

**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:** O₂ 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

Eliminación pulmonar

Eliminación renal

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

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

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

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

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 ml), I.V.
- Edema agudo de pulmón Requiere el uso de oxígeno, diuréticos y nitritos

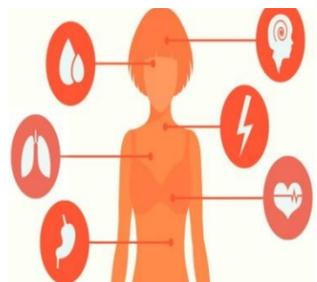


Exploración complementaria



Intoxicación por cocaína

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



MANIFESTACIONES CLINICAS1

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

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

- 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



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)

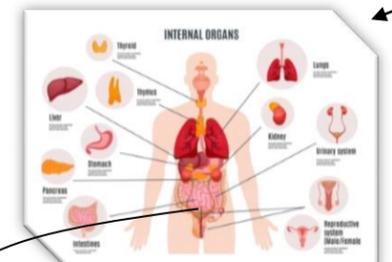
| Grado | Signos y síntomas | Frascos/dosis |
|-------|--|---------------|
| 0 | Huellas de mordedura. No envenenamiento | 0 |
| I | Envenenamiento leve, dolor, edema local menor de 10 cm | 3 a 6 |
| II | Envenenamiento moderado, mayor dolor, edema mayor de 10 cm | 6 a 10 |
| III | Envenenamiento severo, 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

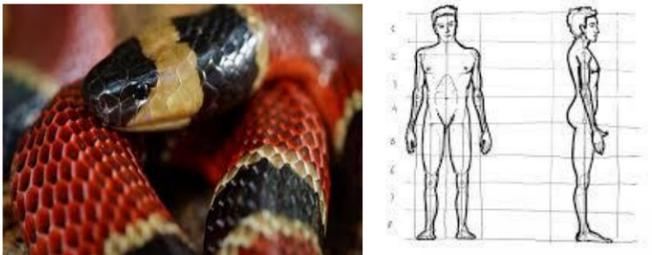
- **Manifestaciones sistémicas:** petequias, equimosis o sangrado en cualquier lugar, oligoanuria, nistagmo, fasciculaciones, debilidad muscular, parálisis, coma o convulsiones, disnea, shock, arritmias



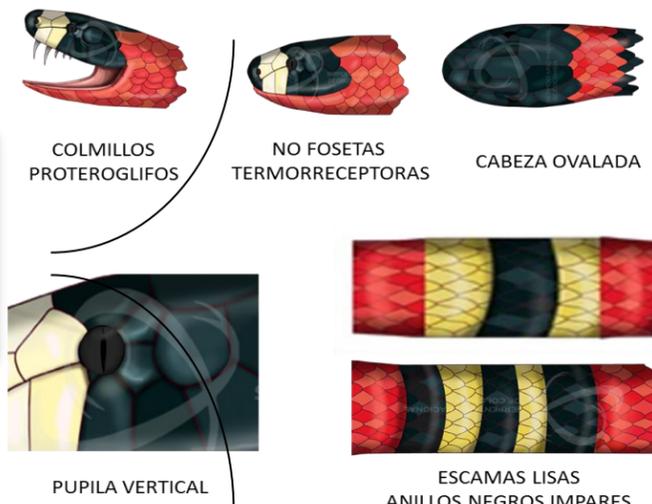
Mordedura de vivora

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
Concentración de oximas séricas es igual o superior a 4 mg/L
Gasometría arterial o venosa
Amilasa serica
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 ORGANOCORADOS
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 .