

MANEJO GENERAL DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS (y específico de las intoxicaciones por cocaína, benzodiazepinas y opiáceos)

Adaptado del documento de Hospital Universitario de Toledo. Noviembre de 2019. (En Twitter @info_urg)

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

COCAÍNA

HTA + Hipertermia + Agitación
Midriasis. Taquicardia. Diaforesis.
(Riesgo de daño miocárdico o neurológico)

ECG de 12 derivaciones
Valorar monitorización, y soporte ventilatorio

Tratamiento

Agitación
psicomotriz

BENZODIACEPINAS
(ej. Diazepam 5-10 mg i.v.
cada 3-5 minutos)

Si HTA severa o
sintomática

BENZODIACEPINAS
(ej. Diazepam 5-10 mg i.v.
cada 3-5 minutos)

Si hipertermia

BENZODIACEPINAS
(ej. Diazepam 5-10 mg i.v. cada 3-5
minutos) + medidas físicas

Si rabdomiolisis
(CK elevada; > 1500 U/L)

SSF0,9% 1000-2000 cc
en las primeras horas
(Obj.: diuresis 200-300ml/h)

NO ADMINISTRAR



Antagonistas del calcio
 β -bloqueantes
Bicarbonato
Neurolépticos

BENZODIACEPINAS

Disminución nivel de conciencia + depresión
respiratoria
(sopesar riesgo de intoxicación concomitante con opiáceos y alcohol)

Valorar monitorización y soporte ventilatorio

Tratamiento con antídoto: FLUMAZENILO
Contraindicado si antecedentes de crisis comiciales



Uso de **FLUMAZENILO SOLO** si
disminución del
nivel de conciencia

0,5 mg de flumazenilo i.v. en bolo

¿existe respuesta?



PERFUSIÓN de 4
ampollas en 500 cc
de SG al 5% en 4
horas
Subir o bajar el
ritmo en función de
la respuesta

Repetir cada 5
minutos hasta un
máximo de 1 mg y
valorar Naloxona

MANEJO GENERAL DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS

(y tratamiento específico de las intoxicaciones por cocaína, benzodiazepinas y opiáceos)

AUTORES

ALVARO MARTINEZ ROMÁN
IVÁN PLAZA SERRANO
JESÚS VAZQUEZ CLEMENTE
NATIVIDAD LAÍN TERÉS
RAFAEL RUBIO DÍAZ

BIBLIOGRAFIA

1. Erickson TB1, Thompson TM, Lu JJ. The approach to the patient with an unknown overdose. Emerg Med Clin North Am. 2007 May;25(2):249-81
2. S. Nogué Xarau. Manual Intoxicaciones Agudas Protocolos 2010. Hosp. Clínic Barcelona.
3. A. Julián Jiménez. Manual de protocolos y actuación en Urgencias del Hospital Virgen de la Salud.
4. Perfusiones de Medicamentos de Alto Riesgo. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo. Ed2



MANUAL DE
PERFUSIONES DE
MEDICAMENTOS
DE ALTO RIESGO -
CHUT



INTOXICACIONES
AGUDAS - Bases
para el tto en un S.
de Urgencias.
S. Nogué Xarau



GLASGOW COMA
SCORE
(mdcalc.com)



OPIÁCEOS

Disminución nivel de conciencia + depresión respiratoria + miosis puntiforme

Valorar monitorización y soporte ventilatorio

Tratamiento con antídoto

VALORAR NIVEL DE CONCIENCIA

Estupor u obnubilación

Naloxona 0,2-0,4 mg (1/2 o 1 ampolla) diluida

Coma +- depresión respiratoria

Naloxona 0,4 mg en bolo rápido

CUIDADO!! Evitar naloxona si existe riesgo de intoxicación concomitante con COCAÍNA. ¡¡¡Se puede provocar cuadro de agitación!!! (salvo depresión respiratoria importante)

¿existe respuesta?

SI

NO

PERFUSIÓN de 5 ampollas (de 0,4mg) en 250 cc SSF 0,9% durante 5-6 horas

Repetir dosis de 1/2 -1 ampolla de 0,4 mg cada 5 minutos

Formulaciones más frecuentes

- Flumazenilo: 0,5 mg en ampollas de 5 mL y 1 mg en ampollas de 10 mL (0.1 mg/mL)
- Naloxona: 0.4 mg en ampollas de 1 mL

PACIENTE CON SOSPECHA DE INTOXICACIÓN

PACIENTE ESTABLE

PACIENTE INESTABLE

VALORAR RIESGO DE INTOXICACIONES MÚLTIPLES

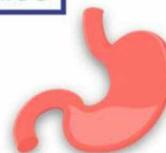
A: Control vía aérea
B: Control respiración: FR, O2, IOT si necesario
C: Control circulatorio: FC, PA, ECG
D: Nivel conciencia (Glasgow), Pupilas, Glucemia
E: Exposición de lesiones. Temperatura

ANAMNESIS	A pacientes o testigos. Nombre del tóxico, cantidad administrada, tiempo transcurrido, vía de entrada. Intenciones autolíticas.
ANTECEDENTES PERSONALES	Patologías psiquiátricas y orgánicas previas. Intoxicaciones anteriores.
EXPLORACIÓN FÍSICA	Signos vitales, inspección, auscultación cardiopulmonar, abdomen y de extremidades.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	<p>Analítica: hemograma, bioquímica (glucemia, electrolitos, perfil hepático, CPK (si sospecha rabdomiolisis), coagulación, G. venosos.</p> <p>GAB: si alteración de oxigenación, ventilación o equilibrio ácido-base</p> <p>Tóxicos en Orina: indican exposición reciente, no confirman la causalidad</p> <p>ECG en especial en exposición a agentes cardiotoxicos (cocaína,neurolépticos, ADT)</p> <p>Rx tórax: si síntomas de insuficiencia respiratoria, si sospecha de complicaciones</p> <p>Rx abdomen: si ingesta de cáusticos o body-packers</p> <p>TC craneal: si sospecha TCE</p>
ACTITUD TERAPEÚTICA	Monitorización signos vitales si inestabilidad Evitar absorción tóxico (lavado gástrico y carbón activo)



LAVADO GÁSTRICO

- Contraindicada si riesgo de broncoaspiración
- Máxima eficacia en 1ª hora
- Puede realizarse hasta la 2ª hora postingesta (se puede alargar en pacientes encontrados en coma o ADT, salicilatos, opiáceos, neurolépticos o anticolinérgicos)



CARBÓN ACTIVADO

- Antes de las 2 horas de ingesta. Máxima eficacia en la 1ª hora.
- **DOSIS:** 25g en adulto diluidos en 200cc de agua tibia (niños 1g/kg).
- Puede provocar vómito; **cuidado, riesgo de broncoaspiración en pacientes semiinconscientes (SNG)**
Si vómitos en pac. consciente: antiemético y repetir dosis.