

INTOXICACIONES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Amaia Camara Otegui. Hospital Universitario Donostia

EPIDEMIOLOGÍA

- ¿Con qué frecuencia atendemos una posible intoxicación en nuestro SUP?
 - 15%
 - 6%
 - 1%
 - <0,5%

EPIDEMIOLOGÍA

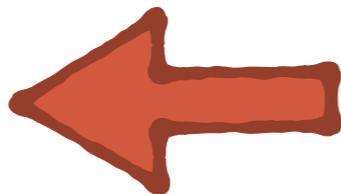
➤ ¿Con qué frecuencia atendemos una posible intoxicación en nuestro SUP?

➤ 15%

➤ 6%

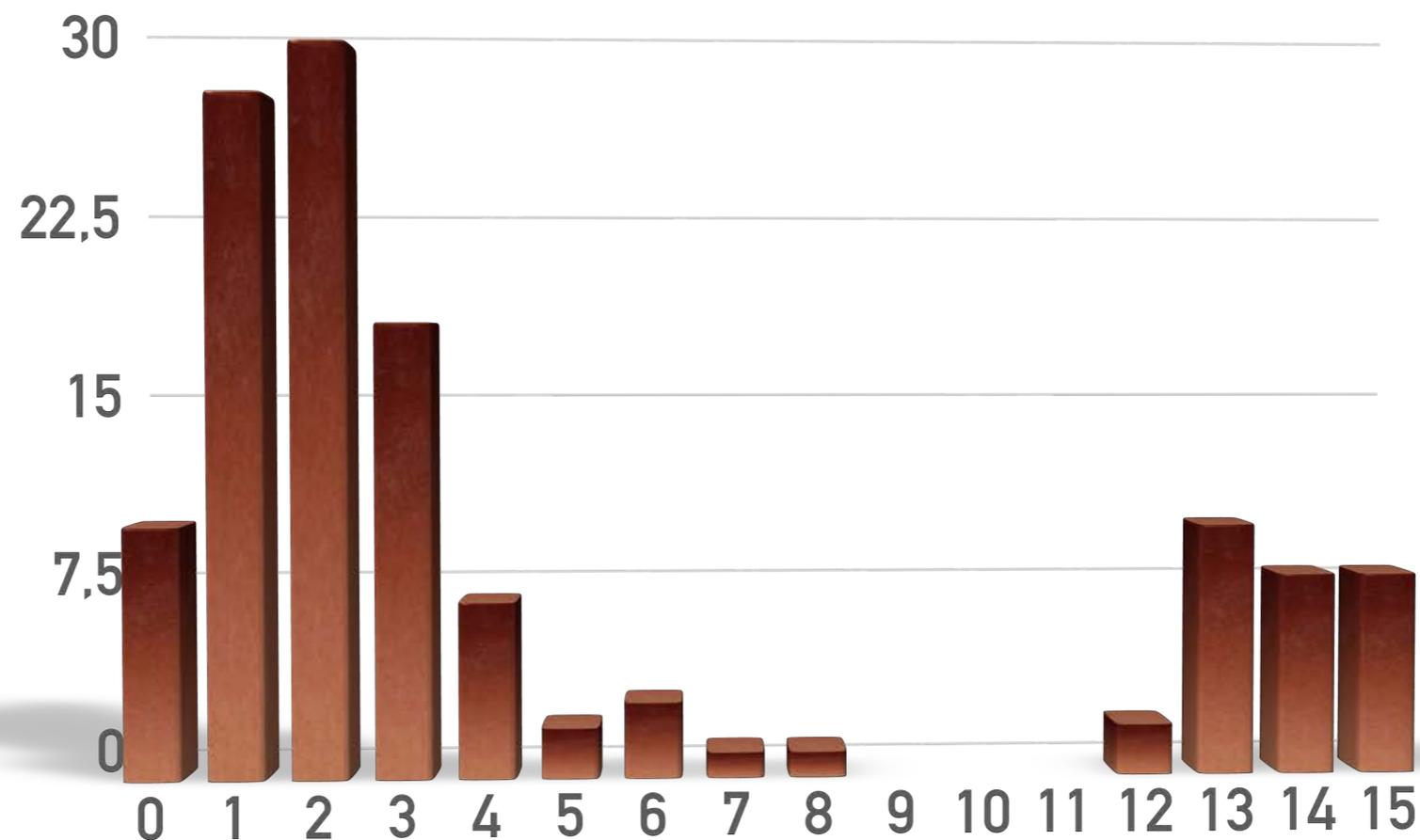
➤ 1%

➤ <0,5%

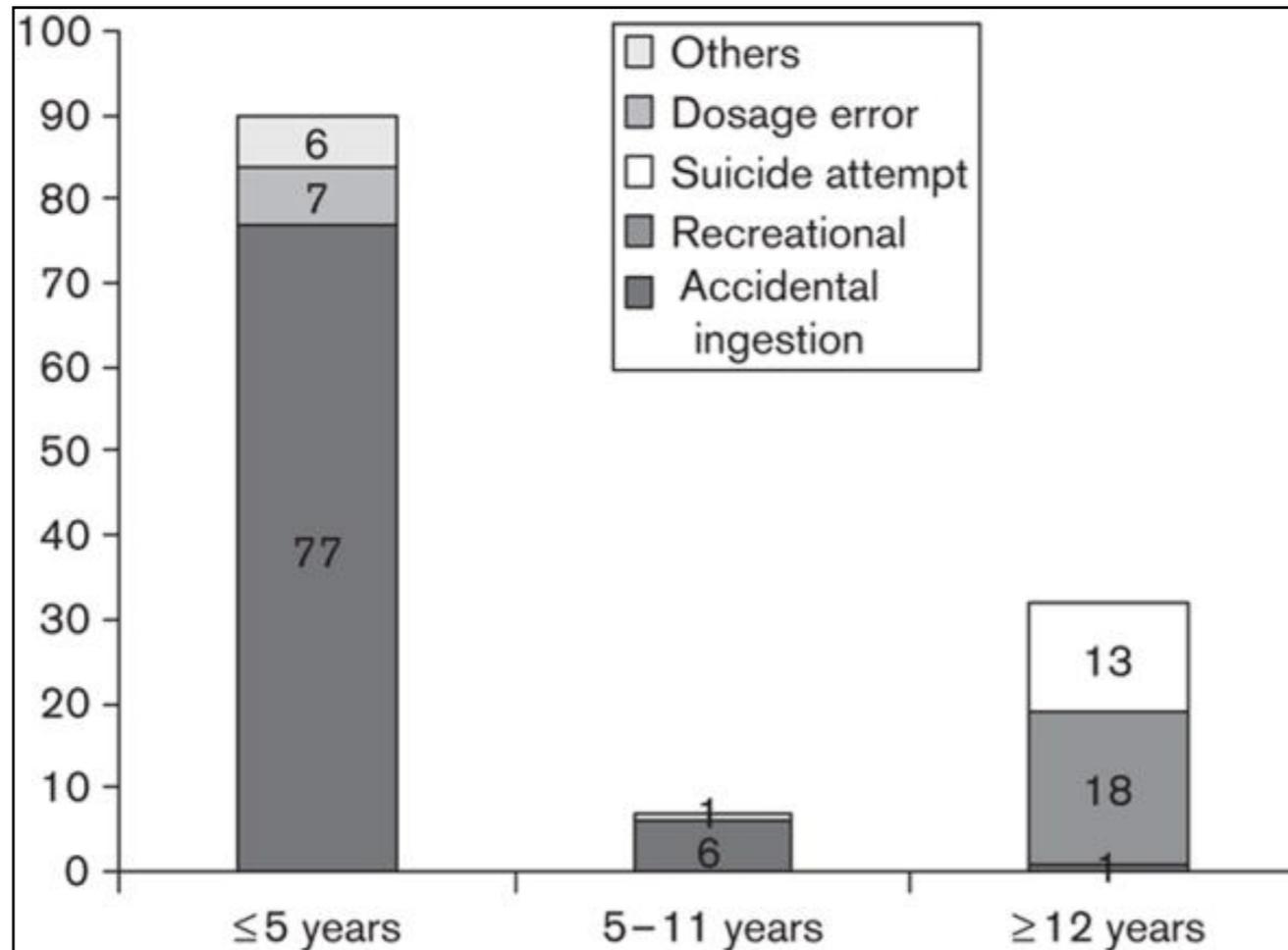


EPIDEMIOLOGÍA

- ▶ Grupo de trabajo de Intoxicaciones de la SEUP:
 - ▶ Octubre 2008- Septiembre 2015
 - ▶ 1.240 intoxicaciones —> **0,27 %**



EPIDEMIOLOGÍA



Toxicology surveillance system of the Spanish Society of Paediatric Emergencies: first-year analysis.

Azkunaga, Beatriz; Mintegi, Santiago; Bizkarra, Irati; Fernandez, Javier

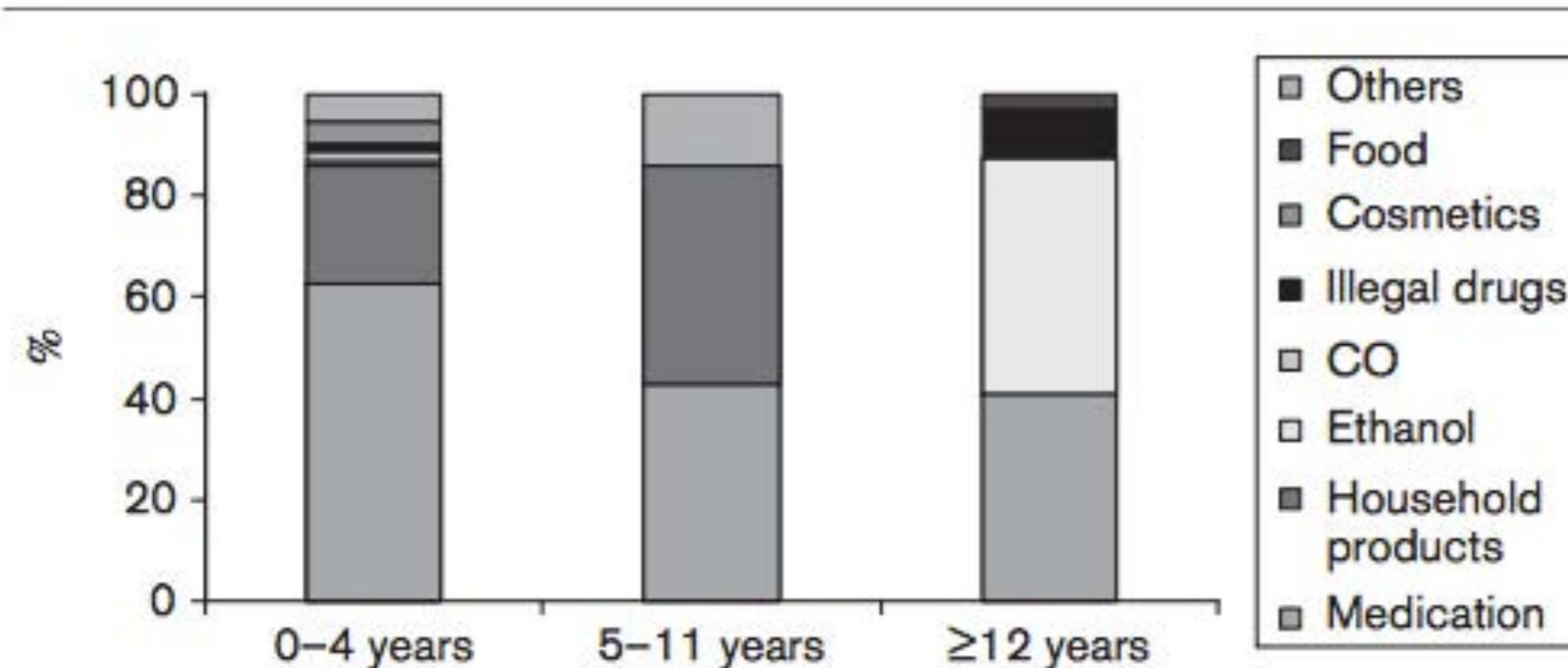
European Journal of Emergency Medicine. 18(5):285-287, October 2011.

DOI: 10.1097/MEJ.0b013e3283462504

- **< 5 años:** ingesta accidental, error de dosificación
- **> 12 años:** ingesta recreacional, intento de suicidio

EPIDEMIOLOGÍA

Fig. 2



Toxicology surveillance system of the Spanish Society of Paediatric Emergencies: first-year analysis.

Azkunaga, Beatriz; Mintegi, Santiago; Bizkarra, Irati; Fernandez, Javier

European Journal of Emergency Medicine. 18(5):285-287, October 2011.

DOI: 10.1097/MEJ.0b013e3283462504

Distribution percentage of toxic agents according to the age group in 130 cases of paediatric intoxications.

- **< 11 años:** medicamentos, productos del hogar
- **> 12 años:** medicamentos, etanol, drogas ilegales

CASO CLÍNICO 1

- ▶ Varón de 13 años y 6 meses. Es traído al servicio de UP por sus amigos el sábado a las 2.00 horas. Refieren que estaban en una discoteca cercana.
- ▶ El paciente está inconsciente, con respiración normal y circulación normal.



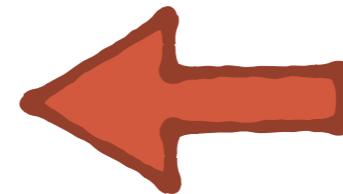
CASO CLÍNICO 1

- ¿Cuál es la primera pregunta que debemos realizar?
 - ¿tóxico que ha tomado?
 - ¿cuánto tiempo lleva así?
 - ¿qué pruebas complementarias debemos pedir?
 - ¿está el paciente estable?



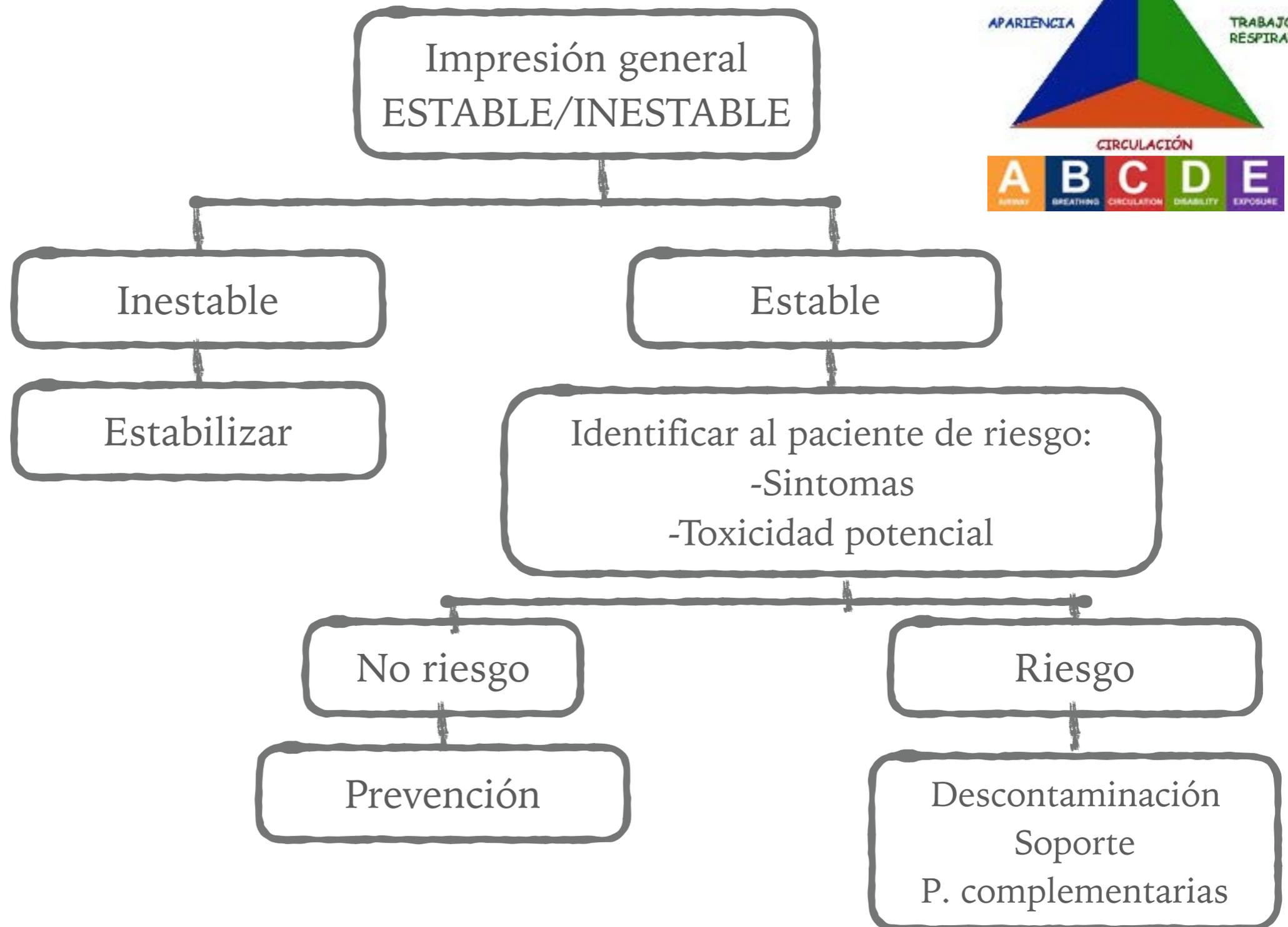
CASO CLÍNICO 1

- ¿Cual es la primera pregunta que debemos realizar?
 - ¿tóxico que ha tomado?
 - ¿cuánto tiempo lleva así?
 - ¿qué pruebas complementarias debemos pedir?
 - ¿está el paciente estable?

