

**Universidad del Sureste Escuela de  
Medicina**

**Mapas conceptuales y mapas mentales de  
intoxicaciones.**

---

- **PRESENTA:**

**REY EDUARDO AGUILAR GONZALEZ**

- **MATERIA:**

**URGENCIAS MÉDICAS**

- **CATEDRÁTICO(A):**

**DR.AGUILAR INDILLI JULLICER**

**DE JESUS**

**FECHA: 17-06-2020**

# Actitud diagnóstica y tratamiento general INTOXICACIONES.

**Definición** → Sx clínico secundario a la introducción brusca de un tóxico en el organismo. Puede ser de forma intencionada (>50%) como accidental.

**FASES DE ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE INTOXICADO**

- \*Medidas de emergencia.
- \*Evaluación diagnóstica general.
- \*Estrategia terapéutica: ABCDE toxicológico.
- \*Tratamiento específico.
- \*Período de observación; tratamiento y controles de mantenimiento.
- \*Aplicación de medidas correctoras: psiquiátricas y sociales.

**Medidas de emergencias**

Restauración y el mantenimiento de la vía aérea, ventilación y circulación (ABC)

**Exploración física**

- \*Valoración del ABC
- \*Valoración neurológica.
- \*Exploración general.
- Inspección del paciente

**Anamnesis**

- El nombre del tóxico y cantidad administrada.
- El tiempo transcurrido desde su administración.
- La vía de entrada del tóxico en el organismo.

**Evaluación diagnóstica general**

**Exploraciones complementarias**

- Determinación de la glucemia .
- Gasometría arterial.
- Electrocardiograma.
- Parte judicial.
- Determinación tóxicos en orina,

**CRITERIOS DE INGRESO**

Todo paciente que presente una intoxicación aguda debe ingresar un tiempo mínimo de 12-24

## ESTRATEGIA TERAPÉUTICA: ABCDE TOXICOLÓGICO

**B. Principios básicos de reanimación: ABC**

**Soporte respiratorio:**  
Permeabilización de la vía aérea.  
**Soporte cardiovascular:**  
Tratamiento de la hipotensión y del shock.  
**Soporte renal:**  
Hidratación y medidas antishock

**A. Antídoto**

Administración inmediata de antídotos reanimadores  
Ej. naloxona (sobredosis de opiáceos)

**C. Carbón activado**

frascos de 200 y 400 ml con 125 mg/ml, con 25 y 50 g) se administra por vía oral o a través de una SNG.

**D. Descontaminación**

- Vía parenteral:** Aplicación de frío
- Vía respiratoria:** O<sub>2</sub> mediante mascarilla tipo venturi.
- Vía cutánea:** retirar ropa .
- Descontaminación digestiva:** Se provocación del vomito o lavado gástrico.

## E. Eliminación potenciada del tóxico

Irrigación total del intestino

**Catárticos**

Actúan reteniendo agua por efecto osmótico y aumentando el peristaltismo intestinal. Los más utilizados son el **sulfato sódico cristalizado** y el **sulfato magnésico**

**Eliminación pulmonar**

Los disolventes y otros productos volátiles (alcohol, benzol) se eliminan por vía respiratoria.

**Eliminación renal**

Existen tres formas de diuresis forzada: alcalina, ácida y neutra. La decisión depende del tóxico que se ingirió .

Se basa en la utilización, por SNG de agentes osmóticamente activos no absorbibles, como polietilenglicol

Consiste en la administración de antídotos o antagonistas en función del tóxico causante de la administración

## TRATAMIENTO ESPECÍFICO

Resucitación lipídica, basada en la utilización de (ELI) en las emergencias toxicológicas.

Se basa en el seguimiento de las medidas terapéuticas adoptadas

## PERÍODO DE OBSERVACIÓN

Vigilancia del paciente para observar signos de toxicidad no advertidos inicialmente

Aplicación de medidas (psiquiátricas y sociales)

## MEDIDAS CORRECTORAS

Permiten corregir las alteraciones que motivaron la intoxicación.

Entre estas se incluye la obligada consulta psiquiátrica en casos de intento de autolisis.

Todos los pacientes que presenten síntomas de intoxicación por cocaína requieren ingreso hospitalario,



Criterios de ingreso



- La crisis de ansiedad y la agitación se tratan con benzodiacepinas.
- Crisis convulsivas El tratamiento de elección es el midazolam, 1 mg/kg,
- Síndrome coronario agudo Se trata con benzodiacepinas como agentes de primera línea, nitroglicerina sublingual o intravenosa, analgésicos narcóticos, antiagregantes.



