



El riesgo de ser reincidente

Román Royo Hernandez, Ana Serrano Ferrer, Sebastián Menao Guillén, Ana Ferrer Dufol.

SERVICIO DE URGENCIAS

UNIDAD DE TOXICOLOGÍA- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Hospital Clínico Universitario “Lózano Blesa”

ZARAGOZA

Manolo *Carmen*

Óscar

Isabel

Olivia

Juan Carlos

Miguel Ángel

Jessica

Fernand

Introducción



La atención a los pacientes en los Servicios de Urgencias puede ser en ocasiones muy dificultosa, tanto por las características de estos servicios como por las particularidades de los propios pacientes.

De entre estos, los **pacientes reincidentes** pueden plantear complicaciones en su manejo en Urgencias. Se trata de pacientes que acuden en muchas ocasiones a los Servicios de Urgencias, en ocasiones a diario, con patologías generalmente crónicas o incluso sin patología aguda y que suelen ser muy demandantes.

El hecho de ser pacientes ya conocidos puede provocar una mala anamnesis y un mal manejo general del caso al asociarlo a otros ya conocidos.

Caso clínico (1)



Se trata de un varón de 39 años, de nacionalidad española, con antecedentes médicos de:

- Glaucoma

Acumula más de 20 visitas a Urgencias en los últimos años casi siempre por problemas relacionados con intoxicaciones por drogas de abuso, crisis comiciales por abstinencia alcohólica o cuadros de ansiedad y agitación.

- Crisis convulsivas por **síndrome de abstinencia al alcohol?**

Varios ingresos en Psiquiatría por trastorno conductual.

- Poli toxicómano y exADVP

Ingresos en UCI por sobredosis de cocaína y en Neurología por crisis comiciales.

- Trastorno de personalidad (cluster B)

Alta voluntaria al día siguiente en muchos de estos ingresos.

- Asma

Es remitido a Urgencias por el 061 al presentar una nueva **crisis comicial** en la vía pública, con posterior agitación y que precisó sedación con benzodiazepinas.

- Trombosis venosa profunda

Caso clínico (2)

En Urgencias el paciente presenta una saturación de 90%, con aporte de O₂ al 50% de FiO₂, con **Glasgow de 7** (O: 4, V:1, M:2), pupilas midriáticas y abundantes secreciones en boca.

Con el diagnóstico inicial de **crisis convulsiva tonico clónica por intoxicación por drogas de abuso** se inicia tratamiento con Levetiracetam Iv.

En un momento de la asistencia, ante la persistencia del bajo nivel de conciencia y la persistencia de la desaturación, con depresión respiratoria, se decide administrar **flumazenilo IV**.



Caso clínico (3)



Medicamentos P.A. Monografías PA Clasificación ATC Laboratorios

Contraindicaciones Flumazenil

Hipersensibilidad: pacientes reciben benzodiazepinas para el control de una
al **estado epiléptico** . ej. control de la presión
ir

Advertencias y precauciones Flumazenil

Vigilar al paciente durante un tiempo adecuado (ECG, pulso, oximetría, estado de alerta y otras constantes vitales como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial.); corrige específicamente las benzodiazepinas (si el paciente no se despierta considerar otra etiología); no deberá administrarse hasta que los efectos de los relajantes musculares periféricos se hayan corregido totalmente; en pacientes con mayor riesgo valorar beneficio/riesgo; evitar iny. rápida (puede dar síntomas de abstinencia con palpitaciones, agitación ansiedad, debilidad emocional, así como confusión leve y alteraciones sensoriales); en pacientes con ansiedad crónica o episódica, ajustar dosis; debe tenerse en cuenta el dolor posoperatorio; en tto. prolongado con dosis altas de benzodiazepinas

riesgo de convulsiones en paciente con epilepsia tratados con benzodiazepinas

I.H.; riesgo de efectos tóxicos en caso de sobredosis por mezcla de fármacos; monitorizar para prevenir posible depresión respiratoria, reaparición de somnolencia u otro efecto residual benzodiazepínico; no utilizar para el tto. de la dependencia a las benzodiazepinas o para el tto. de los síndromes de abstinencia a las benzodiazepinas de larga duración (crisis de angustia en pacientes con antecedentes de este tipo de trastornos); alcoholismo y otras dependencias a fármacos. Además en niños:

Caso clínico (y 4)



Tras la administración del antídoto mejora el nivel de conciencia, movilizándose las cuatro extremidades.

En pocos minutos sobrevienen **dos nuevas crisis**, con desaturación muy marcada, llegando al 30% a pesar del aporte de O₂, y bradicardia extrema con **parada respiratoria**.

Se inicia RCP básica y avanzada, y se realiza **intubación orotraqueal**, con recuperación de las constantes vitales. Se solicita ingreso en UCI.

Una vez ingresado el paciente presenta una importante mejoría clínica y puede ser extubado en pocas horas, solicitando el paciente el **alta voluntaria desde UCI** a las 24 horas del ingreso. El análisis toxicológico realizado fue positivo para anfetaminas y cannabis.

Jornadas

XX TOXICOLOGÍA CLÍNICA X TOXICOVIGILANCIA



Madrid
10-11
noviembre 2016

WWW.FETOC.ES

FETOC