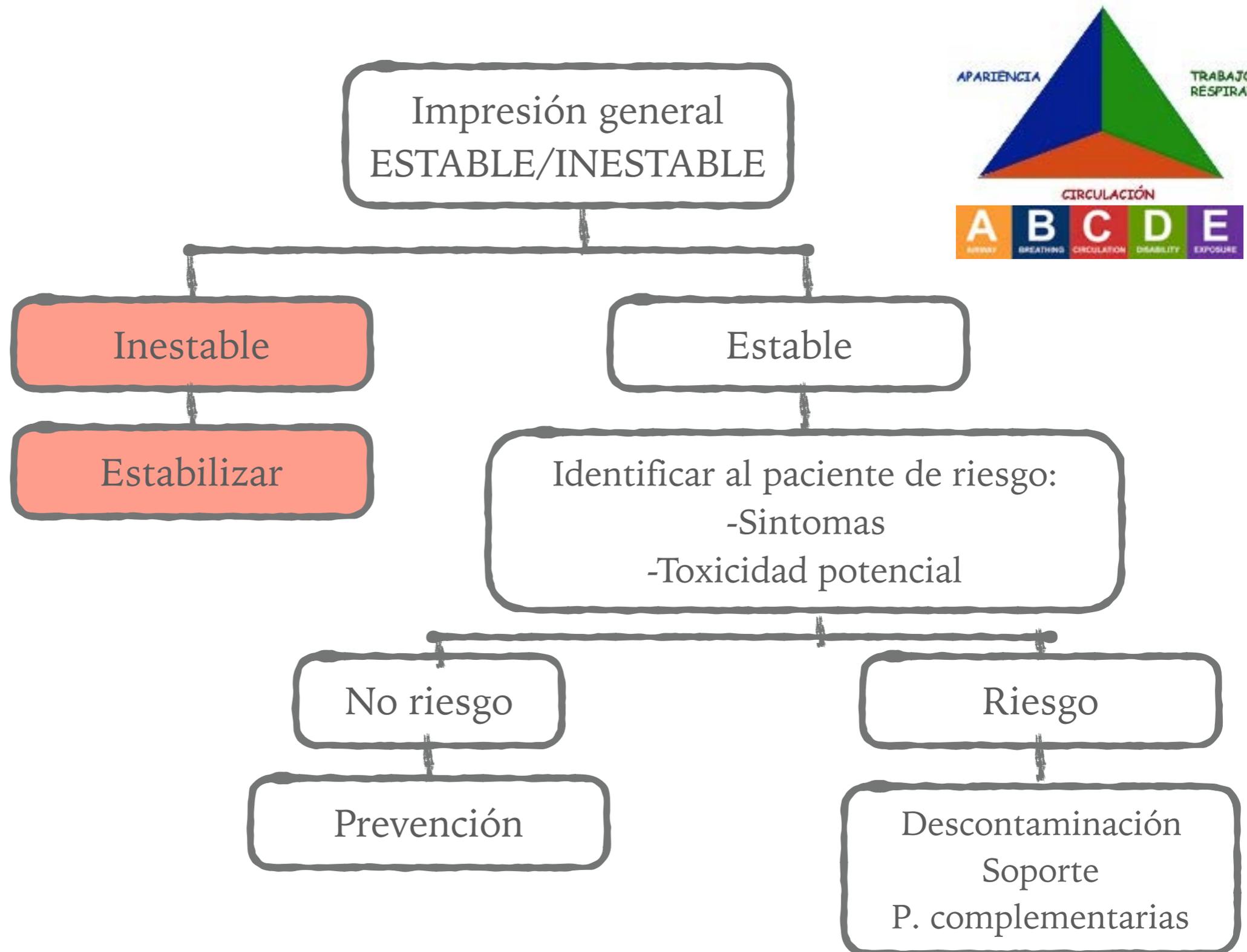


CASO CLÍNICO 1

➤ Aproximación al paciente intoxicado



CASO CLÍNICO 1



CASO CLÍNICO 1

TABLE 3. Clinical Manifestations and Findings on Physical Examination in 2157 Cases of Childhood Poisoning

Data	Total (%)	Age, y		
		≤6	7–13	≥14
Clinical manifestations		1700	202	255
Asymptomatic	1529 (70.8)	1379 (81.1)	74 (36.6)	76 (29.8)
Neurological symptoms	388 (17.9)	126 (7.4)	77 (38.1)	133 (52.1)
Gastrointestinal symptoms	165 (7.6)	116 (6.8)	27 (13.3)	21 (8.2)
Respiratory symptoms	26 (1.2)	23 (1.3)	1 (0.4)	0
Neurological and gastrointestinal symptoms	15 (0.6)	26 (1.5)	18 (8.9)	22 (8.6)
Other	34 (1.5)	30 (1.7)	5 (2.4)	3 (3.1)
Predominant signs				
None	1834 (85.0)	1536 (90.3)	150 (74.2)	148 (58.0)
Altered consciousness	139 (6.4)	47 (2.7)	34 (16.8)	82 (32.1)
Lesion oral mucosa	57 (2.6)	47 (2.7)	1 (0.4)	1 (0.3)
Ataxia	39 (1.8)	23 (1.3)	6 (2.9)	13 (5.0)
Cardiovascular	21 (0.9)	16 (0.9)	3 (1.4)	2 (0.7)
Respiratory findings	13 (0.6)	11 (0.6)	1 (0.4)	1 (0.3)
Ocular lesion	8 (0.3)	7 (0.4)	1 (0.4)	0
Other	29 (1.3)	13 (0.8)	6 (2.9)	8 (3.1)

Values in parentheses are percentages.

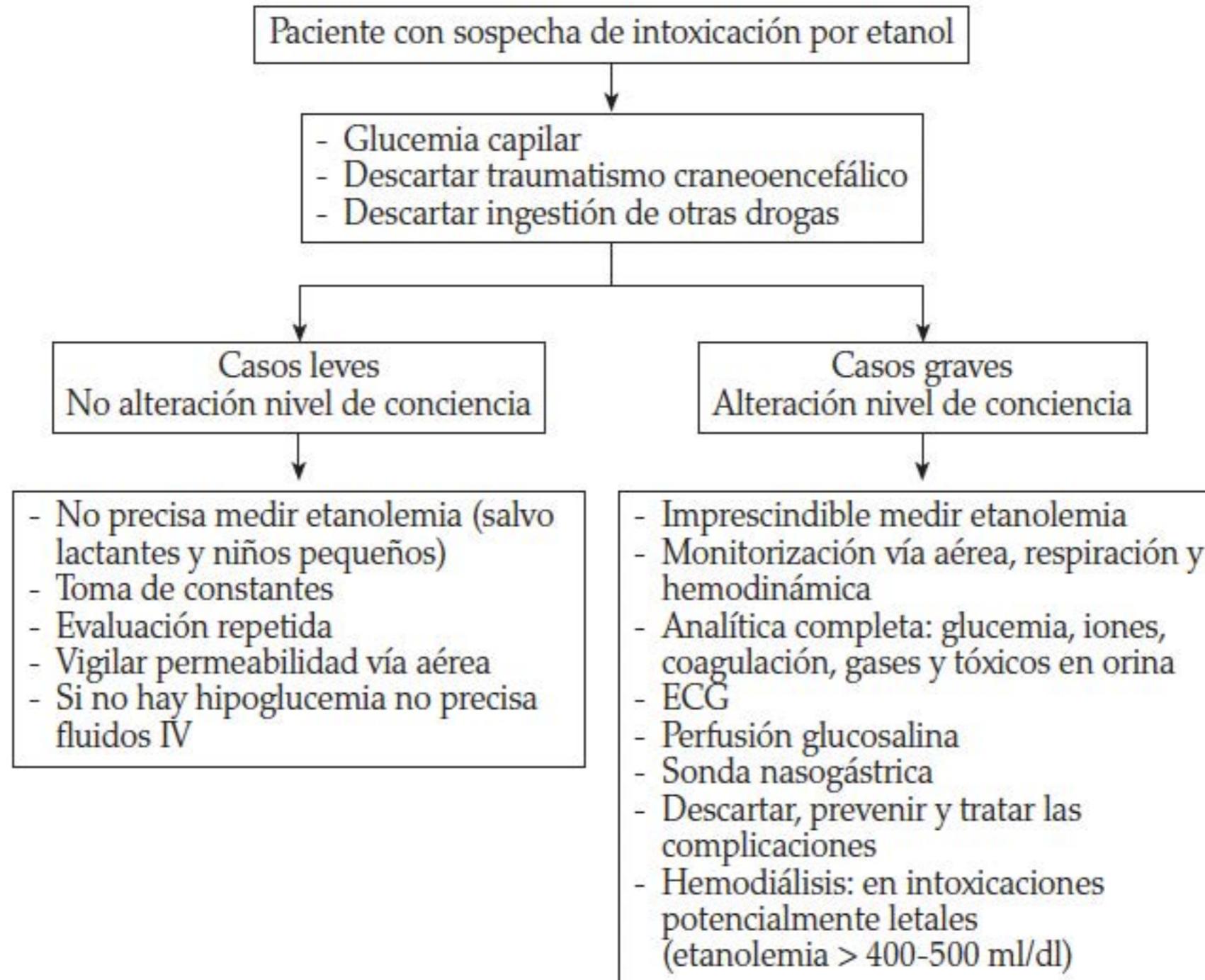
CASO CLÍNICO 1

TABLE 3. Clinical Manifestations and Findings on Physical Examination in 2157 Cases of Childhood Poisoning

Data	Total (%)	Age, y		
		≤6	7–13	≥14
Clinical manifestations		1700	202	255
Asymptomatic	1529 (70.8)	1379 (81.1)	74 (36.6)	76 (29.8)
Neurological symptoms	388 (17.9)	126 (7.4)	77 (38.1)	133 (52.1)
Gastrointestinal symptoms	165 (7.6)	116 (6.8)	27 (13.3)	21 (8.2)
Respiratory symptoms	26 (1.2)	23 (1.3)	1 (0.4)	0
Neurological and gastrointestinal symptoms	15 (0.6)	26 (1.5)	18 (8.9)	22 (8.6)
Other	34 (1.5)	30 (1.7)	5 (2.4)	3 (3.1)
Predominant signs				
None	1834 (85.0)	1536 (90.3)	150 (74.2)	148 (58.0)
Altered consciousness	139 (6.4)	47 (2.7)	34 (16.8)	82 (32.1)
Lesion oral mucosa	57 (2.6)	47 (2.7)	1 (0.4)	1 (0.3)
Ataxia	39 (1.8)	23 (1.3)	6 (2.9)	13 (5.0)
Cardiovascular	21 (0.9)	16 (0.9)	3 (1.4)	2 (0.7)
Respiratory findings	13 (0.6)	11 (0.6)	1 (0.4)	1 (0.3)
Ocular lesion	8 (0.3)	7 (0.4)	1 (0.4)	0
Other	29 (1.3)	13 (0.8)	6 (2.9)	8 (3.1)

Values in parentheses are percentages.

CASO CLÍNICO 1



CASO CLÍNICO 1

- En nuestro medio, ¿cual es el tóxico más frecuente en esta edad por la que consultan en UP?
 - Cannabis
 - Etanol
 - Etanol + Cannabis
 - Drogas de diseño

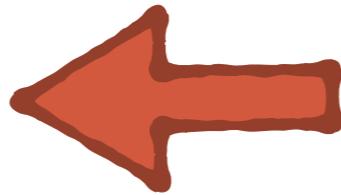


CASO CLÍNICO 1

➤ En nuestro medio, ¿cual es el tóxico más frecuente en esta edad por la que consultan en UP?

➤ Cannabisis

➤ Etanol



80%

➤ Etanol + Cannabisis

➤ Drogas de diseño



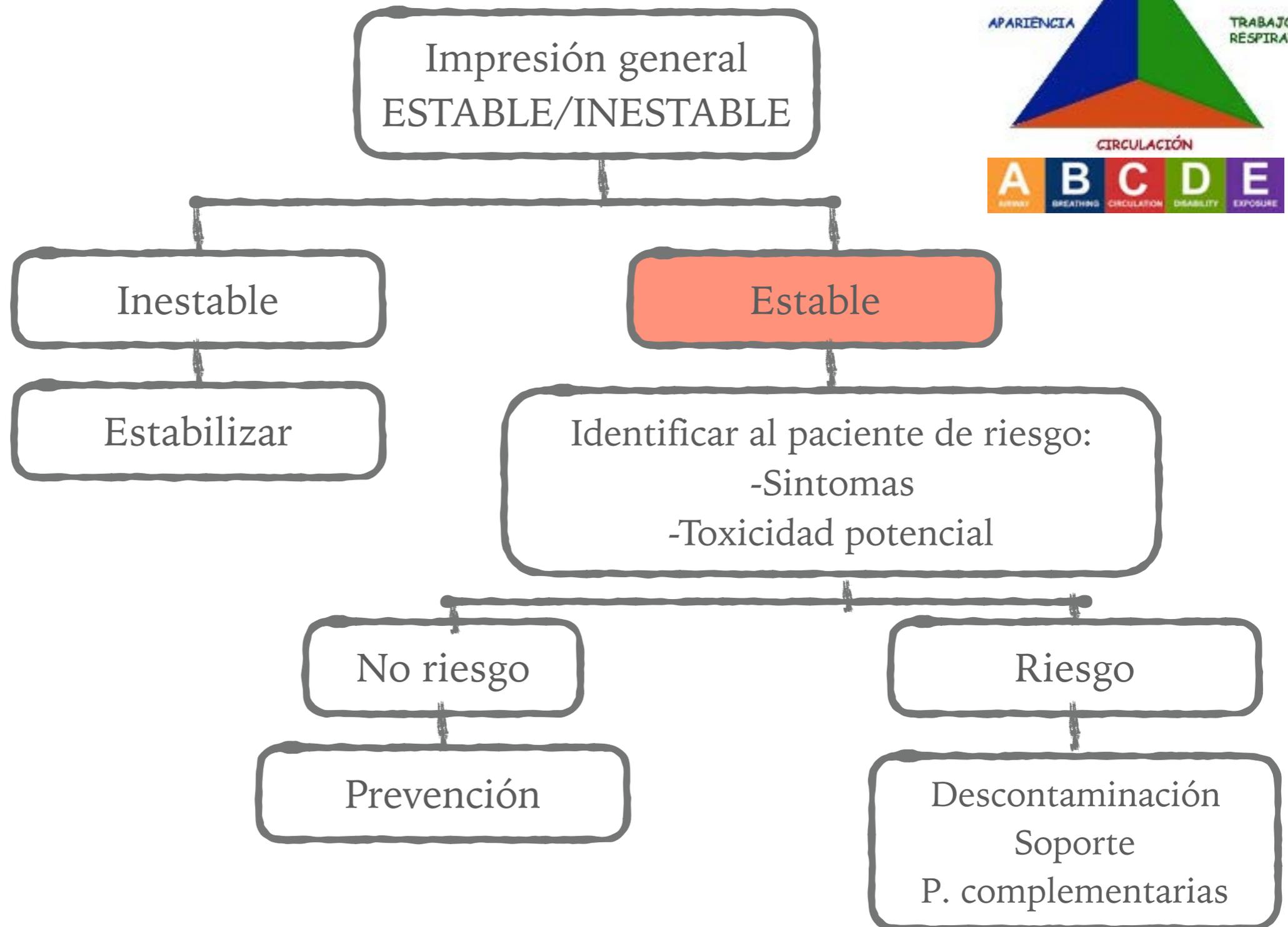
CASO CLÍNICO 2

- ▶ Lactante de 27 meses trasladada en SVB por ingesta de paracetamol. La madre refiere que la ha encontrado bebiendo del envase de paracetamol (aproximadamente 30 ml) 1 hora antes de consultar. Ha realizado un vómito de color rosa posterior.
- ▶ EF: Peso 14 kg. FC 100 lpm. SatO2 100%
BEG. NC y NH. Bien perfundida.
ACP y abdomen normales.



