



Intoxicaciones agudas por alcohol, otras drogas y fármacos psicoactivos

P. Díez Romero, M. Gallego Alonso-Colmenares, J. Fernández Herranz y M. Ganzo Pión

Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Intoxicaciones agudas
- Etanol
- Psicofármacos
- Drogas de abuso

Keywords:

- Acute poisoning
- Ethanol
- Psychoactive drugs
- Drugs of abuse

Resumen

El manejo inicial se inicia con el sistema ABC convencional (vía aérea, ventilación y circulación), así como la valoración neurológica y el manejo de complicaciones (convulsiones, arritmias y trastornos hidroelectrolíticos). Posteriormente, medidas más específicas para disminuir la absorción, favorecer la eliminación y empleo de antidotos (si existen). Las manifestaciones clínicas de la intoxicación aguda por etanol se relacionan de manera directa con los niveles de etanol sanguíneo. El manejo clínico se basa en medidas generales, debiendo emplearse tiamina como profilaxis de encefalopatía de Wernicke. Varios estudios han demostrado que metadoxina puede ser útil en el tratamiento de la intoxicación alcohólica aguda. Las manifestaciones clínicas relacionadas con drogas de abuso tienen una diana común, la afección del sistema nervioso central y la inestabilidad hemodinámica. El manejo es muy parecido, a pesar de la variedad de sustancias ilícitas: hidratación, empleo de naloxona/flumaceniolo y control de constantes vitales. Los psicofármacos son un grupo muy heterogéneo, poseen un amplio margen de seguridad (salvo excepciones). El empleo de carbón activado debe realizarse en dosis múltiples, debido a la vida media larga de este grupo, siendo ineficaces las medidas para acelerar la eliminación del fármaco. El litio es el fármaco dentro del grupo que más secuelas y daños orgánicos puede producir una vez pasada la intoxicación. El manejo es afín en caso de intoxicaciones graves, existiendo como único antidoto específico flumaceniolo para las intoxicaciones por benzodiazepinas.

Abstract

Acute intoxications by alcohol, psychoactive drugs and other drugs

Initial management begins with the conventional system ABC (airway, breathing and circulation) and neurological assessment and management of complications (seizures, arrhythmias and electrolyte disorders). Subsequently, more specific to reduce the absorption, promote disposal and use of antidotes (if any) measures. The clinical manifestations of acute ethanol intoxication, relate directly with blood alcohol levels. Clinical management is based on general measures, thiamine must be used as prophylaxis for Wernicke encephalopathy. Several studies have shown that Metadoxine may be useful in treating acute alcohol intoxication. The clinical manifestations related to drug abuse are a common target, the condition of the central nervous system and hemodynamic instability. The handling is very similar, despite the variety of illicit substances: hydration, use of naloxone / flumazenil, checking vital signs. Psychotropic drugs are a very heterogeneous group, have a wide margin of safety (with exceptions). The use of activated charcoal should be performed at multiple doses, due to the long half life of this group, being ineffective measures to accelerate the elimination of the drug. Lithium is the drug within the group, sequels and organ damage can cause poisoning last once. The handling is related in case of serious poisoning, existing as only specific antidote flumazenil for benzodiazepine poisoning.

Introducción

Se considera una intoxicación aguda aquella cuyas manifestaciones clínicas se desarrollan en las primeras 48 horas tras el consumo de una sustancia psicoactiva.

Según los datos recogidos en el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), que ofrece una visión global de la evolución y características del consumo de sustancias tóxicas (incluyendo alcohol, tabaco, hipnóticos, sedantes, drogas ilegales y nuevas sustancias), en el año 2011 se notificaron 9.649 episodios de urgencias en los que la historia clínica recogía el consumo no terapéutico de alguna droga, representando aproximadamente el 2-3% del total de urgencias atendidas en un hospital de tercer nivel¹. De ellos se calcula que pueden requerir ingreso en una Unidad de Cuidados intensivos (UCI) hasta el 10% de los casos.

Las sustancias que presentan una mayor prevalencia de consumo son el tabaco y el alcohol, siendo esta última la que ocasiona mayor morbimortalidad en España^{2,3}. Entre las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia con mayor prevalencia de consumo (27,4%), seguida de la cocaína en polvo (8,8%). En los últimos años se viene observando una tendencia ascendente en cuanto al consumo de tranquilizantes (17,1%), si bien es cierto que también se ha producido una mejora asistencial en las intoxicaciones agudas debida a la implantación de prácticas de reanimación más eficaces, a la hospitalización más tecnificada y a la optimización en terapia de soporte.

Actuación clínica ante el paciente con sospecha de intoxicación aguda en Urgencias

El manejo de este tipo de pacientes debe realizarse de manera sistemática, ya que requiere especial atención para llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Sospecha clínica

Ante todo paciente con disminución del nivel de conciencia sin claro desencadenante, arritmias graves, fetor enólico o cetósico o acidosis metabólica no explicable se debe descartar una intoxicación aguda.

Ha de realizarse un examen físico completo y minucioso (incluyendo la toma de constantes, el aspecto y el color de la piel y las mucosas, la existencia de signos de punción y la presencia de heridas o picaduras, la auscultación cardiopulmonar, la exploración abdominal, los edemas, el aliento...).

Cuando los síntomas se agrupan en determinados síndromes, nos pueden orientar hacia el agente causal (tabla 1).

La anamnesis debe ser dirigida con preguntas como: ¿A qué sustancia tóxica estuvo expuesto?, ¿Cuál fue la vía de administración?, ¿En qué cantidad?, ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde la exposición?, ¿Se administró algún tratamiento inmediato?

Estabilización clínica del paciente intoxicado

El manejo inicial de un paciente intoxicado en el Servicio de Urgencias siempre se inicia con el sistema "ABC" convencional (vía aérea, ventilación y circulación), así como la valoración neurológica precoz y el manejo de complicaciones: convulsiones, arritmias y trastornos hidroelectrolíticos⁴. El manejo propuesto contiene los siguientes pasos.

Vía aérea

Debemos colocar al paciente y permeabilizar la vía aérea, así como limpiarla de secreciones o elementos que la obstruyan. En caso de ser necesario (mala ventilación, hipoxemia, hipoventilación central) se debe asegurar la vía aérea con intubación orotraqueal y ventilación mecánica.

Soporte hemodinámico

El mantenimiento de la perfusión es fundamental para mantener una presión arterial y una diuresis adecuada (100 a 200

TABLA 1

Síndromes clínicos de origen tóxico (toxíndromes)

Síndrome	Clínica	Agente causal	Antídoto
Colinérgico	Bradycardia, taquipnea, hipotermia, diaforesis, diarrea, salivación, broncoespasmo, broncorrea, miosis, vómitos, diarrea	Insecticidas organofosforados, pilocarpina, setas (<i>Amanita phalloides</i>)	Atropina
Anticolinérgico	Hipertensión, taquicardia, taquipnea, hipertermia, retención urinaria, piel seca, disminución de peristaltismo, delirio, rubor facial, midriasis	ATD tricíclicos, antihistamínicos, antiparkinsonianos, antipsicóticos, atropina, amantadina, alcaloides de la belladona, bromuro de ipratropio	Fisostigmina
Opiáceo	Hipotensión, bradicardia, bradipnea, hipotermia, coma, <i>shock</i> , miosis	Opiáceos, propoxifeno, dextrometorfano	Naloxona
Sedante-hipnótico	Bradipnea, hipotensión, estupor, coma	Benzodiacepinas, barbitúricos, etanol, anticomiciales, neurolépticos	Flumazenilo (en caso de BZD)
Alucinógeno	Hipertensión, taquicardia, taquipnea, alucinaciones diaforesis, desorientación, aumento de peristaltismo	Anfetaminas, blacofeno, cannabinoides, cocaína, etanol, LSD, ISRS	Ninguno
Serotinérgico	Hipertensión, hipotensión, taquicardia, hipertermia, diaforesis, aumento del peristaltismo, hiperreflexia, clono, temblor, agitación, midriasis	ISRS, IMAO, ATD tricíclicos, triptófano, litio, antieméticos, LSD, éxtasis, cocaína	Ciproheptadina, olanzapina, clorpromazina
Simpaticomimético	Hipertensión, taquicardia, taquipnea, hipertermia, diaforesis, piloerección, hiperreflexia, agitación psicomotora, midriasis	Cocaína, amfetaminas, inhibidores de la recaptación de la noradrenalina, agonistas alfa o beta adrenérgicos	Ninguno

ATD: antidepresivos; BZD: benzodiacepinas; IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; LSD: dietilamida del ácido lisérgico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806434>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806434>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)