



*Nombre del Alumno: Luz Patricia Albores Vázquez*

*Nombre del tema: Intoxicación por organofosforados*

*Parcial: Segundo*

*Nombre de la Materia: Fisiopatología II*

*Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: Quinto*

# Intoxicación por organofosforados

Los organofosforados constituyen uno de los pesticidas más utilizados. La intoxicación por organofosforados es un cuadro clínico producido por la inhibición irreversible de la acetilcolinesterasa y acumulación de acetilcolina

## Etiología

La intoxicación por organofosforados se produce en diferentes circunstancias

- Laboral: La vía de entrada es la inhalatoria o cutáneo-mucosa
- Accidental: Ingestión accidental del producto o alimentos contaminados por estos insecticidas
- Voluntaria: con fines autolíticos

## Criterios de gravedad

Se puede clasificar según la severidad en grados

- Grado 0: No intoxicación
- Grado 1: Intoxicación leve: síntomas irritativos y/o síndrome muscarínico incompleto
- Grado 2: Intoxicación moderada: Síntomas muscarínicos y nicotínicos
- Grado 3: Intoxicación severa: asocian compromiso cardiovascular, respiratorio y/o del SNC, requiriendo soporte de funciones vitales
- Grado 4: Muerte

## Diagnostico

- Historia clínica y de exposición al toxico
- Sintomatología clínica y olor característico
- Exploraciones complementarias
- Mejoría de los síntomas tras la administración de atropina

## Vías de entrada

- Vía aérea: La más frecuente, inicio rápido de síntomas, en segundos o minutos.
- Vía digestiva: En las intoxicaciones accidentales y en los intentos autolíticos. Inicio más lento, en 30-90 minutos, y puede persistir días
- Vía cutánea: Relacionadas con exposiciones laborales o uso indebido como pediculicida. Inicio de síntomas más lento y de menor gravedad.
- Vía parenteral: Excepcional

# Intoxicación por organofosforados

## Tratamiento

### Eliminación del toxico

- ❖ Vía de entrada respiratoria: Retirar al paciente de la zona contaminada
- ❖ Vía de entrada cutáneo-mucosa: Hay que desechar la ropa del paciente y lavar con abundante agua y jabón. Se recomienda que el personal que lo realice utilice sistemas de protección.
- ❖ Vía de entrada digestiva: Realizar lavado gástrico y administrar carbón activado a dosis de 1g/Kg. La eficacia es mayor si se inicia durante la 1 hr de la ingestión

### Eliminación del toxico

- ❖ Mantener la vía aérea permeable, respiración y circulación adecuadas, control de bradiarritmias. Administrar oxígeno y colocar al paciente en prono o decúbito lateral izquierdo (para evitar vomito).
- ❖ Iniciar la administración de atropina para revertir los síntomas colinérgicos.

### Medicación

- ❖ Atropina: Revierte los síntomas muscarínicos y mejora la función cardíaca y respiratoria. Cruza barrera hematoencefálica por lo que al contrarrestar los efectos de acetilcolina en SNC controla las convulsiones.
- ❖ Oximas (pralidoxima): El uso de las oximas va dirigido a reactivar las colinesterasas inhibidas por el organofosforado.
- ❖ Benzodiacepinas: Se utiliza para el tratamiento de la agitación y las convulsiones.
- ❖ Bicarbonato sódico 1M: En intoxicantes graves que cursen con acidosis.
- ❖ Sulfato de magnesio: Para controlar la hipertensión y taquicardia ventricular (torsades) y corregir la hipomagnesemia (resistencia a atropina).
- ❖ Salbutamol: Nebulizado, podría resultar útil durante la reanimación, junto con atropina, para mejorar el broncoespasmo y la eliminación de líquido en el interior del alveolo.

## BIBLIOGRAFIA

- Hojas proporcionadas