

# Boletín nº5 (septiembre 2000)

- [Botiquines de antídotos en distintos niveles asistenciales](#). Dr. Santiago Nogué Xarau. Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.
- [Nuevas tendencias en descontaminación digestiva](#). Dr. Luis Marruecos. Hospital de San Pablo. Barcelona.

## Botiquines de antídotos en distintos niveles asistenciales

Dr. Santiago Nogué Xarau. Hospital Clínico y Provincial. Barcelona.

### 1. - Principios generales para la inclusión de un antídoto en un determinado nivel asistencial.

- Que la sustancia sea efectiva y de eficacia contrastada. Existen 56 de estas sustancias.
- Urgencia en la aplicación del antídoto (p.ej. minutos para la Hidroxocobalamina o días para la d-Penicilamida).
- Frecuencia de la intoxicación, según sea el medio rural, urbano o industrial.
- Relación riesgo-beneficio y complejidad de administración (vía oral vs intravenosa, antídoto convencional vs inmunoadyuvante).
- Accesibilidad (p.ej. Atropina frente a Suero Anticolchicínico).
- Conservación, ya sea a temperatura ambiente, nevera o necesidad de fotoprotección.
- Caducidad (p.ej. 5 años para preparados comerciales frente a 12 meses en las fórmulas magistrales).
- Coste (de las 33 pts del EDTA cálcico disódico a las 678.000 pts de los ácidos antidigital).

### 2. - Botiquín de antídotos en un domicilio particular.

En principio no es necesario ningún antídoto específico y sería innecesario la presencia de ipecacuana o de carbón activado. Es necesaria la educación sanitaria para la inmediata descontaminación ocular y cutánea tras la proyección de líquidos tóxicos o corrosivos, y queda entre interrogantes si es efectiva la dilución digestiva inmediata con agua, leche o agua albuminosa tras la ingesta de productos domésticos, sean o no cáusticos.

### 3. - Botiquín de antídotos en un centro de Asistencia Primaria

A las consideraciones anteriores habría que añadir:

- Eméticos: Jarabe de Ipecacuana o Apomorfina

- Antídotos competitivos: Naloxona, Flumazenilo, Oxígeno, Atropina, Bicarbonato Sódico
- Antídotos restauradores: Glucosa y Piridoxina
- Antídotos bloqueadores: Etanol y Penicilina

#### **4. - Botiquín de antídotos en un Centro Penitenciario**

Son válidos todos los antídotos reseñados para el centro de Atención Primaria, añadiendo un adsorbente como el Carbón activado.

#### **5. - Botiquín de antídotos en una Empresa**

En este caso sería necesario añadir, aparte de lo ya mencionado hasta ahora:

- Antídotos reductores: Ácido ascórbico (CR 6 à CR 3) y Azul de Metileno (metahemoglobinizantes)
- Antídotos quelantes: Hidroxocobalamina y Sales de Calcio y Magnesio

#### **6. - Botiquín de antídotos en un Servicio de Urgencias Extrahospitalario y Medicalizado**

Los antídotos que incorporamos a la lista anterior son:

- Antídotos competitivos: Sales de Calcio
- Antídotos restauradores: Glucagón

#### **7. - Botiquín de antídotos en un Hospital básico (nivel I)**

Añadir a las consideraciones anteriores:

- Antídotos competitivos: Fitomenadiona, Fisostigmina, Protamina, Ácido folínico
- Antídotos restauradores: N-Acetil-Cisteína
- Antídotos quelantes: Almidón, Desferoxamina
- Otros: Sorbitol (pediatría), Sulfato sódico

#### **8. - Botiquín de antídotos en un Hospital Intermedio (nivel II-III)**

A todo lo anterior se añade:

- Antídotos bloqueadores: Silibinina
- Antídotos restauradores: Pralidoxima
- Antídotos quelantes: Dimercaprol, EDTA cálcico disódico, d-Penicilamida, suero antiofídico

## 9. - Botiquín de antídotos en el Hospital de Referencia Toxicológica

Son necesarios:

- Antídotos competitivos: Oxígeno hiperbárico
- Antídotos quelantes: Ácido dimercaptosuccínico, suero antibotulínico, anticuerpos antidigital
- Antídotos bloqueantes: Fomepizol

## 10. - Botiquín de antídotos en el Hospital de Referencia Nuclear

Añadir a las consideraciones anteriores:

- Antídotos quelantes: Ácido dietilentriaminopentaacético (DTPA), ácido dimercaptopropanosulfonato (DMPS), Ferrocianuro férrico (Azul de Prusia)
- Otros: solución de Shubert, Bicarbonato Sódico

## Nuevas pautas aconsejadas en el manejo de la vía digestiva en las intoxicaciones agudas

**Dr. Luis Marruecos. Hospital de San Pablo. Barcelona.**

Introducción

El análisis, por parte de comités de expertos, de la literatura existente sobre el manejo de la vía digestiva en las intoxicaciones agudas, ha permitido llegar a unos grados de evidencia que aconsejan nuevas pautas de actuación en las desintoxicaciones digestivas.

