



TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE INTOXICADO

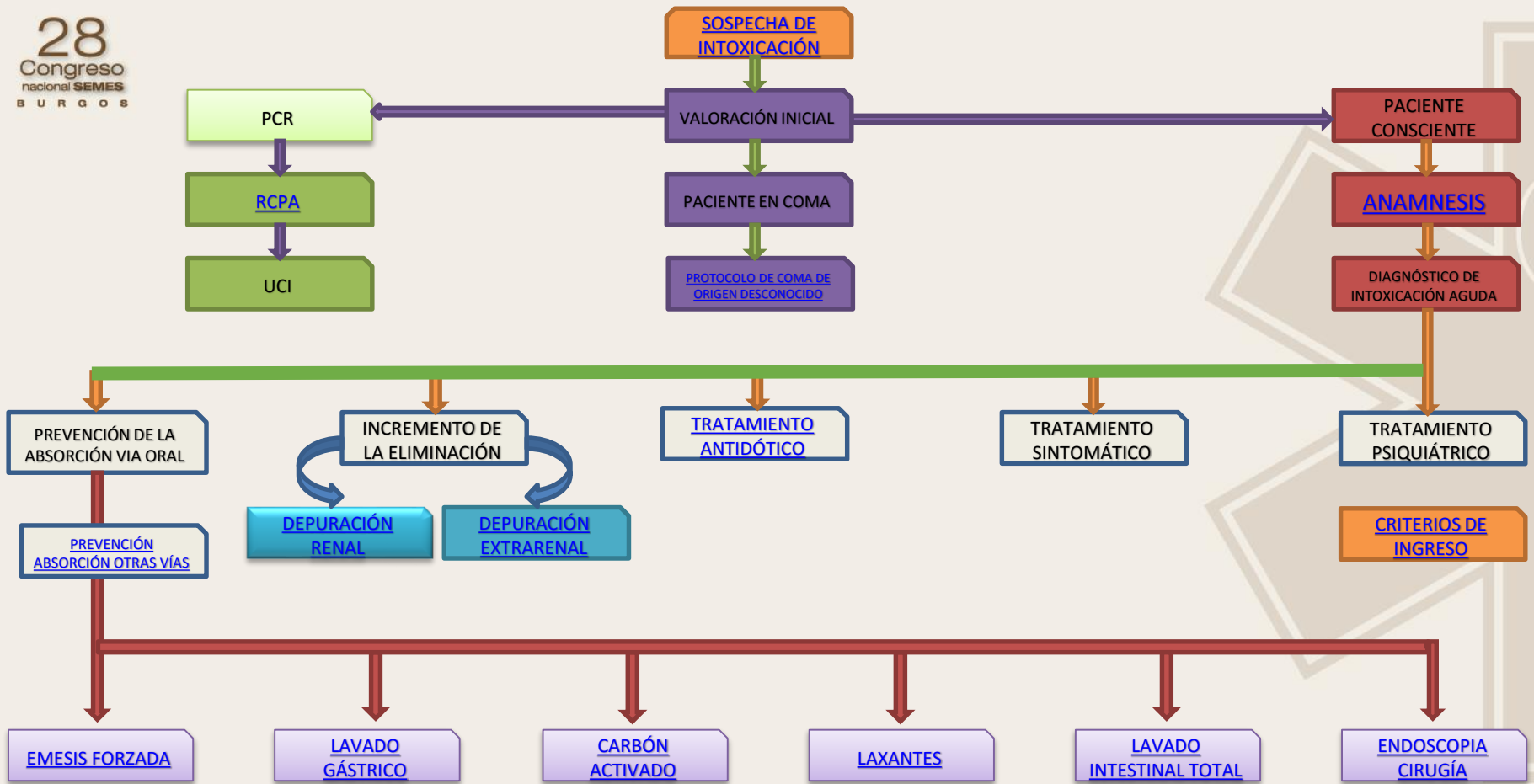
Dr F J Callado Moro. Coordinador del Servicio de Urgencias del HUBU. Unidad de Toxicología Clínica.



