



TOXICOLOGÍA

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR ACETAMINOFENO EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

Definición / Etiología

- Patología inducida por la ingesta y absorción de una cantidad mayor a la indicada como dosis terapéutica del acetaminofeno (paracetamol), ya sea por administración voluntaria o accidental.

Riesgo de intoxicación: acudir a atención de urgencias en los siguientes casos:

- Menores de 6 años: ingesta aguda desconocida o > 200 mg/kg.
- 6 años o mayores: ingesta de 10 g o 200 mg/kg (lo que sea menor) o dosis desconocida.

Cuadro clínico: se divide por fases de intoxicación.

- Fase 1 (30 min – 1 día): asintomático o síntomas gastrointestinales.
- Fase 2 (1 a 3 días): dolor en cuadrante superior derecho, acompañado de síntomas gastrointestinales, elevación de pruebas de función hepática, bilirrubinas y pruebas de coagulación.
- Fase 3 (2 a 4 días): falla hepática, deterioro neurológico, falla renal (puede llegar a falla orgánica múltiple).
- Fase 4 (5 días a 2 semanas): resolución de falla hepática.

Diagnóstico

- Interrogatorio: mecanismo de exposición, formulación específica, dosis, hora de ingesta, frecuencia (dosis única o múltiple), duración y medicamentos concomitantes.
- Concentración sérica de acetaminofeno: solicitar entre 4 a 24 horas posterior a ingesta.
 - Nomograma de Rumack-Matthew: si la concentración se encuentra por encima de la línea discontinua (posible toxicidad hepática) se deberá iniciar tratamiento con N-acetilcisteína.
- Pruebas de función hepática y de coagulación (tiempo de protrombina e INR).

Tratamiento

- Lavado gástrico: primera hora posterior a ingesta.
- Carbón activado: 1 g/kg en dosis única en las primeras 2 horas posteriores a la ingesta.
- N-acetilcisteína (primeras 8 horas): utilizar en pacientes con riesgo significativo de daño hepático.
 - Vía oral: dosis inicial 140 mg/kg, después dosis de mantenimiento cada 4 horas 70 mg/kg en 17 ocasiones.
 - Vía intravenosa: dosis inicial 150 mg/kg para 15 a 60 minutos, segunda dosis 50 mg/kg para 4 horas, tercera dosis 100 mg/kg para 16 horas.
- Tratamiento de sostén: ayuno y plan de líquidos, vigilancia y restablecimiento de signos vitales, vigilancia de función hepática.
- Trasplante hepático: pacientes con daño hepático grave e irreversible.

Pronóstico / Complicaciones

- Falla hepática fulminante.
- Falla renal.
- Falla orgánica múltiple.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR OPIÁCEOS Y BENZODIACEPINAS EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN (OPIOIDES)

Definición / Etiología

- La intoxicación por opiáceo se origina por la sobredosis de fármacos habitualmente utilizados para el manejo del dolor, tos y diarrea, pueden ser derivados del opio o sintéticos y causar intoxicación incluso en dosis terapéuticas.

Factores de riesgo

- Factores que se asocian con presencia de sedación y depresión.
 - Trastornos respiratorios del sueño: apnea obstructiva del sueño, apnea central del sueño y síndrome de resistencia de la vía aérea superior.
 - Complicaciones pulmonares postoperatorias: atelectasias, neumonía y falla respiratoria.
- Edad > 55 años.

- Obesidad, IMC > 30 kg/m².
- Enfermedad pulmonar o cardíaca preexistente.

Cuadro clínico

- De acuerdo al órgano, aparato o sistema que afecten.
 - Cardiovascular: bradicardia, hipotensión ortostática, vasodilatación periférica.
 - Dérmica: sudoración y prurito.
 - Endocrina: alteración de la hormona antidiurética, aumento de prolactina y reducción de gonadotrofina.
 - Gastrointestinal: aumento del tono anal y la presión del tracto biliar, reducción de la secreción de ácido gástrico y la motilidad intestinal.
 - Neurológico: analgesia, efecto antitusígeno, euforia, sedación, depresión, coma, crisis convulsivas, miosis.
 - Pulmonar: depresión respiratoria.