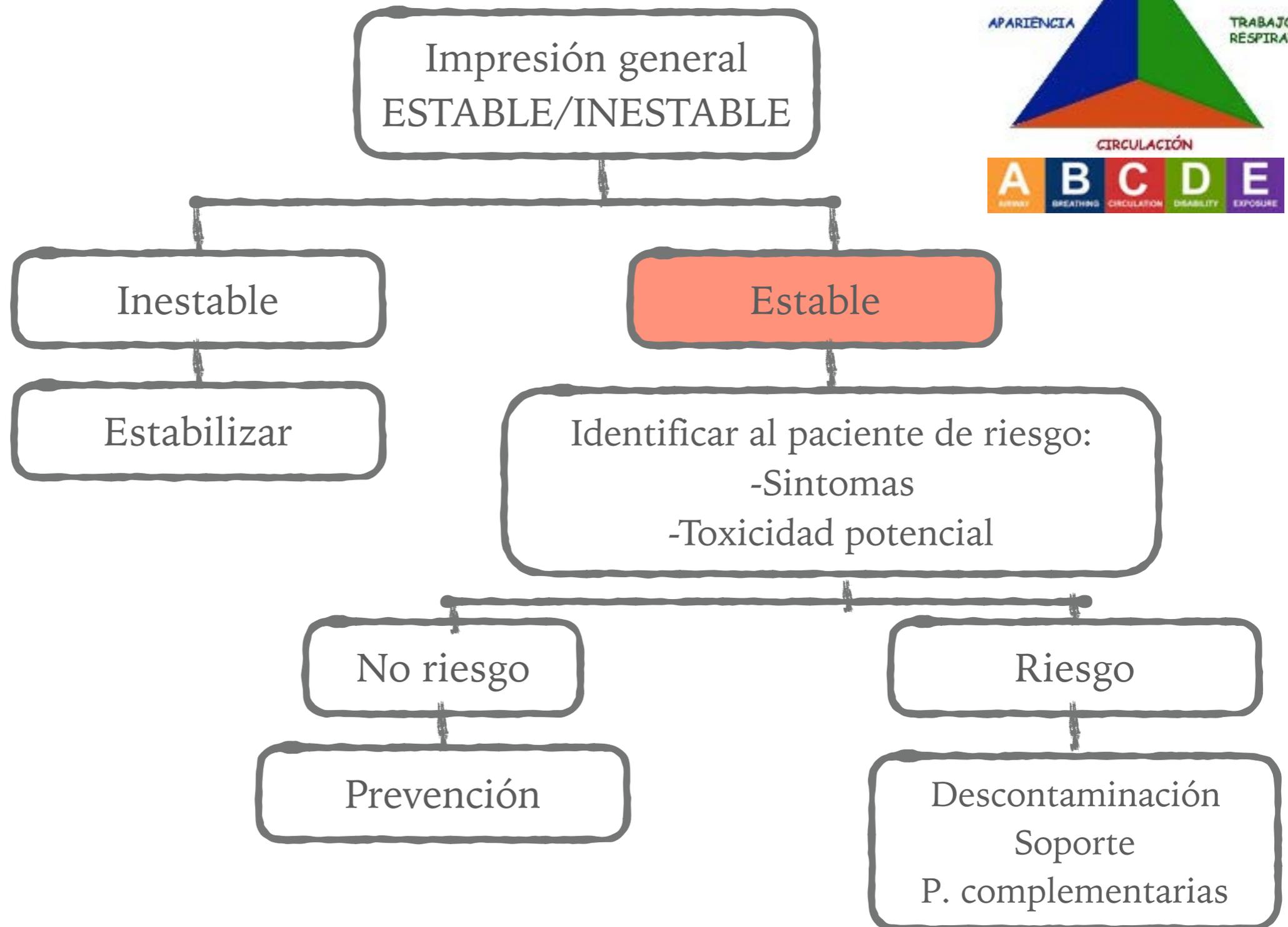
CASO CLÍNICO 2

➤ Aproximación al paciente intoxicado



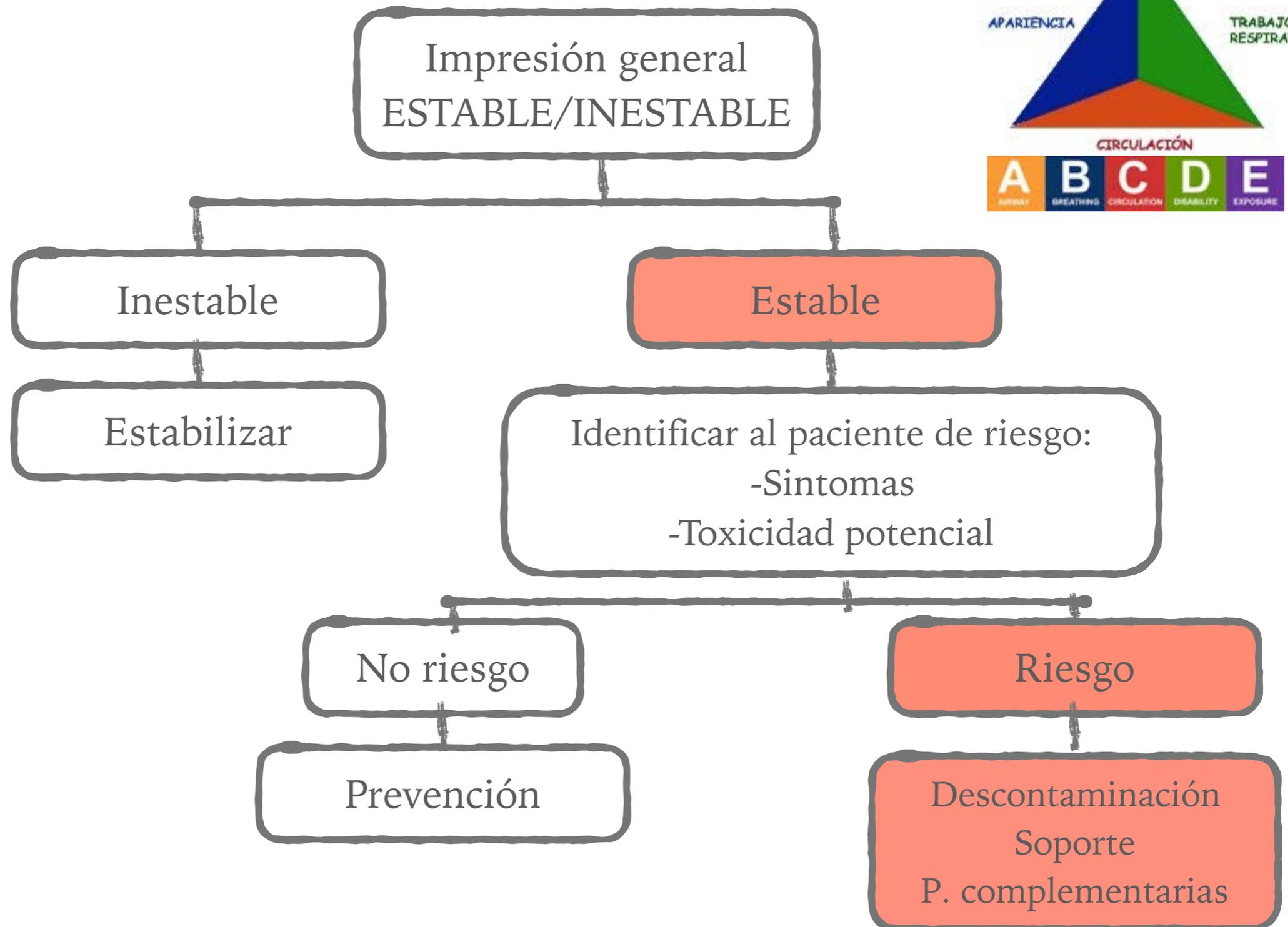
CASO CLÍNICO 2

➤ Aproximación al paciente intoxicado



CASO CLÍNICO 2

➤ Aproximación al paciente intoxicado



CASO CLÍNICO 2

- Calculamos dosis ingerida aproximada:
- $30 \text{ ml} = 3.000 \text{ mg} = 214 \text{ mg/kg}$



CASO CLÍNICO 2

- Calculamos dosis ingerida aproximada:
- $30 \text{ ml} = 3.000 \text{ mg} = 214 \text{ mg/kg}$

Dosis tóxica:

$> 150\text{-}200 \text{ mg/kg}$

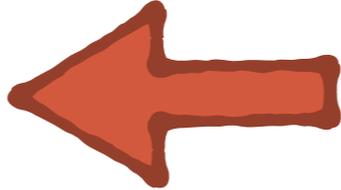


CASO CLÍNICO 2

- ¿Qué deberíamos hacer en este momento?
 - Si comienza con síntomas, valorar tratamiento de los mismos.
 - Descontaminación intestinal con carbón activado.
 - Carbón activado + lavado gástrico
 - N-acetilcisteína

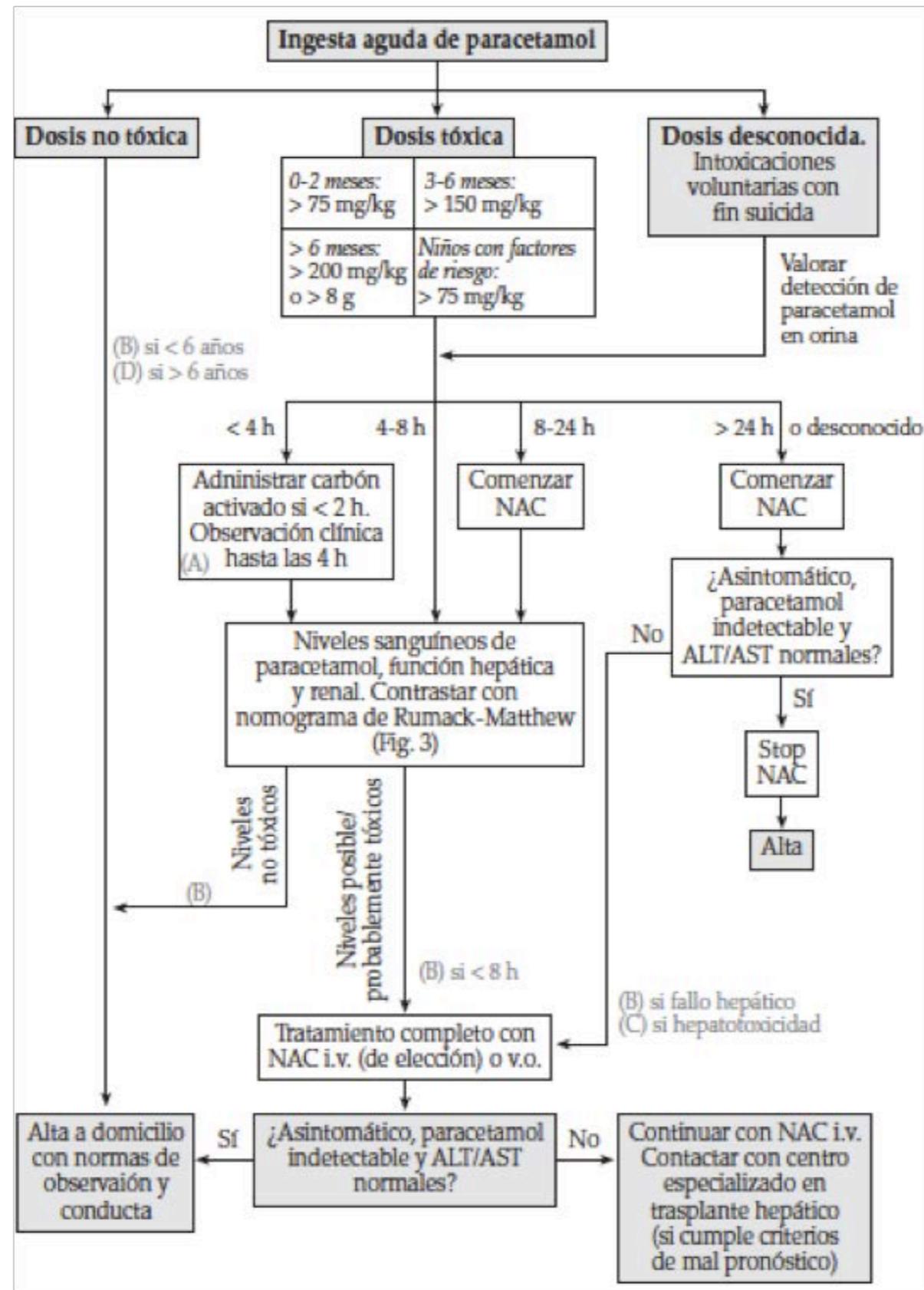


CASO CLÍNICO 2

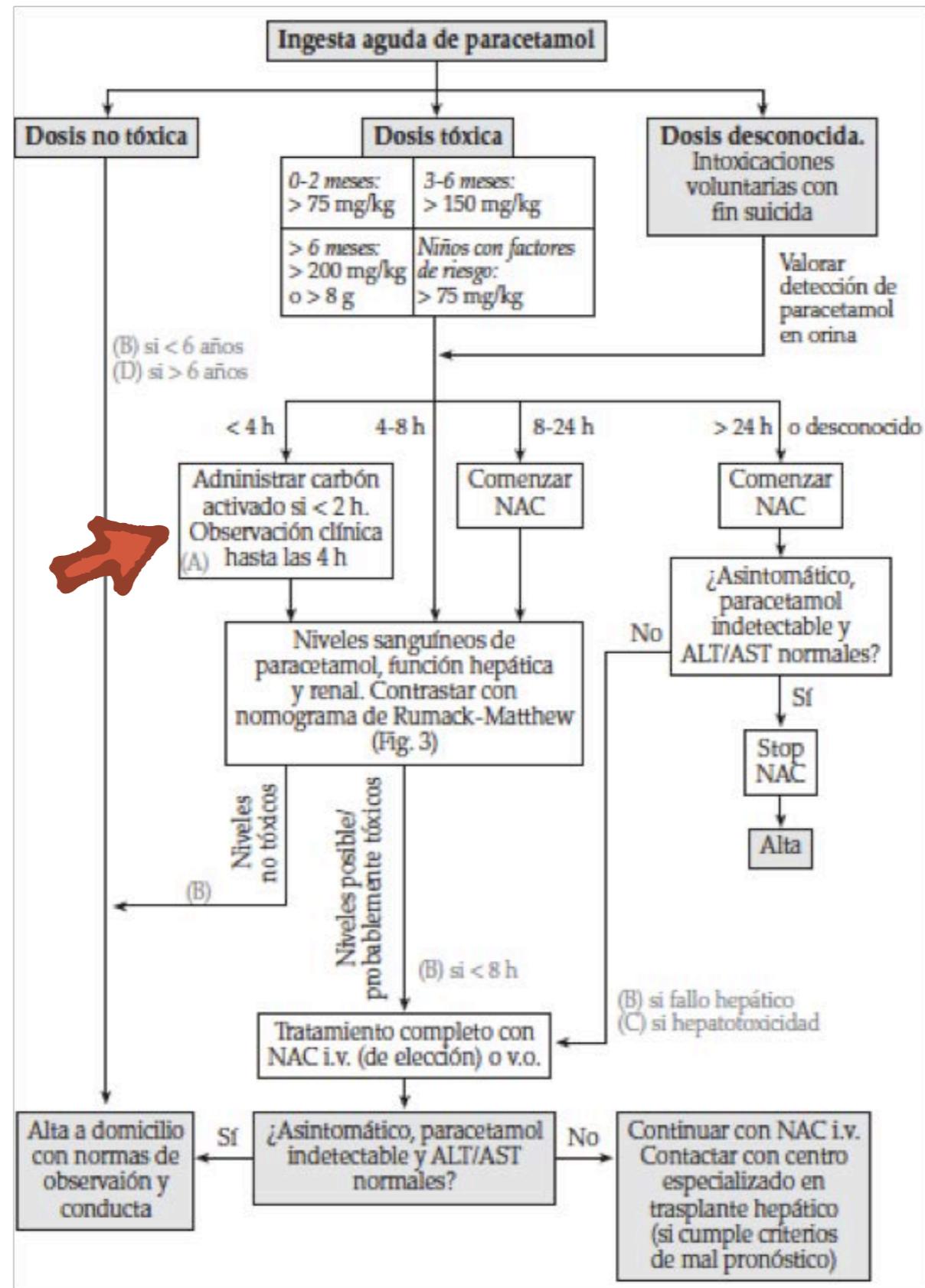
- ¿Qué deberíamos hacer en este momento?
 - Si comienza con síntomas, valorar tratamiento de los mismos.
 - Descontaminación intestinal con carbón activado. 
 - Carbón activado + lavado gástrico
 - N-acetilcisteína