Sociedad Española de
Medicina de Urgencias
y Emergencias

EL CONGRESO DE LA
ESPECIALIDAD DE URGENCIAS

8/9/10 2016 Junio



SOSPECHA DE INTOXICACIÓN

- Pacientes psiquiátricos con síntomas anómalos.
- TCE con mala evolución no justificada.
- Comas no filiados en jóvenes de 13 a 35 años.
- Acidosis metabólicas no explicadas.
- Fracaso hepático o renal.
- Arritmias graves en niños o jóvenes sin patología previa.
- Niños con síntomas poco habituales o de presentación súbita.
- Deterioro multiorgánico.

[Volver](#)



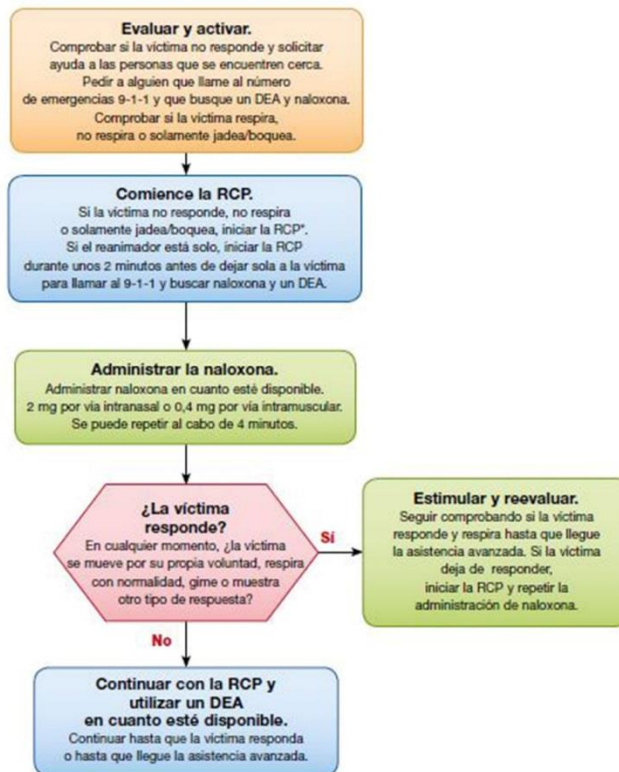
GUÍAS ILCOR 2015

- Se recomienda entrenar a legos y personal sanitario en la Intoxicación por opiáceos incluyendo administración de Naloxona a personas de riesgo o personas en contacto con ellas (Clase IIa). Se recomienda incluir esta formación en los primeros auxilios.
- Se incluye algoritmo para adultos con amenaza para la vida y asociada a opiáceos.

[Siguiente](#)

Figura 6

Algoritmo de emergencia (de adultos) con amenaza para la vida y asociada a opiáceos: novedad de 2015



*Técnica de RCP basada en el nivel de entrenamiento del reanimador.

[Siguiete](#)

GUÍAS ILCOR 2015

- Emulsión intravenosa de lípidos (EIVL), en intoxicaciones con anestésicos locales y otros fármacos.
- Se aconseja EIVL, combinada con reanimación estándar a pacientes con neurotoxicidad premonitoria o toxicidad por anestésicos locales.
- Puede ser razonable EIVL en pacientes con toxicidad farmacológica que no responden a medidas de reanimación estándar.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE COMA DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PACIENTE JOVEN.

- Colocación de vía venosa y O₂ en mascarilla.
- Muestras de sangre antes de perfundir suero (valorar hipoglucemia).
- Administrar:
 - **Naloxona** 0.8 mg i.v (i.m si no hay vía) (2 ampollas de Naloxone®).
 - **Glucosa** al 33% (2 ampollas de Glucosmon®)
 - **Tiamina** 100 mg i.m (1 ampolla de Benerva®) solo si se sospecha alcoholismo crónico.
 - **Flumazenilo** a dosis de 0.3 mg. (3 ml. de Anexate®) cada minuto hasta 2 mg, si se sospecha intoxicación por benzodiacepinas (está contraindicado inicialmente en la intoxicación por antidepresivos tricíclicos, cocaína, carbamacepina, antecedentes de epilepsia o dependencia grave de benzodiacepinas).
- Comenzar a perfundir s. salino al 0,9 %.

[Volver](#)

ANAMNESIS.

