el paciente está intubado). - Cáusticos. - Derivados del petróleo. - Riesgo hemorrágico. - Perforación.

- Carbón activado: **método de elección de descontaminación gástrica**, y muchas veces el único necesario. 1-2 g/Kg. de peso diluido en agua. Si el paciente vomita, esperar 30 minutos y nueva dosis.

  - Ineficaz en intoxicación por cáusticos, cianuro, litio, etanol, metano, derivados del petróleo, hierro, dicloro difenil tricloroetano (DDT).
  - Efectos secundarios: náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, obstrucción intestinal y de la vía aérea, broncoespasmo, pseudomelenas.

4. Tratamiento:

- Lavado intestinal: Administración de solución osmótica con el fin de provocar diarrea acuosa.

Indicaciones	Contraindicaciones
- Intoxicación grave por sustancias no absorbibles por el carbón activado. - Fármacos de liberación retardada.	- Obstrucción intestinal - Riesgo de perforación - Íleo paralítico - Hemorragia digestiva - Inestabilidad hemodinámica

- Endoscopia y cirugía: Indicado en el caso de grandes conglomerados de pastillas, Body packer, grandes cantidades de metales pesados.

D. Incremento de la eliminación del tóxico

1. Depuración renal (DR)

• Objetivo: provocar una hipervolemia que produzca un aumento del débito cardíaco, lo que conduce a un aumento del filtrado glomerular, y finalmente aumentará la eliminación.

Criterios toxicocinéticos: tóxicos hidrosolubles con baja unión a proteínas plasmáticas.

• Objetivo: conseguir volumen urinario 7-8 mL/kg/hora. Requiere monitorización continua, control estricto de la diuresis y analítica seriada (función renal, ionograma y equilibrio ácido-base).

• Contraindicaciones: insuficiencia renal, hepatopatía, cardiopatía isquémica/estructural, edad, hipotensión o shock con oliguria o anuria, etc.

• Complicaciones: edema agudo de pulmón, edema cerebral, trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base, insuficiencia renal, etc.

Modalidades de la depuración renal

- **Soporte diurético (SD) o diuresis forzada neutra (antigua nominación):** Objetivo: c*onseguir una diuresis de más de 100 mL/hora sin modificar el pH urinario.* Se administrarán 500 mL de suero fisiológico al 0,9% más 10 mEq cloruro potásico cada 2-3 horas y se puede repetir si se precisara.

- **Alcalinización urinaria (ALU)** Objetivo: *conseguir una diuresis de más de 100 mL/hora y un pH urinario de más de 7,5.* Se conseguirá administrando además 250 mL bicarbonato sódico uno molar más 500 mL glucosa 5% más 40 mEq cloruro potásico en perfusión continua durante 6 horas y repetir si se precisara.

- **Diuresis forzada alcalina (DFAL):** Objetivo: *mantener una diuresis de 500 mL/hora y un pH urinario de más de 7,5.* Se administrarán 100 mL bicarbonato sódico 1M en perfusión continua durante 3 horas + 500 mL glucosa 5% más 10 mEq de cloruro potásico durante la primera hora, + 500 mL SF 0,9% más 10 mEq de cloruro potásico durante la segunda hora y 500 mL manitol 10% más 10 mEq de cloruro potásico durante la tercera hora.

2. Depuración extrarrenal (DER): se reserva para intoxicaciones muy graves.

Las diferentes técnicas de diálisis dependen del tipo de tóxico:

• Hemodiálisis, hemofiltración y hemodiafiltración para t*óxicos hidrosolubles con baja unión a proteínas plasmáticas.*

• Hemoperfusión, plasmaféresis y exanguinotransfusión para t*óxicos con alto peso molecular y alta unión a proteínas plasmáticas.*

Uso de antídotos

- Los antídotos constituyen una parte del tratamiento de las intoxicaciones y pueden ser, en ocasiones, una **terapéutica vital e insustituible.**

- En la práctica clínica, **menos del 10% de las intoxicaciones reciben antídotos,** bien porque no lo haya (intoxicación etílica) o porque el estado clínico del paciente no lo justifique (ausencia de síntomas de gravedad).

- La **indicación suele hacerse por criterios clínicos** (coma en la intoxicación por opiáceos o benzodiacepinas), pero en ocasiones el análisis toxicológico es fundamental para la toma de decisiones (intoxicación por paracetamol o plomo).

Indicaciones para la administración de los antídotos:

• Aunque el paciente esté estable, **utilizar los antídotos si existe una sospecha de intoxicación grave** o puede provocar gravedad a corto término.