CASO CLÍNICO 2



CASO CLÍNICO 2

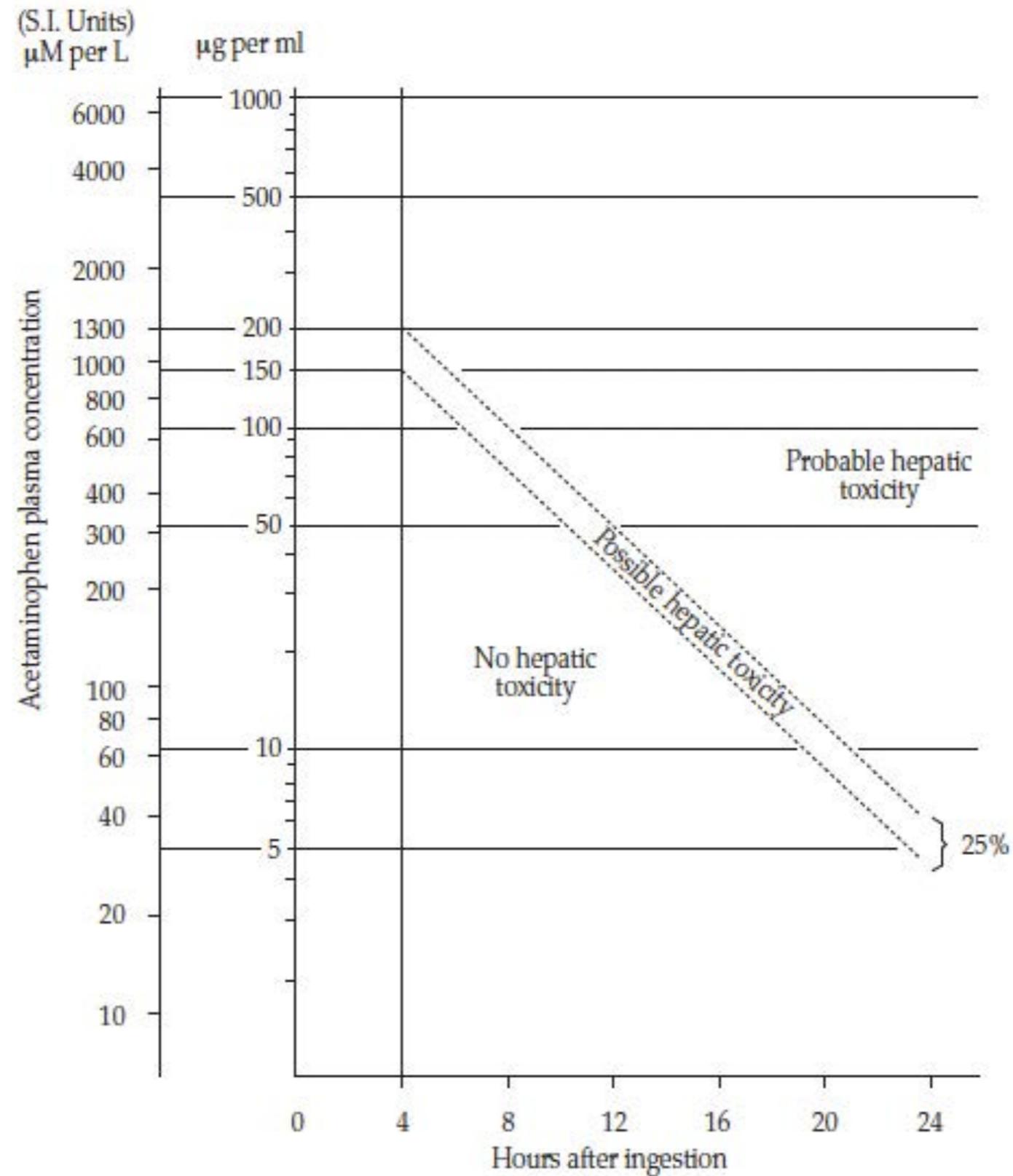


CASO CLÍNICO 2

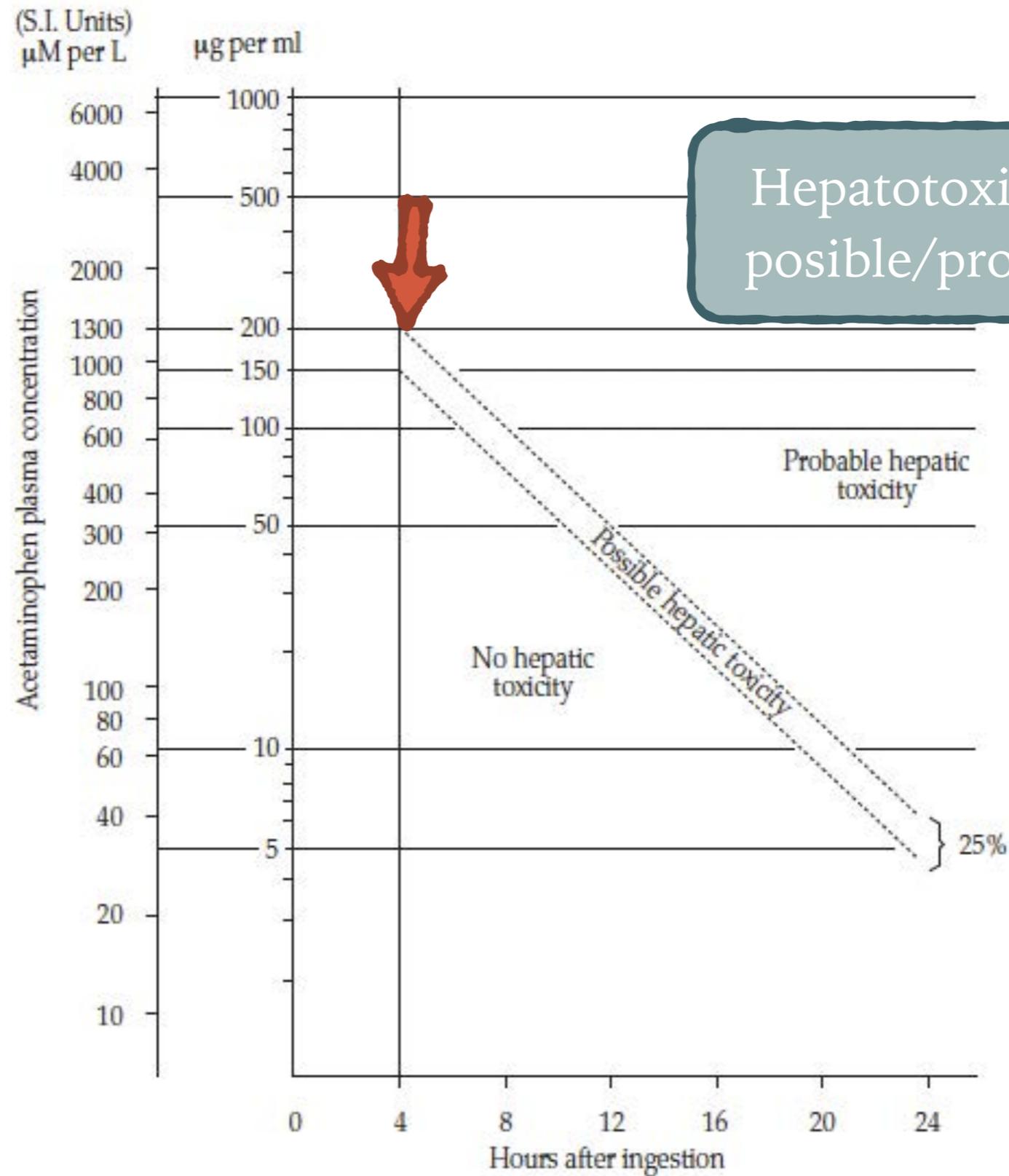
- A las 4 horas se realiza analítica sanguínea:
 - Paracetamol 199 ug/ml
 - Función renal: Cr 0,4 mg/dl, Urea 29 mg/dl
 - Función hepática: GPT 11 U/L, GOT 33 U/L, BL < 0,1 mg/dl



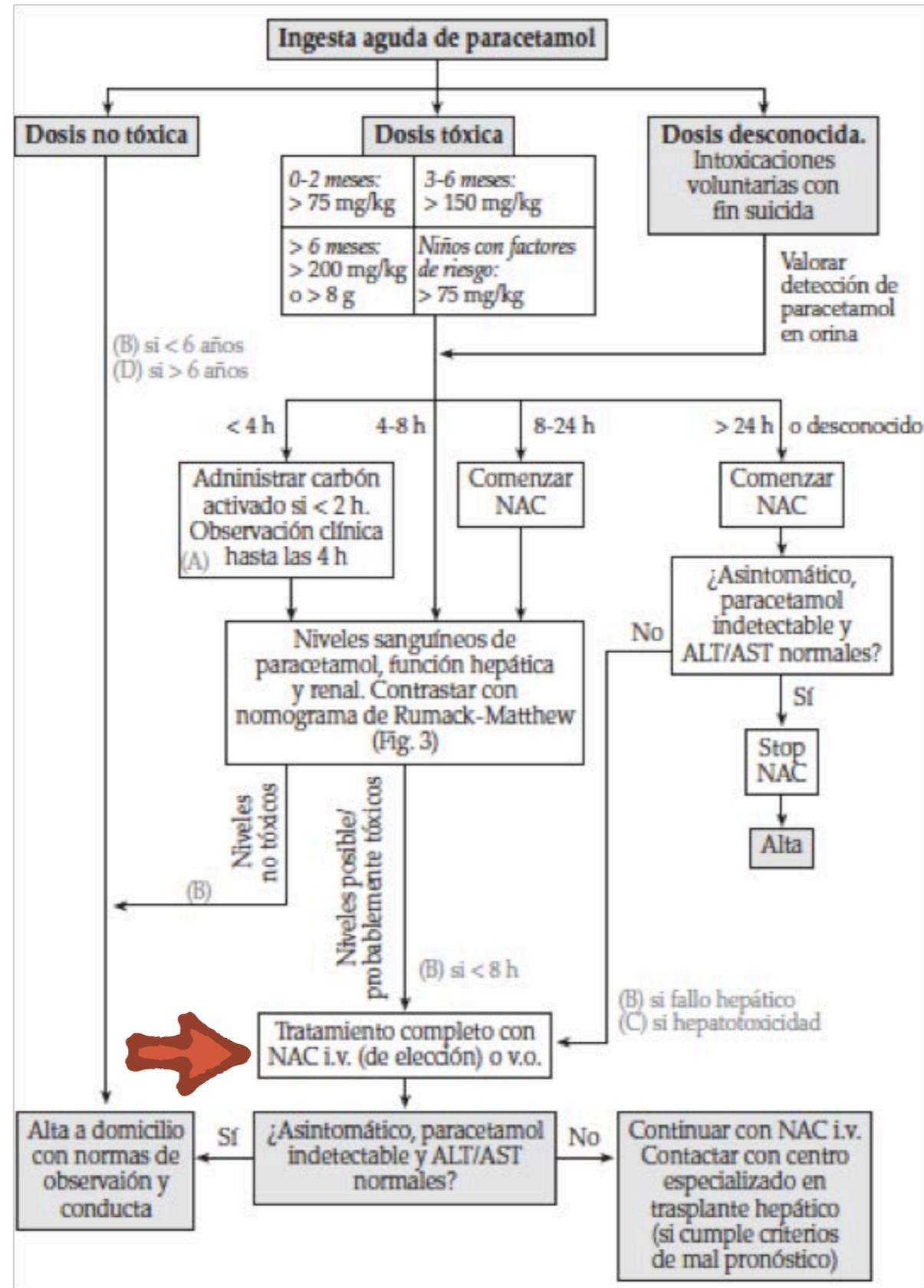
CASO CLÍNICO 2



CASO CLÍNICO 2



CASO CLÍNICO 2



CASO CLÍNICO 2

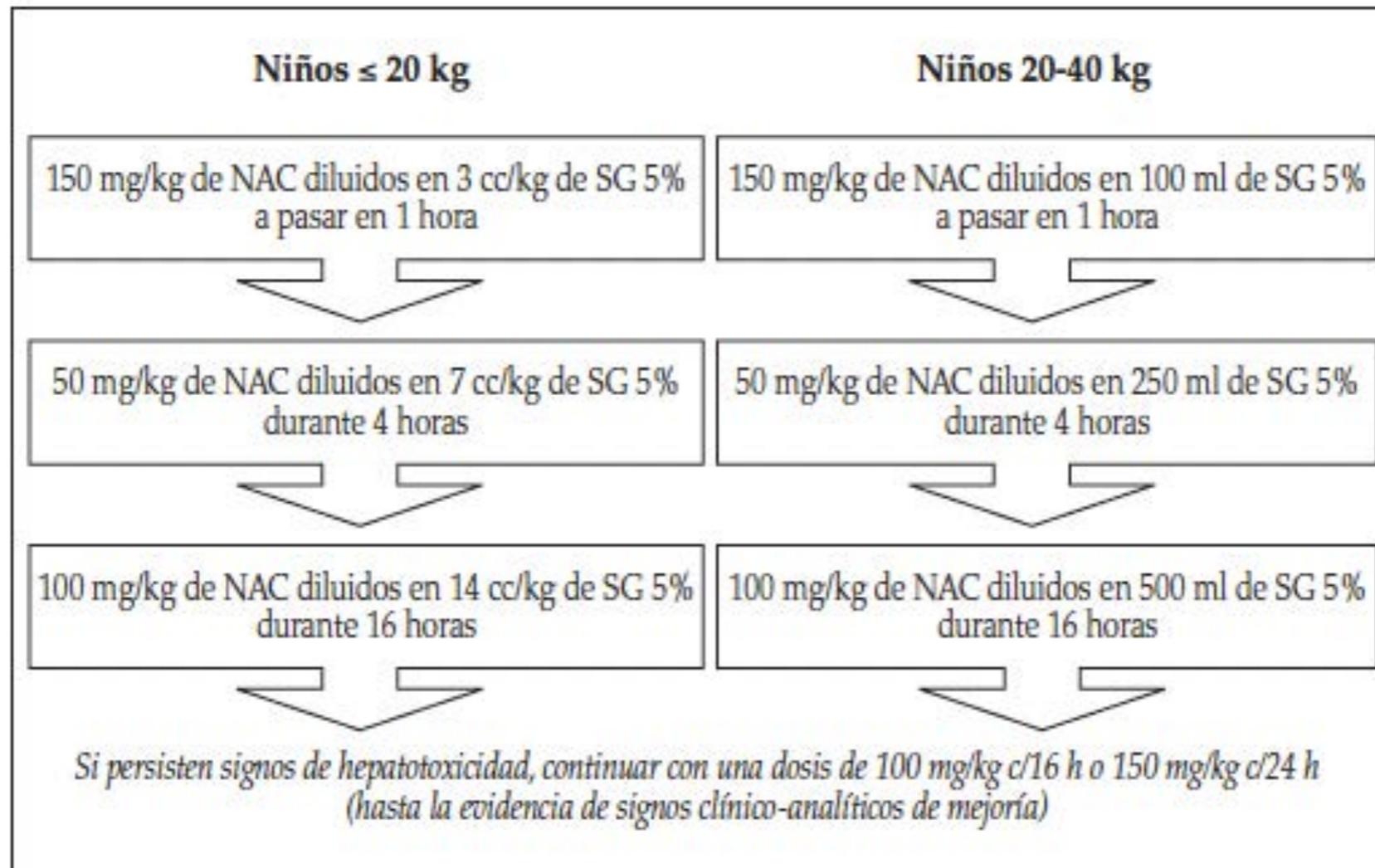


FIGURA 5. Esquema de la pauta endovenosa de la NAC adaptada a niños (en función del peso).



CASO CLÍNICO 2

- Tras finalizar tratamiento analítica de control:
 - Paracetamol 2,4 ug/ml
- Alta a domicilio, con control analítico de enzimas hepáticas a los 5 días.

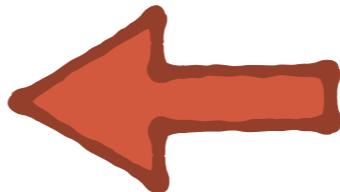


CASO CLÍNICO 2

- ¿Cual es el agente más frecuentemente implicado en las intoxicaciones pediátricas en nuestro entorno?
 - Paracetamol
 - Ibuprofeno
 - Alcohol
 - Benzodiazepinas
 - Lejía
 - Antitusígenos



CASO CLÍNICO 2

- ¿Cual es el agente más frecuentemente implicado en las intoxicaciones pediátricas en nuestro entorno?
 - Paracetamol
 - Ibuprofeno
 - Alcohol
 - Benzodiazepinas 
 - Lejía
 - Antitusígenos



CASO CLÍNICO 3

- ▶ Niño de 3 años. Acude a UP con sus padres que refieren que han encontrado al niño jugando con unas pastillas de lorazepam (1 mg) hace 20 minutos. Refieren que faltaban 5 pastillas en el envase, pero no saben precisar si el envase estaba completo antes del suceso. El niño está asintomático.
- ▶ Peso 15 kg. FC 110 lpm. SatO₂ 100%. TA 90/60 mmHg. Glasgow 15. DTX 105 mg/11. Examen físico y neurológico normales.



CASO CLÍNICO 3

- ¿Qué deberíamos hacer en este momento?
 - Alta a domicilio. Es improbable que haya ingerido todas esas pastillas.
 - Alta a domicilio. Esa dosis no es tóxica para este paciente.
 - Ingreso en OUP. Vigilar y si empieza con síntomas valorar tratamiento.
 - Es un paciente de riesgo con toxicidad potencial, hay que tratar.



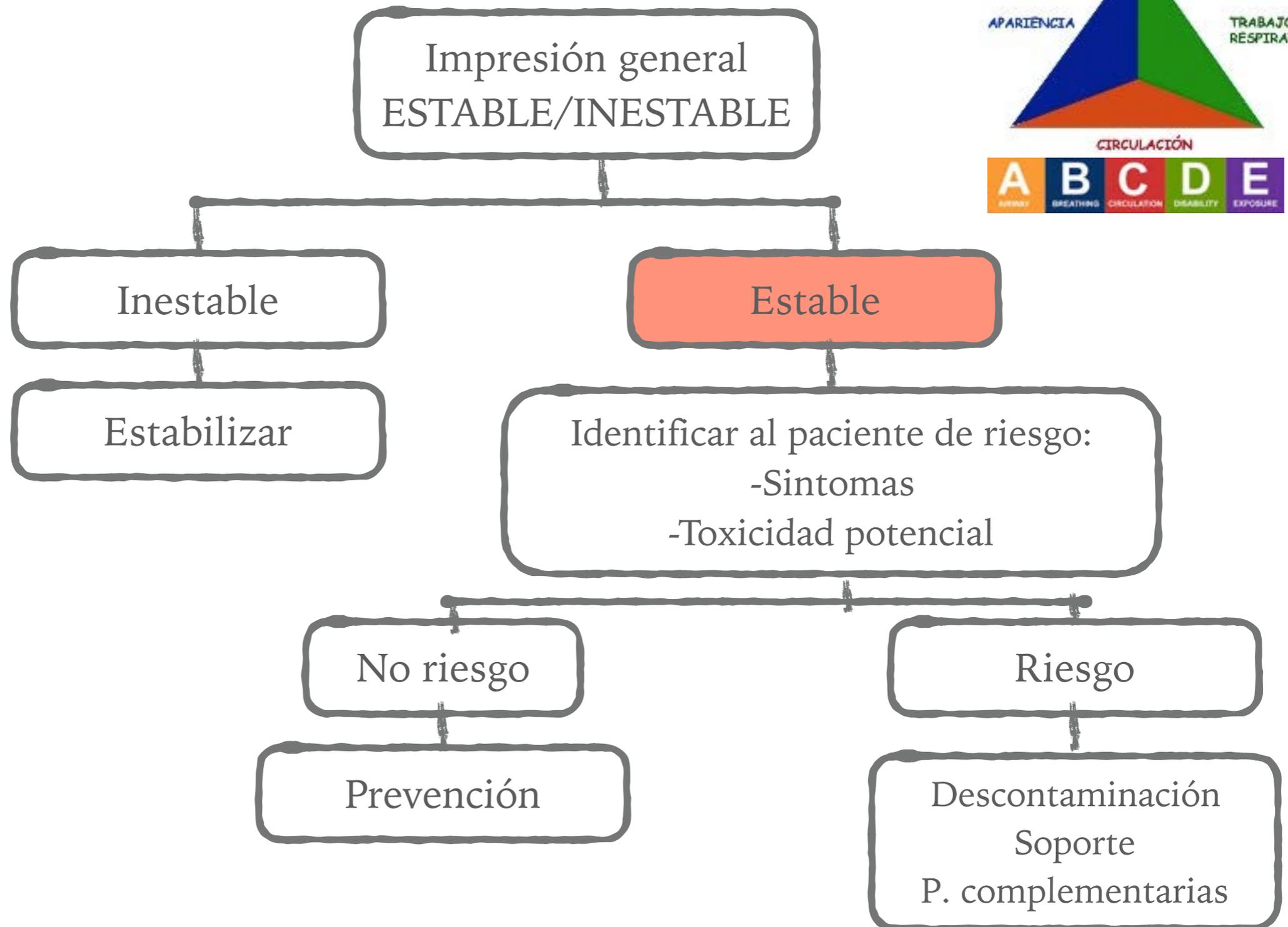
CASO CLÍNICO 3

- ¿Qué deberíamos hacer en este momento?
 - Alta a domicilio. Es improbable que haya ingerido todas esas pastillas.
 - Alta a domicilio. Esa dosis no es tóxica para este paciente.
 - Ingreso en OUP. Vigilar y si empieza con síntomas valorar tratamiento.
- Es un paciente de riesgo con toxicidad potencial, hay que tratar.