Diagnóstico

- Gold Standard / Primera elección: fundamentalmente clínico, complementado con la prueba diagnóstico-terapéutica con naloxona, ya que al observar mejoría clínica se conjuga el diagnóstico y el tratamiento.

Tratamiento

- Primera línea / Primera elección: iniciar con el soporte vital básico, en caso de ser necesario, asistencia de ventilación con mascarilla, seguido de la administración de naloxona.
 - Adultos y niños mayores de 20 kg: 0.4 a 2 mg IV, repetir cada 2 a 3 minutos hasta lograr adecuada respuesta (no sobrepasar los 10 mg).
 - Niños menores de 20 kg: 0.01 mg/kg repetir cada 2 a 3 minutos hasta lograr respuesta satisfactoria.
 - Monitoreo continuo por la posibilidad de necesitar dosis posteriores de naloxona.
- No inducir vómito ni administrar carbón activado.

Pronóstico / Complicaciones / Referencia

- Pacientes con signos de inestabilidad hemodinámica o respiratoria deberán ser referidos a segundo o tercer nivel para manejo de la intoxicación.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS POR OPIÁCEOS Y BENZODIACEPINAS EN LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN (BENZODIACEPINAS)

Definición / Etiología

- La intoxicación por benzodiazepinas se origina por la sobredosis de fármacos hipnótico-sedantes utilizados en el tratamiento para el insomnio, trastornos musculares, neurológicos y psiquiátricos. Pueden causar efectos tóxicos en sobredosis, dosis terapéuticas y en interacción con otros medicamentos.

Factores de riesgo

- Los factores de riesgo que con mayor frecuencia se asocian a presencia de sedación y depresión respiratoria se clasifican en dos categorías:
 - Trastornos respiratorios del sueño:
 - › Apnea obstructiva del sueño, apnea central del sueño, síndrome de resistencia de la vía aérea superior.
 - Complicaciones pulmonares posoperatorias:
 - › Atelectasias, neumonía y falla respiratoria.

Cuadro clínico

- Somnolencia, debilidad generalizada, hiporreflexia, ataxia, disartria, nistagmos, deterioro del estado de consciencia, miosis, depresión neurológica y depresión respiratoria.
- En casos graves se presentan manifestaciones cardiovasculares: taquicardia, hipertensión o hipotensión arterial, agitación psicomotriz, coma y muerte.

Diagnóstico

- Prueba de drogas en orina.
- En caso de duda, confirmar con pruebas adicionales por cromatografía de líquidos de espectrometría de masas (LC/ MS/ MS).

Tratamiento

- Primera línea / Primera elección: iniciar con el soporte vital básico, seguido de la administración de flumazenilo.
 - Adultos: dosis inicial de 0.1 a 0.3 mg IV durante 30 segundos, seguido de infusión continua de 0.3 a 0.5 mg por hora (intoxicación pura) y > 1 mg por hora (intoxicación mixta). Dosis máxima de 2 a 5 mg.
 - Neonatos y pediátricos: dosis inicial 10 a 20 mcg/kg.
- En pacientes con sospecha de ingestión adicional de otro tipo de fármaco o drogas de abuso se deberá administrar carbón activado (1g/kg por dosis) en 1 g de manitol 20% en intervalos de cada 4 horas hasta completar 6 dosis (24 horas).

Pronóstico / Complicaciones / Referencia

- Pacientes con signos de inestabilidad hemodinámica o respiratoria deberán ser referidos a segundo o tercer nivel para manejo de la intoxicación.

PREVENCIÓN PRIMARIA, DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR AGROQUÍMICOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Para saber más, puede consultar:



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN AGUDA POR MONÓXIDO DE CARBONO

Para saber más, puede consultar:



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS: PLOMO, MERCURIO, ARSÉNICO, EN EL PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVELES DE ATENCIÓN

Para saber más, puede consultar:



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LA INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL ETÍLICO EN EL ADULTO

Para saber más, puede consultar:



DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MORDEDURAS DE SERPIENTES VENENOSAS

Para saber más, puede consultar:

