



- **Nombre del alumno:**

Arlenn Yarene Ruiz Sánchez

- **Nombre del profesor:**

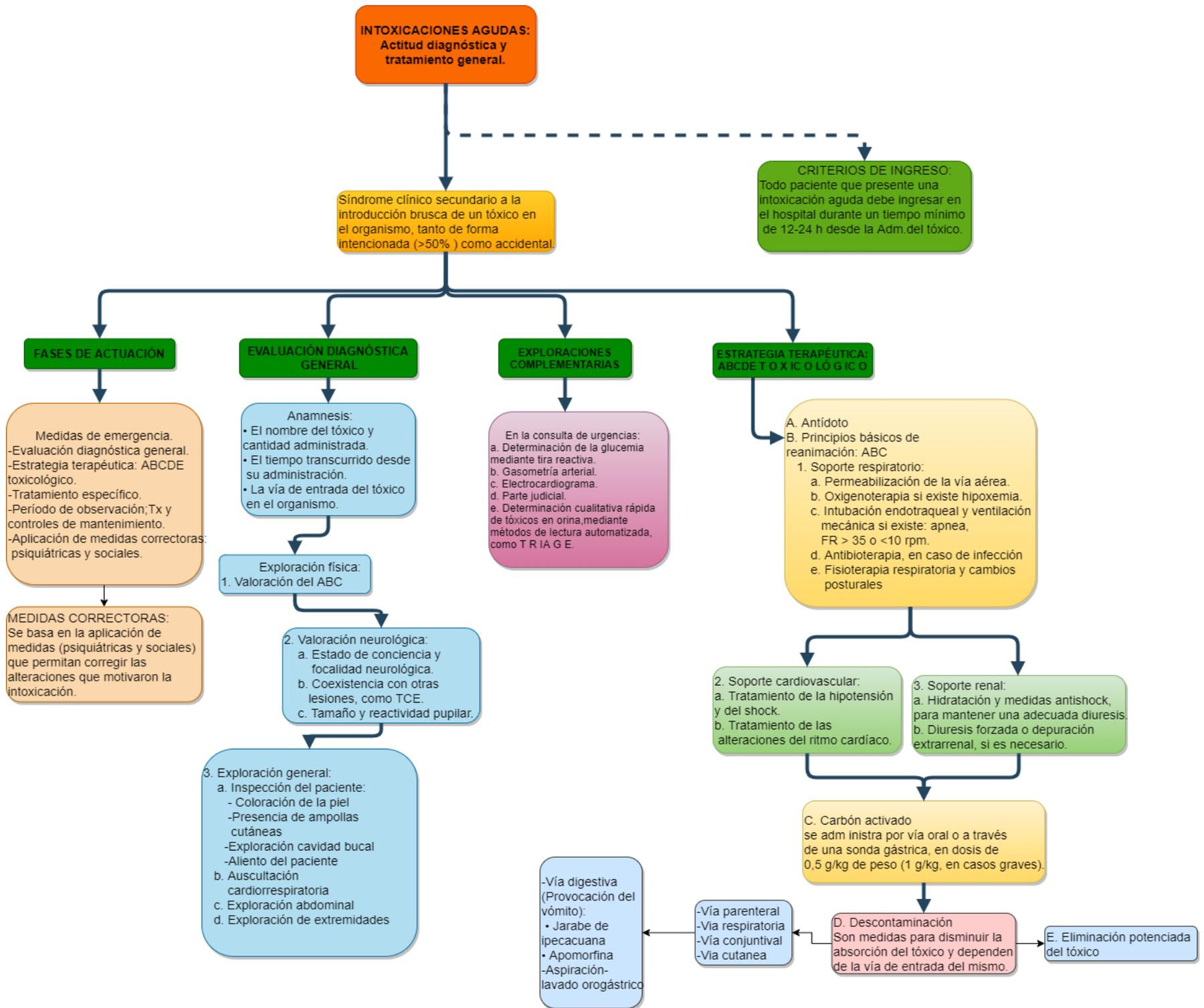
Dr .Julliscer De J. Aguilar Indili

- **Nombre del trabajo:**

Mapas 4° Unidad

- **Materia: Urgencias medicas**
- **Grado: 8°**

PASIÓN POR EDUCAR



INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA

La cocaína se extrae de las hojas de coca, inicialmente como una pasta o base de coca, que corresponde al sulfato de cocaína.