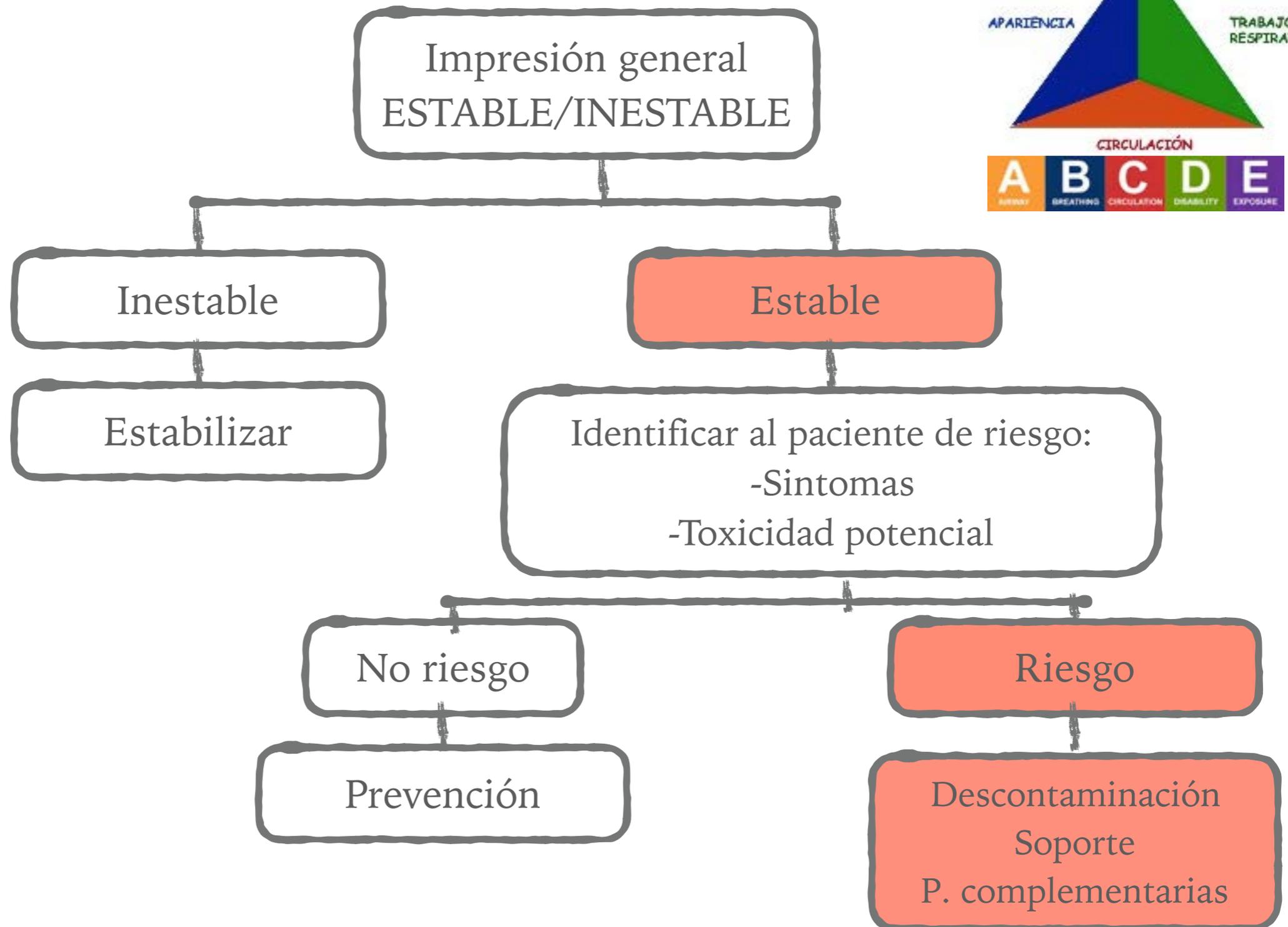
CASO CLÍNICO 3

➤ Aproximación al paciente intoxicado



CASO CLÍNICO 3

➤ Aproximación al paciente intoxicado

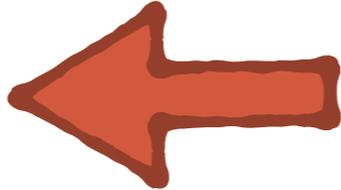


CASO CLÍNICO 3

- ¿Qué deberíamos hacer en este momento?
 - Descontaminación intestinal con carbón activado.
 - Carbón activado + lavado gástrico
 - Lavado gástrico
 - Flumazenilo.



CASO CLÍNICO 3

- ¿Qué deberíamos hacer en este momento?
 - Descontaminación intestinal con carbón activado. 
 - Carbón activado + lavado gástrico
 - Lavado gástrico
 - Flumazenilo.



CASO CLÍNICO 3

Impacto de acciones de mejora desarrolladas a partir de indicadores de calidad en el tratamiento de las intoxicaciones agudas pediátricas

Lidia Martínez Sánchez¹, Victoria Trenchs Sainz de la Maza¹, Beatriz Azkunaga Santibáñez², Santiago Nogué-Xarau³, Nuria Ferrer Bosch¹, Elsa García González¹, Carles Luaces i Cubells¹, Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Emergencias 2016;28:31-37

Tabla 1. Comparación del resultado de los indicadores de calidad básicos obtenidos antes⁷ y después de la aplicación de medidas de mejora

Indicador	Estándar	Pre-medidas	Post-medidas	Valor p
Disponibilidad de protocolos asistenciales para el manejo de las intoxicaciones más habituales y/o potencialmente más graves en la infancia y adolescencia (E)	≥ 90%	29,2 %	100%	< 0,001
Disponibilidad de antídotos (E)	≥ 90%	91,2%	100%	0,47
Descontaminación digestiva tras la ingesta de sustancias adsorbibles por carbón activado realizada mediante la administración de este (P)	≥ 90%	96,7%	97,8%	0,99
Administración de carbón activado dentro de las 2 primeras horas tras la ingesta (P)	≥ 90%	92,4%	97,4%	0,52
Descontaminación digestiva mediante lavado gástrico (P)	< 10%	30%	23,9%	0,41

(E) = indicador de estructura. Su resultado se refiere a la proporción de SUP que alcanzan el estándar de entre todos los que contestaron el cuestionario (n = 24 en ambos periodos). (P) = indicador de proceso. Su resultado se refiere a la proporción de pacientes que cumplen el requisito indicado y están incluidos en los casos reportados al "Registro de Intoxicaciones Agudas Pediátricas en España" (muestra total: 275 pacientes en periodo de estudio "pre-medidas"; 189 pacientes en periodo de estudio "post-medidas").



CASO CLÍNICO 3

TABLA I. Sustancias absorbidas por carbón activado.

Ác. diclorofenoxiacético	Difenilhidantoína*	Nortriptilina
Ác. acetilsalicílico	Digoxina*	Oxacarbazepina
Aconitina	Ergotamina	Oxalatos
Adrenalina	Hexaclorofeno	Paracetamol
Alcanfor	Estramonio	Parafina líquida
Alcohol	Estricnina	Paraquat
Amiodarona	Etoclorovinol	Primaquina
Amitriptilina*	Fluoxetina	Probenecid
Anfetaminas	Fenilbutazona*	Prometazina
Antidepresivos tricíclicos	Fenobarbital**	Propoxifeno
Arsénico	Fenol	Paratión
Atenolol	Fenoltaleína	Penicilina
Atropina	Fósforo	Piroxicam*
Azul de metileno	Glutetimida	Plata
Barbitúricos	Imipramina	Procaína
Benceno	Indometacina	Queroseno
Cantáridas	Ipecacuana	Quetiapina
Carbamazepina**	Isoniazina	Quinacrina
Clordiazepóxido	Lamotrigina	Quinidina
Clorfeniramina	Levotiroxina	Quinina**
Cloroquina	Malatión	Salicilatos*
Clorpromazina	Meprobamato	Selenio
Clorpropamida	Metilsalicilato	Sotalol*
Cloruro de mercurio	Metotrexato	Sulfonamidas
Cocaína	Mórficos	Teofilina**
Colchicina	Muscarina	Tolbutamida
Dapsona**	N-acetilcisteína	Valproato*
Dextropropoxifeno*	Narcóticos	Yoduros
Diazepam	Nicotina	

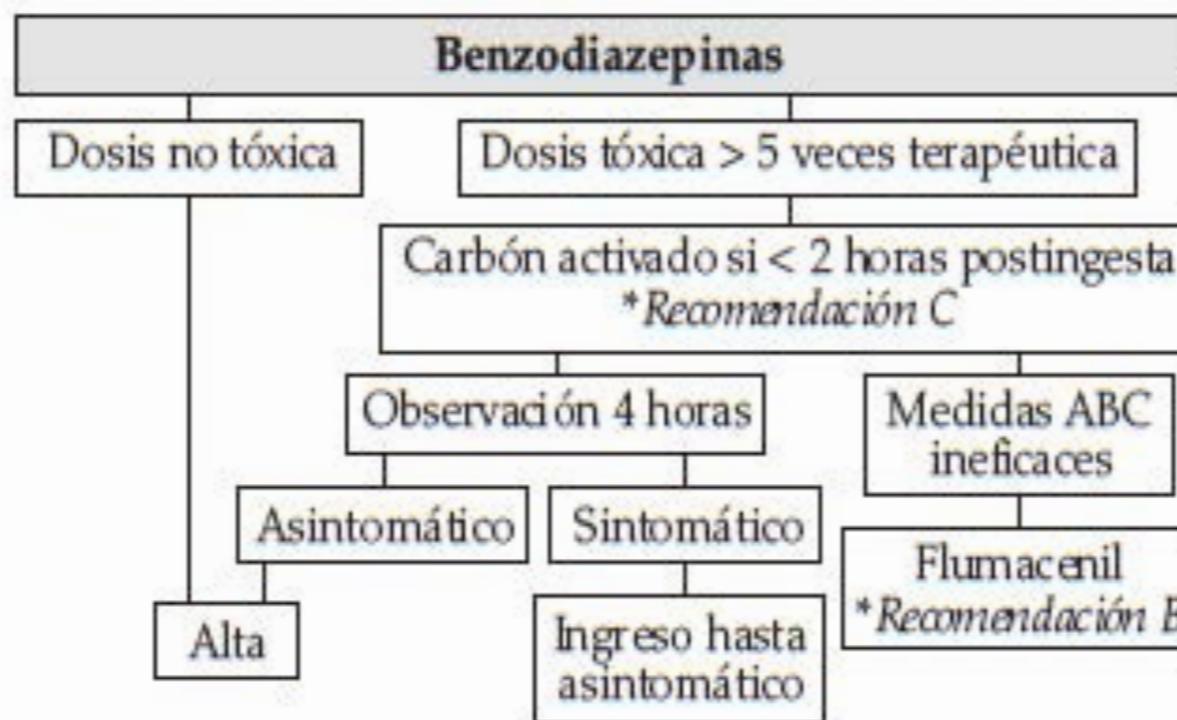
*Susceptibles de ser tratados con dosis múltiples de CA. **Se recomiendan dosis múltiples de CA.

TABLA II. Sustancias con adsorción mínima o nula por CA

Ácido bórico	Etanol	Pesticidas: DDT
Ácidos minerales	Hidróxido sódico	Malatión
Álcalis	Hidróxido potásico	Petróleo y derivados
Bario	Isopropanol	Plomo
Cianuro	Litio	Sulfato ferroso
Clorpropamida	Metanol	Tolbutamida
DDT	N-metilcarbamato	

CASO CLÍNICO 3

- Se mantiene al paciente en observación durante 4 horas.
- Permanece asintomático por lo que es dado de alta a domicilio.



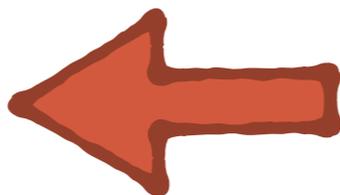
CASO CLÍNICO 3

- ▶ ¿Entre las ingesta no voluntarias, qué lugar ocupan las benzodiazepinas?
 - ▶ 1º
 - ▶ 2º
 - ▶ 3º
 - ▶ 4º



CASO CLÍNICO 3

► ¿Entre las ingesta no voluntarias, qué lugar ocupan las benzodiazepinas?

► 1° 

► 2°

► 3°

► 4°



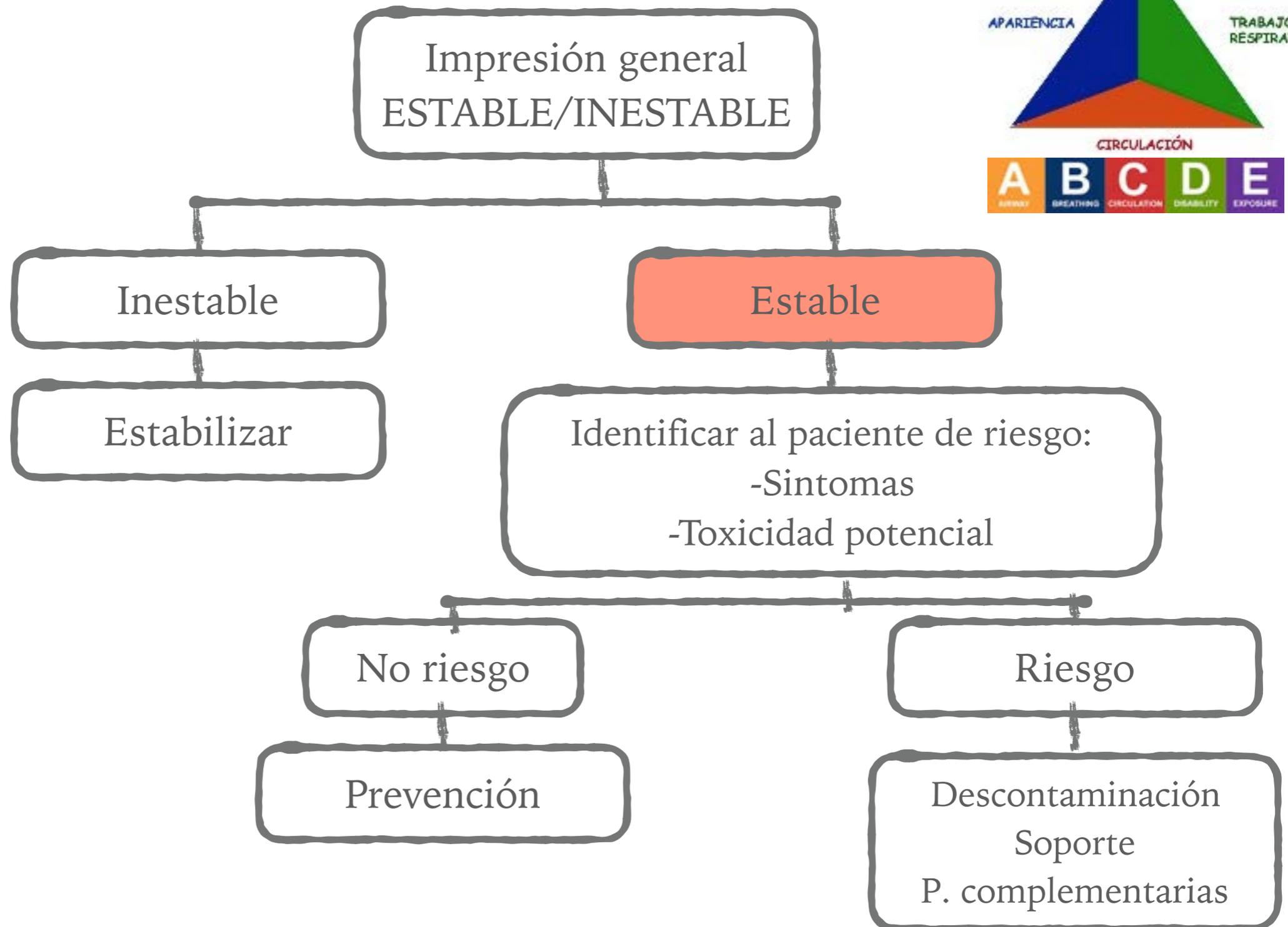
CASO CLÍNICO 4

- ▶ Niño de 2 años que es traído por su madre a UP. La madre refiere que acaba de encontrárselo en la habitación, con una bolsita de aromatizador de ropa, roto, en la boca, con bolitas del mismo el la boca. Las ha retirado y acuden a nuestro centro.
- ▶ El niño está asintomático, con constantes normales y exploración física normal.



CASO CLÍNICO 4

➤ Aproximación al paciente intoxicado



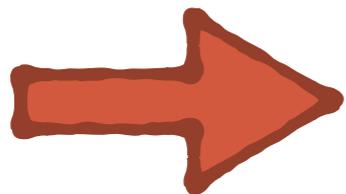
CASO CLÍNICO 4

- ¿Qué deberíamos hacer en este momento?
 - Alta a domicilio. Estoy segura de que no es tóxico.
 - Ingreso en OUP. Vigilar y si empieza con síntomas valorar tratamiento.
 - Es un paciente de riesgo con toxicidad potencial, hay que tratar.
 - No tengo ni idea si este producto es tóxico. Mejor lo pregunto...



CASO CLÍNICO 4

- ¿Qué deberíamos hacer en este momento?
 - Alta a domicilio. Estoy segura de que no es tóxico.
 - Ingreso en OUP. Vigilar y si empieza con síntomas valorar tratamiento.
 - Es un paciente de riesgo con toxicidad potencial, hay que tratar.
 - No tengo ni idea si este producto es tóxico. Mejor lo pregunto...



