

ACTUACIONES A EVITAR EN LA ATENCIÓN AL INTOXICADO AGUDO: PROPUESTA 2016

1. Realizar un lavado nasogástrico en un paciente con criterios para ello, si ha perdido los reflejos protectores de la vía aérea (por inconsciencia o shock) o que presumiblemente los perderá durante el procedimiento, a menos que previamente se intube al paciente.

La Descontaminación Digestiva (DD) está contraindicada en pacientes inconscientes o con riesgo de padecer un deterioro en su estado clínico a corto plazo. Cuando su indicación sea imprescindible por la gravedad de la intoxicación (dosis potencialmente letal + intervalo adecuado) deberá considerarse siempre la protección de la vía aérea, con una intubación previa si fuera necesario.

1. Benson B et al. Position paper update: gastric lavage for gastrointestinal decontamination. *J Clin Toxicol* (2013), 51,140-146
2. Nogué S et al. Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (Calitox-2006), -Indicador nº 6-Rev Cal Asist, 23(4) 2008; 173-191

2. Atender a un intoxicado agudo sin registrar datos básicos del episodio: constantes vitales (FR, Tª, TA, Sat O2), intervalo y causa de la intoxicación.

Hay estudios que establecen una relación directa entre un mal registro de la asistencia y una atención deficiente. Las escalas de gravedad de los pacientes al inicio de su atención, incluyen la determinación y registro rutinario de todas las constantes vitales. La frecuencia respiratoria (FR), conjuntamente con otros datos clínicos relevantes, ayudan a establecer un pronóstico de la intoxicación que se atiende, por lo que su ausencia está del todo injustificada.

1. Yu JH et al. Triage vital signs predict in-hospital mortality among emergency department patients with acute poisoning: a case control study. *BMC Health Serv Res* 2012, Aug18; 12: 262-9
2. Barford Ch et al. Abnormal vital signs are strong predictors for intensive care unit admission and in-hospital mortality in adults triaged in the emergency department. *Scan Jour of Trauma, res and Emerg Med* 2012 20:28
3. Nogué S et al. Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (Calitox-2006), -Indicador nº 22-Rev Cal Asist, 23(4) 2008; 173-191.
4. Graff L et al. Measuring and improving Quality in Emergency Medicina. *Acad Emerg Med Nov* 20002, Vol. 9, No 11

3. Solicitar determinación de tóxicos en orina de forma rutinaria al paciente que acude a Urgencias por una intoxicación, sin considerar previamente las limitaciones de los resultados, su escasa utilidad en las decisiones terapéuticas y su repercusión legal.

La solicitud de tóxicos en orina se basa en métodos de enzimoimmunoanálisis y tienen poca especificidad y bajo valor predictivo positivo. Los resultados positivos o negativos se basan en los cut-off establecidos y sólo nos indica que se detecta o no, la droga y/o sus metabolitos por encima de una concentración conocida. No diferencian entre consumo reciente o antiguo, ni confirma sobredosis ni abstinencia, sólo posible consumo. Además muchas sustancias pueden producir reacciones cruzadas dando lugar hasta un 42% de falsos positivos y negativos.

1. E. Claire Markway et al. A review of the methods, interpretation and limitations of the urine drug screen. *Orthopedics* 2011 Nov; 34 (11); 877-81. doi:10.3928/01477447-20110922-22
2. Brahm NC et al. Commonly prescribed medications and potential false-positive urine drug screens. *Am J Health Syst Pharm.* 2010 Aug 15; 67 (16): 1344-50. doi: 10.2146/ajhp090477

4. Administrar tiamina a toda intoxicación alcohólica aguda, sin signos de alcoholismo crónico.

La tiamina NO es el antídoto de la intoxicación alcohólica aguda (IAA). Las recomendaciones nacionales o internacionales NO incluyen la tiamina en la dotación básica de antídotos a utilizar en la atención al intoxicado. Excepcionalmente, cuando esta IAA se da en pacientes con un perfil claro de enolismo crónico o evidentes signos de déficits nutricionales, previamente a la administración de una solución glucosada, podría estar indicada su administración endovenosa con el fin de evitar una encefalopatía de Wernicke. En el resto de IAA el uso de la tiamina no aporta ningún beneficio, exponiéndoles de forma innecesaria a efectos adversos.

