

# INTOXICACIONES

Ricardo Calderón, José Javier Varo

Cualquier sustancia, fármaco o principio activo puede provocar una intoxicación, dependiendo de la dosis, el tiempo en ingerirla, la vía de administración o la situación basal del paciente.

Pueden hacer sospechar la presencia de una intoxicación los siguientes factores:

- Relato del paciente o acompañantes.
- Deterioro agudo en paciente psiquiátrico.
- Antecedentes de consumo de drogas, alcoholismo, deterioro cognitivo...
- Disminución de nivel de conciencia no filiada.
- Afectación multiorgánica de origen desconocido.
- Alteraciones analíticas inexplicables (función hepática, renal, hidroelectrolítica, metabólica...)

Es muy aconsejable contactar con el Instituto Nacional de Toxicología. Existe un toxicólogo de guardia permanente, y disponen de un registro de todas las sustancias comercializadas en España, por lo que aportan información muy valiosa sobre posible toxicidad, actuaciones a llevar a cabo etc.

**INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA:** 91 562 04 20 (línea hospitales: 91 411 26 76)

## FASES DE LA ATENCION AL PACIENTE

### 1. Estabilización inicial

- **ABC:**
  - > Mantenimiento vía aérea: apertura. Cánula Guedel si precisa.
  - > Ventilación. Plantear intubación si Glasgow < 8
  - > Soporte circulatorio.
- **Valoración nivel de conciencia:** Escala de Glasgow.
- **Glucemia capilar.**
- **Establecimiento de vía venosa.**
- **Analítica:** hemograma, ionograma, función renal y hepática, equilibrio (incluyendo

carboxi y metaHb).

- **Monitorización constantes vitales + Sat O<sub>2</sub>.**
- **Si bajo nivel de consciencia, administrar:**
  - > Naloxona: 0.4-2mg/iv.
  - > Tiamina: 100mg /iv o im: Prevenir encefalopatía de Wernicke.
  - > Glucosa hipertónica.
  - > Flumacenilo: Si evidencia de BDZ o coma no filiado.
- **Si hipotensión:** SF o Ringer lactato.
- **Si convulsiones:** Diazepam 2mg/iv hasta fin crisis o clonazepam iv.

## **2. Exploración y diagnóstico sindrómico:**

- **Anamnesis completa, sin descuidar atención:**
  - > Hora de ingesta.
  - > Tipo de tóxico.
  - > Cantidad.
  - > Vía administración.
- **Exploración física y neurológica completas.**
- **Monitorización constantes vitales (PA, FC, Sat O<sub>2</sub>).**
- **Monitorización nivel conciencia.**
- Se puede aplicar la **Escala PSS (Poisoning severity Score)**.
- **Determinación del tipo de tóxico:**
  - > No necesario de forma rutinaria. Generalmente complicado, salvo orina.
  - > Screening en orina: alcohol, cocaína, barbitúricos, cannabis, benzodiazepinas, anfetaminas, opiáceos... Muchos tóxicos pueden ser detectados en orina hasta días después de la ingesta, por lo que un resultado positivo no necesariamente indica que sea causa de la intoxicación.
  - > Nivel en sangre de algunos fármacos y/o tóxicos: paracetamol, digoxina, litio, metanol, etanol, hierro, salicilatos, carboxihemoglobina, antiepilépticos, antiarrítmicos.

	<b>SINTOMAS</b>	<b>TÓXICOS</b>
<b>COLINÉRGICO</b>	Confusión, debilidad, sialorrea, sudoración, broncoespasmo, incontinencia, lagrimeo, miosis, vómitos, bradicardia	Insecticidas organofosforados, fisostigmina, algunas setas y amanita phalloides
<b>ANTICOLINÉRGICO</b>	Sequedad piel y mucosas, midriasis, taquicardia, HTA, retención urinaria. Agitación, confusión, delirio, coma, íleo	ADT, atropina, neurolépticos, antiparkinsonianos, antihistamínicos, amanita muscaria
<b>SIMPATICO-MIMÉTICO</b>	Alucinaciones, ansiedad, inquietud, paranoia, sudoración, midriasis, hipertermia, arritmias, convulsiones	Cocaína, anfetaminas, MDMA (éxtasis), cafeína, LSD, ISRS, IMAO
<b>OPIACEO HIPNOTICO- SEDANTE</b>	Coma, depresión respiratoria, miosis, bradicardia, edema pulmonar, íleo,	Opioides (heroína, metadona, codeína, morfina), BDZ, barbitúricos, meprobamato, neurolépticos

### 3. Descontaminación y eliminación

#### 1) Prevención absorción del tóxico

##### a. Vaciado gástrico:

- **Lavado gástrico:** Mejor antes de 1-2 horas tras la ingesta. Contraindicado si bajo nivel conciencia, cáusticos, riesgo de hemorragia o perforación. Se utiliza una sonda multiperforada, introduciendo emboladas de 200-300ml (SF o agua), hasta que se obtenga fluido limpio.
- **Inducción vómito:** En general contraindicado. Se podría utilizar jarabe ipecacuana o apomofrina

##### b. Carbón activado (1g / kg (50-100g):

- Adsorbe el tóxico. Usarlo tan pronto sea posible

- Indicado en mayoría de intoxicaciones por vía oral
  - No útil en: etanol, metanol, cianuro, etilenglicol, hierro, litio
  - Contraindicaciones: Vía aérea no protegida, alteración anatómica TGI, intoxicación por hidrocarburos o si se prevé endoscopia (dificulta visión)
- c. **Extracción digestiva baja: Pocas indicaciones.**

## 2) Eliminación del tóxico absorbido

- a. En general no indicado salvo situaciones concretas.
- b. Se utilizaría diuresis forzada, aspirado duodenal continuo, dosis repetidas carbón activado o depuración extrarrenal: hemodiálisis, hemoperfusión, plasmaféresis.

## 3) Plantear administración de antidotos en determinados casos:

TOXICO	ANTIDOTO
Paracetamol	N-acetilcisteína
Antidepresivos tricíclicos	Bicarbonato sódico
Benzodiazepinas	Flumazenilo
Opiáceos	Naloxona
Digoxina	Fragmentos Fab
Antagonistas del calcio	Calcio
Betabloqueantes	Glucagón
Metanol	Etanol
Isoniazida	Piridoxina
Metahemoglobina	Azul de metileno
Hierro	Desferroxiamina

Raticidas cumarínicos	Vitamina K
Monóxido de carbono	Oxígeno
Organofosforados	Atropina
Anticolinérgicos	Fisostigmina

#### 4) Decidir destino del paciente:

- ¿Puede ser dado de alta?
- Observación
- U.C.I.
- Ingreso planta
- ¿Valoración por Psiquiatría?
- ¿Aviso a autoridad?