CASO CLÍNICO 4

SERVICIO DE INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA

Público general:
915620420

Servicios médicos y
sanitarios:
914112676

24 horas al día



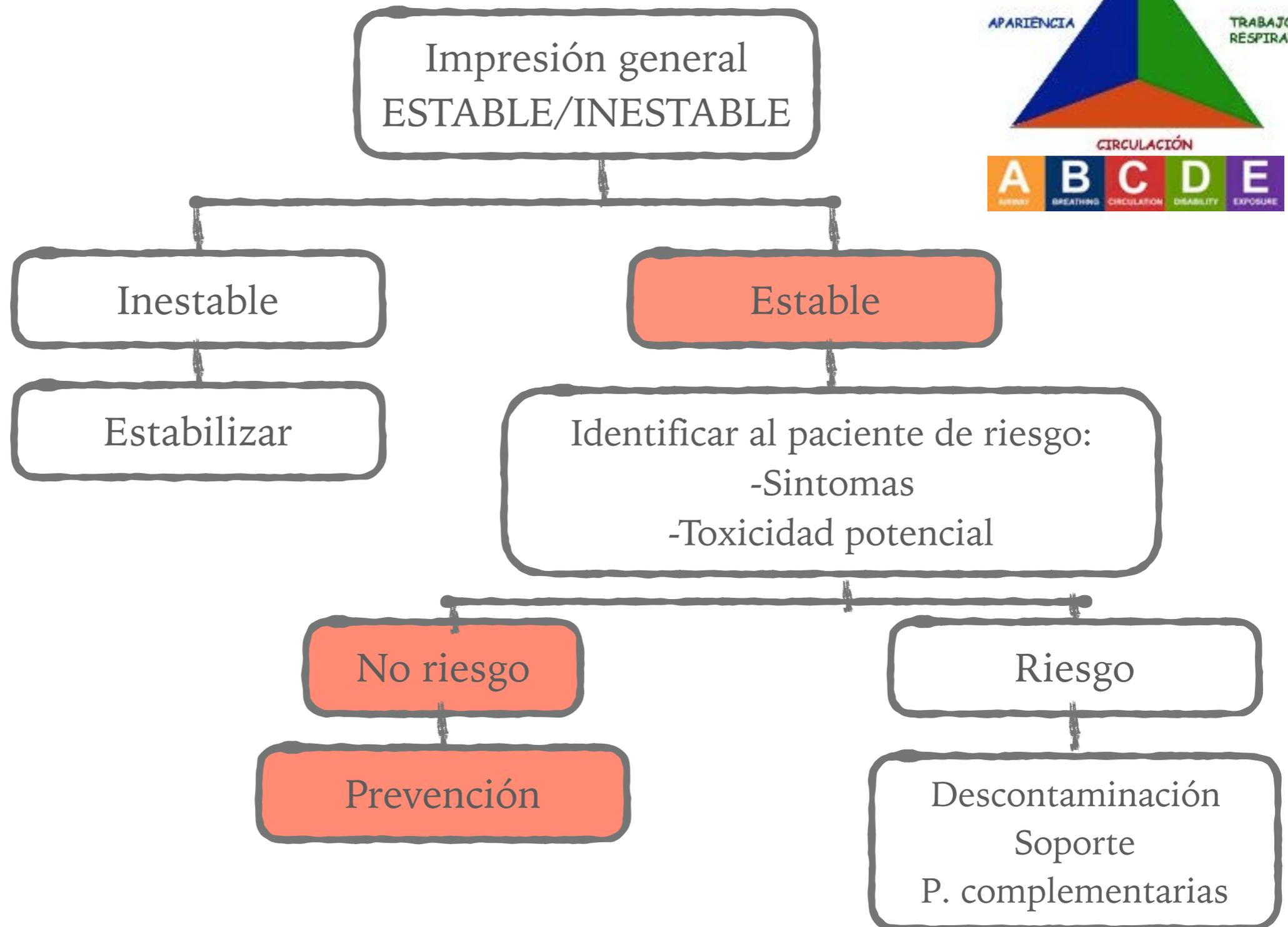
CASO CLÍNICO 4

TABLA I. Productos no tóxicos (salvo si se ingieren en gran cantidad).

Abrasivos	Clorofila	Loción de calamina
Acacia	Colas y engrudos	Lociones y cremas de manos
Aceite de baño	Coleréticos (favorecen síntesis de bilis)	Lubricantes
Aceite de linaza	Colagogos (favorecen excreción biliar)	Maquillaje
Aceite mineral (salvo aspiración)	Colonias	Masilla (< 60 g)
Aceite de motor	Colorete	Muñecos flotantes para el baño
Aceite de sésamo	Contraceptivos	Óxido de Zn
Ácido linoleico	Corticoides	Papel de periódico
Acuarelas	Cosméticos	Pasta de dientes (si ingesta < 5 mg/kg de FNa)
Adhesivos	Crayones (rotuladores para pizarras de borrado fácil)	Perfumes
Aditivos de peceras	Cremas, lociones y espuma de afeitar	Peróxido al 3%
Agua de retrete	Champús líquidos	Pinturas sin plomo
Algas de mar	Deshumificantes (Silicagel)	Pinturas de ojos
Algodón	Desinfectantes yodófilos	Plastilina
Almidón	Desodorantes	Productos capilares (tónicos, sprays, tintes)
Ambientadores (spray y refrigerador)	Detergentes (tipo fosfato, aniónicos)	Productos veterinarios
Aminoácidos	Edulcorantes (sacarina, ciclamato)	Purgantes suaves
Antiácidos	Fertilizantes (sin herbicidas o insecticidas)	Resinas de intercambio iónico
Antibióticos (la mayoría)	Glicerol	Rotuladores indelebles
Antiflatulentos	Goma de borrar	Talco
Arcilla	Grasas, sebos	Tapones
Azul de Prusia	Agua oxigenada	Termómetros (ingesta de Hg elemental)
Barras de labios (sin alcanfor)	Incienso	Tinta (negra, azul, no permanente)
Betún (si no contiene anilina)	Jabones	Tiza
Bolsitas para aromatizar la ropa	Jabones de baño de burbujas	Vaselina
Brillantinas	Lanolina	Velas (cera de abeja o parafina)
Bronceadores	Lápiz (grafito, colores)	Vitaminas (excepto si tienen hierro)
Carbón vegetal	Lejía < 5% de hipoclorito sódico	Warfarina < 0,5%
Carboximetil-celulosa		Yeso
Caolina		
Cerillas		
Casquillos de percusión (usados en pistolas de juguete)		
Cigarrillos-cigarros		

CASO CLÍNICO 4

➤ Aproximación al paciente intoxicado



CASO CLÍNICO 4

Imprescindible: **LA PREVENCIÓN.**

- No almacenar fármacos en casa
- Comprar fármacos con cierre de seguridad
- Guardar los productos de limpieza con cierres especiales
- instalar detectores de humo
- evitar almacenar productos químicos en recipientes no-originales.



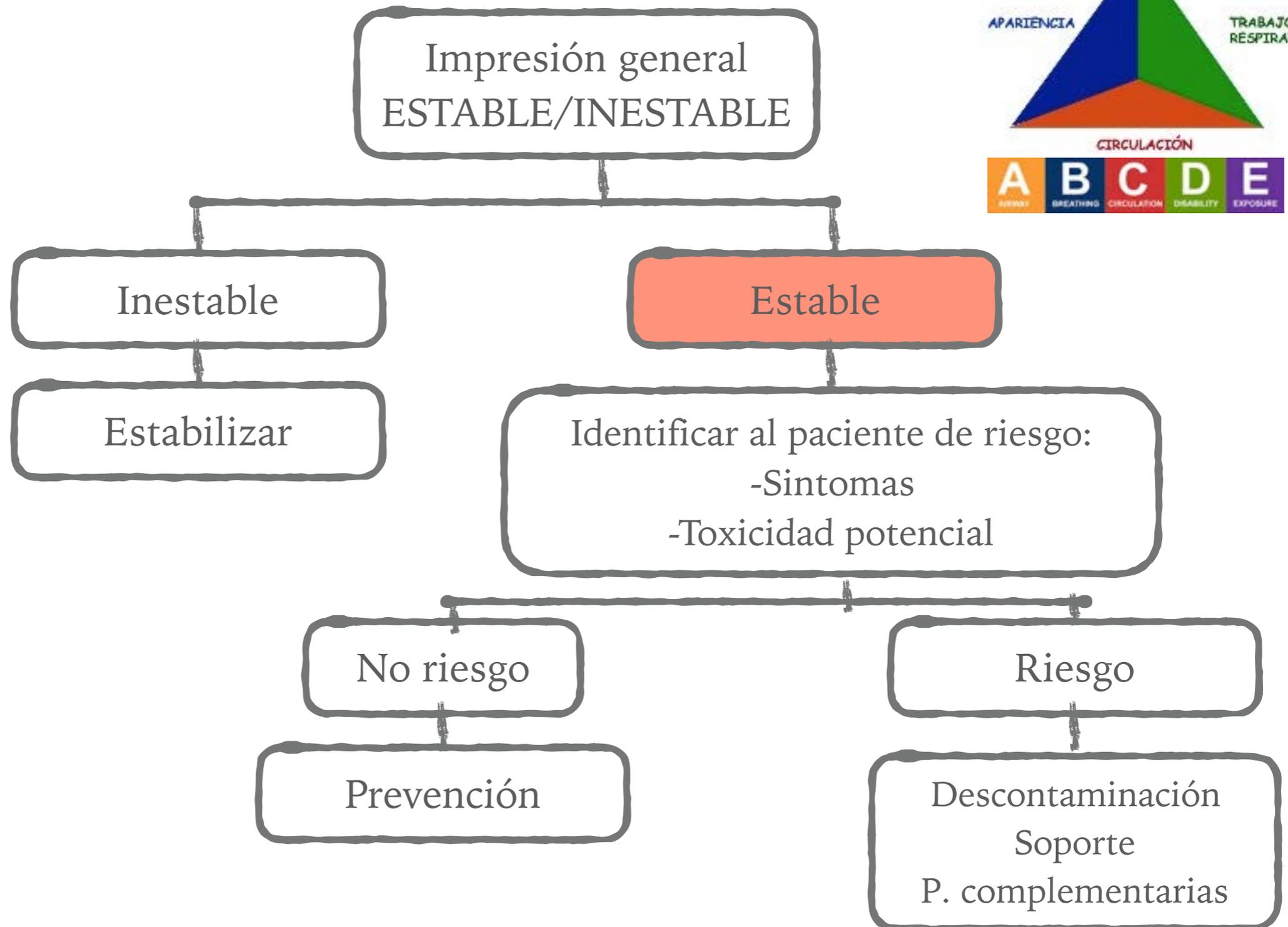
CASO CLÍNICO 5

- Lactante de 14 meses trasladada en SVA por sospecha de intoxicación por cáustico. La madre refiere que ha ingerido una sustancia marrón que se encontraba en una botella de plástico en la casa que acaban de alquilar.
- Presenta un vómito espontáneo posterior y otro provocado por la madre. No otras sintomatología asociada.
- EF: 9,7 kg. FC 150 lpm. SatO2 100% TA 96/44 mmHg. FR 25 rpm. Estado general conservado. Leve palidez cutánea. Lesiones ulceradas sangrantes bucales. No distrés. ACP y abdomen normales.



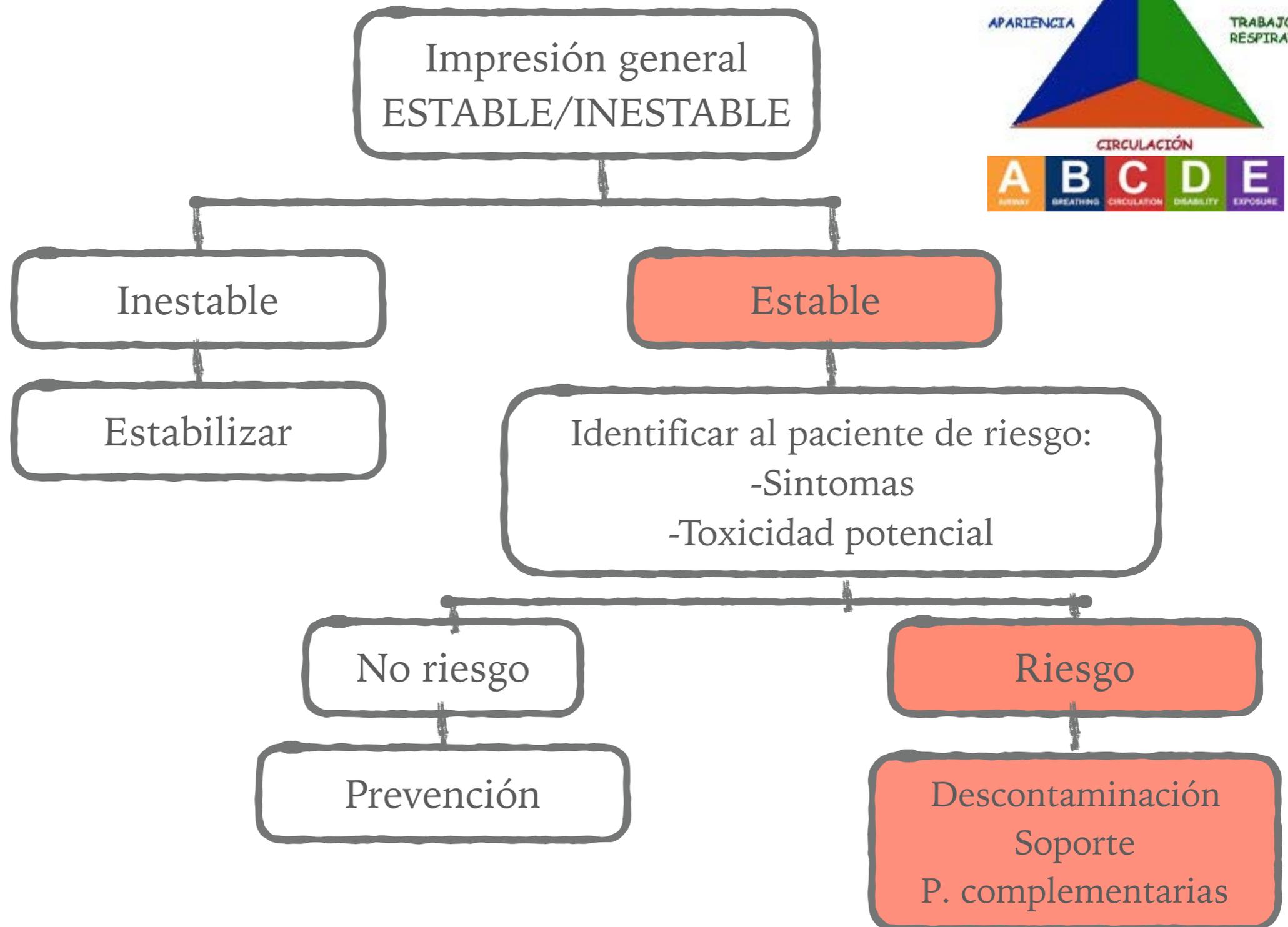
CASO CLÍNICO 5

➤ Aproximación al paciente intoxicado



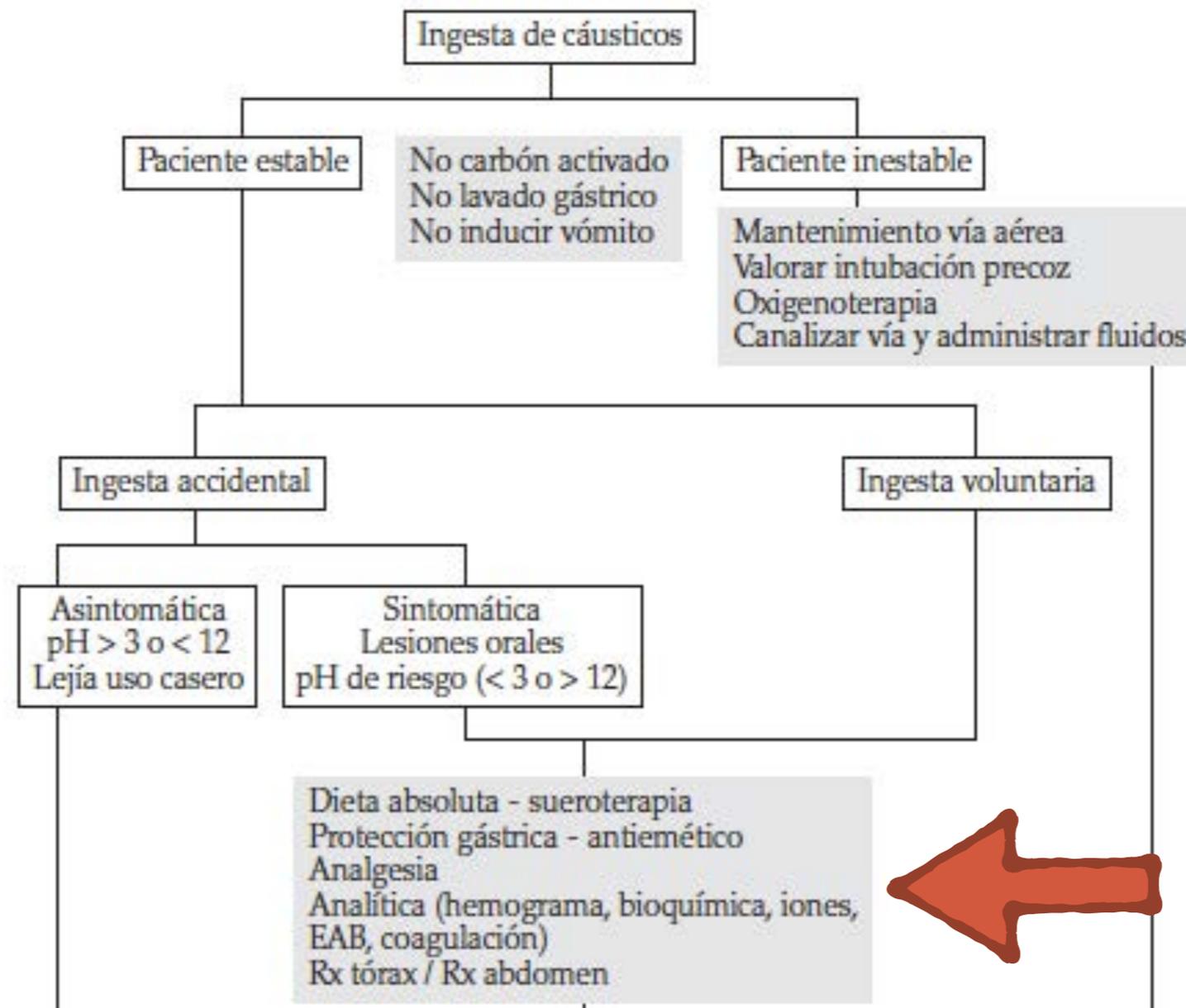
CASO CLÍNICO 5

➤ Aproximación al paciente intoxicado



CASO CLÍNICO 5

- Inicialmente ingresada en OUP para observación, control evolutivo y realizar endoscopia digestiva alta en las primeras 24 horas.