1. Edart RD et al. Expert Consensus Guidelines for Stocking of Antidotes in Hospitals That Provide Emergency Care. For the Antidote Summit Authorship Group *Ann Emerg Med.* 2009;54:386-394
2. Crespi M et al. Adecuación de los botiquines de antídotos de los servicios de farmacia en hospitales públicos de la comunidad autónoma de les Illes Balears. *Emergencias* 2014;26:354-8
3. Hoffman RS et al. The poisoned patient with altered consciousness. Controversies in the uses of a "coma cocktail". *JAMA*, 1995, Aug 16; 274: 562-9

5. Administrar flumazenilo en pacientes intoxicados con Glasgow >12 o pacientes que han sufrido convulsiones.

La misión del flumazenilo es recuperar el nivel de consciencia y garantizar una vía aérea permeable y una adecuada capacidad ventilatoria. Su uso comporta un riesgo de efectos secundarios, entre los que destacan el desencadenar un sde. de abstinencia en adictos a BZD y las convulsiones. Las convulsiones pueden presentarse en pacientes que también hayan ingerido fármacos o drogas pro-convulsionantes como antidepresivos tricíclicos, ISRS, isoniazida, teofilina, cocaína o anfetaminas. Por ello el flumazenilo sólo se administra a pacientes con Glasgow ≤12 y está contraindicado si han convulsionado

1. Nogué S et al. Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (Calitox-2006), -Indicador nº 11-Rev Cal Asist, 23(4) 2008; 173-191

6. Infravalorar la gravedad de una intoxicación por litio por la litemia aunque presente clínica neurológica. No indicar con la necesaria precocidad la Hemodiálisis (HD) en intoxicaciones graves. Realizar una HD con una duración convencional (4 horas) cuando la mayoría de pacientes necesitan una 1ª diálisis de 6-8 horas. Creer que una HD es suficiente, cuando algunos pacientes graves van a necesitar otra HD al cabo de 6-8 horas.

En intoxicaciones crónicas de litio puede aparecer clínica grave con niveles plasmáticos relativamente bajos (debido a que los niveles intracelulares previos del fármaco son ya de por sí elevados). Son frecuentes las discordancias entre la gravedad clínica y la gravedad analítica, es decir que un intoxicado agudo casi asintomático puede tener una litemia muy alta (>4mEq/L) y un intoxicado crónico en grave estado clínico tiene a veces una litemia casi en los límites de la normalidad (<2mEq/L). La HD disminuye la mortalidad y las secuelas neurológicas. Se valorará la HD en función de la clínica, la litemia y la función renal, priorizando la gravedad clínica. Deben ser repetidas y largas (6h) para evitar la reaparición (rebote) de valores elevados tras la primera sesión de diálisis, por salida de litio del interior de las células. Se suspenderá si pasadas 6h post-HD se comprueba una litemia <1mEq/L y está clínicamente estable. Si pasadas 6h de la HD presenta litemia >0,5mEq/L y persiste gravedad neurológica se repetirá la HD.

1. Nogué S et al. Intoxicaciones agudas: "Bases para el tratamiento en un servicio de urgencias"
2. P. Peces et al. Tratamiento de la intoxicación aguda por litio mediante hemodiálisis con dializadores de alta eficacia. *Nefrología* 26, 3.2006. pag 372-78

7. Tratar a una intoxicación por paracetamol, basándose en la concentración plasmática de paracetamol de analíticas realizadas antes de 4 horas desde la ingesta.

Debido a criterios farmacocinéticos, todas las recomendaciones vigentes definen el riesgo de desarrollar hepatotoxicidad tras una ingesta de paracetamol, según su concentración en suero en muestra extraída a partir de la cuarta hora de la ingesta (caso de ingesta única). Cuantificarlo antes puede ocasionar errores importantes en la interpretación de su gravedad.

1. Prescott LF. Plasma-paracetamol half-life and hepatic necrosis in patients with paracetamol overdosage. *Lancet*, 1971.13; 519-22
2. Rumack B. Acetaminophen poisoning and toxicity. *Pediatrics*, 1975 55(6): 871-6
3. Prescott LF. Kinetics and metabolism of paracetamol and phenacetin. *Br J Clin Pharmacol.* 1980; 10:2915-85
4. Nogué S et al. Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (Calitox-2006), -Indicador nº 13 Rev Cal Asist, 23(4) 2008; 173-191

8. Extraer una muestra de sangre arterial con la finalidad exclusiva de realizar una determinación de COHb en un paciente con sospecha de intoxicación por monóxido de carbono (ICO).

La confirmación analítica de una ICO se realiza mediante la determinación de COHb por cooximetría. El resultado es el mismo con sangre arterial o venosa, por lo que se recomienda la segunda (siempre que la extracción arterial no estuviese justificada por una insuficiencia respiratoria asociada) al ser menos molesta para el paciente.

1. Touger M et al. Relationship between venous and arterial carboxyhemoglobin levels in patients with suspected carbon monoxide poisoning. *Ann Emerg Med.* 1995. (4): 481-3
2. Castle SP et al. Carbon monoxide intoxication: diagnostic considerations. *JAMA* 1984; 251; 2350