CRITERIOS DE INGRESO:
Todos los pacientes que presenten síntomas de intoxicación por cocaína requieren IH, dependiendo su ubicación de la gravedad del cuadro clínico.

CLÍNICA

Intoxicación aguda por cocaína derivan de sus efectos simpaticomiméticos:
-Euforia, < de la fatiga, sensación de gran fortaleza física y mental, midriasis, hipertermia, agitación, coma, crisis convulsivas.

El dolor torácico es el motivo de consulta CV más frecuente.

Cuando la cocaína y el alcohol se toman conjuntamente, la cocaína es parcialmente convertida a etilcocaína.

La necrosis del tabique nasal es un signo común en los consumidores habituales de cocaína esnifada/inhalada.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

EGO: determina el principal metabolito, la benzoilecgonina. Se detecta hasta 24-48 h después del consumo.

Tira reactiva de orina si se sospecha mioglobinuria. Si es + para sangre, se solicita sedimento urinario

- Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.
- Bioquímica sanguínea
- Estudio de coagulación si hay hipertermia
- Gasometría arterial si hay disnea o shock.
- RX. simple de abdomen o TAC.
- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax

TRATAMIENTO

Medidas generales:

- Medidas: ABC
- Contención física, si es necesaria para el control de la agitación
- Oxigenoterapia, mediante mascarilla tipo Venturi
- Canalización vía venosa
- Control horario de la PA, la diuresis y la temperatura.

Tratamiento sintomático de las complicaciones:

-Crisis de ansiedad, agitación y /o psicosis: se tratan con benzodiacepinas, como midazolam o lorazepam.

-Crisis convulsivas: midazolam

ACV: Pueden utilizarse antiagregantes plaquetarios y vasodilatadores

SICA: benzodiacepinas

Medidas específicas

La cocaína carece de antídoto, por lo que las M.Grales y el Tx. sintomático descrito constituyen la base del Tx.

INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA

CRITERIOS DE INGRESO:
intoxicación etílica grave (coma)
deben ingresar en el área de
observación hasta la recuperación
del estado de conciencia.

Conjunto de alteraciones funcionales
y del comportamiento que aparecen
de forma aguda después de la ingesta
excesiva de alcohol.

DIAGNÓSTICO

Verborrea, euforia, dificultad para el
razonamiento, fetor alcohólico y
alteración del estado de conciencia,
que puede oscilar desde somnolencia
al coma profundo.

Correlación entre la concentración de alcohol en sangre/ síntomatología derivada

De 0,5-1 g/l; alteraciones del
comportamiento, desinhibición social,
defectos visuales y alteración de la
coordinación muscular y del tiempo
de reacción.

De 1-2 g/l: agitación psicomotriz, habla
farfullante, labilidad emocional, sensación
de mareo, náuseas y vómitos, < de la capacidad
de reacción y alteración de los movimientos finos
y de la marcha.

De 2-3 g/l: temblor, ataxia, disminución de la
agudeza visual, diplopia, discurso incoherente,
bradipsiquia y < del estado de conciencia, sin
llegar al coma profundo.
A veces predomina la agitación extrema.

De 3-4 g/l: coma, hipotermia,
hipotensión, hipoglucemia.

De 4-5 g/l: coma profundo y < de reflejos
osteotendinosos profundos, midriasis.

Más de 5 g/l: riesgo de parada
respiratoria y muerte.

Exploraciones complementarias

Glucemia en
tira rectiva

- Alcoholemia
- Detección de drogas en orina
- Bioquímica sanguínea
- Gasometría venosa
- Endoscopia digestiva alta
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- TAC Craneal

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

-Estadios iniciales delirium tremens
-Iniciación de drogas depresoras
-Edos postictales y psicóticos,
encefalopatías hepática, urémica
y de Wernicke-Korsakoff, meningitis o
meningoencefalitis, cetoacidosis
diabética, hipoglucemia.

