



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO.

Nombre del Alumno: Ali Otoniel Lopez Morales.

Nombre del tema: Intoxicación por órganos fosforados.

Nombre de la Materia: Fisiopatología II.

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández.

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en enfermería general.

Cuatrimestre: 5to. Cuatrimestre.

INTOXICACION POR ORGANOS FOSFORADOS

CONCEPTO

Es un cuadro clínico producido por la inhibición irreversible de la acetilcolinesterasa y la acumulación de la acetilcolina. Se debe al contacto cutáneo, inhalación o entrada vía digestiva de pesticidas que contienen estos compuestos.

ETIOLOGIA

PRODUCE EN DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS

LABORAL

la más frecuente, la vía de entrada es inhalatoria o cutáneo-mucosa.

ACCIDENTAL

ingestión accidental del producto o alimentos contaminados por estos insecticidas.

VOLUNTARIA

con fines autolíticos.

VIAS DE ENTRADA

VIA AEREA

es la más frecuente y los síntomas comienzan de manera rápida.

VIA DIGESTIVA

su clínica es grave, pero de inicio más lento, 30-90 min y puede persistir días.

VIA CUTANEA

relacionada con exposiciones laborales o uso indebido, inicio de síntomas más lento y de menor gravedad.

VIA PARENTERAL

CLINICA

SINDROME MUSCARINICO:

- Miosis y visión borrosa.
- Alteración de la acomodación.
- Hipersecreción bronquial, tos y broncoespasmo.
- Diaforesis, lagrimeo, rinorrea.
- Náuseas, vómitos, dolor abdominal.

SINDROME NICOTINICO

- Fasciculaciones y calambres musculares.
- Debilidad y parálisis de la musculatura estriada.
- Taquicardia e hipertensión.

AFECCION DEL SNC

- Cefalea, confusión, ansiedad, insomnio.
- Falta de concentración, pérdida de memoria y psicosis
- Ataxia, temblor, disartria, vértigo.

CRITERIOS DE GRAVEDAD

Se puede clasificar según 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.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Reducción de la actividad de la acetilcolinesterasa plasmática o intraeritrocitaria.
- ECG de 12 derivaciones.
- Análisis sanguínea
 - Amilasa
 - Rx de tórax

INTOXICACION POR ORGANOS FOSFORADOS

TRATAMIENTO

ELIMINACION DEL TOXICO

VÍA DE ENTRADA RESPIRATORIA

retirar al paciente de la zona contaminada.

VÍA DE ENTRADA CUTÁNEO-MUCOSA

desechar la ropa del paciente y lavar con abundante agua y jabón, el personal que lo realice deberá utilizar equipo de protección, así como una buena ventilación y rotación del personal.

VÍA DE ENTRADA DIGESTIVA

realizar lavado gástrico y administrar carbón activado a 1g/kg, en medio extrahospitalario se puede inducir al vomito si se demora mucho la asistencia hospitalaria.

ESTABILIZACION INICIAL

Mantener vía aérea permeable, respiración y circulación adecuadas, control de bradiarritmias. Iniciar la administración de atropina para revertir los síntomas colinérgicos.

SOPORTE VENTILATORIO

Los pacientes con intoxicación moderada-grave pueden presentar disminución del nivel de conciencia, abundantes secreciones e insuficiencia respiratoria por parálisis de los músculos respiratorios, precisando en estos casos soporte con ventilación mecánica.

ATROPINA

Revierte los síntomas muscarínicos y mejora la función cardiaca y respiratoria, cruza la barrera hematoencefálica por lo que al contrarrestar los efectos de acetilcolina en el SNC controla las convulsiones. Su dosis es de 0,02-0,05 mg/kg/dosis IV (máximo 3mg), doblar la dosis cada 5-10 min hasta conseguir signos de atropinización y para mantener la atropinización, iniciar perfusión continua en SSF del 10-20% de la dosis utilizada para la atropinización.

OXIMAS (PRALIDOXIMA)

Reactiva las colinesterasas inhibidas por el órgano fosforado, es eficaz para los síntomas nicotínicos siempre que se administre precozmente y tras atropinización. Su dosis de carga es 25-50 mg/kg (máximo 2 gramos) en infusión lenta de 30 minutos y a continuación iniciar una perfusión diluida en SSF a 10-20 mg/kg/h.

MEDICACION

BENZODIACEPINAS

Se utilizan para el tratamiento de la agitación y las convulsiones, pero puede empeorar la depresión respiratoria, pero si se utilizan combinadas con atropina y pralidoxina inhiben la depresión respiratoria, previenen el daño neuropático y mejoran el pronóstico.

BICARBONATO SÓDICO 1MG

En intoxicaciones graves que cursen con acidosis. Dosis de 1mEq/kg diluido al medio en agua destilada.

SULFATO DE MAGNESIO

Para controlar la hipertensión y taquicardia ventricular y corregir la hipomagnesemia.

SALBUTAMOL

Nebulizado, podría resultar útil durante la reanimación, junto con atropina, para mejorar el broncoespasmo y la eliminación del líquido del interior del alveolo.

DIFENHIDRAMINA

Dosis: 1mg/kg en niños una sola dosis, o c/8 h vía oral. Se ha recomendado como coadyuvante.