

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 antitibotulínico, anticuerpos antidigital
- Antídotos bloqueantes: Fomepizol

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

Añadir a las consideraciones anteriores:

- Antídotos quelantes: Ácido dietilentiainopentaacético (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