• **No** utilizarlos excesivamente **tarde.**

• **No confiar en exceso** en la **eficacia** de los antídotos y **retardar** la instauración del **tratamiento de soporte.**

• **No** utilizarlos en **intoxicaciones agudas leves,** sin clínica importante ni complicaciones ni secuelas.

• **No** utilizarlos para s**ustancias que no los neutralicen.**

• **No** utilizarlos cuando la **prescripción esté contraindicada.**

• Cada hospital debe de tener su propio **botiquín** para adaptarse a las características del área de influencia de referencia.

• Todo centro sanitario debe disponer de una **guía de antídotos** actualizada para consulta.

TÓXICO	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA (Adulto)
Opioides	Naloxona	0,4-2 mg iv cuando sea necesario.
Benzodiacepinas	Flumazenil	0,2 mg iv; repetir a dosis de 0,3 mg a los 30 sg y posteriormente 0,5 mg cada 30 sg hasta un máximo de 3 mg.
Paracetamol	N-acetilcisteína	140 mg/kg vo seguidos de 70 mg/kg cada 4 h durante 24 h.
Monóxido de carbono	Oxígeno	100% hiperbárico.
Hierro	Mesilato de deferoxamina	1 g im cada 8 h.
Etilenglicol	Etanol	0,6 g/kg en suero glucosado al 5% iv seguidos de 110 mg/kg/h hasta mantener niveles sanguíneos de 100-150 mg/dl.
Metanol	Etanol Ac. Folínico (folinato cálcico)	0,6 g/kg en suero glucosado al 5% iv seguidos de 110 mg/kg/h hasta mantener niveles sanguíneos de 100-150 mg/dl. iv. Vial 50 mg: reconstituir con 5mL del disolvente y diluir en 100 mL de glucosado 5% o fisiológico 0,9%.
Isoniazida	Piridoxina	Cantidad equivalente a la ingesta estimada.
Anticolinérgicos	Sulfato de fisostigmina	0,5-2 mg iv durante 2 min cada 30-60 min cuando sea necesario.
Anticolinesterásicos	Sulfato de atropina	1-5 mg iv/im/sc cada 15 min cuando sea necesario.
Digoxina	Anticuerpos digitálicos	Viales con 38 mg. Entre 1 y 10 viales en perfusión diluidos en suero. Si PCR inminente puede administrarse en bolos.

Iv: intravenoso; im: intramuscular; sc: subcutáneo; kg: kilogramo; mg: miligramos; dl: decilitro; h: hora; sg: segundos.

Nogué S., Amigó N., Diego E., Aguilar R., Soy D. Guía de Antídotos. En Nogué Xarau S. Intoxicaciones agudas 2010. http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf

TÓXICO	ANTÍDOTO	POSOLOGÍA (Adulto)
Insecticidas organofosforados o carbamatos	Atropina	Bolo de 1 mg cada 2-3 min, mientras persistan los signos de broncoespasmo y la bradicardia.
Antidepresivos tricíclicos	Bicarbonato sódico	50-100 mEq iv en 1 h.
Antagonistas del calcio	Cloruro cálcico	10 mL iv en 5 minutos. Repetir, si precisa, a los 15 min, hasta un máximo total de 40 mL en 1 h.
Betabloqueantes	Glucagón	Bolo de 0,1 mg/Kg iv en 3 minutos [máximo 10 mg], seguido inmediatamente de una infusión continua de 0,07 mg/Kg/hora [máximo 5 mg/h].
Insulina /antidiabéticos orales	Glucosa hipertónica	iv según glucemia basal, administrar en bolo de 2 a 3 ampollas.
Humo de incendios	Hidroxicobalamina	Intravenoso y fotoprotegido 5 g en 10 min; si ha presentado una parada cardíaca: 10 g en 10 min.
Setas hepatotóxicas	Penicilina G sódica	2 millones/2h iv (administrar directo lentamente o diluir en 100 mL SF y administrar por goteo)
Body-packer de cocaína o heroína.	Polietilenglicol	Oral o sonda nasogástrica 250 mL/h de la solución reconstituida.
Mordedura de Víbora	Suero antiofídico	4 mL iv disuelto en 100 ml de suero fisiológico, a pasar en 1 hora
Cianuro	Hidroxicobalamina	Intravenoso y fotoprotegido: 5 g en 10 min

Iv: intravenoso; kg: kilogramo; mg: miligramos; mL. mililitro; mEq: miliequivalente; h: hora; min: minutos.