- ¿Qué? Nombre del tóxico.
- ¿Cuanto? Cantidad ingerida.
- ¿Cómo? Vía de entrada.
- ¿Cuándo? Tiempo desde la exposición.
- ¿Dónde? Si es colectiva o no.
- ¿Cuales fueron los síntomas iniciales?.
- ¿Vómito antes de llegar a Urgencias?.
- ¿Paciente embarazada?
- ¿Cuales son los medicamentos habituales?
- Antecedentes personales (medicación, etc).

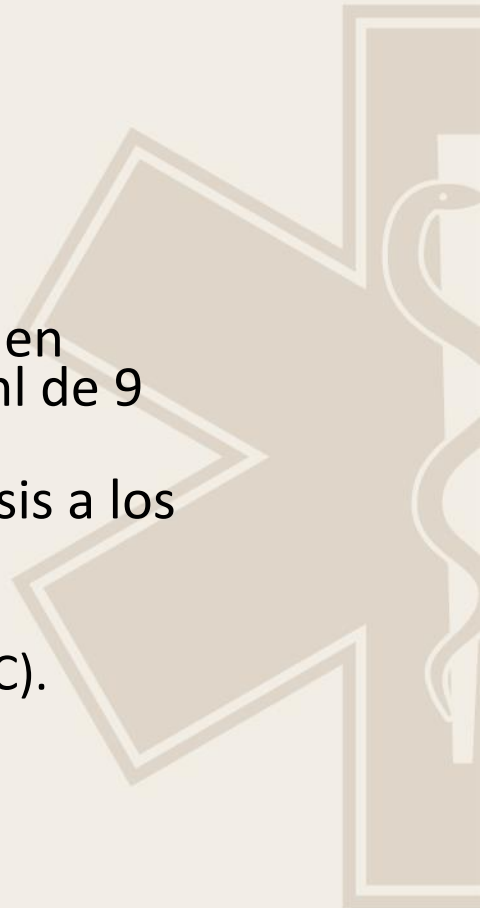
[Volver](#)



EMESIS FORZADA.

- Estímulo mecánico de la faringe.
- Jarabe de Ipecacuana: 30 ml en 250 cc de agua en mayores de 6 años. 15 ml entre 1 y 6 años. 10 ml de 9 meses a 1 año. 5 ml de 6 a 9 meses.
- Tarda en actuar 20-30 m. puede repetirse la dosis a los 15-30 m.
- Contraindicado en:
 - Menores de 6 meses y embarazadas (categoría C).
 - Ingesta de cáusticos, objetos punzantes, etc.
 - Obnubilación o coma.

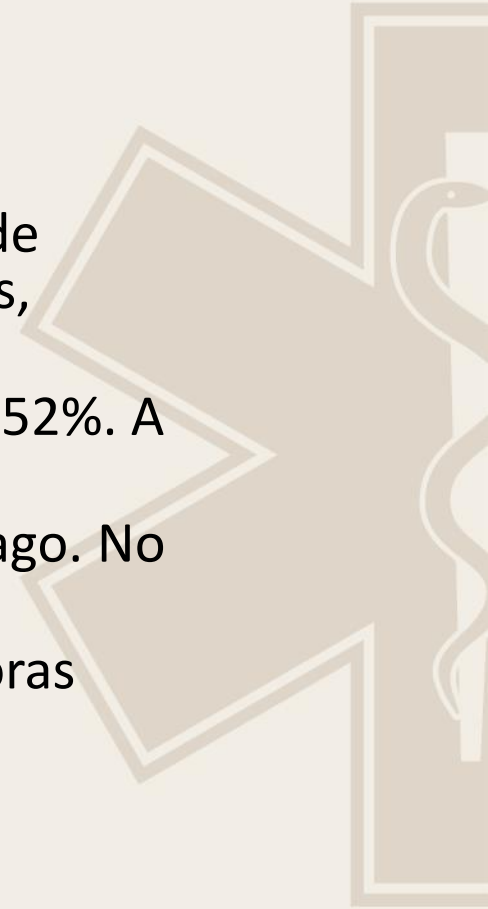
[Volver](#)



LAVADO GÁSTRICO I

- Indicado en las primeras 1-2 horas (hasta 4). Puede retrasarse en ingesta de sólidos, comidas copiosas, sustancias liposolubles, shock.
- A los 5 m de la ingesta disminuye la absorción un 52%. A la hora sólo un 16%.
- Mejor un lavado inútil que dejar restos en estómago. No hacerlo nunca como castigo
- Si es un anticolinérgico se puede hacer hasta 4 horas después.