TRATAMIENTO

Intoxicación leve

No requiere ningún Tx.
excepto las medidas generales
de prevención.

Intoxicación grave

Medidas generales
• Dieta absoluta mientras
persista la alteración del
estado de conciencia.
• Lavado gástrico
• Canalización
• Perfusión de suero glucosado al
5% 21 gotas/min
• Toma PA, temperatura axilar y
diuresis cada 8 h.
• Adm de vitamina B1 (tiamina)

TABLA 131.1 Clasificación de la gravedad del envenenamiento por víbora

Grado	Distancia en la herida de los colmillos de la víbora (cm)	Síntomas y signos	Niveles plasmáticos máximos de veneno	Actitud
0. Sin envenenamiento	0,6-1	Dolor y edema escasos tras 4 h desde la mordedura	1 ng/ml	Alta con curas típicas
I. Envenenamiento leve	1-1,5	A los 30-60 min de la mordedura: dolor, inflamación y edemas locales. Necrosis hemorrágica alrededor de la zona de punción. Astenopatías regionales	5 ng/ml	Observación 24 h. Valorar antiveneno
II. Envenenamiento moderado	1,5-2	Edema en resto de extremidad, equimosis y vesículas hemorrágicas. Náuseas, vómitos, hipertensión arterial, fasciculaciones, alteraciones leves de la coagulación	32 ± 7 ng/ml	Ingreso. Indicado antiveneno
III. Envenenamiento grave	>2	Edema rápidamente progresivo, náuseas, vómitos, fiebre, hemolisis, rhabdomiólisis, insuficiencia renal aguda, crisis convulsivas, leucocitosis, CID, shock	125 ± 5 ng/ml	Ingreso en UCI. Indicado antiveneno

CID: coagulación intravascular diseminada; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios.
 Bioquímica sanguínea que incluya la determinación de glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, magnesio, calcio, aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), y bilirrubina total y directa.
 Estudio de coagulación.
 Electrocardiograma.

Administración de analgésicos, como paracetamol (**Perfalgan**®, viales de 100 ml con 1 g) por vía intravenosa en dosis de 1 g/6 h, perfundido en 15 min; o metamisol magnésico (**Nolotil**®, ampollas con 2 g) en dosis de 2 g/6 h por vía intravenosa; para ello se diluye 1 ampolla del preparado comercial en 100 ml de suero fisiológico o glucosado al 5%, y se perfunde en 20 min. Deben evitarse los salicilatos.
 Fasciotomía, si se produce un síndrome compartimental, con presión superior a 30 mmHg, a pesar de la elevación de la extremidad afectada y de la administración del antídoto.

Tranquilizar al paciente.
 Colocación del paciente en decúbito supino, con el miembro superior afectado en posición neutra, con cabestrillo, a la altura del corazón.
 Canalización de una vía venosa periférica, y perfusión de suero fisiológico a un ritmo inicial de 21 gotas/min, que se modifica en función del estado hemodinámico del paciente.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

TRATAMIENTO

Mordedura de víbora

La víbora puede inyectar de 3 a 20 mg de veneno, que se absorbe rápidamente, alcanzando su concentración máxima a los 30 min de la mordedura, y con una semivida de eliminación de 8 h, aunque los efectos clínicos máximos se producen a las 24-48 h.

Los síntomas producidos por la mordedura de víbora comienzan inmediatamente e incluyen grados variables de dolor (exponente de la necrosis tisular), náuseas y vómitos, sudoración, vértigo, parestesias y escalofríos. Sin embargo, las manifestaciones sistémicas del envenenamiento se caracterizan por petequias, equimosis o sangrado en cualquier lugar, oligoanuria, nistagmo, fasciculaciones, debilidad muscular, parálisis, coma o convulsiones, disnea, shock, arritmias e incluso puede producirse parada cardíaca.



Paro Respiratorio