Nogué S., Amigó N., Diego E., Aguilar R., Soy D. Guía de Antídotos. En Nogué Xarau S. Intoxicaciones agudas 2010.
http://www.fetoc.es/asistencia/Intoxicaciones%20Agudas%20Protocolos%202010.pdf

ALGORITMO EXTRAHOSPITALARIO

Sospecha intoxicación: **91 5620420 / 91 4112676**

Paciente estable

Evaluación clínica general:
- Valoración ABCDE.
- Anamnesis (paciente/testigos): preguntar por tóxico y cantidad administrada, tiempo transcurrido, vía de entrada, antecedentes psiquiátricos o de intoxicaciones previas.
- Exploración general: inspección, auscultación cardiopulmonar.
- Exploraciones complementarias: glucemia capilar; monitorización cardiaca; pulsioximetría, ECG.

Si es necesario: recoger muestra de contenido gástrico y orina para análisis posterior.

Disminuir la absorción del tóxico:
1. Vía inhalatoria: aislar de atmósfera tóxica; O_2 en mascarilla tipo Venturi al 50%.
2. Vía ocular: lavado 15-30 min.
3. Vía cutánea: retirar ropa y lavado de piel.
4. Vía digestiva:
   - Aspiración, lavado gástrico
   - Carbón activado.

Paciente inestable

Medidas de emergencia:
A: Control de la vía aérea
B: Respiración: ventilación con O_2/IOT sin precisa
C: Control de PA/FC/FR y T^a

Canalizar via venosa periférica con SF/SG 5%
Si PCR: Soporte vital **RCP**
Si convulsiones o coma:
- Naloxona 1 ampolla iv/5 min
- Tiamina 1 ampolla iv/im
- Glucosa hipertónica 2 ampollas iv
- Diazepam 10 mg iv

Administrar **ANTÍDOTO** específico (si disponibilidad e indicación)

TRASLADO AL HOSPITAL

- Paciente inestable: UVI Móvil
- Paciente estable: Ambulancia convencional con apoyo sanitario

Al finalizar la asistencia, cumplimentar parte judicial

Modificado de: García Morlesín JM, Adánez Martínez MG, Palacin Pahí C, Canals Aracil M. Tratamiento general del paciente intoxicado. 2ª edición Manual de Urgencias y Emergencias de la semFYC. 2012, SemFYC ediciones.

ALGORITMO HOSPITALARIO

Sospecha intoxicación: **91 5620420 / 91 4112676**

Valoración inicial
ABC

Paciente estable

Evaluación clínica general:
- ○ Valoración ABCDE.
- ○ Anamnesis (paciente/testigos): preguntar por tóxico y cantidad administrada, tiempo trascurrido, vía de entrada, antecedentes psiquiátricos o de intoxicaciones previas.
- ○ Exploración general: inspección, auscultación cardiopulmonar. Síndromes tóxicos.
- ○ Monitorización cardiaca y pulsioximetría.
- ○ Pruebas complementarias:
  - Hemograma, bioquímica, coagulación.
  - Orina: tóxicos.
  - Gasometría arterial basal.
  - ECG.
  - Radiología.

Paciente inestable

Soporte Vital Avanzado.
Si convulsiones: Diazepam 10 mg iv.
Si coma (no flumazenil de entrada):
- Naloxona 1 ampolla iv/5 min.
- Tiamina 1 ampolla iv/im.
- Glucosa hipertónica 2 ampollas iv.

Ingreso en UCI si:
- Coma, depresión respiratoria, shock, arritmias, intubación orotraqueal, edema agudo de pulmón, convulsiones, alteración de la Tª.
- Dosis potencialmente letal del tóxico.
- Diálisis y otras medidas especiales.
- Falta de respuesta al tratamiento/ patología previa agravante.

TRATAMIENTO

Medidas de soporte:
- O_2 al 50%.
- Canalizar vía venosa periférica.
- Control de diuresis.
- Antídotos específicos.

Disminuir la absorción del tóxico:
1. Vía inhalatoria: O_2 en mascarilla tipo Venturi al 50%.
2. Vía ocular: lavado 15-30 min.
3. Vía cutánea: retirar ropa y lavado de piel.
4. Vía digestiva:
   - Aspiración, lavado gástrico.
   - Carbón activado.
   - Lavado intestinal, endoscopia o cirugía si precisa.

Eliminación del tóxico:
1. Vía renal: diuresis alcalina/diuresis forzada.
2. Vía respiratoria: O_2 altas dosis, cámara hiperbárica.
3. Vía extrarrenal: diálisis peritoneal, hemodiálisis, plasmaféresis.

Al finalizar la asistencia, cumplimentar parte judicial sino se ha hecho previamente

Modificado de: García Morlesín JM, Adánez Martínez MG, Palacin Pahí C, Canals Aracil M. Tratamiento general del paciente intoxicado. 2ª edición Manual de Urgencias y Emergencias de la semFYC. 2012, SemFYC ediciones.


Gracias