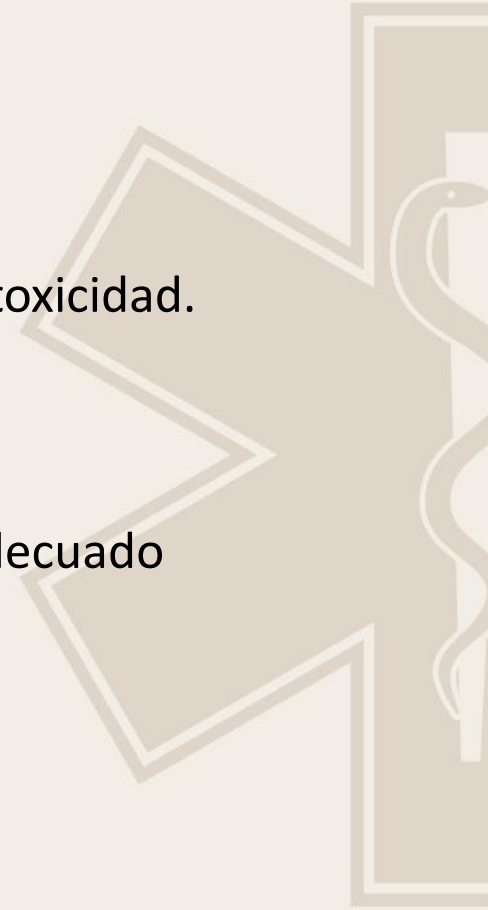
[Lavado II](#)



LAVADO GÁSTRICO II

- No indicado en: poca cantidad del producto o poca toxicidad.
- No indicado en cáusticos o derivados del petróleo.
- No hacer en paciente con convulsiones.
- No en paciente inconsciente sin intubar.
- Si no se hace con buena técnica y en el momento adecuado probablemente sea mejor no hacerlo.

Material



TÉCNICA DEL LAVADO GÁSTRICO

- MATERIAL:

- Sonda de Foucher de diámetro 10mm, con orificios para que salgan las pastillas.
- Agua tibia a 35 °C.
- Jeringa de 100 cc.
- Un embudo.
- Puede usarse un kit completo de lavado gástrico.

[Material 2](#)



MATERIAL PARA LAVADO GÁSTRICO



SONDA DE FOUCHER



EQUIPO LAVADO GÁSTRICO



TÉCNICA DEL LAVADO GÁSTRICO

- Decúbito lateral izdo y rodillas flexionadas.
- Posición de Trendelenburg.
- Sonda lubricada.
- Aspirar contenido gástrico con jeringa.
- Introducir 200-300 cc de agua y dejar salir.
- Repetir hasta que salga el agua limpia.
- Pinzar la sonda al retirarla.



CARBÓN ACTIVADO.

- Dosis única: 50 gr de carbón activado en 300-400ml de agua (carbón Ultraadsorvente Lainco).
- Dosis repetidas o diálisis gastrointestinal. 25gr de carbón activado cada 3-4 horas, hasta 10 dosis o normalización de niveles plasmáticos de tóxico.
- La adsorción del xenobiótico es muy rápida siendo el 90% en 1 minuto. Se reduce la absorción del tóxico el 90% si se administra en la primera hora.
- Disminuye la adsorción con etanol, leche y helados.

[Siguiente](#)

CARBÓN ACTIVADO.



[Volver](#)

CATÁRTICOS O LAXANTES

- **Indicados** en productos de absorción lenta y derivados del petróleo. Después del carbón activado.
- **Contraindicados** en obstrucción intestinal, diarrea importante o sustancia corrosivas.
- **Se utilizan:**
 - Sulfato magnésico: 30gr en 250 ml de agua.(Contraindicado en I renal).
 - Sulfato sódico: 30 gr en 250 ml de agua. (Contraindicado en en I cardiaca)
 - Duphalac (lactulosa). Sobres de 10 gr.
 - Hidróxido de magnesio: 30 ml de solución al 7-8%.
 - Sorbitol: 70 ml al 70% cada 4 horas.