Tratamiento específico

- La hipertensión arterial grave responde a la administración de fentolamina en dosis de 1 mg (4,25 mi), I.V.
- Edema agudo de pulmón Requiere el uso de oxígeno, diuréticos y nitritos

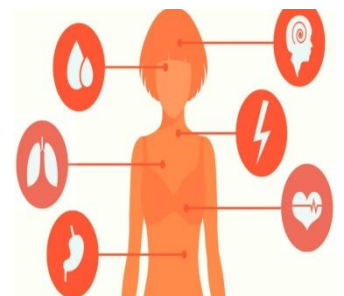


Exploración complementaria

Determinación rápida en orina. Tira reactiva de orina. Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios. • Bioquímica sanguínea, Electrocardiograma, Radiografía de tórax,



# Intoxicación por cocaína



MANIFESTACIONES CLINICAS1

- Via: inhalada (clorhidrato de cocaína).
- intravenosa (clorhidrato de cocaína,
- fumada (hasdcrack)
- masticada (hoja de coca).

- Efectos simpaticomiméticos
- Euforia, Disminución de la fatiga, sensación de gran fortaleza física y mental, midriasis.
- Hipertermia, agitación, coma, crisis convulsivas, hemorragia cerebral, (ACV) isquémico, hipertensión arterial, arritmias, infarto agudo de miocardio,
- Coagulación intravascular diseminada y rbdomiólisis

Metabolizada en el hígado y eliminada por la orina, donde se detecta durante las 24-36 hrs.



TRATAMIENTO Medidas generales. ABCD. Control de la agitación, debe acompañarse siempre de sedación farmacológica, oxigenoterapia, vía I.V



# Intoxicación etílica aguda

Que aparecen de forma aguda después de la ingesta excesiva de alcohol

Definición

Conjunto de alteraciones funcionales y del comportamiento

De 0,5-1 g/L; alteraciones del comportamiento, desinhibición social, defectos visuales

De 1-2 g/L: agitación psicomotriz, entorpecimiento del habla

De 2-3 g/L: temblor, ataxia, disminución de la agudeza visual, diplopia

De 3-4 g/L: coma, hipotermia, hipotensión

Más de 5 g/L: riesgo de parada respiratoria y muerte

Detección de manifestaciones característica

DIAGNÓSTICO  
Clínica

Correlación entre la concentración de alcohol en sangre.

Verborrea, euforia,  
Dificultad para el razonamiento  
Fetor alcohólico  
Alteración del estado de consciencia

Exploraciones complementarias

Glucemia mediante tira reactiva es el único parámetro que, inicialmente, se determina en urgencias

Detección de drogas en orina si se sospecha polintoxicación.

Alcoholemia si hay alteración profunda del estado de consciencia

QS de elementos si existen signos clínicos de deshidratación.

Gasometría venosa  
Endoscopia digestiva alta  
Radiografía de tórax, hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios

DX diferencial

Delirium tremens  
intoxicación por drogas depresoras del SNC  
estados postictales y poscríticos,

Electrocardiograma si se detecta arritmicidad del pulso  
TAC=Traumatismo

Los pacientes con intoxicación etílica grave (coma)

CRITERIOS DE INGRESO

Hasta la recuperación del estado de consciencia.

Solo medidas generales.  
Control de las constantes vitales.  
Situación al paciente en un espacio tranquilo

TRATAMIENTO  
Intoxicación leve

Evitar auto- lesiones y situaciones de riesgo, como la conducción de vehículos.

Medición de signos vitales.  
Medición de uresis horaria.  
Si existe agitación se administran BZP ej. Midazolam via I.V dosis inicial de 0,1 mg/ kg

TRATAMIENTO  
Intoxicación grave  
Medidas generales.

Ayuno.  
Lavado gástrico si existe ingesta asociada de fármacos.  
Canalización de una vía venosa periférica  
perfusión de suero glucosado al 5%

Hipoglucemia Se administran 10 g de glucosa en bolo intravenoso

TRATAMIENTO  
Intoxicación grave  
Medidas específicas.

Deshidratación hay que aumentar el ritmo de la fluidoterapia según el déficit de agua libre

Ac. Met Se trata con bicarbonato sódico 1 M

Dependerá del grado de envenenamiento, para ser alta, observación e incluso la UCI

**Cuadro 1. Clasificación del grado de intoxicación (Christopher y Rodning)**

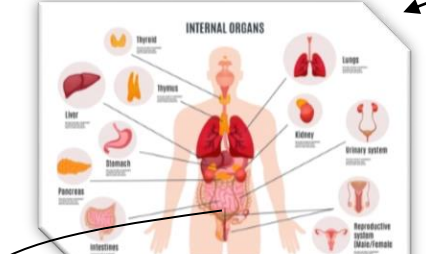
Grado	Signos y síntomas	Frascos/dosis
0	Huellas de mordedura. No envenenamiento	0
I	Envenenamiento leve, dolor, edema local menor de 10 cm	3 a 6
II	Envenenamiento moderado, mayor dolor, edema mayor de 10 cm	6 a 10
III	Envenenamiento severo, dolor abdominal, náuseas, petequias, necrosis	16
IV	Envenenamiento múltiple, falla orgánica múltiple	20 ó más

Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.  
 Bioquímica sanguínea  
 Estudio de coagulación.  
 Electrocardiograma.



- Comienzan Inmediatamente. (DOLOR).
- náuseas y vómitos, sudoración, vértigo, parestesias v escalofríos

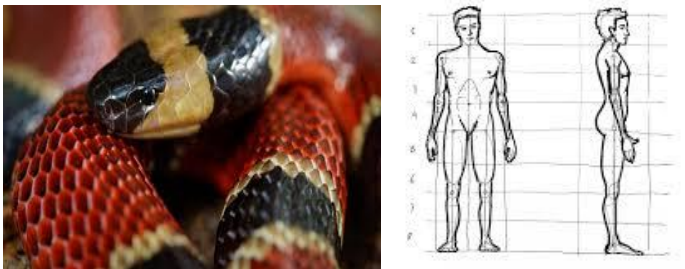
- **Manifestaciones sistémicas:** petequias, equimosis o sangrado en cualquier lugar, oligoanuria, nistagmo, fasciculaciones, debilidad muscular, parálisis, coma o convulsiones, disnea, shock, arritmias



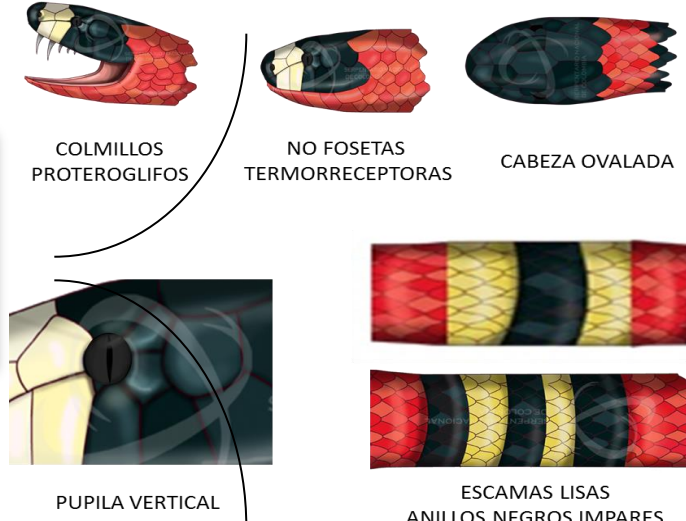
**Mordedura de vivora**

Lesión cutánea causada por la mordedura de serpiente seguida de la inoculación del toxico que lesionan los tejidos.

Distribución de los sitios anatómicos .  
 72% pies y tobillos.,14% en muslos,13% en manos ,, 1% en cabeza



- Dosificación de viales según la víbora ej.coralillo por grados y dependiendo se le pasa los viales .
- Administración según la clasificación de christopher rodning



Administración de suero antivíbora ( viales de 4 ml). La dosis inicial es de 4 ml por vía intravenosa, diluidos en 100 ml de suero fisiológico, y perfundidos a un ritmo de 15 gotas/mL.



- Medidas generales**
- Tranquilizar al paciente.
  - Colocación del paciente en decúbito supino,
  - Canalización de una vía venosa periférica.
  - Limpieza de la zona de la mordedura con antisépticos,
  - Administración de analgésicos, como paracetamol.
  - Fasciotomía, si se produce un síndrome compartimental
  - Si aparecen signos de infección se administra ceftazidima (, viales intravenosos con 1 y 2 g)

# **Intoxicación aguda por insecticidas organofosforados, carbamatos y organoclorados**

**Definición**  
La intoxicación aguda puede producirse por inhalación, absorción cutánea o ingestión.  
Los insecticidas organofosforados son potentes inhibidores de ambas colinesterasas

**Manifestaciones clínicas**  
**Sintomas muscarínicos**  
agitación, ansiedad, opresión torácica, miosis, náuseas y vómitos, dolor abdominal cólico, diarrea, sudoración, sialorrea, broncorrea, lagrimeo, incontinencia urinaria, hipotensión y bradicardia.  
**Sintomas nicotínicos**  
Debilidad generalizada con fasciculaciones parálisis muscular que afecta a la musculatura intercostal, provocando depresión respiratoria

**presentación clásica de la intoxicación aguda**  
Alteración del estado de conciencia, sudoroso, con pupilas puntiformes, olor a insecticida en el aliento o en la ropa y con fasciculaciones musculares

**Exploraciones complementaria**  
Niveles de colinesterasas  
Gasometría arterial o venosa  
Amilasa serica  
Concentración de oximas séricas es igual o superior a 4 mg/L  
Busqueda de alteraciones del equilibrio acidobásico.  
Es frecuente la existencia de hiperamilasemia, que se normaliza en el plazo de 4 o 5 días

**CRITERIOS DE INGRESO**  
Todos los pacientes con sospecha de intoxicación por organofosforados requieren ingreso hospitalario en una UCI

**Tratamiento Medidas generales**  
Soporte ventilatorio: Necesario por rápida disminución del estado de conciencia, abundantes secreciones e insuficiencia ventilatoria por parálisis de la musculatura respiratoria.  
Posición: Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo, ligeramente en posición de Trendelenburg  
Acceso venoso: Canalización de una vía venosa periférica, y perfusión rápida 2L de solución fisiológica  
Intoxicación cutánea: se retiran todas las ropas. Lavar la piel con agua y jabón alcalino durante 30 min. Se realiza un segundo lavado de la piel con alcohol etílico.

Tóxico ingerido < de 1 hora  
Lavado gástrico y a la administración de carbón activado 1g/kg  
La actividad convulsiva se regula con midazolam o diazepam por vía intravenosa

**TRATAMIENTO ESPECÍFICO**  
Signos de atropinización (midriasis, sequedad de boca, taquicardia, exantema)  
Administración de atropina es el antídoto específico de esta intoxicación, en dosis de 2 mg, por Vía IV duplicando esta dosis cada 5 min hasta que aparezcan signos de atropinización

Dosis: Requieren, por lo general, hasta 30 mg/24 h, y en casos muy graves, hasta 75-100 mg/24 h.  
Administración de atropina inhalada o bromuro de ipratropio (Sintomas pulmonares)

**TRATAMIENTO ESPECÍFICO**  
Simultáneamente se administra pralidoxima (PAM) especialmente indicada en la intoxicación por paratión, siempre que se utilice en las primeras 24 h.  
Hipotensión arterial no responde a la administración de atropina y fluidos, administrar vasopresores con actividad alfaadrenérgica, como **fenilefrina**

Dosis: Dosis inicial de 30 mg/kg seguida de perfusión intravenosa de 8 mg/kg/h durante las primeras 24 h.  
Clínicamente origina una estimulación colinérgica menos acusada y de menor duración que los organofosforados

**INTOXICACION AGUDA POR CARBAMATOS**  
insecticidas derivados del ácido carbámico. El aldicarb es el más potente.  
El tratamiento específico consiste en la administración de atropina, y en general, se requieren dosis más reducidas y durante menos tiempo

**INTOXICACIÓN AGUDA POR INSECTICIDAS ORGANOCORORADOS**  
Manifestaciones clínicas: caracterizan por náuseas y vómitos, crisis convulsivas, hipertermia y coma. Puede originar acidosis metabólica.  
Pertencen a este grupo el DDT, endrín, lindane, aldrín, dieldrín y clordano

**Dosis letal**  
Dosis letal de DDT es de 0,4 g/kg.  
Esta entidad requiere ingreso hospitalario, que debe ser en una UCI

**Tratamiento**  
Lavado gástrico: No son de utilidad, ya que la absorción del tóxico es muy rápido.  
Colestiramina: Dosis de 4 g/8 h por vía oral es útil para reducir la absorción de clordano.

El objetivo básico del tratamiento es el control de la crisis convulsiva, que se realiza con benzodiazepinas.  
La atropina debe administrarse con precaución, ya que los organoclorados inducen una hiperexcitabilidad miocárdica.

## Bibliografía

David M. Cline, M. . (2012). *Tintinalli's Emergency Medicine Manual*. China: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.

Luis Jimenez Murillo, F. J. (2015 ). *Medicina de urgencias y emergencias*. Barcelona, España: Elsevier .