La metodología empleada ha sido:

- Estudios controlados randomizados
- Estudios retrospectivos
- Correlaciones, series, casos descriptivos y consensos de expertos

### 1. - Jarabe de Ipecacuana

**Indicaciones:** hay datos insuficientes que confirmen o excluyan la indicación precoz después de la ingestión de un tóxico. Únicamente debe considerarse su indicación ante una ingesta abundante de un tóxico y en un paciente consciente. A pesar de que el beneficio no ha sido confirmado, sólo está indicado dentro de la primera hora postingesta.

**Contraindicaciones:**

- Vía aérea desprotegida o ingesta de tóxicos capaces de desproteger la vía o que pudieran requerir soporte vital avanzado en la primera hora de asistencia
- Ingesta de hidrocarburos con alto potencial de provocar una broncoaspiración
- Ingesta de cáusticos
- Situaciones clínicas que puedan descompensarse por los vómitos inducidos (p.ej. ancianos)
- Intoxicaciones leves, niños de menos de 12 meses o ingesta de sólidos

### **Complicaciones:**

- Diarrea
- Letargo, somnolencia
- Vómitos prolongados (más de una hora)

### **Metodología:**

- En menores de 6 meses: con supervisión médica
- Niños de 6-12 meses: 5-10 ml + 120 ml de agua
- Niños de 1 a 12 años: 15 ml + 250 ml de agua
- Niños mayores de 12 años y adultos: 15-30 ml + 250 ml de agua

**Curiosidades:** en muchos países su dispensación no requiere receta médica. La fecha de caducidad no imposibilita su indicación.

## **2. - Lavado gástrico**

**Indicaciones:** no hay evidencia que su utilización mejore la evolución clínica ni de que aumente la morbilidad. Únicamente está indicado ante una ingesta potencialmente letal y de forma precoz, dentro de la primera hora postingesta.

### **Complicaciones:**

- Aspiración, neumonía
- Hipoxia o hipercapnia
- Laringoespasma
- Lesiones traumáticas
- Diselectrolitemias
- Incremento del riesgo en pacientes agitados

### **Contraindicaciones:**

- Vía aérea desprotegida

- Ingesta de cáusticos o hidrocarburos
- Existencia de patología esofagogástrica concomitante

### **3. - Carbón Activado**

#### **Complicaciones:**

- Emesis (que se incrementa en preparación con sorbitol)
- Broncoaspiración
- Lesiones corneales

**Dosis múltiples:** Dosis repetidas de 25 g cada 4 horas hasta una dosis total de 150 g en intoxicaciones por fenobarbital, teofilina, DFH, carbamacepina, quinina, dapsona o salicilatos.

### **4. - Catárticos**

No existe ninguna evidencia en su utilización. Si esta se decide, se realizará una dosis única (sorbitol, 1-2 g/Kg, citrato Mg, lactulosa, manitol).

### **5. - Irrigación intestinal con Polietilenglicol**

Requiere para su uso un territorio digestivo indemne. Es una opción teórica en intoxicaciones agudas por:

- Sales de Fe, Pb, Zn
- Packets drugs
- Tóxicos no adsorbidos por carbón activado

#### **Dosificación:**

- Niños de 9 meses a 6 años: 500 ml/hora
- Niños de 6 a 12 años: 1.000 ml/hora
- Adolescentes y adultos: 1.500-2.000 ml/hora

**Complicaciones:** náuseas, vómitos, dolor abdominal, que se han descrito cuando se utiliza en la preparación de colonoscopias.

#### **Bibliografía**

- American Academy of Clinical Toxicology (AACT), european Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologist (EAPCCT). Position Statements: Gut Descontamination. Clinical Toxicology 1997; 35: 695-767

- Henry JA, Hoffman JR (Editorial). Continuing controversy on gut decontamination. *Lancet* 1998; 352:420-1
- Lloret J, Marruecos L. Unidad de toxicología Aguda. Nuevas pautas aconsejadas en el manejo de la vía digestiva en las intoxicaciones agudas. *Dossiers d'Urgencies*. Sant Pau. Octubre 1998
- American College of Emergency Physicians. Clinical policy for the initial approach to patients presenting with acute toxic ingestion or dermal or inhalation exposure. *Annals of Emergency Medicine* 1999; 33:735-61