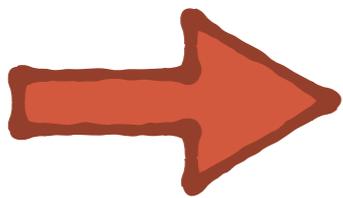
CASO CLÍNICO 5

- ¿Que respuesta es la incorrecta sobre la intoxicación por cáusticos?
 - Es importante conocer el producto, su concentración, cantidad ingerida y el pH.
 - La ausencia de lesiones orofaríngeas no descarta lesiones en esófago y estómago.
 - La mayoría de las intoxicaciones son de forma accidental entre niños de 1-4 años
 - Se debe administrar carbón activado si el paciente llega en las primeras 2 h.



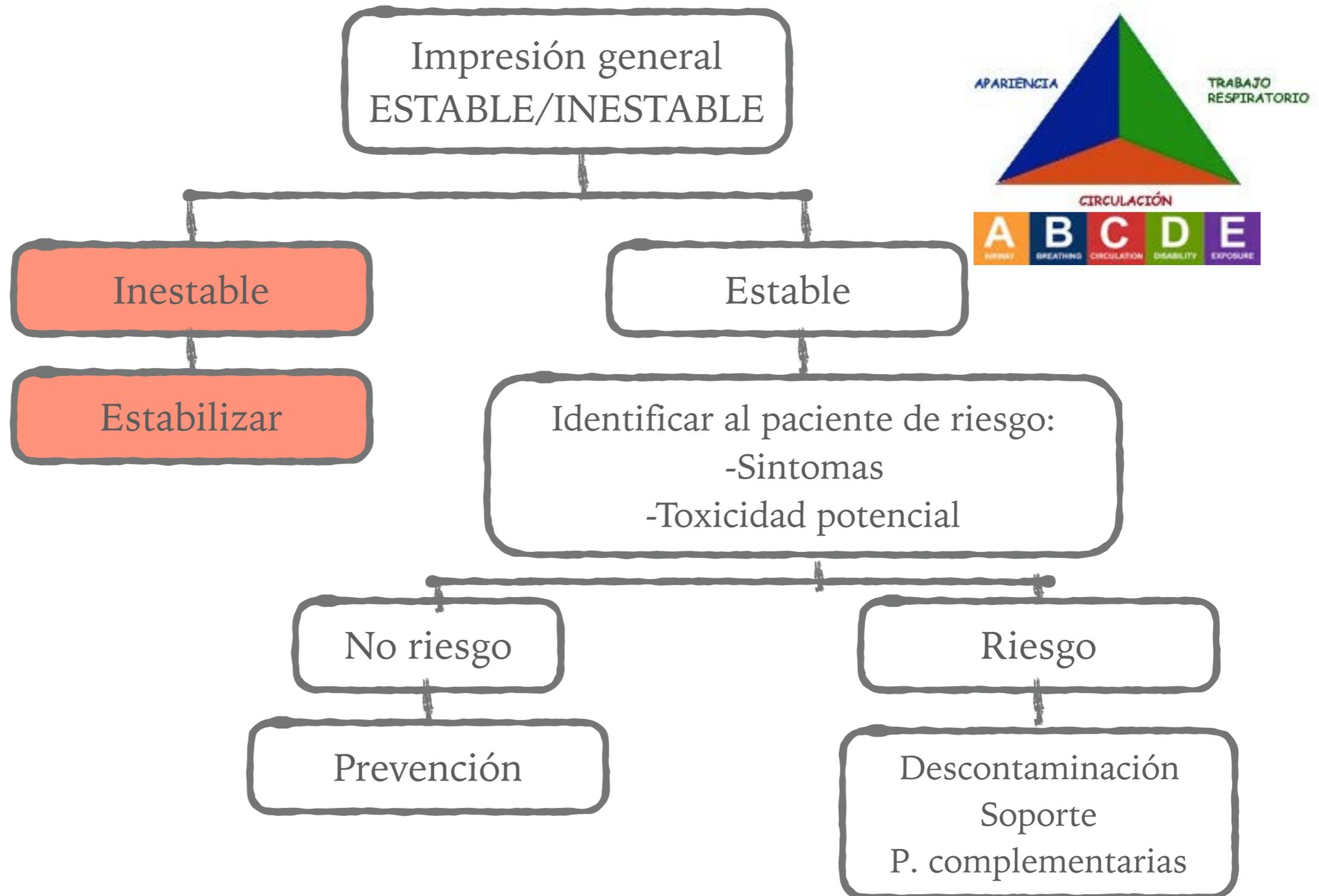
CASO CLÍNICO 5

- ¿Que respuesta es la incorrecta sobre la intoxicación por cáusticos?
 - Es importante conocer el producto, su concentración, cantidad ingerida y el pH.
 - La ausencia de lesiones orofaríngeas no descarta lesiones en esófago y estómago.
 - La mayoría de las intoxicaciones son de forma accidental entre niños de 1-4 años
 - Se debe administrar carbón activado si el paciente llega en las primeras 2 h.

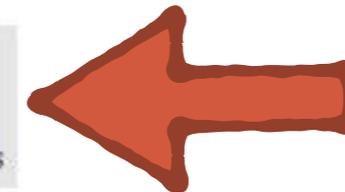
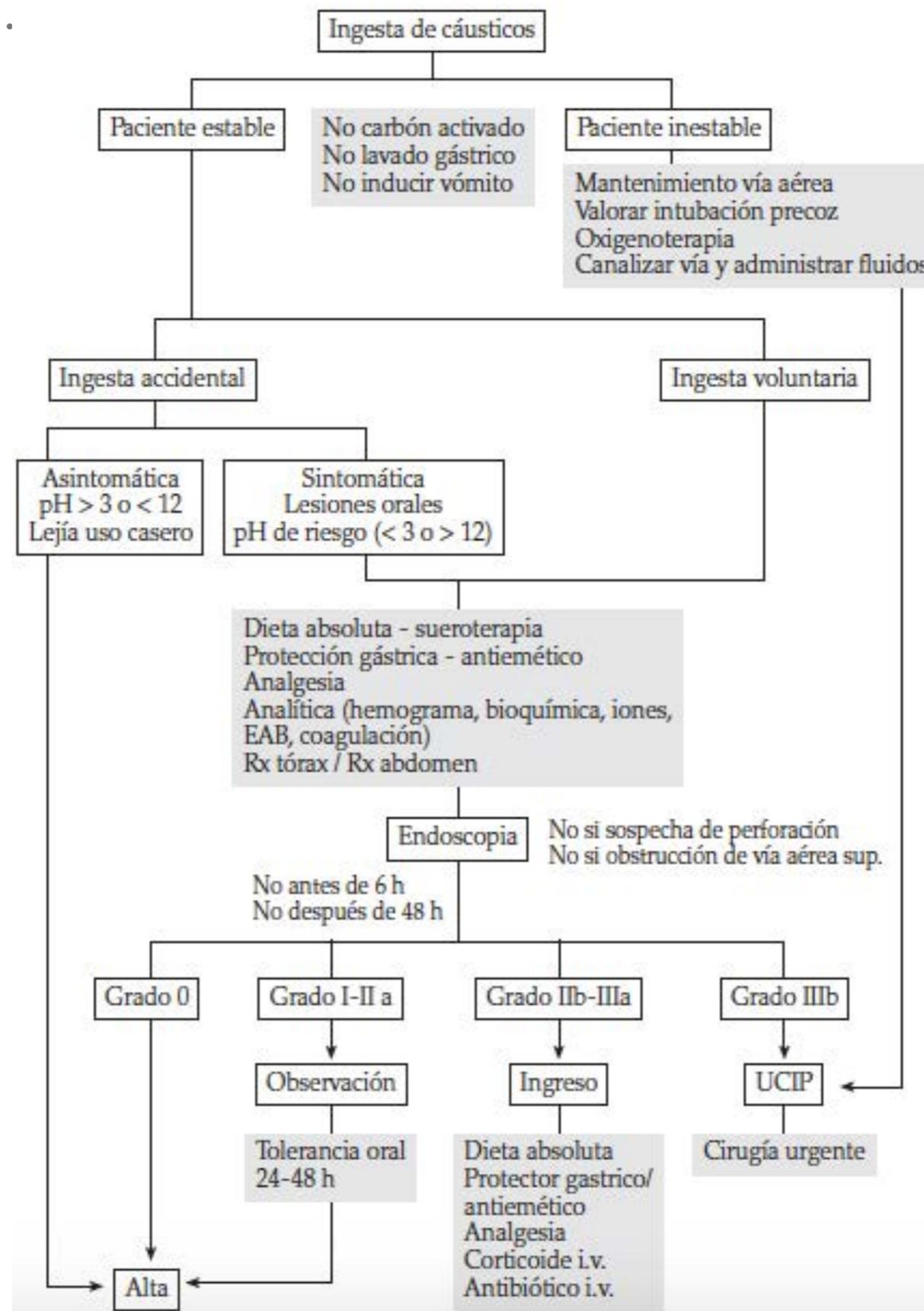


CASO CLÍNICO 5

➤ A la hora de ingreso en OUP inicia con dificultad respiratoria, con estridor en aumento y empeoramiento del estado general.



CASO CLÍNICO 5



CASO CLÍNICO 5

Ingresa en UCIP.

- Respiratorio: epiglotitis y laringitis aguda grave, con atelectasia y neumonía. IOT + VM durante 11 días. Tratamiento corticoideo y nebulizaciones.
- Hemodinámico: hipotensión. Expansiones de SSF, vía central y soporte con dopamina durante 5 días.
- Digestivo: esofagitis y gastritis caustica. Tratamiento con omeprazol, ranitidina y dexametasona. Endoscopia digestiva.
- Infeccioso: neumonía. Tratamiento con piperacilina-tazobactam.
- Neurológico: dolor importante. Sedoanalgesia con midazolam-fentanilo y posteriormente con ramifentanilo-propofol.

CASO CLÍNICO 5

► Endoscopia digestiva (a las 36 h):

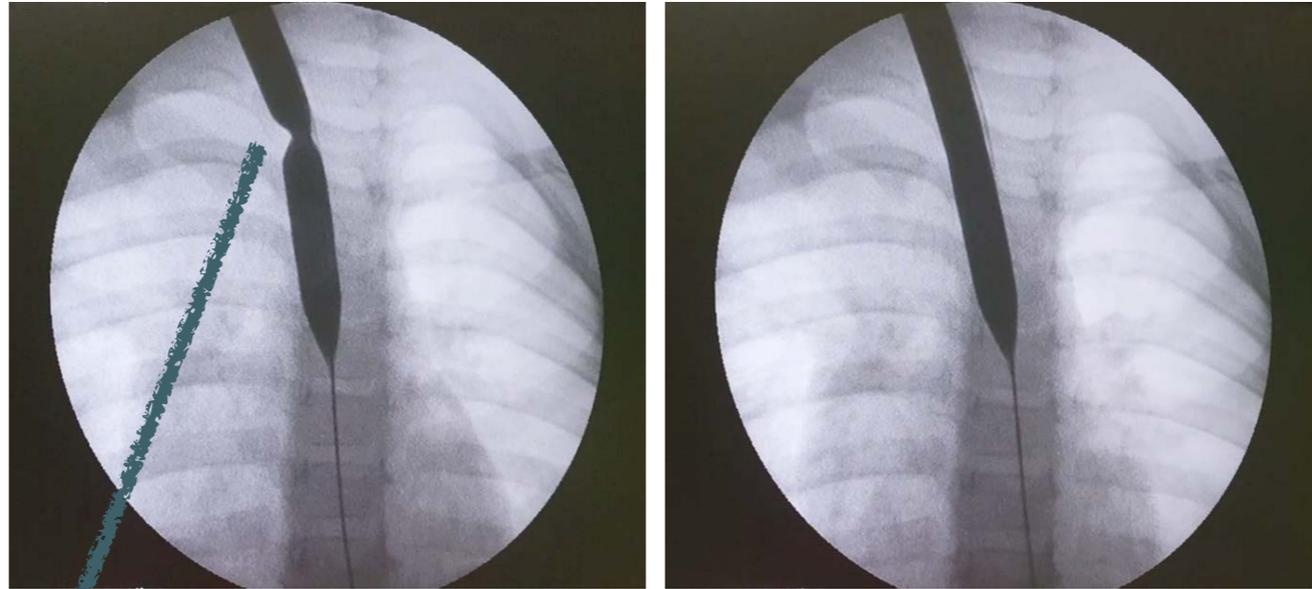
TABLA III. Clasificación endoscópica de las lesiones cáusticas según Zargar.

Grado	Lesión
0	Ninguna
I	Edema e hiperemia de mucosa
IIa	Exudados, erosiones y úlceras superficiales, hemorragias
IIb	IIa + ulceraciones profundas o circunferenciales
IIIa	Pequeñas áreas de múltiples ulceraciones y necrosis
IIIb	Necrosis extensa

pH del producto >12

CASO CLÍNICO 5

► A las 6 semanas, esofagograma:



Estenosis esofágica

Complicación + frecuente

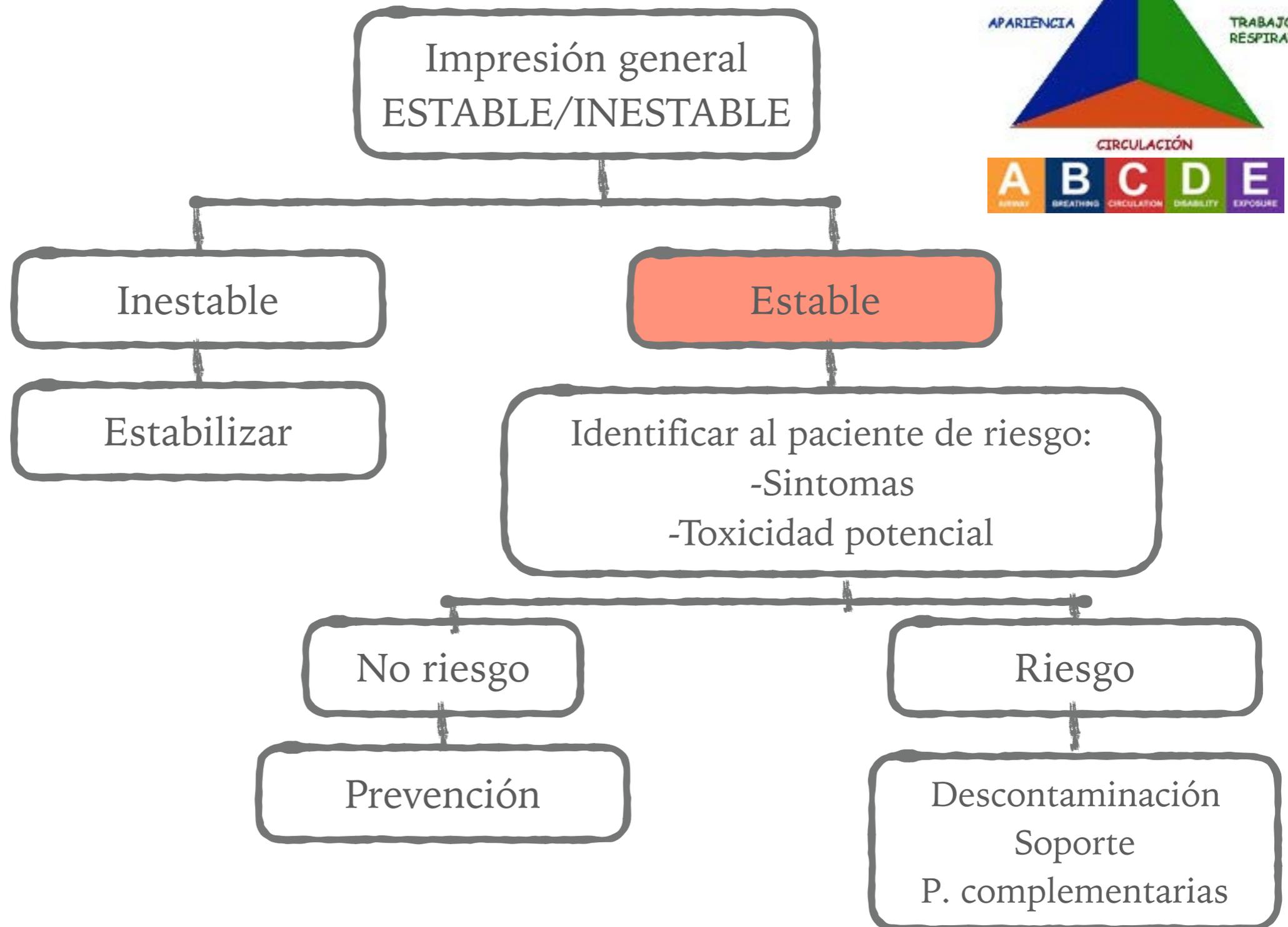
CASO CLÍNICO 6

- Paciente de 13 años trasladado en SVA por ingesta de 16 comprimidos de 2,5 mg de diazepam hace aproximadamente 30-40 minutos.
- AP: ingresado 2 días antes a cargo de psiquiatría infantil por trastorno conductual.
- Peso 35 kg. FC 90 lpm SatO2 99%. Glasgow 14-15, con leve tendencia a la somnolencia. Fuerza disminuida 4/5. Resto de exploración neurológica y física normales.