[Volver](#)

DEPURACIÓN RENAL

- **Diuresis forzada neutra.** Se utiliza en los mismos casos que la hemodiálisis pero con mas riesgo y menor eficacia.
 - Usada en Fenobarbital, Bromo, Litio, Fluor, etc.
- **Diuresis forzada alcalina.** (pH urinario entre 7,5 y 9)
 - Barbituricos, Salicilatos, Herbicidas, Fenobarbital, antidepressivos tricíclicos, etc.
- **Diuresis forzada ácida.** (pH urinario entre 4,5 y 5,5).
 - En bases débiles, anfetaminas, fenciclidina.
 - **Actualmente en desuso**

[Volver](#)

DEPURACIÓN EXTRARRENAL

- **Hemodiálisis:** En tóxicos de bajo peso molecular, escasa unión a proteínas, baja solubilidad, escaso volumen de distribución. (salicilatos, litio, antibióticos).
- **Hemoperfusión:** Potencialmente superior a hemodiálisis. (Barbitúricos, amanita phalloides, teofilina, fenobarbital).
- **Diálisis peritoneal:** 90% menos eficaz que las dos anteriores y similares indicaciones.
- **Plasmaféresis:** paraquat, amanita phalloides, aluminio.
- **Exanguinotransfusión:** amanita phalloides, plomo, metahemoglobinemia > 40%.
- **Diálisis lipídica:** sustancias liposolubles como alcanfor, glutetimida.

LAVADO INTESTINAL TOTAL

- Cuando no es útil el carbón activado. En intoxicaciones graves.
- Ingesta masiva de preparados de liberación retardada: litio.
- Capaz de eliminar parte de la sustancia ya absorbida (igual que el carbón activado).
- Indicado en:
 - Pilas de botón.
 - Plantas y setas tóxicas.
 - Sustancias que no se adsorben con el carbón activado (hierro, litio, plomo).
 - Body packers.
 - Productos de liberación sostenida o retardada.

[Volver](#)

LAVADO INTESTINAL TOTAL.TÉCNICA

- Paciente sentado.
- Administrar metoclopramida (2-10 mg)
- Administrar mediante SNG solución electrolítica con polietilenglicol (Solución evacuante Bohon), a ritmo de 1,5-2l/hora en adulto y 0,5 l/h en niños.
- O 2l de agua/hora y añadir Duphalac 1sobre/6 horas.

[Volver](#)

ENDOSCOPIA Y CIRUGÍA.

- **Gastroscofia**, indicada en situaciones especiales:
 - Gastroscofia para extraer cuerpos extraños o sustancias radiopacas potencialmente letales.
 - Extracción de concreciones de comprimidos.
 - Extracción de grandes cantidades de metales pesados.
 - Contraindicada en extracción de paquetes de drogas de abuso por posible ruptura del envoltorio.
- **Cirugía**, indicada en:
 - Laparatomía en los casos de Body-Packers y Body-Stuffers.
 - Cuando la endoscopia no ha tenido éxito o no se localiza la sustancia tóxica.

[Volver](#)

OTRAS VÍAS DE INTOXICACIÓN

- Inhalación:
 - Retirar de la fuente.
 - Tratamiento de la insuficiencia respiratoria.
- Exposición cutánea u ocular:
 - Lavado de la zona contaminada.
 - No utilizar antídotos químicos.
- Vía rectal:
 - Supositorios de glicerina o enema evacuante.
- Vía parenteral: mordeduras de serpientes, etc.

[Volver](#)



TRATAMIENTO CON ANTÍDOTOS

- Utilización en los casos en que se conoce el tóxico. Asociado al tratamiento general.
- Pueden usarse:
 - Antídotos químicos (azul de metileno, etc).
 - Quelantes (BAL, EDTA, Penicilamina, etc).
 - Sustitutivos (ácido fólico, alcohol etílico, etc)
 - Biológicos (toxina botulínica, toxinas de serpientes, etc)
 - Fisiológicos (Atropina, Fisostigmina, Naloxona, etc).

[Volver](#)



CRITERIOS DE INGRESO

- Ingreso en observación o en UCI dependiendo de la gravedad.
- Al menos 12 horas de observación en toda intoxicación aguda.
- Ingresar en:
 - Ausencia de síntomas si es un tóxico tardío.
 - Gran cantidad de tóxico ingerido.
 - Por indicación del psiquiatra.

[Volver](#)