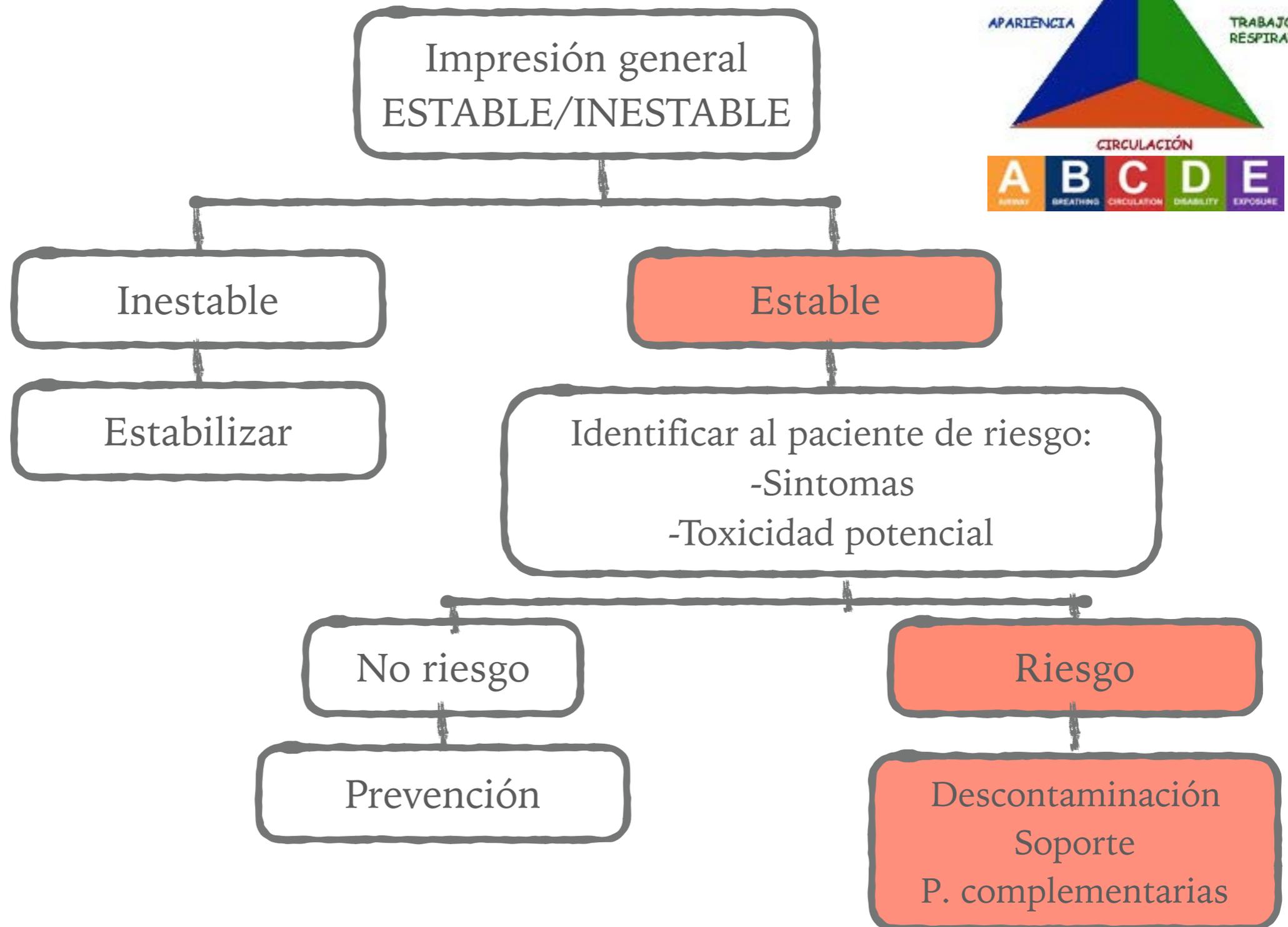
CASO CLÍNICO 6

➤ Aproximación al paciente intoxicado



CASO CLÍNICO 6

➤ Aproximación al paciente intoxicado

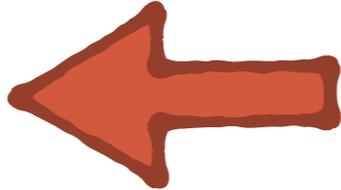


CASO CLÍNICO 6

- ¿Qué deberíamos hacer en este momento?
 - Descontaminación intestinal con carbón activado.
 - Carbón activado + lavado gástrico
 - Lavado gástrico
 - Flumazenilo.



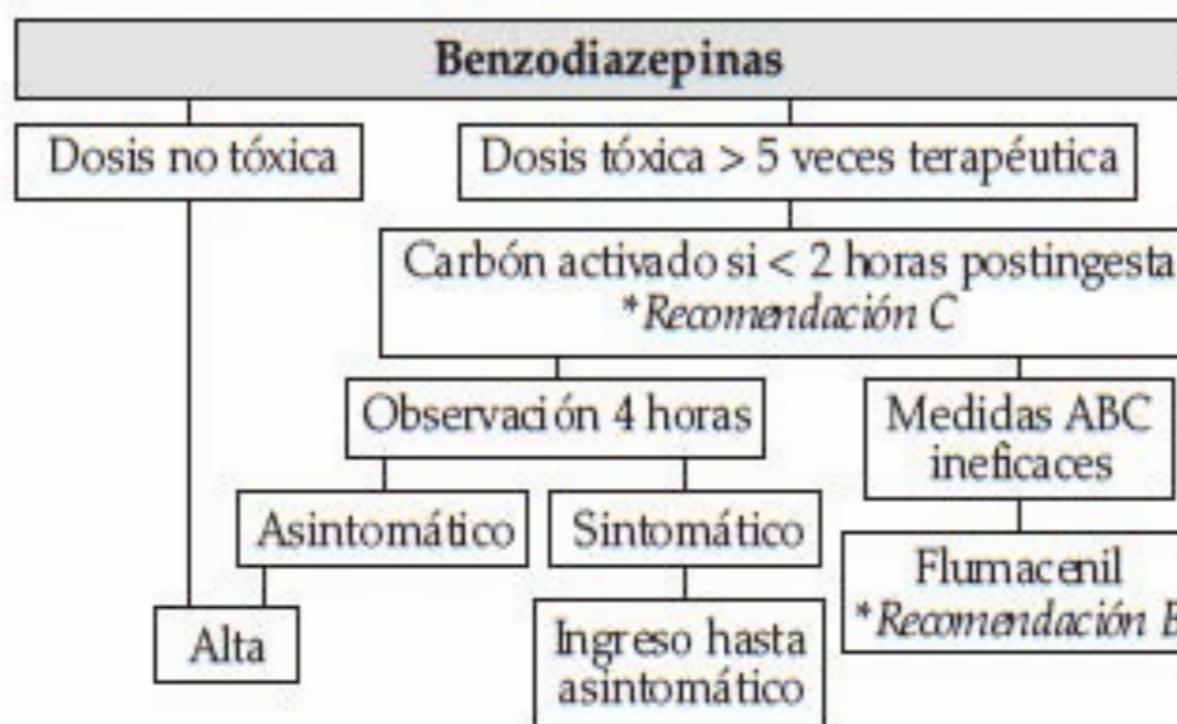
CASO CLÍNICO 6

- ¿Qué deberíamos hacer en este momento?
 - Descontaminación intestinal con carbón activado. 
 - Carbón activado + lavado gástrico
 - Lavado gástrico
 - Flumazenilo.



CASO CLÍNICO 6

- Se mantiene al paciente en observación, manteniéndose asintomático con constantes dentro de la normalidad.
- Ingresa a cargo de Psiquiatría por riesgo autolítico.



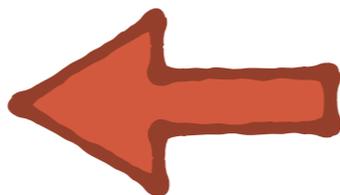
CASO CLÍNICO 6

- ¿Entre las ingestas con fin autolítico, qué lugar ocupan las benzodiazepinas?
 - 1º
 - 2º
 - 3º
 - 4º



CASO CLÍNICO 6

► ¿Entre las ingestas con fin autolítico, qué lugar ocupan las benzodiazepinas?

► 1° 

► 2°

► 3°

► 4°



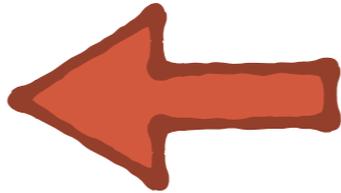
CASO CLÍNICO 6

Las intoxicaciones por fines **autolíticos** y **recreacionales** ocurren en niños mayores.

- ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?
 - El tipo de sustancia implicada difiere en ambos grupos
 - Es frecuente que presenten síntomas
 - Habitualmente suceden fuera del domicilio familiar
 - Con frecuencia son trasladados a UP por SVB/SVA.

CASO CLÍNICO 6

Las intoxicaciones por fines **autolíticos** y **recreaciones** ocurren en niños mayores.

- ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?
 - El tipo de sustancia implicada difiere en ambos grupos
 - Es frecuente que presenten síntomas
 - Habitualmente suceden fuera del domicilio familiar 
 - Con frecuencia son trasladados a UP por SVB/SVA.

CASO CLÍNICO 6

TABLA 2. Epidemiología de las intoxicaciones.

	No voluntaria	Recreacional	Error dosis	Fin autolítico
Lugar	Domicilio 88% (IC 95% 85-90)	No domicilio 98% (IC 95% 95-100)	Domicilio 89,9% (IC 95% 82-97)	Domicilio 84% (IC 95% 73-94)
Acompañante	Padres 97,1% (IC 95% 95-98)	Padres 33% (IC 95% 23-42)	Padres 100%	Padres 79,5% (IC 95% 68-90)
Transporte	Familiar 89,5% (IC 95% 87-91)	Sanitario 77,7% (IC 95% 69-85)	Familiar 93,8% (IC 95% 87-99)	Familiar 56,8% (IC 95% 43-70)
Contacto previo	A. Primaria 30,9% (IC 95% 27-34)	Emergencias 51,5% (IC 95% 41-61)	A. Primaria 39% (IC 95% 27-50)	Emergencias 52% (IC 95% 38-65)
Tratamiento previo	14,1% (IC 95% 11-16)	9% (IC 95% 3-14)	4,7% (IC 95% 0,52-9,93)	21,5% (IC 95% 10-32)
Síntomas	28,3% (IC 95% 24-31)	95% (IC 95% 90-99)	25% (IC 95% 14-35)	67,3% (IC 95% 54-80)

CASO CLÍNICO 7

- Lactante de 19 meses, que acude trasladada por sus padres por convulsiones.
- Refieren que mientras que dormía se ha despertado llorando, iniciando dificultad respiratoria y desconexión del medio con abundantes ruidos respiratorios. No movimientos convulsivos claros. No rigidez. No fiebre previa.
- No refieren ingesta de medicamentos ni TCE previo.

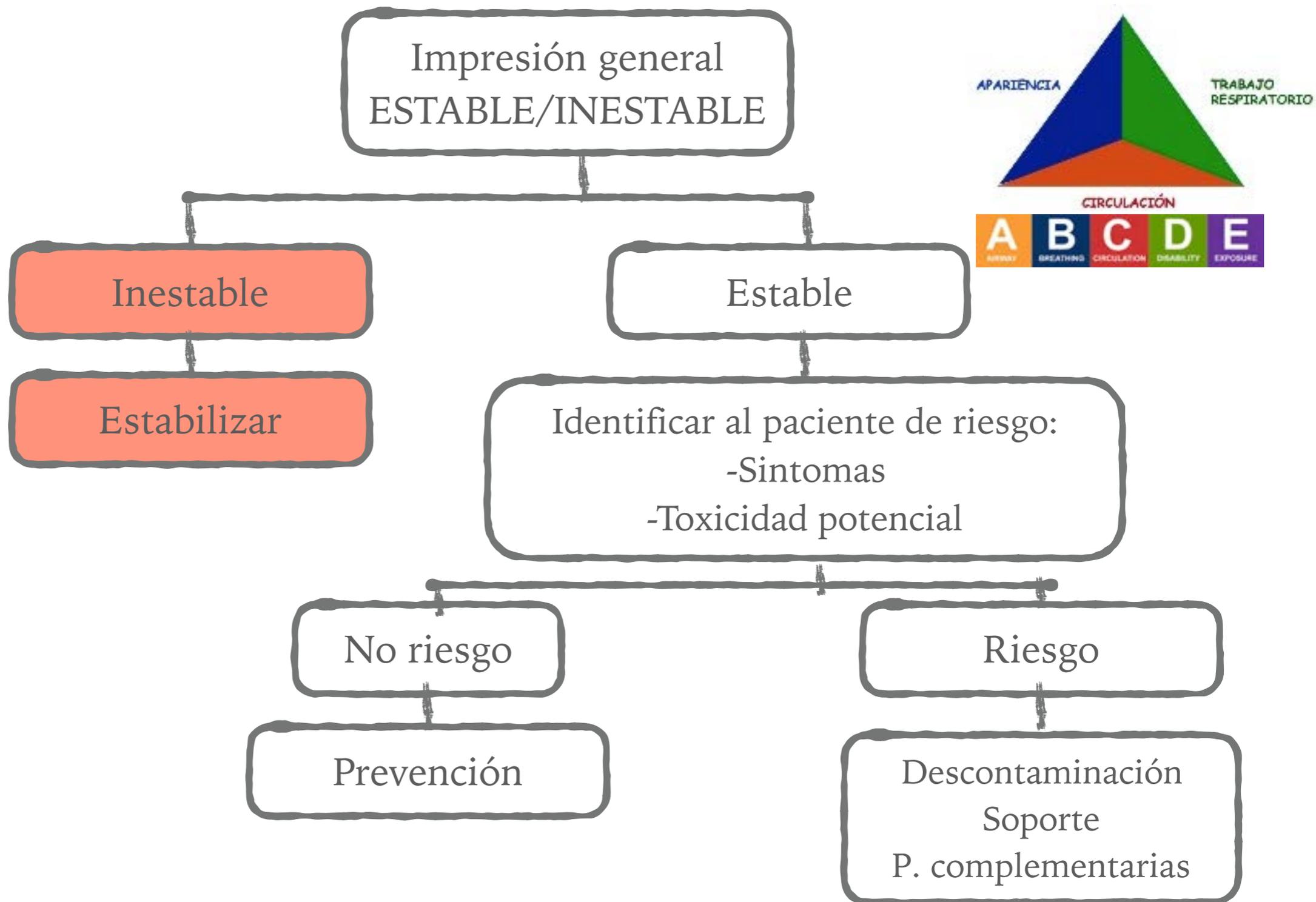


CASO CLÍNICO 7

- Peso 10 kg FC 55 lpm FR 42 rpm TA 70/35 mmHg T^a 36°C SatO₂ 100 % con FiO₂ 1.
- Mal estado general. Palidez cutánea. Mal relleno capilar.
- Glasgow 9. Pupilas mióticas puntiformes, no reactivas. Convulsión tónico-clónica generalizada con desviación de la mirada hacia arriba.



CASO CLÍNICO 7



CASO CLÍNICO 7

- A: secreciones abundantes —> aspirar
- B: sospecha de aspiración, hipoxemia —> IOT + VM.
- C: Bradicardia, hipotensión, mala perfusión —> vía central+ dopamina y dobutamina.
- D: status convulsivo —> 1 dosis de fenitoína y 2 dosis de fenobarbital. TAC cerebral normal.



CASO CLÍNICO 7



CASO CLÍNICO 7



- Rehistoriando a la familia por posibles causas... refieren que la niña había estado jugando con su hermana a “peluquería” con un bote de champú en el que podrían guardar un plaguicida para la huerta...

Intoxicación por organofosforados



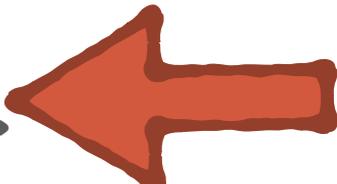
CASO CLÍNICO 7

¿qué no es cierto en relación con las intoxicaciones por organofosforados?

- Son los insecticidas más usados en la actualidad.
- Actúan inhibiendo la colinesterasa, produciendo clínica por exceso de actividad colinérgica.
- La vía más rápida de actuar es la cutánea.
- La mayoría precisan ingreso en UCIP y tratamiento con atropina y pradiroxima

CASO CLÍNICO 7

¿qué no es cierto en relación con las intoxicaciones por organofosforados?

- Son los insecticidas más usados en la actualidad.
- Actúan inhibiendo la colinesterasa, produciendo clínica por exceso de actividad colinérgica.
- La vía más rápida de actuar es la cutánea. 
- La mayoría precisan ingreso en UCIP y tratamiento con atropina y pradiroxima

CASO CLÍNICO 7

Clínica

Actúan inhibiendo la acetilcolinesterasa, dando lugar a una acumulación de acetilcolina en las sinapsis, lo que provoca un exceso de actividad colinérgica, responsable de la sintomatología.

Los síntomas aparecen entre 30 minutos y 2 horas después de la exposición: la inhalación es más rápida que la ingesta, y ésta más que la vía cutánea. La dosis peligrosa oscila entre 0,1 y 5 g, según el tóxico.

- a) *Síntomas muscarínicos*: miosis (signo útil para el diagnóstico), visión borrosa, pérdida de visión, lagrimeo, rinorrea, estridor, hipersecreción bronquial, tos, broncoespasmo, bradicardia, bloqueo A-V, hipotensión, salivación, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, incontinencia fecal y urinaria, sudoración, etc.
- b) *Síntomas nicotínicos*: fasciculaciones, calambres, debilidad muscular, parálisis, temblor, hipertensión, taquicardia, etc.
- v) *Efectos sobre el SNC*: ansiedad, insomnio, ataxia, convulsiones, depresión, pérdida de memoria, depresión respiratoria y coma.

Puede haber también hiperglucemia, acidosis metabólica, cetosis, leucocitosis e hipocaliemia. La muerte se debe, sobre todo, a las secreciones pulmonares y a la depresión respiratoria.

CASO CLÍNICO 7

- ABCD
- Descontaminación cutánea.
- Descontaminación intestinal.
- Antídotos: atropina y pradiroxima.

Confirmación dx: disminución de la actividad de la colinesterasa

CONCLUSIONES

- Importancia del TEP y ABCDE. Ante todo, estabilizar.
- Entre los más pequeños intoxicaciones accidentales por sustancias menos tóxicas.
- Entre los mayores intoxicaciones automáticas o recreacionales por sustancias más tóxicas.
- La benzodiazepinas ocupan el primer lugar.
- Importante conocer los métodos de descontaminación y antídotos.

GRACIAS

